



Hanna Ryhänen, Johanna Saarela, Leo Sinkko

Työikäisten niskakipupotilaiden fysioterapia Suomessa

Osa 3: Hoitokäytännöt fysiatrian poliklinikoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutti (AMK)
Fysioterapia
Opinnäytetyö
Kevät 2013

Tiivistelmä

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Hanna Ryhänen, Johanna Saarela, Leo Sinkko Työikäisten niskakipupotilaiden fysioterapia Suomessa Osa 3: Hoitokäytännöt fysiatrian poliklinikoilla 26 sivua + 2 liitettä Kevät 2013
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Fysioterapian yliopettaja Riku Nikander Fysioterapian lehtori Tarja-Riitta Mäkilä Fysioterapian lehtori Tiina Karihtala Dosentti, fysiatrian ylilääkäri Jari Ylinen
Avainsanat	niskakipu, epäspesifinen, kysely, kuntoutus, harjoitteluterapia

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää epäspesifin niskakivun fysioterapian hoitokäytäntöjä työikäisillä potilailla Suomessa. Niskakivun hoidosta on olemassa tutkittua tietoa, ja tässä työssä pohdimme kuinka hyvin näyttöön perustuva fysioterapia toteutuu fysiatrian poliklinikoilla. Työ on osa laajempaa tutkimusta, joka kattaa yhteensä neljä eri sektoria, joista muut osat keskittyivät terveystieteisiin (osa 1), yksityiseen sektoriin (osa 2) sekä kuntoutuslaitoksiin (osa 4). Opinnäytetyössä käytettiin internetissä täytettävää kyselylomaketta, jonka avulla fysioterapeutit vastasivat hoitokäytännöistä viimeisimmän niskakipupotilaansa kohdalla. Kysely toteutettiin 19 sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevissa fysiatrian poliklinikoissa, joista vastauksia saatiin viidestä eri sairaanhoitopiiristä. Pienen vastausprosentin vuoksi tulosten analyysissä keskityttiin nostamaan esille vastauksien keskuudessa toisistaan eriaviä ja keskenään samanlaisia fysioterapiakäytäntöjä. Näitä käytäntöjä arvioidaan tutkittuun tietoon perustaen.

Vastausten perusteella fysioterapeutit ovat käyttäneet monipuolisesti eri harjoitusvälineitä, joista vastuskuminauha oli eniten hyödynnetty väline. Myös ohjauksessa on käytetty monia eri menetelmiä, kuten verbaalista ohjausta, demonstrointia ja fasilitointia. Suuri osa fysioterapeuteista ohjeisti harjoitteita jokaisella käyntikerralla.

Työssä ilmeni kehitystarpeita, joita olivat erityisesti korkean intensiteetin harjoitteiden ohjauksen vähäisyys, hoidon seurantakäytien vähäisyys sekä liian lyhyet hoitajakset. Johtopäätöksenä todetaan, että ainoastaan pieni osa vastaajista ohjasi potilailleen korkean intensiteetin niskaliharjoitteita, vaikka niiden vaikuttavuus on tutkitusti tehokkaampaa kuin matalan intensiteetin harjoitteet. Hoidon seurantaa hyödynnettiin melko vähän sekä hoitajakson pituus jäi yleisesti liian lyhyeksi.

Abstract

Author(s)	Hanna Ryhänen, Johanna Saarela, Leo Sinkko
Title	Physiotherapy in Treatment of Neck Pain in Working Age Population in Finland
Number of Pages	26 pages + 2 appendices
Date	Spring 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Tutor(s)	Riku Nikander, Principal Lecturer Tiina Karihtala, Senior Lecturer Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer Jari Ylinen, MD, PhD, Central Finland Health Care District
Keywords	neck pain, non-specific, survey, rehabilitation, exercise therapy

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine clinical practices of non-specific neck pain in working age patients in Finland. There are several studies about treatment for neck pain and in this thesis we reflect on how well physiotherapy treatments base on different studies in physiatrics clinics. This study is part of a larger survey which includes a total of four different sectors, focusing on health care centres (1), the private sector (2) and rehabilitation centres (4), number three being physiatrics clinics reported in this paper. We interviewed physiotherapists by using an internet questionnaire in which they answered questions concerning their most recent neck pain patient. The survey was implemented in a total of 19 different health care districts, out of which five districts participated. Due to the small number of responses instead of using quantitative methods to analyze the data we decided to reflect on themes that appeared to be the most significant in the questionnaire. In conclusion, we aimed to speculate different physiotherapy conventions used in the treatment of neck pain patients based on previous studies.

Based on the answers in the questionnaires, all of the physiotherapists used a wide variety of training equipment, mainly elastic bands, in the treatment of their most recent neck pain patients. Several methods such as verbal guidance, demonstration and facilitation were applied during treatment periods and the majority of the physiotherapists instructed their patients on every visit.

However, we discovered that there were deficiencies in high intensity training, the amount of follow-ups and the length of the treatment period. High intensity training was only applied in a minority of the physiotherapists exercise therapies although it has been proven to be more efficient than low intensity training. In addition, the number of follow-ups after the treatment period was generally low and the treatment periods themselves were often short.

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Keskeisiä käsitteitä	2
3 Teoreettiset lähtökohdat ja kirjallisuuskatsaus	5
3.1 Aiemmat tutkimukset	6
3.1.1 Jari Ylisen katsausartikkeli 2007	7
3.1.2 KCE-katsaus 2009	8
4 Tutkimuksen tavoite	13
5 Aineisto ja analyysimenetelmät	13
5.1 Kohderyhmä	13
5.2 Fysiatrian poliklinikat	13
5.3 Aineiston hankinnan ja keräämisen kuvaus	14
5.4 Analyysimenetelmät	15
6 Tulokset	15
6.1. Fysioterapian hoitajakso ja seuranta	15
6.2 Ohjaus	17
6.3 Harjoitusvälineet ja toistokerrat/kuormitus	19
7 Pohdinta	20
Lähteet	24

Liitteet

Liite 1 Tutkimuksen saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 Johdanto

Niskakipu on yksi yleisimmistä tuki- ja liikuntaelinvaivoista, ja siitä johtuen myös hyvin yleinen syy hoitoon hakeutumiselle. Hoitona käytetään mm. lääkehoitoa, fysikaalisia hoitoja ja terapeuttista harjoittelua. Niskakivun hoidosta on tehty runsaasti tutkimuksia, mutta tutkimusasetelmissa ja tuloksissa on paljon vaihtelua. Harjoittelun vaikuttavuudesta on tutkimukseen perustuvaa näyttöä mutta tutkimustietoa siitä, mitä toteutunut harjoittelu sisältää eri terveydenhuollon sektoreilla, ei juuri ole (Bronfort ym. 2012; Chiu – Hui-Chan – Cheing 2005; Tsakitzidis 2009; Ylinen ym. 2003, 2007, 2010).

Kokonaisuudessaan työ sisältää poikkileikkaustutkimuksena neljä kyselytutkimusta, jotka jakautuvat neljään eri osatutkimukseen; osa 1 terveysasemat, osa 2 yksityiset sektorit, osa 3 fysiatrian poliklinikat ja osa 4 kuntoutuslaitokset. Tämä opinnäytetyö toteutettiin fysiatrian poliklinikoilla. Tutkimus toteutettiin strukturoidulla internetissä täytettävällä kyselylomakkeella niskapotilaita hoitaville fysioterapeuteille. Fysioterapeutteja pyydettiin vastaamaan kyselyyn viimeisimmän niskapotilaansa osalta. Tutkimus on osittain jatkotutkimusta Jari Ylisen aikaisempiin niskatutkimuksiin (2003, 2010).

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten tutkittuun tietoon perustuva fysioterapia toteutuu fysiatrian poliklinikoilla ja mahdollisesti saada tärkeää tietoa fysioterapiatoiminnan kehittämiskohteista ja -tarpeista. Tutkimustuloksista selviää, miten fysioterapeutit ovat sisäistäneet tutkimukseen perustuvat epäspesifin mekaanisen niskakivun hoitomenetelmät ja kuinka he näkevät oikeaksi ohjata näitä asiakkaille.

