

Omahoidon tuki ja elintapaohjaus; Käypä hoito - suositusten näytönastekatsaukset ja katsaus keskeisiin kansainvälisiin hoitosuosituksiin

Jorma Komulainen ja Raija Sipilä
29.3.2018

Sisällysluettelo

Taustaa	2
Menetelmät	2
Tulokset Käypä hoito -suosituksista	3
Omahoidon tuki	3
Elintapaohjaus	3
Tulokset kansainvälisistä suosituksista	5
Omahoidon tuki	5
Depressio	5
Ahdistuneisuushäiriöt	5
ADHD	5
Tyypin 2 diabetes	5
Kohonnut verenpaine	6
Elintapaohjaus	6
Depressio	6
ADHD	6
Familaalinen hyperkolesterolemia	6
Tyypin 2 diabetes	7
Kohonnut verenpaine	7
Kohonnut kardiovaskulaarinen riski	7
Sydänsairaudet	8
Lyhytneuvonta	8
Pohdinta	9
Referenssit ja liitteet	10

Taustaa

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) tilasi Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä hoito -yksiköltä (Käypä hoito) Palveluvalikoimaneuvoston omahoidon tuki ja elintapaohjaus -jaoston työn tueksi raportin, johon on laadittu analyysi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän antamaa omahoidon tukea ja elintapaohjausta koskevista näytönastekatsauksista ja keskeisistä kotimaisista sekä kansainvälisistä suosituksista. Raportin laatimiseen ja sen esittelyyn varattiin 10 henkilötyöpäivää.

Tässä dokumentissa ja sen liitteissä kuvataan työn tulokset.

Menetelmät

Käypä hoito -suositusten näytönastekatsauksista tunnistimme hakusanoilla ”elintapaohjaus”, ”elämäntapaohjaus”, ”itsehoito”, ”omahoito”, ”elintapamuutos” ja ”elämäntapamuutos” yhteensä 53 näytönastekatsausta, joista 28 käsitteli terveydenhuollon palvelujärjestelmässä tapahtuvan elintapaohjauksen ja omahoidon ohjauksen tehoa tai vaikuttavuutta kymmenessä terveysongelmassa. Käypä hoito -suositusten osalta pidämme tuloksia kattavina.

Kardiovaskulaarisairauksien, depression, ahdistuneisuuden ja ADHD:n osalta kävimme läpi Englannin NICE:n, Skotlannin SIGN:in, Ruotsin SBU:n ja Tanskan Sundhedstyrelsenin suosituksia. Lisäksi haimme suosituksia Guidelines International Networkin hoitosuosituskirjastosta. Kansainvälisten suositusten osalta tuloksemme ovat suuntaa-antavia mutta eivät kattavia.

Taulukoimme löytämämme omahoidon tukeen ja elintapaohjaukseen liittyvät suositukset sairaus- ja terveysongelmakohtaisesti (ks. liitteet). Raportin tilaajan toiveesta esitämme tässä raportissa tulokset interventiolähtöisesti mutta erottaen Käypä hoito -suositukset kansainvälisistä suosituksista. Käytämme näytön vahvuuden ilmaisemiseen seuraavia symboleja:

- A: vahva näyttö
- B: kohtalainen näyttö
- C: heikko näyttö
- D: hyvin heikko näyttö
- NA: näytön vahvuutta ei arvioitu tai se on epäselvä

Tulokset Käypä hoito -suosituksista

Omahoidon tuki

Depressio Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan psykoedukaatio ja itseapuoppaat ilmeisesti auttavat vähentämään masennusoireita lieväoireisissa masennustiloissa (B). Lisäksi säännöllinen ja riittävän usein toteutettu ohjattu ryhmämuotoinen liikuntaharjoittelu saattaa parantaa depression hoidon tehoa perusterveydenhuollossa (C).

Syömishäiriöt Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (KBT) pohjautuva itsenäinen tai ohjattu itsehoito saattaa vähentää toistuvaa ahmintaa aikuisilla verrattuna tavanomaiseen hoitoon tai hoitoa saamattomiin (B). Samoin KBT:aan perustuva itsenäinen tai ohjattu itsehoito vähentää ahmimista ja muita syömishäiriöoireita verrattuna tavanomaiseen hoitoon, hoitoa saamattomiin tai painonhallintaohjelmaan osallistuneisiin (A).

