

Kuntoutettavasta terveysliikkujaksi

Kuntoutuksen tarve ja luonne ovat muuttuneet nivelreumassa

Nivelreumaa pidettiin vielä 1990-luvulla länsimaisen aikuisväestön vammauttavimpana sairautena. Reumasäätien sairaalan aikanaan lanseeraama moniammatillinen toimintatapa on ollut sairauden vallitseva hoitokäytäntö. Lääkehoidon, ortopedisen kirurgian ja kuntoutuksen tavoite on potilaan toimintakyvyn turvaaminen. Vaikka nivelreuman varhaisen lääkityksen ideologia on vallinnut Suomessa jo vuosikymmeniä, lääkehoidon vaihtoehdot olivat pitkään vähissä ja hoitotulokset jäivät rajallisiksi. Sen sijaan tekonivelkirurgialla pystyttiin estämään vaikeaa liikuntavammaisuutta (Hakala ym. 1994).

Reumalääkkeiden, erityisesti metotreksaatin, käytön lisääntyminen on yhdistetty viime vuosikymmenten kuluessa havaittuun pysyvien nivelvaurioiden vähenemiseen ja potilaiden toimintakyvyn parantumiseen (Sokka ja Pincus 1998). Tavanomaisten reumalääkkeiden yhdistelmällä on saavutettu hyvät pitkäaikais tulokset sekä nivelvaurioiden eston että työkyvyn säilymisen kannalta (Puolakka ym. 2005, Rantalaiho ym. 2010). Nämä lääkkeet ovatkin vakiinnuttaneet paikkansa yleisimpänä lääk vaihtoehtona tuoreessa nivelreumassa (Rantalaiho ym. 2011). Realistinen hoitotavoite on oireettomuus, ja mikäli sairaus ei reagoi mainittuun lääkehoitoon, aloitetaan hoito biologisilla lääkkeillä (Nivelreuma: Käypä hoito -suositus 2009). On aiheellista kysyä, onko reumasairauksien yhä paranevalla ennusteella vaikutusta nivelreumaa sairastavien potilaiden kuntoutustarpeeseen ja kuntoutuksen luonteeseen.

Kelan raporttien mukaan nivelreumapotiilaille myönnettyt kuntoutustoimenpiteet ovat vähentyneet. Vuonna 2010 Kelan kustantamaa kuntoutusta sai arviolta 2 100 nivelreumaa sairastavaa, alle 16-vuotiaat mukaan luki en. Vuonna 2000 määrä oli noin 3 700 (Kela

2010). Näin suuri pientyminen kuntoutujien lukumäärässä (43 %) heijastaa sairauden todennäköisesti parantunutta ennustetta ja vähentyntä kuntoutustarvetta.

Reumasairauksien hoito on myös muuttunut avohoitopainotteiseksi. Vielä 1980- ja 1990-lukujen vaihteessa Suomessa oli arviolta 700–800 vuodepaikkaa reumasairauksien hoitoon; näistä 70–80 % oli suunnattu konservatiiviseen hoitoon. Nykyisin reumasairauksien konservatiiviseen hoitoon varattuja vuodepaikkoja ei liene juuri missään sairaanhoitopiirissä niin sanottua päiväosastotoimintaa lukuun ottamatta. Tuoreen sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman selvitystyön mukaan reumapotilaiden konservatiivisten hoitopäivien määrä väheni 13:n viime vuoden aikana 74 % ja hoitojaksot 62 % (STM 2012).

Nykyisin reumasairauksien erikoissairanhoidosta vastaa polikliininen moniammatillinen työryhmä. Sen toiminnassa korostuu asianmukaisen lääkehoidon ja yhä harvemmin tarvittavan ortopedisen kirurgian hoitoarvion lisäksi laaja-alainen kuntoutuksellinen toimintatapa (mm. kuntoutusohjaus, fysio- ja toimintaterapia sekä psykososiaaliset palvelut), jossa potilaalla on aktiivinen rooli. WHO:n ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) (ICF 2004) tarjoaa viitekehyksen moniammatillisen kuntoutussuunnitelman laadinnalle ja tulosten arvioinnille. Riittävän varhain yhdessä potilaan kanssa laadittu tavoitteellinen ja yksilöllinen kuntoutussuunnitelma lääkinnälliseen ja tarvittaessa ammatilliseen kuntoutukseen varmistaa, että kuntoutus ja hoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Suunnitelman teossa huomioidaan sairauden vaikeusaste sekä potilaan toimintakyky ja siihen vaikuttavat yksilö- ja ympäristötekijät.