2 Keskeisiä käsitteitä

Kipu	Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka liittyy tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivurioon tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein (IASP 1994). Kipu jaotellaan keston mukaan akuuttiin, subakuuttiin ja krooniseen kipuun keston mukaan. Kroonisen kivun kesto ylittää kudosaivurion paranemiseen tarvittavan ajan.
Epäspesifinen niskakipu	Kaikki niskakivun ilmentymät, joiden syntymekanismia ei pystytä yhdistämään poikkeaviin anatomisiin rakenteisiin (KCE 2009)
Spesifinen harjoittelu	Harjoittelu kohdistuu spesifisesti tiettyyn ominaisuuteen ja harjoittelun hyöty ominaisuuden suhteen saavutetaan tämän kohdistamisen kautta. (ACSM 2009)
Progressiivinen harjoittelu	Lihassoimaharjoittelun muokkaaminen ajan kuluessa siten, että vaihteittain pyritään kohti tiettyä tavoitetta. Vastakohta on tiettyä suoritus tasoa ylläpitävä harjoittelu. (ACSM 2009)
Kestävyysharjoittelu	Lihassoimaharjoittelun muoto, jossa pyritään lihasten kestävyysominaisuuksien (eli tietyllä submaksimaalisella kuormituksella saavutettavien toistomäärien) parantamiseen. Myös kestävyyssoimaharjoittelu. (ACSM 2009)
Lihassoimaharjoittelu	Lihassoimaharjoittelun muoto, jossa pyritään maksimaalisen lihassoiman kasvattamiseen. Myös soimaharjoittelu, maksimivoimaharjoittelu. (ACSM 2009)
Harjoittelun tiheys	Harjoituskertojen lukumäärä viikossa

Isometrinen harjoite	Harjoitettavan lihaksen pituudessa ei tapahdu harjoitteen aikana nettomuutosta (ACSM 2009).
Dynaaminen harjoite	Harjoitettavan lihaksen pituudessa tapahtuu harjoitteen aikana nettomuutos (ACSM 2009).
Liikkuvuusharjoite	Harjoite, jolla pyritään tietyn liikeradan palauttamiseen tai ylläpitämiseen
Stabiloiva harjoite	Harjoite, jolla pyritään lokaalien lihasten ominaisuuksien kehittämiseen. Tällöin keskeistä on lihasten oikea syttymisjärjestys eli globaalien lihasten aktivoituminen lokaalien jälkeen tai globaalien lihasten inhibitio.
Harjoitteluterapia	Terapiamuoto, jossa potilas aktiivisesti suorittaa määriteltyä fyysistä harjoittelua, jolla pyritään oireiden lievittymiseen tai toimintakyvyn parantumiseen. Myös terapeutin harjoittelu.
Manuaalinen terapia	Terapiamuoto, jossa terapeutti aktiivisesti suorittaa pehmytkudoksen tai nivelen käsittelyä pääasiassa passiiviselle potilaalle, kuten hieronta, mobilisaatio- tai manipulaatiohoito.
Fysikaalinen terapia	Terapiamuoto, jossa potilas on pääasiassa passiivinen ja joiden vaikutusmekanismi perustuu fysikaaliseen suureeseen kuten lämpö-, kylmä-, sähkö- ja ultraäänihoidoissa. Myös teippaus luetaan fysikaaliseksi terapiaksi, jolloin vaikutusmekanismi on tukivoima. Myös fysikaalinen hoito.

Venytysharjoittelu

Harjoittelumuoto, jossa pyritään ylläpitämään tai lisäämään lihasten, jänteiden, sidekudoskalvojen, nivelsiteiden ja nivelkapselin elastisuutta. Venyttelyllä pyritään siis lisäämään nivelen liikelaajuutta, lihaksen venyvyyttä, lihaspituutta ja edistämään lihaksen rentoutumista. (Ylinen 2002: 7, 10.)

3 Teoreettiset lähtökohdat ja kirjallisuuskatsaus

Tutkimus pohjautuu tarpeeseen kehittää epäspesifin niskakivun tutkittuun tietoon perustuvien hoitokäytäntöjen toteutumista fysioterapiassa.

Terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuutta voidaan parantaa yhdenmukaistamalla eri terveydenhuollon sektoreiden hoitokäytäntöjä tutkimusnäytön perusteella.

Niskakipu on laaja kokonaisuus, johon sisältyy esimerkiksi epäspesifinen niskakipu sekä niskakipuun liittyvät häiriöt. Niskakivun tausta sekä oirekuvat vaihtelevat kuitenkin yksittäisten potilaiden välillä huomattavasti ja siihen vaikuttaa mm. potilaan fyysinen aktiivisuus sekä ajan mittaan tulevat tekijät. (Tsakitzidis 2009.)

Niskan lihaksilla on monia tehtäviä. Ne muun muassa pitävät päätä pystyasennossa, stabiloivat päätä eri asennoissa ja vähentävät kuormitusta tukikudoksessa liikkeen aikana, liikuttavat päätä aistihavaintojen tekemiseksi, kohottavat hartioita ja avustavat hengityksessä. Aikaisemmin on ajateltu, että niskakipu johtuu yllirasituksesta, joten passiivinen fysioterapia ja lepo ovat olleet hoidon perustana. Tutkimuksissa on havaittu, että lihasvoiman lisääntyminen on yhteydessä kivun vähenemiseen kroonisessa niskakivussa. (Ylinen 2007c.)

Aktiivisen harjoittelun avulla kipua voidaan vähentää ja rasituksen sietokykyä kasvattaa eri mekanismeja hyödyntäen. Harjoitteet voivat parantaa neuromuskulaarista toimintakykyä ja palauttaa niskan sensomotorista kontrollia sekä normaaleja liikemalleja. Porttikontrolliteorian mukaan harjoittelu voi inhiboida kipuhermojen toimintaa. Voimakas lihassupistus aktivoi sisäisten opioidien vapautumisen ja stimuloi endorfiinin vapautumista aivolisäkkeestä. Tämän on ajateltu vähentävän sekä perifeeristä että sentraalista kipua. Korkean intensiteetin harjoittelun on todettu tilastollisesti merkitsevästi nostavan plasma B-endorfiini- ja kortisolitasoja. (Ylinen 2007c.)

Aivokuoren plastisuus mahdollistaa, että käyttäytymisinterventioilla voidaan tuottaa palautetta aivoalueille, jotka ovat muuttuneet kipumuistojen vuoksi. Harjoittelu sisältää usein kognitiivista terapiaa, missä asiakas huomaa, ettei kuormitus pahenna kipua ja itse asiassa parantaa kivun vuoksi rajoittunutta toimintakykyä. (Ylinen 2007c.)

3.1 Aiemmat tutkimukset

Kroonisen niskakivun fysioterapeuttisista hoitomenetelmistä on edeltävän noin vuosikymmenen aikana tuotettu kansainvälisesti runsaasti tutkittua tietoa. Vahvaa näyttöä

tuloksellisimmista niskakivun hoitoon soveltuvista menetelmistä tai validoituja kliinisiä suosituksia tai standardoitua hoitolinjaa sen hoitoon ei silti ole kyetty toistaiseksi tuottamaan (Ylinen ym. 2007a; 2010; Andersen ym. 2011). Niskakipu on laaja kokonaisuus

ja sen tausta sekä oirekuvat vaihtelevat yksittäisten potilaiden välillä huomattavasti.

Tarkka kliininen diagnosointi on usein ongelmallista, koska tunnusmerkit ja oireet osoittautuvat säännöllisesti epäspesifisiksi (Griffiths ym. 2009). Niskakivun diagnostiikan ja

hoidon apuvälineeksi ei toistaiseksi ole olemassa vastaavaa luokittelua kuin esimerkiksi alaselkävaikeuksissa (O'Sullivan 2005). Tämä saattaa omalta osaltaan vaikeuttaa niskakivupotilaan hoidon suunnittelua, toteuttamista ja parhaiten kullekin yksittäiselle potilaalle soveltuvien hoitomenetelmien valintaa.

Kroonisen niskakivun hoidossa käytetyt menetelmät ovat vaihdelleet passiivisista menetelmistä ja levosta aktiivisiin hoitomenetelmiin sekä aktiiviseen terapeuttiseen harjoitteluun (Nikander ym. 2006; Ylinen ym. 2007a; 2010). Niskakivupotilaille annettu hoito

on sisältänyt muun muassa ergonomista ohjausta, aktiivista harjoittelua, yleisen fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen kannustamista, manuaalista terapiaa tai fysikaalisia hoitoja sekä esimerkiksi akupunktiota (Ylinen 2007a; Andersen ym. 2011; Hurwitz ym. 2009). Tuloksellisinta hoitomenetelmää ei kuitenkaan ole kyetty määrittelemään (Hurwitz ym. 2009). Vahva näyttö eri menetelmien vaikuttavuudesta kroonisen niskakivun

hoidossa on puutteellista ja aihetta koskeva tutkimustieto on paikoin ristiriitaista (Ylinen ym. 2007a; 2007b; Andersen ym. 2011; Kay ym. 2012; Viljanen ym. 2003, Taimela ym. 2000). Hurwitz ym. (2009) toteaa kuitenkin katsausartikkelissaan mahdollisimman varhaiseen toiminnallisuuden palauttamiseen tähtäävien interventioiden olevan niskakivun

hoidossa suhteessa tehokkaampia kuin interventioiden ilman tätä tavoitetta.

3.1.1 Jari Ylisen katsausartikkeli 2007

Ylinen (2007c) on tarkastellut systemaattisessa katsauksessaan terapeuttisen harjoittelun ja toiminnallisen kuntoutuksen käyttöä kroonisen niskakivun hoidossa. Katsauksessa on vedetty yhteen 10 aihetta käsittelevää tutkimusta vuosilta 1994–2006. Tutkimusnäyttö tukee pitkäkestoisen dynaamisen ja isometrisen vastusharjoittelun vaikuttavuutta. Tulokset eivät näytä pitkällä tähtäimellä todisteita asennon parantamiseen ja proprioseptiikkaan keskittyvien harjoitteiden eivätkä hyvin matalatehoisten harjoitteiden puolesta.

Tutkimukset osoittavat vahvan yhteyden niskakivun ja niskan lihasten heikkouden välillä. Tutkijat havaitsivat selvän alenemisen kaularangan fleksoreiden ja ekstensoreiden lihasvoimassa sekä pään rotaattorien voimassa verrattuna terveisiin verrokkeihin. Nämä tutkimukset eivät osoittaneet, onko niskakipu lihasten heikkouden seurausta vai olivatko heikot tulokset lihasvoimatesteissä seurausta pitkäaikaisesta kiputilasta. (Ylinen 2007c.)