Astma Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan ohjattu omahoito parantaa aikuisastmaatikon elämänlaatua (A) ja vähentää aikuisastmatikkosten päivityskäyntejä (B). Ohjattu omahoito, erityisesti kirjallisine ohjeineen, vähentää aikuisten astman pahenemisvaiheiden sairaalahoidon tarvetta (A). Potilasopetus kuuluu astman hoitoon ja voi parantaa hoitotuloksia. Ohjattuun omahoitoon kuuluu perusteellisempi yksilöllinen ohjaus ja kirjallinen toimintaohje (B).

Polvi- ja lonkkanivelrikko (2014) Käypä hoito -suosituksen mukaan omahoidon ohjauksella on rajallinen vaikutus tuki- ja liikuntaelimestön sairauksissa. Itsehoidon ohjauksella ei ilmeisesti ole vaikutusta kipuun tai toimintakykyyn nivelrikon hoidossa (B), eikä sillä liene vaikutusta perusterveydenhuollon lääkärikäynteihin näillä potilailla (C). Toisaalta itsehoidon ohjaus ilmeisesti vähentää ahdistusta ja lisää minäpystyvyyttä (self-efficacy) oireiden hallinnassa polvi- ja lonkkanivelrikkopotilailla (B), ja puhelimitse tapahtuva pitkäaikainen ja strukturoitu itsehoidon ohjaus saattaa vähentää kipua polvi- ja lonkkanivelrikkopotilailla (D).

Karies Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan suun terveyden osalta perusteellinen biofilmin häirinnän (hampainen puhdistamisen) opettaminen ja sen harjoittelu sekä kontrollointi ilmeisesti ehkäisevät hampaiden reikiintymistä, kun käytetään fluorihammastahnaa (B). TMD Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan aktiivinen ohjeistettu omahoito ilmeisesti vähentää purentaelimestön toimintahäiriön (TMD) oireita (B).

Unettomuuden hoidossa Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan verrattaessa terapeutin suppeaa puhelintukea täysin itsenäiseen työskentelyyn puhelintuen merkitys näyttää vaihtelevan eri hoito-ohjelmissa kohtalaisesta olemattomaan (C).

Elintapaohjaus

Diabetes Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan elintapamuutokset ehkäisevät tyypin 2 diabetesta henkilöillä, joilla on heikentynyt glukoosinsieto tai kohonnut paastoglukoosi (A), jo varsinkin vähäinen (3–5 kg) laihtuminen elintapoja muuttamalla lähes puolittaa tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin 7–10 vuoden seurannassa henkilöillä, joilla on heikentynyt glukoosinsieto (A), ja liikunnan lisäämiseen ja ylipainoisilla laihtumiseen tähtäävä elämäntapainterventio, verrattuna tavalliseen ohjaukseen, vähentää tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuutta henkilöillä, joilla on suurentunut diabetesriski (A). Kaikki suositukset perustuvat tutkimuksiin elintapainterventioiden vaikuttavuudesta korkean diabetesriskin henkilöillä.

Raskausdiabetes Käypä hoito -suosituksen mukaan (2013) sekä metformiini että tehostettu elintapainterventio (terveellinen ruokavalio ja liikunta) vähentävät itsenäisesti raskausdiabeteksen sairastaneiden naisten riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen noin 50 % verrattuna tavalliseen ohjaukseen (A).

Dyslipidemia Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan liikapainoisen dyslipidemiapotilaan laihtuttaminen vähentää veren triglyseridien pitoisuuksia ja lisää veren HDL-kolesterolipitoisuutta (A). Samoin laihtumiseen tähtäävillä ruokavaliopainotteisilla elintapamuutoksilla, joissa on mukana myös liikuntaa, saavutetaan pitkäaikaisseurannassa (2–3 vuotta) pienehköjä edullisia muutoksia veren triglyserideissä ja HDL-kolesterolissa ylipainoisilla ja lihavilla henkilöillä (A). Molemmat suositukset perustuvat tutkimuksiin elintapaintervention vaikuttavuudesta.