Nivelreuman ennusteen parantuessa on keskusteluun nostettu kysymys siitä, millaisia terveysliikuntaohjeita nivelreumaa sairastaville voidaan suositaa (Vliet Vlieland ja van den Ende 2011). Tuoreen satunnaistettuihin kontrolloituihin tutkimuksiin perustuvan meta-analyysin mukaan riittävän tehokas ja säännöllinen aerobinen harjoittelu parantaa nivelreumaa sairastavien kestävyyskuntoa ja vähentää toimintarajoitteita ja kipua vaikuttamatta haitallisesti sairauden aktiivisuuteen tai pysyviin nivelmuutoksiin (Bailet ym. 2012). Aerobisen liikunnan ohella toinen terveyskunnan kannalta keskeinen alue on voimaharjoittelu. Vaikka lihaskuntoharjoittelu on yhtä turvallista nivelreumaa sairastaville kuin aerobinen harjoittelu, jää se yleensä liian vähälle huomiolle. Lihaskuntoharjoittelun positiiviset vaikutukset toimintakykyyn, kipuun ja niveloireisiin ovat yhteydessä harjoittelun intensiteettiin (Bailet ym. 2012). Riittävän tehokas ja säännöllinen lihaskuntoharjoittelu kasvattaa lihasvoimaa, vaikuttaa positiivisesti kehon koostumukseen (lisää kehon lihasmassaa ja vähentää rasvan määrää) ja luuntiheyteen sekä alentaa verenpainetta (Häkkinen ym. 2005, Strasser ym. 2011, Bailet ym. 2012, Liikunta: Käypä hoito -suositus 2012). Lisänäyttöä harjoittelun vaikutuksesta nivelreumaan liittyvän sydän- ja verisuonisairauksien riskin vähenemiseen tarvitaan (Vliet Vlieland ja van den Ende 2011). Näyttö säännöllisen harjoittelun myönteisestä vaikutuksesta reumaa sairastavien lasten kipuun, toimintakykyyn ja elämänlaatuun on vielä vähäistä (Long ja Rouster-Stevens 2010).

Vaikka kehittyneen lääkehoidot tulokset ovat rohkaisevia, hoitovaste on yksilöllinen. Pitkään jatkuneessa nivelreumassa hoitovaste on usein varhaista tautia huonompi, eikä reumalääkkeillä pystytty korjaamaan jo tapahtuneita nivelvaurioita. Niinpä yli 30 000:n nivelreumaa maassamme sairastavan potilaan joukossa on paljon henkilöitä, joiden toimintakyky on merkittävästi heikentynyt. Nivelreumaa sairastavan harjoitteluohjauksessa onkin muistettava yksilöllisyys, varsinkin jos on todettu selviä kantavien nivelten vaurioita (Vliet Vlieland ja van den Ende 2011). Tällöin kyseeseen voi tulla myös yksilöllinen fysioterapia tai lai-

toskuntoutus. Tämä koskee erityisesti vaikeavammaisia nivelreumaa sairastavia potilaita.

Nivelreumapotilaille suunnatun laitostuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole tarjolla tuoreita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Aiemmissa tutkimuksissa on yleensä verrattu sairaalaolosuhteissa annettua moniammatillista osastohoitoa päiväosastohoitoon tai polikliiniseen hoitoon. Mikäli noudatetaan moniammatillisuuden periaatteita, polikliinisellä hoidolla saavutetaan osasto-olosuhteissa annettavaa hoitoa vastaava terveyshyöty pienemmin kustannuksin (van den Hout ym. 2003).