Harjoitusohjelmat ilman spesifejä niskan lihasten harjoitteita eivät vaikuttaneet kipuun verrattaessa tutkimusryhmää kontrolliryhmään. Useat erilaisten harjoitusohjelmien vaikutusta tutkineet tutkimukset ovat näyttäneet kivun vähenevän välittömästi intervention jälkeen suhteessa kontrolliryhmään, mutta vaikutus ei ole ollut pysyvä pitkän aikavälin seurannassa. Tätä selittää interventioden lyhytkestoisuus (8-12 viikkoa), jolloin harjoittelu saa pääasiassa aikaan neuraalista adaptoitumista, kun taas kudosuutokset vaatisivat paljon pitemmän ajan. Harjoittelufysiologian ja kliinisten tutkimusten tulokset sisältävät vahvaa näyttöä harjoitusterapian vaikuttavuudesta kroonisen niskakivun aiheuttaman haitan vähentämiseksi. Vastusharjoittelun on myös todistettu parantavan niskan voimaa ja liikeratoja. Pidempi harjoitusjakso näyttää johtavan parempiin tuloksiin. (Ylinen 2007c.)

Niskakipupotilailla on tutkimuksissa havaittu terveitä verrokkeja alhaisempi paineikipukynnys (pressure pain threshold PPT). Useissa tutkimuksissa on tarkasteltu aktiivisen harjoittelun vaikutusta niskan lihasten paineikipukynnykseen kroonista niskakipua potevilla asiakkailla verrattuna terveisiin verrokkeihin mutta positiivisia vaikutuksia ei ole löydetty. Syynä on voinut olla harjoittelun alhainen intensiteetti ja

intervention lyhytkestoisuus. Ylinen ym. havaitsivat tutkimuksessaan merkitsevän parantumisen paineikipukynnyksessä niskan voimaharjoittelu- ja kestävyysarjoitteluryhmässä 12 kuukauden interventiossa. (Ylinen 2007c.)

Harjoitteluintensiteetin on todistettu olevan tärkeä tekijä niskan kivun ja haitan vähentämisessä. Tutkijat ovat löytäneet kevyellä intensiteetillä toteutetussa harjoittelussa vain pienen vasteen niskan voimassa. Niskan lihasten vahvistumista tapahtui lyhyen aikavälin tutkimuksissa ja pitkäkestoisen voima- ja kestävyysarjoittelun jälkeen. Myös harjoittelun tiheys on merkittävä tekijä niskakipua hoidettaessa. Tutkijat osoittivat myös, että vaikka useat tutkittavat hyötyivät harjoittelusta kaksi kertaa viikossa toteutettuna, käytännössä kaikilla niillä potilailla, jotka tekivät korkean intensiteetin voimaharjoittelua kolme kertaa viikossa, niskan kipu ja haitta vähenivät. (Ylinen 2007c.)

Asiakkaat voivat kokea myös oireidensa spontaania paranemista tutkimuksen aikana. Tämä voidaan päätellä siitä, että useissa tutkimuksissa on havaittu myös kontrolliryhmässä huomattavia parannuksia. Harjoitusmetodin kuvaus mukaan lukien toistot, sarjat, kuorma ja tiheys ovat tärkeitä asioita tietää, jotta harjoittelun tehoa voidaan arvioida. Nämä parametrit ovat yhtä olennaisia kuin lääketutkimuksissa nimen ja annoksen tunteminen. Monesta tutkimuksesta tämä perustieto puuttuu. (Ylinen 2007c.)

Tutkittaessa useiden hoitojen yhdistelmiä, kuten lukuisissa tutkimuksissa on tehty, on riskinä, että loppujen lopuksi tuloksista ei voida päätellä, mitkä hoidoista vaikuttivat tulokseen. Eri harjoittelumetodit tulisi analysoida erillään toisistaan. (Ylinen 2007c.)

3.1.2 KCE-katsaus 2009

KCE-katsaus on systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka sisältää systemaattisia katsauksia, meta-analyysejä, suosituksia ja satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia sekä muita kliinisiä tutkimuksia vuosilta 1998–2008. Tutkimuksessa tehtiin systemaattinen katsaus akuutin ja kroonisen epäspesifin niskakivun diagnoosista, ennusteesta sekä hoidosta aikaisemmin julkaistun tieteellisen tutkimuksen pohjalta. Katsaukseen kerätyt tutkimukset olivat MEDLINE-, Embase-, Cochrane- ja PEDro-tietokannoista. (Tsakitzidis 2009.)

Katsauksen mukaan väestön ikääntyminen sekä passiivinen elämäntapa lisäävät niveltautien yleisyyttä ja sitä kautta terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Katsauksen painotus on epäspesifisessä niskakivussa, koska se on yleinen hoitoon hakeutumisen syy. Katsaus on monitieteellinen käyttäen lääketieteen, kuntoutuksen, neurokirurgian ja anestesian asiantuntijoiden tietämystä. Diagnoosi- ja hoitomenetelmiä on olemassa useita. Siksi uusimman tutkimusnäytön tuominen alan toimijoiden tietoon on tärkeää. (Tsakitzidis 2009.)

Monitieteellinen paneeli määritteli tutkimusnäytön tason jokaisen tutkimuksen johtopäätöksistä (GRADE-järjestelmä) seuraavaan tapaan:

GRADE A: korkean tason näyttö (satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset ilman suuria puutteita tai ylivoimaista näyttöä poikkileikkaustutkimuksista).

GRADE B: kohtuullisen tason näyttö (satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset, joissa on joitain puutteita, kuten epäjohdonmukaisuuksia, epäsuoria tai epä-tarkkoja tuloksia, metodologiset virheet; tai poikkeuksellisen vahvaa näyttöä poikkileikkaustutkimuksista).

GRADE C: heikon tason näyttö (heikkolaatuiset satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset). (Tsakitzidis 2009.)

Tutkimusten hoitomenetelmät vaihtelivat. Niitä olivat manuaalinen terapia (B), ohjattu terapeuttinen harjoittelu (B), koti- ja ryhmäharjoittelu (C), hieronta (C), elektroterapia ja muut fysikaaliset hoidot (C), lääkitys (B, C) sekä muut terapiamuodot, kuten akupunktio, tyyny ja tuet (B, C). Joissain tapauksissa näytön laatu vaihteli kohderyhmästä riippuen.

Multimodaalinen hoito on yhdistelmä vähintään kahdesta eri terapiamuodosta, esimerkiksi ohjattu harjoittelu yhdistettynä manuaaliseen terapiaan tuotti A-tason näyttöä. Katsauksessa todettiin, että tällaiset yhdistelmähoidot ovat tehokkaampia epäspesifin niskakivun hoidossa kuin yksittäiset terapiamuodot. (Tsakitzidis 2009.)

3.2 Uudemmat tutkimukset

O'Leary ym. (2007: 3) vertasivat tutkimuksessaan kahta harjoitusohjelmaa toisiinsa: alemman (kervikaalisen) ja ylemmän (kraniokervikaalisen) kaulanrangan fleksio-

harjoitteita. He päätyivät tutkimuksessaan siihen, että molemmat harjoitteluohjelmat paransivat selvästi ylemmän kaularangan syvien koukistajalihasten isometristä suorituskykyä, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa harjoitusohjelmien tehon välillä ei havaittu.

Jull ym. (2009: 701) totesivat spesifisen matalakuormitteisen (low load) harjoittelun parantavan syvien ja pinnallisten lihasten syttymisjärjestystä CCFT-testissä. Niskan fleksoreiden voimaharjoittelu ei saanut samaa aikaiseksi. Niskakipu väheni kuitenkin molemmilla harjoitteluryhmillä ja myös harjoittelu koettiin hyödylliseksi molemmissa ryhmissä.

Andersen ym. (2011: 440) osoittivat tutkimuksessaan, että jo kahden minuutin päivittäinen harjoittelu kymmenen viikon ajan tuottaa kliinisesti merkitsevän muutoksen koetussa niskakivussa ja palpaatioarkuudessa, sekä kasvattaa lihasvoimaa toistuvista niska-hartiaseudun kivuista kärsivillä aikuisilla.

Bronfort ym. (2012: 1) vertailivat tutkimuksessaan kaularangan manipulaation, lääkeyksityksen ja ohjattujen kotiharjoitteiden vaikutusta akuutissa ja subakuutissa niskakivussa. Heidän mukaansa manipulaatio on kivunhoidossa tehokkaampaa kuin lääkeyksitys sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Parin ohjauskerran jälkeen toteutetulla kotiharjoittelulla saavutettiin kuitenkin samat tulokset melkein kaikissa seurantamittauksissa.

Myös venyttelyä on tutkittu niskakivun hoidossa. Ylinen ym. (2007a: 126) tulivat tutkimuksessaan siihen johtopäätökseen, että venyttelyharjoitteiden (kotiharjoitteet) ja manuaalisen terapian (hieronta, mobilisointi, passiiviset venytykset) vaikuttavuuden ero on vähäinen. Heidän mukaansa venyttely on sopiva harjoittelumuoto kivun lievityksessä ainakin lyhyellä aikavälillä ja sitä voidaan suositella ennen siirtymistä niskalihasharjoitteluun. Uudemmassa tutkimuksessaan Ylinen ym. (2010: 344) totesivat kuitenkin, että venyttely yksinään oli vähemmän tehokasta kuin yhdistettynä lihasvoima ja -kestävyys harjoitteisiin, vaikka se vähensi päänsärkyä ja niskakipua.