Käypä hoito -suosituksen mukaan suuren kardiovaskulaaririskin potilailla kliiniset tapahtumat vähentyvät merkitsevästi moneen elämäntapaan kohdistetulla hoidolla (B). Suositus perustuu tuloksiin elintapainterventioista, jotka on kohdistettu vähintään kahteen vaaratekijään suuressa riskissä olevilla aikuisilla. Vastaavasti moneen elämäntapaan kohdistuvalla hoidolla saadaan primaaripreventiossa edullinen, joskin vähäinen vaikutus kolesterolin pitoisuuteen (A).

Vaikka näyttö omahoidon ohjauksesta nivelrikkopotilailla on vähäistä ja ristiriitaista, polvi- ja lonkkanivelrikko Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan keski-ikäisillä polvinivelrikkopotilailla liikuntaharjoittelu tai itsehoidon ohjaus tai näiden yhdistelmä ilmeisesti parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua (B).

Astma Käypä hoito -suosituksen (2012) mukaan laihtuminen saattaa parantaa astmapotilaiden keuhkojen toimintaa, vähentää astmaoireita ja astmalääkityksen tarvetta (C). Suositus perustuu tutkimukseen elintapaintervention vaikuttavuudesta astmapotilailla.

Uniapnea Käypä hoito -suosituksen (2017) mukaan elämäntapaohjaus, varsinkin jos siihen liittyy aktiivinen laihdutusohjelma, saattaa parantaa uniapneapotilaan elämänlaatua (C).

Tulokset kansainvälisistä suosituksista

Omahoidon tuki

Depressio

SIGN (2010) suosittelee ohjattua itsehoitoa depressiopotilaille. Sen mukaan *"Guided self help based on CBT or behavioural principles is recommended as a treatment option for patients with depression (A)"*. Se voi olla sekä SIGN:in (2010) että SBU:n (2013) suositusten mukaan tietokonepohjaista. SIGN:in mukaan *"Within the context of guided self help, computerised CBT is recommended as a treatment option for patients with depression (A)"*. SBU:n mukaan *"Internet-based CBT, with therapist support, is better than waiting list (B)"*.

Toisaalta SBU (2007) suhtautuu varoen KBT-pohjaiseen tietokoneella tapahtuvaan omahoitoon hadistuneisuudesta ja masennuksesta kärsivien potilaiden kohdalla. *"There is limited scientific evidence (C) indicating that computer-based CBT has favorable, short-term effects on symptoms in the treatment of panic disorder, social phobia, and depression. The scientific evidence is insufficient to assess the effects of treatment on obsessive-compulsive disorder and mixed anxiety/depression."*

Sundhedsstyrelsen (2016) antaa heikon suosituksen Mindfulness ohjauksesta depressiopotilaille: *"Overvej at tilbyde patienter med moderat til svær depression, som er remitteret, mindfulness-træning som en tilbagefaldsforebyggende intervention (D)"*.

Ahdistuneisuushäiriöt

NICE (2011) suosittelee erimuotoisia omahoito-ohjelmia yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa. *"For people with GAD whose symptoms have not improved after education and active monitoring in step 1, offer one or more of the following as a first-line intervention, guided by the person's preference: individual non-facilitated self-help, individual guided self-help, or psychoeducational groups (C)"*. NICE:n suosituksessa kuvataan myös se, mitä erilaisten ohjelmien tulee sisältää (ks. liite).

NICE (2013) suosittelee niille sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsiville potilaille, jotka kieltäytyvät KBT terapiasta, KBT:hen perustuvaa tuettua omahoitoa. *"For adults who decline CBT and wish to consider another psychological intervention, offer CBT-based supported self-help (NA)"*. Myös tässä suosituksessa kuvataan, mitä tuetun omahoidon tulee sisältää (ks. liite xxx).

NICE (2013) suosittelee vastoin Mindfulness interventioita sosiaalisten tilojen pelosta kärsivien hoidossa. *"Do not routinely offer mindfulness-based interventions or supportive therapy to treat social anxiety disorder (NA)"*.

