

19.3.2020

YHTEENVETO SUOSITUSLUONNOKSEN ”KROONISEN LANNESLÄKÄKIVUN HOITO LUUDUTUSKIRURGIALLA JA SEN JÄLKEINEN KUNTOUTUS” OTAKANTAA-KOMMENTEISTA

Suositusluonnos oli kommentoitavana otakantaa-palvelussa 10.2.-3.3.2021. Luonnoksen työnimi oli siinä vaiheessa ”Kroonisen lanneseläkivun hoito luudutuskirurgialla ja sen jälkeinen kuntoutus”. Valmistelumuiiston luonnos ja kirjallisuuskatsaus olivat myös taustamateriaaleina tutustuttavissa. Kommentointimahdollisuudesta tiedotettiin Palkon uutisella, Twitterissä, erikoissairaanhoidolle ja perusterveydenhuollolle lähetyllä viestillä sekä seitsemälle terveydenhuollon ammattihenkilölle ja potilaita edustavalle yhdistykselle. Kommentteja antoi kymmenen tahoa. Ilmoituksen mukaan niistä kahdeksan oli organisaation virallinen kannanotto. Yleisarvosanaksi suosituksesta annettiin 3,5 (asteikko 1-5) yleisimmän arvosanan ollessa 4 (60 %).

Suosituksen kohteen, rajauksen ja tietopohjan osalta todettiin, että nikamakaarenhölymän ja välilevyrappeuman käsittely samassa suosituksessa haastavaa, kun niiden etiologia, oireisto, ennuste ja leikkaustulokset ovat erilaiset. Todettiin myös, että suosituksen otsikko ei ole kaikilta osin linjassa sisällön kanssa.

Terveysongelman osalta ehdotettiin terminologian tarkentamista. Lisäksi ehdotettiin toimintakykyyn painottuvia kivun arviointimenetelmiä ensisijaisiksi ja viittausta Kivun käypä hoito – suositukseen. Samoin ehdotettiin sen korostamista, että magneettikuvauksen spondylolyysilöydökset eivät korreloi kivun kanssa. Lisäksi ehdotettiin varhaisen kuntoutukseen ohjauksen ja fysioterapeutin tule-suoravastaanoton mainitsemista.

Arvioitava menetelmän osalta kyseenalaistettiin Palkon ilmoittama lanneselän luudutusleikkausten kokonaismäärä Suomessa. Lisäksi tiedusteltiin, ottaako suositus kantaa eri leikkaustekniikoihin.

Vaikuttavuutta, turvallisuutta ja näytön arviointia koskevan osion osalta kiinnitettiin huomiota näytön kuvaamiseen ja arviointiin eri tilanteissa ja sen erilaiseen käsittelyyn toisaalta nikamakaaren hölymä- ja selkäkipuleikkausten, toisaalta leikkaushoidon ja konservatiivisen hoidon osalta. Näytön kriittisempää arviointia ja kliinisen merkityksen arviointia korostettiin ja pohdittiin, onko näyttö niin vahvaa, että sen perusteella voidaan antaa suosituksia palveluvalikoiman suhteen. Toisaalta todettiin, että tutkimusnäytön ristiriitaisuus korostaa potilasvalinnan merkitystä. Samoin katsottiin, että leikkauskomplikaatioiden ja konservatiivisen hoidon komplikaatioiden merkitystä tulisi arvioida tiukemmin.

Välilevyn varjoainetutkimusten osalta todettiin, että niiden käyttö Suomessa on lopetettu huonon luotettavuuden takia, mikä olisi hyvä tuoda ilmi.

Kappale postoperatiivisesta kuntoutuksesta on suppea, korostaa vaikutelmaa muun kuin leikkaushoidon toissijaisuudesta, eikä postoperatiivisen kuntoutuksen sisältöä ole avattu. Kirjallisuuskatsauksen tulokset kuntoutuksen osalta tulisi analysoida laajemmin, koska on paljon hyödyllistä tietoa sekä kuntoutuksen sisällön että toteutuksen osalta.



Menetelmän kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja budjettivaikutusten kohdalla kaivattiin leikkaushoidon ja konservatiivisen hoidon kustannusten vertailua ja sen tuomista esiin, että konservatiivinen hoito on merkittävästi halvempi. Tutkimustietoa työelämään palaamisesta kaivattiin.

Eettisistä ja järjestämiseen liittyvistä näkökohdista todettiin, että toimenpiteet tulisi keskittää yksiköihin, joissa on mahdollisuus moniammatillisesti hoitaa selkäpotilaita ja järjestää myöskin kuntoutus ja konservatiiviset hoidot. Keskittämisesetuksen mukaisen termin ”vaativa selkäkirurgia” todettiin olevan tulkinnanvarainen.

Kansallisen selkärekisterin kattavuuden ja käytettävissä olevan tiedon lisääminen on oleellista toimenpiteiden tarkoituksenmukaisen kohdentamisen ja vaikuttavuusarvioiden parantamiseksi.

Johtopäätösten osalta useammassakin kommentissa tuotiin esille, että kuntoutuksen ensisijaisuutta ja oikea-aikaisuutta suhteessa leikkaukseen tulisi korostaa ja että kuntoutuksen sisältöä tulisi kuvata tarkemmin. Moniammatillisen, biopsykososiaalisen kuntoutuksen tosiasiallisesta riittävästä saatavuudesta esitettiin huolia ja pohdittiin, millä sairaanhoidon tasolla se tulisi toteuttaa.

Myös työterveyshuollon roolia työssä selviytymisen ja työhön paluun tukemisessa jo ennen leikkausta ja toipumisen aikana tulisi korostaa, jolloin saavutettaisiin myös säästöä etuuksissa. Myös sairauspoissaolon jatkon harkinnan osalta työterveyshuollolle tulisi antaa aikaisemmin rooli.

Suosituksista tulisi käydä ilmi, että luudutus on viimesijainen hoitokeino, jonka toteutuskynnyks on korkea ja ennen sitä tulisi olla käytynä läpi konservatiivinen hoito. Leikkauksen riskit ovat suuremmat kuin konservatiivisen hoidon. Huonoa kirurgista lopputulosta ennustavat tekijät tulisi tuoda esille; lihavuuden lisäksi tupakointi.

Leikkausten jälkeisten rajoitteiden tarkkaa ajallista rajausta ja niiden kirjaamista potilasasiakirjoihin kannatettiin, jotta tieto kulkisi potilaalle ja jatkohoitopaikkoihin ja tarpeettoman pitkiltä rajoituksilta välttyttäisiin. Rajoitusten tulisi perustua ainoastaan selän biomekaanisten rakenteiden kuormituskestävyyteen. Fysioterapeutti ei voi itsenäisesti muuttaa rajoituksia, vana siihen tarvitaan lääkärin kannanotto.

Suosituksen yhteenvetoa koskevissa kommentteissa toistettiin samoja kommentteja kuin edellä.

Lisänäytön keräämisen ja suosituksen vaikutusten seurannan osalta todettiin, että selkärekisteri on kannatettava kehityskohde. Se sisältää kuitenkin vain kirurgisen hoidon, ei lainkaan konservatiivista hoitoa. Selkärekisteri tulisi laajentaa kattamaan myös konservatiivinen hoito ja sen avulla tulisi pyrkiä tunnistamaan niitä tekijöitä, jotka johtavat konservatiivisen hoidon epäonnistumiseen.

Mikäli potilaiden raportointiosuus on 80%, raporttipohja on valikoitunut. Satunnaistettu tutkimus on edelleen kliinisten tutkimusten golden standard.