Gustafsson ym. (2009) vertailivat kahta interventiota potilailla, joilla oli jännitystyyppistä niskakipua. Kivun- ja stressinhallinnan ryhmä (PASS, pain and stress self management) sisälsi rentoutumisharjoittelua, kehoitietoisuusharjoitteita, oppitunteja ja ryhmäkeskusteluja. Yksilöfysioterapia (IAPT, individually administered physical

therapy) oli tavallista fysioterapiaa terapeutin harkinnan ja ammattitaidon mukaan. Tutkimuksessa PASS-ryhmässä tapahtui parempi muutos potilaiden itse kuvaamaan kivunhallintaan, omaan pystyvyyteen, haittaan ja katastrofisointiin 20 viikon seurannassa.

Monissa niskakipututkimuksissa harjoitteilla on saatu aikaan kivun vähenemistä, mutta tulosten pysyvyyttä pitkällä aikavälillä ei ole paljoakaan tutkittu. Ylinen ym. (2007b: 161,168) tutkivat ovatko vuoden mittaisella harjoittelujaksolla aikaansaadut positiiviset tulokset säilyneet myös pitkällä aikavälillä. He totesivat, että tulokset olivat melko pysyviä sekä tilastollisesti että kliinisesti kolmen vuoden seurannassakin. Lisäksi heidän mukaansa spesifisen harjoittelun ei välttämättä tarvitse jatkua elinikäisesti, jotta niskakipu voitettaisiin.

Terapeuttista harjoittelua on siis tutkittu paljon erilaisissa tutkimusasetelmissä, mutta harjoittelun ja ohjauksen toteutumista sekä laatua ei juuri ollenkaan. Freburger ym. (2009: 192–199) tutkivat terapeuttisen harjoittelun määräämistä asiakkaille, jotka kärsivät kroonisesta selkä- tai niskakivusta. Heidän tavoitteenaan oli selvittää, millä tavalla eri ammattiryhmät (lääkärit, kiropraktikot ja fysioterapeutit) eroavat toisistaan koskien terapeuttisen harjoittelun määräämistä. Heidän johtopäätöksensä oli, että terapeuttista harjoittelua hyödynnetään liian vähän kroonisen selkä- ja niskakivun hoidossa. Ohjauksen määrä ja suositeltujen harjoitteiden sisältö ja laatu eivät aina noudata tämänhetkisiä hoitosuosituksia. Tutkijoiden mukaan kuitenkin fysioterapeuttien määräämä harjoittelu on eniten linjassa tämänhetkisten suositusten kanssa. Pitää kuitenkin huomioida, että tutkimus toteutettiin Yhdysvalloissa, joten sitä ei voida yleistää Suomeen, koska maiden terveydenhuoltojärjestelmät eroavat toisistaan.

Martelin ym. (2011) tutkimuksen mukaan epäspesifisestä niskakivusta kärsiville potilaille ei ole lisähyötyä kuukausittaisesta suoritettavasta ennaltaehkäisevästä kaularangan manipulaatiosta tai tällaisesta manipulaatiosta yhdistettynä kotiharjoitteluun verrattuna niskaongelmista keskusteluun tapaamisessa kiropraktikon kanssa joka toinen kuukausi.

Italiassa tutkittiin opetus- ja harjoitteluohjelmaa päänsäryn ja niska-hartiakivun vähentämisessä työyhteisössä. Tutkijoiden johtopäätöksenä ohjelma vähentää päänsärkyä ja niska/hartiakipua työyhteisössä. (Mongini ym. 2012.)

Griffiths ym. (2009) tutkivat spesifien niskan stabiatioharjoitteiden yhdistämistä tavalliseen niskaneuvontaan ja harjoitteisiin verrattuna edelliseen ilman stabiatioharjoitteita perusterveydenhuollon kroonisesta niskakivusta kärsivillä potilailla. Johtopäätöksenä oli, että stabiatioharjoitteiden lisääminen tavalliseen niskaneuvontaan ja harjoitteluohjelmaan ei tuo parempaa hoitotulosta kroonisessa niskakivussa.

4 Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa vallitsevasta hoitokäytännöstä eli selvittää ohjataanko niskakipuasiakkaan harjoittelua fysiatrian poliklinikoilla tutkimuksiin perustuvan tiedon mukaisesti, vai olisiko harjoittelun ohjauksessa erityistä kehitettävää.

Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin fysiatrian poliklinikoita koskien:

”Miten fysioterapeutit toteuttavat niskakipupotilaan hoitojakson?”

”Miten eri hoitokäytännöt eriävät tai yhtenevät toisistaan eri fysioterapeuttien keskuudessa?”

”Millaisia kehitystarpeita on nykyisissä fysioterapiakäytännöissä?”

5 Aineisto ja analyysimenetelmät

5.1 Kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat fysiatrian poliklinikoilla työskentelevät fysioterapeutit, jotka hoitavat työikäisiä, 18–63-vuotiaita epäspesifisestä niskakivusta kärsiviä henkilöitä Suomessa.

5.2 Fysiatrian poliklinikat

Fysiatrია on lääketieteen erikoisala, joka keskittyy tuki- ja liikuntaelinsairauksien diagnostiikkaan, ei-operatiiviseen hoitoon ja kuntoutukseen. Lisäksi fysiatrია sisältää vaikeavammaisten kuntoutusta ja kuntoutuslaitostoimintaa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Fysiatrian poliklinikalle hakeudutaan ensisijaisesti lääkärin läheteellä konservatiivisesti hoidettavissa olevien oireiden vuoksi. Myös radikaalisista oireista kärsivät potilaat lähetetään yleensä fysiatrialle, joka arvioi leikkaushoidon tarpeen ja tekee tarvittaessa maksusitoumuksen operatiiviseen hoitoon yliopistosairaalaan. Osassa

yliopistosairaaloitakin on siirrytty ns. yhden luukun periaatteeseen, jolloin fysiatri arvioi konservatiivisen tai operatiivisen hoidon linjan. Keskeisimpiä kriteereitä lähetteen saamiseksi ovat aikaisemman kuntoutuksen ja hoidon riittämättömyys sekä työ- ja toimintakykyä rajoittanut, pitkittynyt oire, joka vaatii lisäselvittelyitä. (Terveysportti 2011; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

5.3 Aineiston hankinnan ja keräämisen kuvaus

Tiedonhaussa on käytetty pääasiassa PubMed- ja Cochrane – tietokantoja sekä muilta tutkijoilta saatua materiaalia (mm. Ylinen, Freburger). Kirjallisuuskatsaus perustuu systemaattiseen tiedonhakuun vuodesta 2004 lähtien julkaistuista epäspesifin niskakivun hoitoon keskittyneistä tutkimuksista.

Tutkimuksen varsinainen aineisto kerättiin internet-kyselyn avulla opinnäytetyön teoriapohjan perusteella. Lomakkeessa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on ennalta määrätty. Suurin osa kysymyksistä on jätetty avoimiksi välttämättä liikaa johdattelua. Kyselymenetelmän etuna on sen tehokkuus suhteessa ajankäyttöön.

Ennen kyselyn toteuttamista valmis lomake testattiin muutamalla fysioterapeutilla. Kysymyslomakkeessa oli 24 kysymystä, jotka käsittelivät viimeisimmän niskakivupotilaan hoitokäytäntöjä. Harjoittelusta kysytään terapian sisällön yksityiskohtia. Lomake on liitteenä opinnäytetyön lopussa (liite 2).

Yhteensä 19 sairaanhoitopiirin alueen fysiatrian poliklinikalle lähetettiin saatekirje, jossa esiteltiin tutkimus ja kysyttiin lupaa tutkimuksen toteuttamiselle. Koska kyseessä oli julkisen sektorin piirissä toteutettu tutkimus, olimme velvoitettuja anomaan erillistä tutkimuslupaa jokaisen sairaanhoitopiirin kohdalla. Lähetimme täytetyn tutkimuslupahakemuksen niille viidelle sairaanhoitopiirin alueen fysiatrian poliklinikoille, joista saimme myönteisen vastauksen työhön osallistumiselle. Pitkästä vastausajasta sekä useista yhteydenotoista huolimatta vain kahdeksan fysioterapeuttia vastasi kyselyyn.

5.4 Analyysimenetelmät

Lähtökohtaisesti tarkoituksenamme oli analysoida vastaukset kvantitatiivisesti. Alhaisesta vastausprosentista johtuen valitsimme lomakkeen kysymysryhmistä kolme sisällöltään merkittävää aihepiiriä. Tulosten analysoinnissa keskityimme nostamaan vastauksien keskuudessa toisistaan eriäviä ja keskenään samanlaisia fysioterapiakäytäntöjä ja pohtia niitä. Aihepiireiksi valitsimme fysioterapian hoitojakson ja seurannan, fysioterapeuttisen ohjauksen, epäspesifin niskakivun hoidon kuormituksen sekä käytetyt harjoitusvälineet.

Yksittäisten vastaajien tietoja ja vastauksia ei raportoida eikä niitä ole mahdollista raportista selvittää. Vastaajien tunnistetietoja ei myöskään kerätä eikä säilytetä.

6 Tulokset

6.1. Fysioterapian hoitojakso ja seuranta

Kuinka kauan viimeisimmän potilaanne säännöllinen hoitojakso kesti?

Neljä kahdeksasta vastanneesta ilmoitti hoitojakson pituudeksi kolme (3) kuukautta, kun lyhyin kesti vain neljä (4) viikkoa ja pisin viisi (5) kuukautta. Neljän viikon hoitojakson toteuttanut fysioterapeutti oli käynyt erilaisia kursseja aiheeseen liittyen, kuten C-kurssit sekä Kinetic Control -koulutus. Kahdella viiden kuukauden kestäneellä hoitojaksolla toimineen fysioterapeutin koulutukseen oli kuulunut myös kyseisen alueen erilaisia koulutuksia, muun muassa C-kurssi ½, niskan liikehallinnan kursseja, niska-yläraajakoulutusta sekä neuraalikudoksen mobilisoinnin koulutuksia. Suuri osa vastanneista fysioterapeuteista oli työskennellyt alalla yli 23 vuotta, mutta lisäkoulutusten määrä oli melko vähäistä.