ADHD

Sekä NICE (2016) että SIGN (2009) vanhempien ohjausta lasten ja nuorten ADHD:n hoidossa. NICE sisällyttää suosituksensa erilaisten ohjausmateriaalien käytön: *"Following a diagnosis of ADHD, healthcare professionals should consider providing all parents or carers of all children and young people with ADHD self-instruction manuals, and other materials such as videos, based on positive parenting and behavioural techniques (NA)"*. SIGNin suositus ei ota yhtä yksityiskohtaista kantaa: *"Parents/carers of children with ADHD/HKD (and older children with ADHD/HKD) should be given information about ADHD/HKD and about possible interventions, including their potential risks and benefits (NA)"*.

Tyypin 2 diabetes

NICE (2017) ei suosittele rutiininomaista veren glukoosin kotiseurantaa sellaisille tyypin 2 diabeetikoille, joilla ei lääkityksen tai anamneesin perusteella ole hypoglykemiariskiä ja jotka eivät ole raskaana tai suunnittele raskautta (B/C).

NICE (2017) suosittelee strukturoitua ohjausta tyyppin 2 diabetekseen sairastuneille ja heidän perheenjäsenilleen tai huoltajilleen diagnoosin yhteydessä, ja sen tarkistamista vuosittain (NA). NICE pitää ryhmäohjausta ensisijaisena ja yksilöllistä ohjausta toissijaisena menetelmänä (NA).

SIGN (2010) suosittelee oppimisteorioihin pohjautuvia strukturoituja neuvontaohjelmia tyyppin 2 diabeetikoille (A).

Kohonnut verenpaine

NICE (2016) suosittelee informoimaan potilaita, joiden verenpaine on koholla, paikallisista organisaatioista, jotka tarjoavat tukea ja auttavat elintapamuutoksissa (C).

Elintapaohjaus

Depressio

Sekä SIGN (2010) että Sundhedsstyrelsen (2016) suosittelevat depressiopotilaiden fyysisen aktiivisuuden ohjausta. SIGN:in mukaan ” *Structured exercise may be considered as a treatment option for patients with depression (B)*”. Sundhedsstyrelsenin mukaan ” *Overvej at tilbyde fysisk træning til patienter med let til moderat depression i kombination med vanlig behandling (C, heikko suositus)*”.

ADHD

NICE (2016) suosittelee ravitsemukseen ja liikuntaan liittyvää ohjausta ADHD:sta kärsiville lapsille, nuorille ja aikuisille: ” *Healthcare professionals should stress the value of a balanced diet, good nutrition and regular exercise for children, young people and adults with ADHD (NA)*.” SBU (2013) ei näe tarpeelliseksi suositella erityisruokavalioita ADHD lapsille: ” *Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet, överförbarhet och precision) för att specialkost (ris, kött, grönsaker, päron och vatten) ger bättre effekt än hälsosam normalkost för barn med ADHD, mätt som kärnsymtom med ADHD Rating Scale (ADHD-RS) och Abbreviated Conners’ Rating Scale (ACS). Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkningar (D)*.”

SBU (2013) suhtautuu varauksellisesti ADHD valmennuksen suositteluun: ” *Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag (en studie med brister i studiekvalitet, överförbarhet och precision) för att bedöma om kombinationen av social färdighetsträning och föräldraträning som tillägg till sedvanlig vård ger bättre effekt än endast sedvanlig vård på kärnsymtom vid ADHD. Det går heller inte att uttala sig om risker och biverkninga (D)*.” Sen sijaan NICE (2016) suosittelee vanhempienryhmiä ADHD-lasten kohdalla jo ensilinjan hoitona: ” *Healthcare professionals should offer parents or carers of pre-school children with ADHD a referral to a parent-training/education programme as the first-line treatment if the parents or carers have not already attended such a programme or the programme has had a limited effect (NA)t. Group-based parent-training/education programmes, developed for the treatment and management of children with conduct disorders, should be fully accessible to parents or carers of children with ADHD whether or not the child also has a formal diagnosis of conduct disorder (NA)*.”