Vain noin kolmannes suomalaisista nivelreumapotilaista liikkuu terveytensä kannalta riittävästi (Sokka ym. 2008). Suositusten mukaan aikuisten tulisi harrastaa reipasta liikuntaa useana päivänä viikossa yhteensä vähintään kaksi ja puoli tuntia (Liikunta: Käypä hoito -suositus 2012). Lisäksi lihaskuntoharjoittelua tulisi harrastaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Parantuneiden hoitotulosten myötä suurimmalle osalle nivelreumaa sairastavista potilaista voidaan suositaa yleisiä väestölle suunnattuja terveysliikuntaohjeita (Vliet Vlieland ja van den Ende 2011, Bailet ym. 2012). Tämä suositus on luontevaa liittää osaksi hoitoketjuohjeistusta. Potilaan sitouttaminen pitkäkestoiseen omaehtoiseen hoito- ja kuntoutusohjelmaan on yhteinen tavoite, johon tulee tähdätä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja Kelan järjestämässä kuntoutuksessa. ■



MARKKU HAKALA, ma. professori, osastonylilääkäri
Tampereen yliopisto, lääketieteen yksikkö
ja Päijät-Hämeen keskussairaala



ARJA HÄKKINEN, professori
Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos
ja Keski-Suomen keskussairaala

SIDONNAISUUDET

Markku Hakala: Luentopalkkio (Abbott, Pfizer), koulutus-/kongressikuluja yrityksen tuella (Abbott, UCB, GSK), Suomen Reumaliitto ry hallituksen jäsen, Nivelreuma – Käypä hoito -työryhmän puheenjohtaja, Tulehduskipulääkkeet – Käypä hoito -työryhmän jäsen.

Arja Häkkinen: Luentopalkkio (Roche, Pfizer), koulutus-/kongressikuluja yrityksen tuella (Novartis)

KIRJALLISUUTTA

- Baillet A, Vaillant M, Guinot M, Juvin R, Gaudin P. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology (Oxford)* 2012;51:519–27.
- Hakala M, Nieminen P, Koivisto O. More evidence from of a community based series of better outcome in rheumatoid arthritis. Data on the effect of multidisciplinary care on the retention of functional ability. *J Rheumatol* 1994;21:1432–7.
- van den Hout WB, Tjihuis GJ, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. *Ann Rheum Dis* 2003;62:308–15.
- Häkkinen A, Pakarinen A, Hannonen P, ym. Effects of prolonged combined strength and endurance training on physical fitness, body composition and serum hormones in women with rheumatoid arthritis and in healthy controls. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23:505.
- ICF. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. STAKES. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.
- Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2010. [www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_10_pdf/\\$File/Vk_10.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Vk_10_pdf/$File/Vk_10.pdf?OpenElement)
- Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008 [päivitetty 27.6.2012]. www.kaypahoito.fi
- Long AR, Rouster-Stevens KA. The role of exercise therapy in the management of juvenile idiopathic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:213–7.
- Nivelreuma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 1999 [päivitetty 18.9.2009]. www.kaypahoito.fi
- Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, ym. FIN-RACo Trial Group. Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: five-year experience from the FIN-RACo trial. *Arthritis Rheum* 2005;52:36–41.
- Rantalaiho V, Kautiainen H, Virta L, ym. Trends in treatment strategies and the usage of different disease-modifying anti-rheumatic drugs in early rheumatoid arthritis in Finland. Results from a nationwide register in 2000–2007. *Scand J Rheumatol* 2011;40:16–21.
- Rantalaiho V, Korpela M, Laasonen L, ym. FIN-RACo Trial Group. Early combination disease-modifying antirheumatic drug therapy and tight disease control improve long-term radiologic outcome in patients with early rheumatoid arthritis: the 11-year results of the Finnish Rheumatoid Arthritis Combination Therapy trial. *Arthritis Res Ther* 2010;12:R122.
- Sokka T, Häkkinen A, Kautiainen H, ym. QUEST-RA Group. Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis Rheum* 2008;59:42–50.
- Sokka T, Pincus T. Ascendancy of weekly low-dose methotrexate in usual care of rheumatoid arthritis from 1980 to 2004 at two sites in Finland and the United States. *Rheumatology (Oxford)* 2008;47:1543–7.
- STM. Reumaortopedian valtakunnallinen toteuttaminen. Selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:3. www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1579058#fi
- Strasser B, Leeb G, Strehlow C, ym. The effects of strength and endurance training in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2011;30:623–32.
- Vliet Vlieland TPM, van den Ende CH. Nonpharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2011;21:183–8.