Näiden vastausten perusteella hoitojakson pituus ja fysioterapeutin jatkokoulutus eivät ole suoraan verrannollisia keskenään.

Kuinka monta fysioterapiakäyntiä viimeisimmän potilaanne hoitajakso sisälsi?

Vähimmäismäärä potilaiden hoitokerroissa oli kaksi hoitokäyntiä ja eniten käyntejä sisältäneessä hoitajaksossa seitsemän. Viisi kahdeksasta fysioterapeutista vastasi viimeisimmän potilaansa hoitajakson sisältäneen viisi fysioterapiakäyntiä.

Hoidon tehokkuutta voidaan pohtia kahden ääripään vastauksen perusteella. Kahdella hoitokerralla annettu fysioterapia antaa pohdinnan aiheita siitä, kuinka tuloksellisesti potilaan hoitoon tulon syytä on hoidettu sekä kuinka hyvin potilas on sisäistänyt ohjauksen sisällön. Kaksi hoitokertaa vastanneella myös hoitoon tulon syy vaikuttaa sekundääriseltä, sillä itse hoitajakso kesti kokonaisuudessaan kolme kuukautta. Kyseinen potilas sai ohjausta venyttelyssä, PhysioTools-harjoitteissa ja ergonomiassa.

Seitsemän kertaa viiden kuukauden aikana käyneen potilaan hoito sisälsi liiketerapian lisäksi akupunktiota, kinesioteippausta ja kipuhoidoja, mikä osaltaan selittää useat käynnit ja pitkän hoitajakson.

Ohjattiinko potilaalle seurantakäyntiä tai muuta yhteydenottoa ja jos ohjattiin, niin kuinka kauan säännöllisen hoitajakson päättymisestä?

Vain kaksi fysioterapeuttia vastasi sopineensa seurantakäyntiajan potilaansa kanssa. Seurantakäynnit sovittiin kahden ja kolmen kuukauden päähän. Muut vastaajat eivät sopineet seurannasta ollenkaan tai antoivat potilaalle mahdollisuuden yhteydenottoon myöhemmin.

Mielestämme potilaalle annetaan tarpeetonta vastuuta, kun yhteydenotto jätetään hänen harkintakykynsä varaan, jolloin seurantakäynti saattaa jäädä toteutumatta todennäköisemmin kuin silloin, kun käynti on ennalta sovittu fysioterapeutin kanssa. On myös mahdollista, että potilas ei ota yhteyttä fysioterapeuttiinsa mikäli oire ei huomattavasti pahene. Seurantakäynnin olisi kuitenkin suotavaa toteutua siinäkin tapauksessa jos oireet ovat helpottuneet, mutta eivät poistuneet kokonaan.

6.2 Ohjaus

Kuinka monella hoitokerralla ohjasitte potilaallenne harjoitteita?

Suurin osa vastanneista (7) ohjasi potilaalleen harjoitteita jokaisella tai lähes jokaisella hoitokäynnillä. Tämän vuoksi on todennäköistä, että potilas on sisäistänyt annetut liikkeet oikein, joka osaltaan tukee hoidon tuloksellisuutta sekä tulevaa omatoimista harjoittelua. Harjoitteet ovat voineet myös vaihdella eri hoitokerroilla, jolloin potilas on saanut kattavamman valikoiman liikkeitä, joita hän voi jatkossa hyödyntää oireiden itsehoidossa.

Vain yksi fysioterapeutti ohjasi harjoitteita potilaalleen vain ensimmäisellä kerralla, kun käyntikertoja oli yhteensä viisi. Vastauksen perusteella voi olettaa, että fysioterapeutti ei ole lopuilla neljällä käyntikerralla tarkistanut, oliko potilas suorittanut annettuja harjoitteita oikealla tekniikalla. Kyseinen vastaus erottui joukosta, sillä fysioterapeutin vastauksen mukaan terapia perustui potilaan omatoimiseen harjoitteluun.

Millä tavoin ohjasitte potilaallenne harjoitteet?

Yllätyimme siitä, kuinka moni fysioterapeutti käytti hyväkseen useita eri metodeja ja välineitä ohjauksissaan. Käytettyjä menetelmiä olivat muun muassa demonstrointi (fysioterapeutti näyttää harjoitteen, jonka jälkeen potilas suorittaa kyseisen liikkeen itse), suullinen ja kirjallinen ohjaus sekä fasilitointi (fysioterapeutti korjaa manuaalisesti potilaan suorittaman liikkeen oikeaksi). Neljä fysioterapeuttia käytti ohjauksessa apuna peiliä. Ohjauksessa monipuolisesti käytetyt menetelmät ja välineet mahdollistavat potilaalle perusteellisen käsityksen käytettyjen harjoitteiden oikeista suoritustekniikoista, jolloin liikkeet auttavat halutulla tavalla, myös silloin kun potilas tekee harjoitteet yksin kotona.

Kuinka kauan kehotitte potilasta jatkamaan harjoittelua?

Vastauksissa, joissa harjoittelun jatkumisen kesto oli ilmoitettu, aika sijoittui 3-12 kuukauden välille. Voidaan olettaa, että kolme kuukautta harjoittelua jatkaneen potilaan oireet olivat lievempiä kuin 12 kuukautta harjoittelua jatkaneen, käytännössä siis mitä vaikeammat oireet niskassa, sitä pidempi harjoittelujakso.

Vain yksi fysioterapeutti oli ohjannut potilaansa jatkamaan harjoittelua 12 kuukauden ajan. Kaksi fysioterapeuttia vastasi kehoittaneensa potilasta jatkamaan harjoittelua niin kauan kuin tarpeellista tai oireiden helpottumiseen asti. Harjoittelun lopettaminen heti oireiden helpottumisen jälkeen saattaa aiheuttaa oireiden uudelleen ilmenemisen myöhemmin. Toisaalta jokainen fysioterapeutti oli ohjannut potilastaan ergonomiaan liittyvissä asioissa ja näin ollen virheelliset asennot ja työtavat arjessa sekä työssä vähenevät ja oireet eivät välttämättä palaa yhtä voimakkaina kuin aikaisemmin.

Sisältyikö potilaan hoitojaksoon muuta ohjausta, mitä? Ohjasitteko jotain muuta harjoitteluun, vapaa-aikaan tai työhön liittyvää, mitä?

Fysioterapeuttien antama muu ohjaus oli hyvin vastauskohtaista. Ergonomian (työ- ja nukkumisergonomia) lisäksi ohjattiin asentokontrollia, rentoutumista, liikuntaneuvontaa, kivunhoitoa sekä kuormitukseen liittyviä tekijöitä. Yksi fysioterapeutti ei antanut ollenkaan muuta ohjausta, ergonomiaa lukuun ottamatta.

Ohjausta annettiin yleisesti hyvin monipuolisesti, mutta vastaukset poikkesivat toisistaan eikä yhtenevää ohjauksenkäytäntöä ollut, toisin kuin muiden aihepiirien kohdalla.

Fysioterapeuttien valitsemat ohjaustavat olivat yksilöllisiä. Olimme kuitenkin positiivisesti yllättyneitä siitä, että jokainen fysioterapeutti otti ergonomiohjauksen mukaan potilaansa hoitosuunnitelmaan, sillä sen huomioon ottaminen ja korjaaminen saattaa helpottaa epäspesifiä niskakipua niissä tapauksissa, joissa rangan väärä asento aiheuttaa kipua.

Kuinka monta kertaa viikossa ohjasitte potilasta tekemään harjoitteita kotona?

Vastauksissa oli huomattavissa selkeä jakaantuminen. Osa fysioterapeuteista (4) kehotti potilastaan tekemään kotiharjoitteita joko 2-3, 3, 3-5 tai 4-5 kertaa viikossa.

Toinen osa vastaajista (3) ohjasi potilastaan suorittamaan annetut harjoitteet päivittäin. Vastausten perusteella voidaan olettaa, että fysioterapeuttien tavoitteena on ollut saada potilaansa tekemään harjoitteet noin kolme kertaa viikossa. Kuitenkin osa fysioterapeuteista oli määrännyt harjoitteita tehtävän päivittäin, jolloin on todennäköisempää, että saavutetaan kolmen harjoituskerran viikkomäärä, toisin kuin

määrättäessä vain haluttu harjoitteiden toteutumismäärä. Tällöin riskinä on, että harjoitusohjelmaa ei suoriteta tuloksellisuuden kannalta tarpeeksi usein.

6.3 Harjoitusvälineet ja toistokerrat/kuormitus

Ohjasitteko potilaanne käyttämään harjoitusvälineitä? Mitä välineitä?

Jokainen harjoitusvälineitä käyttänyt fysioterapeutti (7) ohjasi potilaalleen vastuskuminauhalla tehtäviä harjoitteita. Vastuskuminauhan käyttö epäspesifin niskakivun hoidossa on selkeästi omaksuttu fysioterapeuttien keskuudessa, mikä osoittaaakin vastuskuminauhan tehokkuuden ja monipuoliset käyttömahdollisuudet fysioterapiassa.