Familiaalinen hyperkolesterolemia

NICE (2017) suosittelee terveydenhuollon ammattilaisen antaa yksilöllistä ravitsemusohjausta ja yleisiä linjoja noudattavaa liikunnanohjausta familiaalista hyperkolesterolemiaa (FH) sairastaville henkilöille. ” *All people with FH should be offered individualised nutritional advice from a healthcare professional with specific expertise in nutrition (NA)*.” ” *Healthcare professionals should advise people with FH to take at least 30 minutes of physical activity a day, of at least moderate intensity, at least 5 days a week, in line with national guidance for the general population (NA)*”. Vastaavasti suositellaan ylipainoisille FH-potilaille painonhallinnan (NA) ja tupakoiville tupakoinnin lopettamisen (NA) ohjausta.

Tyypin 2 diabetes

NICE (2017) ravitsemukseen perehtyneen terveydenhuollon ammattilaisen antamaa yksilöllistä ja jatkuvaa ravitsemusohjausta kaikille tyypin 2 diabeetikoilla (A). *”Emphasise advice on healthy balanced eating that is applicable to the general population when providing advice to adults with type 2 diabetes. Encourage highfibre, low-glycaemic-index sources of carbohydrate in the diet, such as fruit, vegetables, wholegrains and pulses; include low-fat dairy products and oily fish; and control the intake of foods containing saturated and trans fatty acid.”* Vastaavasti NICE suosittelee yleistä elintapaohjausta tyypin 2 diabeetikoille. SBU (2017) suosittelee potilasohjausta tyypin 2 diabeetikoille. Ensisijaisesti suositellaan tehokkuuden ja alhaisempien kustannusten vuoksi ryhmäohjausta. Ohjauksen antajan tulee olla perehtynyt diabeteksen hoitoon ja hänellä tulee olla pedagogista osaamista.

SIGN (2010) suosittelee harkittavaksi tietokoneavusteisia ja puhelinavusteisia opetuspaketteja osana monitekijäisiä elintapaohjausohjelmia (A-B). SIGN suosittelee myös neuvontaa tupakoinnin lopettamiseksi ja yksilöllisesti suunniteltua ja diabeetikolle spesifistä liikunnan ohjausta (NA).

Kohonnut verenpaine

NICE (2016) suosittelee diagnoosivaiheessa ja sen jälkeen ajoittain annettavaa elintapaneuvontaa potilaille joiden verenpaine on koholla (A-B). Ohjauksen lisämateriaaleina suositellaan käytettäväksi kirjallisia tai audiovisuaalisia materiaaleja (NA).

Kohonnut kardiovaskulaarinen riski

NICE (2016) suosittelee ravitsemusohjausta potilaille, joiden kardiovaskulaarinen riski on kohonnut (C-D). Samoin NICE suosittelee ohjaamista fyysiseen aktiivisuuteen (NA). *”Advice about physical activity should take into account the person's needs, preferences and circumstances. Agree goals and provide the person with written information about the benefits of activity and local opportunities to be active.”* Edelleen NICE suosittelee ylipainoisille tai lihaville potilaille, jos asianmukaista, ohjausta ja tukea laihtumiseen (NA), alkoholin käytön vähentämiseen (NA) ja tupakoinnin lopettamiseen (NA). NICE suosittelee myös informoimaan potilaita heidän absoluuttisesta 10 vuoden aikaisesta kardiovaskulaaririskistä (NA). *” Offer people information about their absolute risk of CVD and about the absolute benefits and harms of an intervention over a 10-year period. This information should be in a form that presents individualised risk and benefit scenarios and presents the absolute risk of events numerically and uses appropriate diagrams and text.”*

NICE (2016) suosittelee ensisijaisesti monitekijäisiä yksilöllisesti räätälöityjä interventioita (NA). *”Multicomponent interventions are the treatment of choice. Ensure weight management programmes include behaviour change strategies to increase people's physical activity levels or decrease inactivity, improve eating behaviour and the quality of the person's diet, and reduce energy intake.”* *”When choosing treatments, take into account the person's individual preference and social circumstance and the experience and outcome of previous treatments (including whether there were any barriers), the person's level of risk, based on BMI and, where appropriate, waist circumference, and any comorbidities.”* NICE:n mukaan kaikissa käyttäytymiseen liittyvissä interventioissa tulee olla mukana asiaan perehtyneen ammattilaisen tuki.

NICE:n (2014) mukaan on vahva näyttö siitä, että sekä liikuntaan että ravitsemukseen kohdistuvat interventiot ovat tehokkaampia laihduttamisessa kuin vain jompaankumpaan kohdistuvat (A). Kohtuullista näyttöä on siitä, että ravitsemusterapeutin mukana olo liittyy suurempaan painon pudotukseen (B). Painonhallintaohjelman keston merkityksestä on heikkoa näyttöä (C). Painonhallintaohjelmista NICE toteaa seuraavaa: *”There was strong evidence that the following behavioural change techniques are used in most BWMPs: goal setting and review of goals (behaviour and outcome); action planning; barrier identification and/or problem solving; graded tasks; self-monitoring of behaviour; feedback on performance; instruction on how to perform behaviour; and planning social support and/or social change. There was no evidence that*

greater use of any particular groups of these techniques are associated with greater weight loss. Findings are from 29 RCTs."

SIGN (2010) suosittelee niin ikään, että painonhallintaohjelmat pitävät sisällään liikuntaan, ruokavalioon ja käyttäytymiseen liittyviä komponentteja (A). SIGN suosittelee myös harkitsemaan internetin välityksellä toteutettuja painonhallintaohjelmia yksilöllisten ja ryhmissä toteutettavien ohjelmien vaihtoehtona (A).

Sydänsairaudet

NICE (2016) suosittelee arvioimaan henkilön tarpeen elintapaneuvonnalle vakaasta angina pectoriksesta kärsivillä potilailla (NA).

SIGN (2016) suosittelee motivoivaa haastattelua matalan intensiteetin fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi vakaasta sydämen vajaatoiminnasta kärsivillä potilailla (A).

Lyhytneuvonta

NICE (2013) suosittelee perusterveydenhuollossa annettavan lyhytneuvonnan osalta, että se tulee räätälöidä potilaan potilaan motivaation ja tavoitteiden, senhetkisen aktiivisuuden ja kykyjen, olosuhteiden ja terveydentilan mukaisesti (NA).

- *"Moderate evidence from fifteen studies suggests that there is an increase in the self-reported physical activity levels in those participants who received brief advice, or who were seen by primary care professionals trained to deliver brief advice (RR 1.30 [1.12-1.50])."*
- *"Moderate evidence from five studies, five RCTs suggests that increasing the intensity of the brief advice intervention has no additional benefit in terms of increasing self-reported physical activity. The additional use of behavioural counselling, additional written materials, vouchers, and methods of feedback did not appear to increase the effects of brief advice."*
- *"Strong evidence from three studies; two RCTs suggests that there is no impact of brief advice upon cardiorespiratory fitness."*
- *"Strong evidence from four RCTs is inconclusive with respect to mental health outcomes."*
- *"Weak evidence from nine studies provides inconclusive evidence regarding the effectiveness of intervention of different durations."*

NICE (2013) suosittelee harkitsemaan kirjallisen materiaalin jakamista lyhytneuvonnan yhteydessä (NA).

NICE (2006) suosittelee perusterveydenhuollossa 5-10 minuutin kestoista lyhytneuvontaa tupakoinnin lopettamiseksi kaikkien tupakoivien potilaiden kohdalla (A). Samoin suositellaan, että hoitajat perusterveydenhuollossa neuvovat tupakoijia lopettamaan tupakointi.