Pienen pyyhkeen hyödyntäminen epäspesifin niskakivun hoidossa on laajalti käytetty apuväline sen monikäyttöisyyden ja helppouden ansiosta. Se toimii myös erinomaisena kotiharjoitteluvälineenä, sillä pyyhe kuuluu jokaisen kotitalouden perustarvikkeisiin. Tästä huolimatta vain yksi fysioterapeutti oli hyödyntänyt pyyhettä harjoittelussa. Muita fysioterapeuttien mainitsemia harjoitusvälineitä olivat käsipainot, tyyny sekä jumppamatto.

Millaisella kuormituksella ohjasitte potilaanne tekemään harjoitteita?

Kolme vastanneista fysioterapeuteista kertoo määräämiensä harjoitteiden kuormituksen etenevän progressiivisesti, jolloin alussa kuormitus on kevyttä ja sitä lisätään porrastetusti harjoittelun edetessä.

Lisäksi fysioterapeutit vastasivat käyttäneensä seuraavia kuormituksen asteita: ei lainkaan vastusta, oman kehon vastus, harjoitteiden suorittaminen yksilöllisesti koetun kivun rajoissa, eri vahvuiset vastuskuminauhat sekä 1-3 kg käsipainot.

Millaisia toisto- ja sarjamääriä ohjasitte potilaanne tekemään?

Pääasiallisesti fysioterapeuttien vastaukset olivat toisistaan eriäviä. Sarjojen määrät vaihtelivat yhden ja kolmen välillä, kun toistoja ohjattiin tekemään kuudesta kolmeenkymmeneen toistoon asti. Toistojen määristä voidaan päätellä, että osa

fysioterapeuteista oli harjoittelussa keskittynyt niska-hartiaseudun lihasvoiman lisäämiseen, kun taas osalla tavoitteena oli kestävyysharjoittelu.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, millaista niskakipupotilaan fysioterapia on fysiatrian poliklinikoilla ja kuinka hyvin hoitokäytännöt mukailevat tutkittua tietoa. Tutkimuksen pienen otannan vuoksi tuloksia ei voitu analysoida kvantitatiivisesti eikä tässä työssä voitu osoittaa luotettavasti selkeitä päätuloksia. Kvantitatiivisen analyysin sijaan päädyimme työssämme pohtimaan kyselylomakkeessa ilmeneviä aihepiirejä, joissa vastaukset selkeimmin erosivat tai mukailivat toisiaan.

Vastauksista kävi ilmi, että fysioterapeuttien määräämän hoitjakson pituudessa olisi kehittämistarvetta, sillä se jäi yleisesti melko lyhyeksi. On tutkittu, että pitkä harjoittelujakso johtaa parempiin tuloksiin kuin lyhyen ajan harjoittelu (Ylinen 2007c.). Pitkää harjoittelu-aikaa tukee myös tieto siitä, että kudosuutokset vaativat pidemmän harjoitteluajan kun taas lyhyen ajan harjoittelu saa aikaan vain neuraalista adaptoitumista (Ylinen 2007c.).

Vuoden mittaisella harjoittelujaksolla saadut positiiviset tulokset säilyivät melko pysyvästi kolmen vuoden seurannassa (Ylinen ym. 2007b: 161,168), kuitenkin vain yksi fysioterapeutti ohjasi potilastaan jatkamaan harjoittelua 12 kuukauden ajan. Muut fysioterapeutit ohjasivat potilasta jatkamaan itsenäistä harjoittelua joko oireiden helpottumiseen asti tai alle vuoden ajan.

Oli hienoa huomata, että fysioterapeutit olivat ottaneet huomioon myös rentoutumisen tärkeyden hoitosuunnitelmissaan ja näin ollen potilas otettiin kokonaisvaltaisemmin huomioon, eikä keskitytty vain fyysiseen harjoitteluun. Gustafssonin ym. (2009) tutkimuksessa huomattiinkin, että rentoutumis- ja kehotietoisuusharjoitteilla saatiin parempi muutos potilaiden jännitysniskakivun hallintaan kuin yksilöfysioterapiassa.

Alle puolet vastanneista fysioterapeuteista kertoi käyttäneensä korkean intensiteetin kuormitusta ja osa ei käyttänyt vastusta lainkaan niskapotilaan hoidossa. Korkean intensiteetin harjoitteita käytettiin yleisesti siis liian vähän, vaikka niiden vaikuttavuus on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa tehokkaaksi, kun taas kevyellä intensiteetillä

tehdyssä harjoittelussa on havaittu vain pientä vastetta niskan voimassa. Korkean intensiteetin on myös todettu nostavan plasma B-endorfiini- ja kortisolitasoja. (Ylinen 2007c.)

Kaikki vastanneet fysioterapeutit ohjasivat potilastaan tekemään harjoitteita kotona vähintään kolme kertaa viikossa. Tutkimuksissa onkin osoitettu, että kolme kertaa viikossa suoritettu korkean intensiteetin harjoittelu vähentää niskan kipua ja haittaa (Ylinen 2007c). Kuitenkin korkean intensiteetin harjoitteiden puuttuminen saattaa vaikuttaa harjoittelun tuloksellisuuteen heikentävästi, eikä näin ollen parhaita mahdollisia tuloksia välttämättä saavuteta.

Seitsemän tutkimukseen osallistunutta fysioterapeuttia käytti vastuskuminauhaa terapeuttisen harjoittelun apuvälineenä. Voima- ja kestävyys harjoittelun on havaittu parantavan paineikipukynnystä 12 kuukauden interventiossa. On myös tutkittu, että vastusharjoittelu parantaa niskan voimaa ja liikeratoja. (Ylinen 2007c.)

Tuloksista käy ilmi, että vaikka vastuskuminauhaa on käytetty apuna harjoittelussa, osa fysioterapeuteista ei kuitenkaan kertonut käyttäneensä vastustettua harjoittelua kuormituksesta kysyttäessä. Vastauksissa ilmenee ristiriita, joka voi osaltaan johtua siitä, että osa fysioterapeuteista ei ole huomannut kaikkien kysymysten koskevan vain viimeisintä niskakipupotilasta.

Kyselylomakkeen vastauksissa toistojen ja sarjojen määrät poikkesivat toisistaan eikä yhteneväistä linjaa ollut havaittavissa. Osaltaan vastausten kirjoa saattaa selittää se, että monesta tutkimuksesta puuttuu tieto toistojen ja sarjojen merkityksestä niskan optimaaliselle terapeuttiselle harjoittelulle (Ylinen 2007c.).

Huomasimme, että internetkyselyllä on sekä hyviä että huonoja puolia. Internetkyselyllä tavoitetaan yleensä suuri määrä ihmisiä, mutta omassa tutkimuksessamme vastausprosentti jäi hyvin pieneksi, kuten kyselylomakkeissa on usein riskinä. Kyselylomakkeen avoimet vastauskentät johtivat ajoittain epäselviin vastauksiin eikä tarkentavien kysymysten esittäminen ollut mahdollista ja näin ollen vastaukset aiheuttivat hyvinkin tulkinnanvaraisia johtopäätöksiä.

Toisaalta etuna on internetlomakkeen yksi ja sama muoto kaikille vastaajille. Tällöin haastattelija ei pysty vaikuttamaan vastauksiin ja johdattelun mahdollisuutta ei ole.

Internetkyselyn muodon etuna voidaan pitää myös sitä, että fysioterapeutit saavat itse päättää milloin kyselyyn vastaavat, toisin kuin esimerkiksi puhelinhaastattelussa.

Opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan todeta, että epäspesifin niskakivun hoidossa fysiatrian poliklinikoilla asiakkaan ohjaaminen on tulosten perusteella riittävän monipuolista ja havainnollistavaa. Fysioterapeutit ovat ymmärtäneet ohjauksen tärkeyden, jotta potilas sisäistää harjoitteet ja omatoiminen harjoittelu on näin ollen mahdollisimman tuloksellista. Harjoitusmetodien ja -välineiden monipuolisuus epäspesifin niskakivun hoidossa oli otettu huomioon, ja fysioterapeutit hyödynsivät apunaan monia erilaisia harjoitusvälineitä, joista vastuskuminauha oli selkeästi käytetyin.

Fysioterapeuttien pitkistä työurista huolimatta lisäkoulutuksia oli käyty melko vähäisesti. Lisäksi seurantakäytännöissä oli puutteita, sillä vain muutama fysioterapeutti sopi potilaan kanssa seuranta-ajan.

Loppusanat

Kiitämme kaikkia tutkimuksessa mukana olleita yhteys henkilöitä sekä itse kyselyyn vastanneita fysioterapeutteja. Kiitämme Jari Ylistä mielenkiintoisesta opinnäytetyön aiheesta sekä panostuksesta tutkimuksen eri vaiheissa. Erityiskiitos pääohjaajallemme Riku Nikanderille, jonka kannustus ja tuki oli korvaamatonta. Lisäksi haluamme kiittää muita opinnäytetyöhön osallistuneita ohjaajia ja opettajia.

Lähteet

ACSM 2009. Progression Models in Resistance Training for Healthy Adults. American College of Sports Medicine. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41 (3). 687–708.

Andersen, Lars L. – Saervoll, Charlotte A. – Mortensen, Ole S. – Poulsen, Otto M. – Hannerz, Harald – Zebis, Mette K. 2011. Effectiveness of small daily amounts of progressive resistance training for frequent neck/shoulder pain: Randomised controlled trial. *Pain* 152 (2011). 440-446.