- *"A body of level 1+ evidence directly applicable to the UK supports the efficacy of nicotine replacement therapy as part of a brief intervention for smokers wishing to make a quit attempt."*
- *"A body of level 1+ evidence directly applicable to UK settings marginally supports the efficacy of providing standard self-help materials as a brief intervention (without any face to face contact) for smoking cessation."*
- *"There is insufficient evidence to draw conclusions about the effectiveness of brief interventions delivered by telephone helplines."*
- *"A body of level 1+ evidence based on one set of meta-analyses directly applicable to UK health care settings suggests that increasing the length of a brief intervention from <3 to 30 minutes will increase the effect on quitting, but for interventions lasting less than 10 minutes small changes in the time spent will have limited effect on outcome."*

SIGN (2017) suosittelee toistettua lyhytneuvontaa alkoholin käytön vähentämiseksi sen riskikäyttäjille (A).

Pohdinta

Jo tämän raportin perusteella näyttää selvältä, että terveydenhuoltojärjestelmän on useiden kansanterveydenkin kannalta keskeisten terveysongelmien ja -riskien kyseessä ollen kyettävä tarjoamaan eri muotoista omahoidon tukea ja itsehoidon ohjausta. Tuella ja ohjauksella on merkitystä sekä terveysongelmien primaariprevention (esim. suuren kardiovaskulaaririskin henkilöt) että sekundaariprevention ja hoidon (esim. astma, mielenterveysongelmat) kohdalla. Muodot ja tavat, joilla tukea ja ohjausta tulee tarjota, vaihtelevat potilasryhmistä ja palvelujärjestelmän ominaisuuksista (esim. saatavuus ja saavutettavuus) riippuen.

Edellä kuvatut suositukset perustuvat pääosin kliinisistä tutkimuksista saatuihin tuloksiin. On tavallista, että interventioiden vaikuttavuus arkipäivän terveydenhuollossa on vähäisempi kuin tutkimusten perusteella näyttäisi. Mahdollisimman hyvän arkipäivän vaikuttavuuden saavuttamiseksi on huolehdittava siitä, että palveluntuottajilla on riittävästi ja riittävän hyvin koulutettua henkilökuntaa ohjauksen ja tuen antamiseksi, että aikaresursseista huolehditaan ja että ohjaus ja tuki ovat oikea-aikaista, oikein kohdennettua ja määrältään ja kestoaltaan riittävää.

Tämän selvityksen vahvuus on, että siinä on kattavasti käyty läpi kotimaiset Käypä hoito -suositukset, ja huomioitu ilmeisen korkealaatuiset ja palvelujärjestelmäämme lähellä olevat eurooppalaiset suositukset. Useimmat referoiduista suosituksista sisältävät tutkimusnäytön vahvuuden arvioinnin.

Selvityksemme ei suomalaisia suosituksia lukuun ottamatta ole kattava, ja siihen on kansainvälisten suositusten osalta otettu mukaan vain rajallinen määrä terveysongelmia – olkoonkin että mukaan otetut terveysongelmat ovat kansanterveydellisesti merkittäviä. Tietohakua ei ole tehty systemaattisesti, joten merkityksellisiä omahoidon tuen ja itsehoidon ohjauksen suosituksia on saattanut jäädä huomioimatta. Selvityksen lukijan tulee asennoitua tuloksiin kysymyksellä ”mitä ainakin tiedetään?” muistaen, että selvityksen ulkopuolelle on todennäköisesti jäänyt siinä käsittelemättömiä mutta kuitenkin vaikuttavia menetelmiä.

Käsityksemme mukaan PALKO voi nojautua päätöksissään tähän raporttiin ja sen referoimiin suosituksiin ainakin silloin, kun näyttö interventioiden vaikuttavuudesta on vahvaa (A) tai kohtalaista (B). Muissa tilanteissa esitämme, että tarpeen mukaan tehdään kirjallisuushaku ja löydettyjen tutkimusten kriittinen arviointi mahdollisen spesifisten PICO-kysymysten pohjalta: Mikä potilasryhmä? Mikä interventio? Mihin verrattuna? Mitä lopputulosta tavoitellen?

Liitteet

- Elintapojen ja omahoidon ohjaus; Sydän- ja verisuonisairaudet
- Elintapojen ja omahoidon ohjaus; ADHD
- Elintapojen ja omahoidon ohjaus; ahdistuneisuus- ja pelkotilat
- Elintapojen ja omahoidon ohjaus; depressio
- Elintapojen ja omahoidon ohjaus; näytönastekatsaukset