Bronfort, Gert – Evans, Roni – Anderson, Alfred V. – Svendsen, Kenneth H. – Bracha, Yiscah – Grimm, Richard H. 2012: Spinal Manipulation, Medication, or Home Exercise With Advice for Acute and Subacute Neck Pain. A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine* 156 (1): 1–10.

Chiu, Thomas TW – Hui-Chan, Christina WY – Cheing, Gladys 2005: A randomized clinical trial of TENS and exercise for patients with chronic neck pain. *Clinical Rehabilitation* 19 (8). 850-860.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Fysiatrია, kuntoutus ja työlääkätiede. Verkkodokumentti.

<http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/konservatiivinen_toiminta/fysiatrია_kuntoutus_ja_tyolaaketiede/fysiatrია>. Luettu 7.3.2012.

Freburger, Janet K. – Carey, Timothy S. – Holmes, George M. – Wallace, Andrea S. – Castel, Liana D. – Darter Jane D. – Jackman, Anne M. 2009. Exercise Prescription for Chronic Back or Neck Pain: Who Prescribes It? Who Gets It? What Is Prescribed? *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* 61 (2). 192–200.

Griffiths, Cathrin – Dziedzic, Krysia – Waterfiel, Jackie – Sim, Julius 2009. Effectiveness of specific neck stabilisation exercises or a general neck exercise program for chronic neck disorders: a randomized controlled trial. *The journal of rheumatology* 2009; 36: 2.

Gustafsson, Catharina – Denison, Eva – von Koch, Lena 2009. Self-management of persistent neck pain: A randomized controlled trial of a multi-component group intervention in primary health care. *European Journal of Pain* 14 (2010).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Fysiatria ja fysioterapia. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,3677>>. Luettu 7.3.2012.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2005: Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Rescorla, Eric 2000: HTTP Over TLS 2000. The Internet Society, Network Working Group. Verkkodokumentti. <<http://www.ietf.org/rfc/rfc2818.txt>>. Luettu 21.5.2012.

Jull, G - Falla, D - Vicenzino, B - Hodges, P. 2009. The Effect of Therapeutic Exercise on Activation of the Deep Cervical Flexor Muscles in People with Chronic Neck Pain. *Manual Therapy* Vol. 14 (6). 696-701.

Kansaneläkelaitos 2012a: Kuntoutuksella työkykyä–ammattillinen kuntoutus antaa mahdollisuuden jatkaa työssä. Kansaneläkelaitos. Verkkodokumentti. <[http://kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/020403143525HN/\\$File/tyokunto.pdf?OpenElement](http://kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/020403143525HN/$File/tyokunto.pdf?OpenElement)>. Luettu 21.2.2012.

Kansaneläkelaitos 2012b: Työelämässä olevien niska- ja hartiaoireisten Tuleskuntoutuskurssi 45342. Kansaneläkelaitos. Verkkodokumentti. <http://asiointi.kela.fi/kz_app/KZInternetApplication?valittu=45342&lang=fi>. Luettu 21.5.2012.

Martel, Johanne – Dugas, Claude – Dubois, Jean-Daniel – Descarreaux, Martin 2011. Randomized controlled trial of preventive spinal manipulation with and without a home exercise program for patients with chronic neck pain. Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/41>>. Luettu 8.3.2012.

Mongini, Franco – Evangelista, Andrea – Milani, Chantal – Ferrero, Luca – Ciccone, Giovannino – Ugolini, Alessandro – Piedimonte, Alessandro – Sigaud, Monica – Carlino, Elisa – Banzatti, Emanuela – Galassi, Claudia 2012. An educational and

physical program to reduce headache, neck/shoulder pain in an working community: A cluster-randomized controlled trial. Plos ONE January 2012, volume 7, issue 1.

O'Leary, Shaun - Jull, Gwendolen - Kim, Mehwa - Vicenzino, Bill 2007. Specificity in Retraining Cranio-cervical Flexor Muscle Performance. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy 37 (1). 3-9.

O'Sullivan, Peter 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders. Maladaptive movement and motor control impairment as underlying mechanism. Manual therapy 10 (2005). 242–255.

Saukkonen, Sanna-Mari 2012. Erikoissuunnittelija. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Sähköpostiviesti. 15.2.2012.

Suomen Kuntaliitto 2011. Kunnat ja terveyskeskukset sairaanhoitopiireittäin 2011.

Suomen Kuntaliitto 2012. Sairaanhoitopiirien jäsenkunnat. Verkkodokumentti. <<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/jasenkunnat/Sivut/default.aspx>>. Luettu 13.3.2012.

Talvitie, Ulla – Karppi, Sirkka-Liisa – Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Edita Prima Oy. Helsinki.

Terveysportti 2011. Niskakipupotilaan hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti>>. Päivitetty 10.6.2011. Luettu 21.5.2012.

Tieteellisten seurain neuvottelukunta 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö- ohje 2002. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html> Luettu 5.3.2012.

Tsakitzidis, Giannoula – Remmen, Roy – Peremans, Lieve - Van Royen, Paul – Duchesnes, Christiane – Paulus, Dominique – Eyssen, Marijke 2009. Non-specific neck pain: diagnosis and treatment. Good Clinical Practice (GCP). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2009. KCE Reports 119C. D/2009/10.273/56

Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto> Luettu 29.2.2012.

Ylinen, Jari – Häkkinen, Arja – Nykänen, Matti – Kautiainen, Hannu – Takala E-P 2007b. Neck muscle training in the treatment of chronic neck pain: a three-year follow-up study. *Europa Medicophysica* 43 (2). 161-169.

Ylinen, Jari – Kautiainen, Hannu – Wirén, Kaija – Häkkinen, Arja 2007a. Stretching exercises vs manual therapy in treatment of chronic neck pain: a randomized, controlled cross-over trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39 (?). 126-132.

Ylinen, Jari – Nikander, Riku - Nykänen, Matti – Kautiainen, Hannu – Häkkinen, Arja 2010. Effect of neck exercise on cervicogenic headache: a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine* 42 (?). 344-349.

Ylinen, Jari – Takala, Esa-Pekka – Nykänen, Matti – Häkkinen, Arja – Mälkiä, Esko – Pohjolainen, Timo – Karppi, Sirkka-Liisa – Kautiainen, Hannu – Airaksinen, Olavi 2003: Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association* 289 (19). 2509-2516.

Ylinen, Jari 2007c. Physical exercises and functional rehabilitation for the management of chronic neck pain. *Eura Medicophysica* 2007; 43:119-132.

Liitteet

Liite 1 Tutkimuksen saatekirje

Tutkimus toteutetaan internet-kyselyllä vuoden 2012-2013 aikana poikkileikkaustutkimuksena valtakunnallisesti neljällä terveydenhuollon sektorilla käsittäen terveysasemat, yksityisen sektorin, fysiatrian poliklinikat ja kuntoutuslaitokset. Tietoja ei luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille ja tutkimuslomakkeet hävitetään sen jälkeen, kun ne on tallennettu tilastonkäsittelyohjelmaan. Tuloksia käsitellään pelkästään tilastotietoina kuten keskiarvoina ja hajontoina. Vastaajien tai laitosten nimiä ei kerätä eikä raportoida. Tutkimuksessa ei käytetä potilastietoja missään vaiheessa. Teitä askarruttavissa kysymyksissä voitte ottaa yhteyttä tutkimuksesta vastaavaan henkilöön, jonka yhteystiedot löydätte alta.

Toivomme teidän täyttävän oheisesta linkistä löytyvän e-lomakkeemme, jonka täyttäminen vie noin 15 minuuttia. Voitte lisäksi antaa palautetta tutkimuskyselyyn liittyen lomakkeen lopussa olevaan palautekenttään tai erillisenä sähköpostina.

Tutkimuksen julkaisemisen jälkeen teille lähetetään tutkimusraportti.

Linkki tutkimukseen: <https://elomake.metropolia.fi/lomakkeet/6237/lomake.html>

Kiittäen,

Tutkimusryhmä

Tutkimuksesta vastaava henkilö

Riku Nikander, TtT, Suomen Akatemian tutkijatohtori

Metropolia Ammattikorkeakoulu, PL 4031, 00079 Metropolia

Puhelin: 020 783 5000 (vaihde)

Sähköposti: riku.nikander@metropolia.fi

Liite 2 Kyselylomake

Niskakivun fysioterapiakäytännöt työikäisillä potilailla: Fysioterapeuttien haastattelu

Hyvä fysioterapeutti,

Tutkimus suoritetaan anonymisti eikä tietoja luovuteta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille.

Jos olette hoitaneet tämän vuoden aikana niskakivupotilasta, toivomme teidän vastaavan kyselyyn, sillä jokainen vastaus on arvokas!

Kiitos mielenkiinnostanne aihetta kohtaan.

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin viimeisimmälle työikäiselle epäspesifisestä niskakivusta kärsivälle potilaallenne antamanne hoidon perusteella.

1. Kuinka monta fysioterapiakäyntiä viimeisimmän potilaanne hoitajakso sisälsi?

2. Kuinka kauan viimeisimmän potilaanne säännöllinen hoitajakso kesti?

3. Ohjattiinko potilaalle seurantakäyntiä tai muuta yhteydenottoa ja jos ohjattiin niin kuinka kauan säännöllisen hoitajakson päättymisestä?

4. Mitä kipuhoidoja käytitte ja kuinka monella hoitokerralla kutakin hoitoa annettiin?

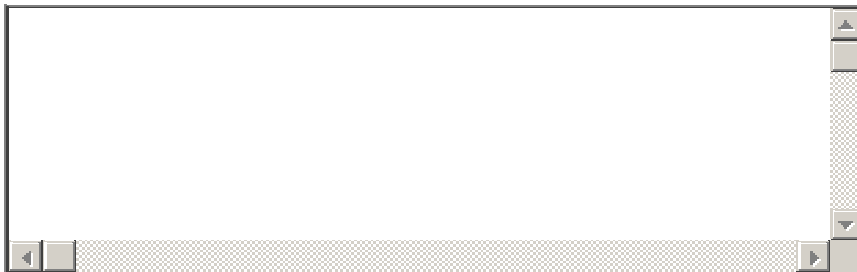
5. Kuinka monella hoitokerralla ohjasitte potilaallenne harjoitteita?

6. Millä tavoin ohjasitte potilaallenne harjoitteet?

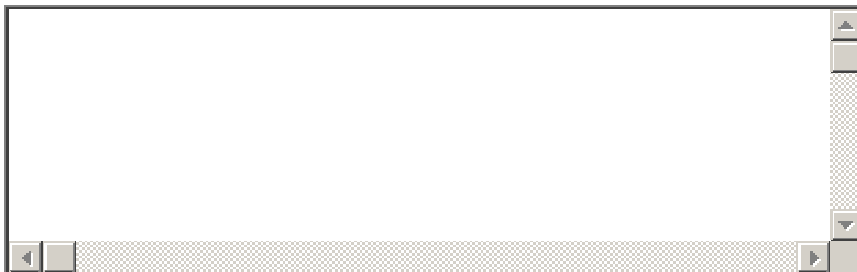
A large empty rectangular text area with a thin border and a scroll bar on the right side, intended for the user to describe how they guided the patient's exercises.

7. Kuinka kauan kehotitte potilasta jatkamaan harjoittelua?

8. Sisältyikö potilaan hoitojaksoon muuta ohjausta, mitä?

A large empty rectangular text area with a thin border and a scroll bar on the right side, intended for the user to describe any additional guidance included in the patient's treatment session.

9. Kehotitteko potilasta välttämään joidenkin asioiden tai toimintojen tekemistä, mitä?

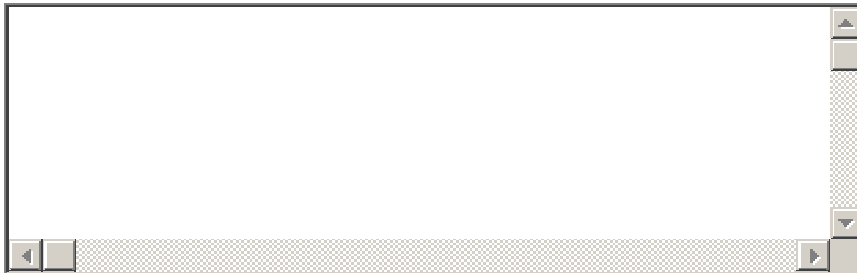
A large empty rectangular text area with a thin border and a scroll bar on the right side, intended for the user to describe any advice given to the patient to avoid certain activities or actions.

Harjoittelun sisältö

10. Ohjasitteko potilastanne tekemään venytyksiä?

- Kyllä
- Ei (siirtykää kysymykseen 13)

11. Millaisia venytyksiä ohjasitte potilaalenne?

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a horizontal scroll bar at the bottom, indicating it is a text input field.

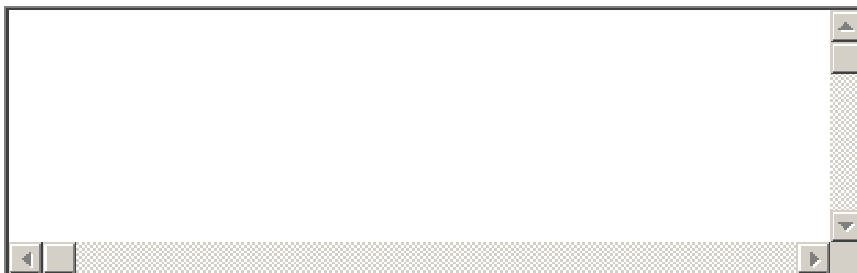
12. Kuinka monta kertaa viikossa ohjasitte potilasta tekemään venytyksiä kotona?

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a horizontal scroll bar at the bottom, indicating it is a text input field.

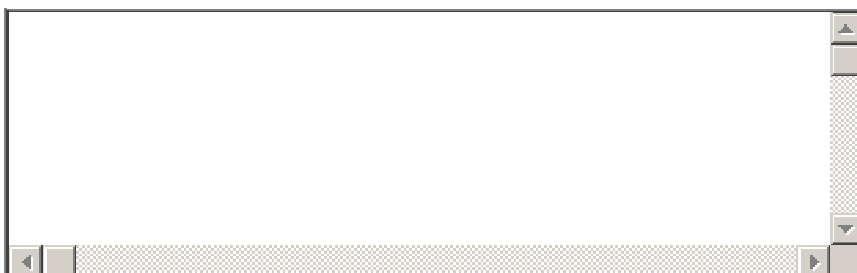
13. Ohjasitteko potilastanne tekemään muita harjoitteita?

- Kyllä
- Ei (siirtykää kysymykseen 19)

14. Millaisia muita harjoitteita ohjasitte potilaalenne?

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a horizontal scroll bar at the bottom, indicating it is a text input field.

15. Ohjasitteko potilaanne käyttämään harjoitusvälineitä? Mitä välineitä?

A large, empty rectangular text box with a thin black border. It has a scroll bar on the right side and a horizontal scroll bar at the bottom, indicating it is a text input field.

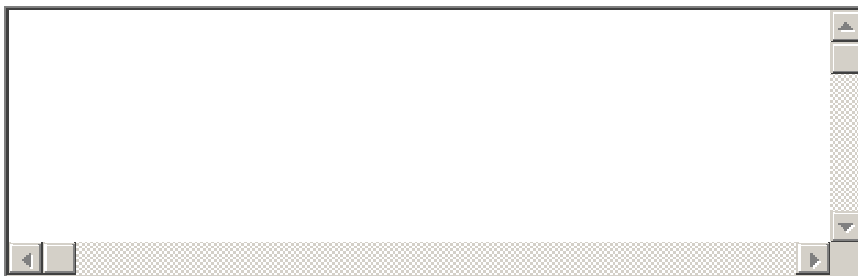
16. Kuinka monta kertaa viikossa ohjasitte potilasta tekemään harjoitteita kotona?



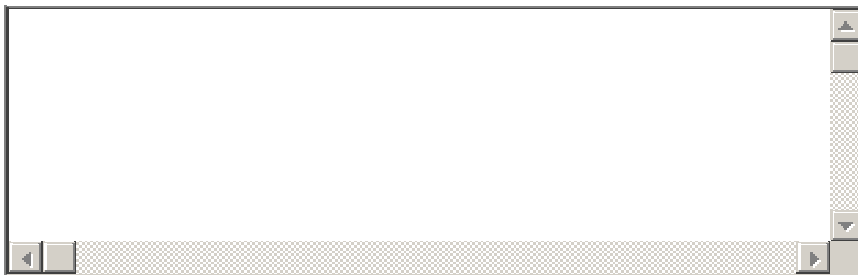
17. Millaisia toisto- ja sarjamääriä ohjasitte potilaanne tekemään?



18. Millaisella kuormituksella ohjasitte potilaanne tekemään harjoitteita?



19. Ohjasitteko joitain muuta harjoitteluun, vapaa-aikaan tai työhön liittyvää, mitä?



Vastatkaa vielä seuraaviin teitä koskeviin kysymyksiin.

20. Ikä

21. Sukupuoli

Mies

Nainen

22. Työkokemus fysioterapeuttina (vuotta)

23. Oletteko saanut lisäkoulutusta niskan kuntoutukseen? Millaista koulutusta?

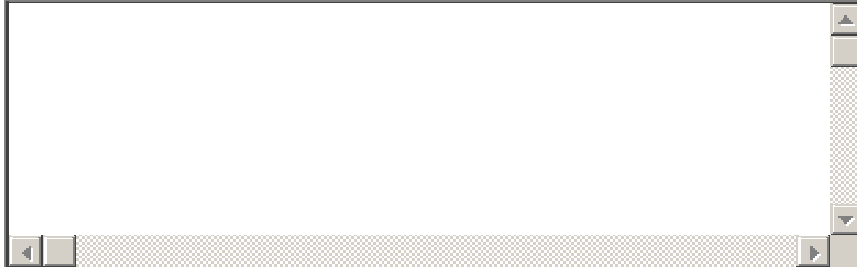
An empty rectangular text input field with a thin black border. It features a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, both with standard arrow and track icons.

24. Minkä sairaanhoitopiirin alueella työskentelette?

- Etelä-Karjala
- Etelä-Pohjanmaa
- Etelä-Savo
- HUS
- Itä-Savo
- Kainuu
- Kanta-Häme
- Keski-Pohjanmaa
- Keski-Suomi
- Kymenlaakso
- Lappi
- Länsi-Pohja
- Pirkanmaa
- Pohjois-Karjala
- Pohjois-Pohjanmaa
- Pohjois-Savo
- Päijät-Häme
- Satakunta
- Vaasa

- Varsinais-Suomi
- Ålands hälso- och sjukvård

25. Alla olevaan kenttään voitte halutessanne täyttää palautetta tutkijoille koskien tutkimusta ja tätä lomaketta.



Painamalla "Tallenna" hyväksytte vastaustenne käyttämisen tieteelliseen tutkimuskäyttöön ja analysointiin.

Tietojen lähetys

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1, www.e-lomake.fi