



**Alaselkä-
ja niskasairaudet**

Krooninen kipu

Mielialahäiriöt

Suuret nivelet



Suomalainen Lääkäriseura Duodecim
Työeläkevakuuttajat TELA

Miksi toimintakyvyn kuvaaminen on tärkeää

”Toimintakyky on esitietoihin, havaintoihin ja tutkimustietoihin perustuva arvio siitä, kuinka tutkittava selviytyy jokapäiväisen elämän vaatimuksista. Se voidaan arvioida kokonaisuutena tai osa-alueittain.” Tämä määritelmä syntyi vuoden 1996 eläkeuudistuksen yhteydessä toteutetussa Huomisen Työkyky- hankkeessa lääkärikunnan laajan sisäisen valmistelun tuloksena. Määritelmä on kestänyt hyvin aikaa ja toimintakyvyn merkitys yhtenä terveydenhuollon keskeisistä käsitteistä on vakiintunut. Siinä on kysymys arkipäiväisistä, mutta tärkeistä asioista kuten kävelystä, portaissa kulkemisesta, sorminäppäryydestä, muistista jne. Se on hyvin pitkälle lääketieteen menetelmin arvioitavissa ja usein suorastaan mitattavissa.

Toimintakyvyn arviointimenetelmiä on maailmalla runsaasti, mutta niiden käyttökelpoisuus ja luotettavuus vaihtelee. Osa kuvastaa koko ihmisen, osa jonkun toiminnon, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön, toimintaa ja osa on tarkoitettu tietyn etuuden ratkaisuharkintaa varten. Neuvolassa ja vanhusten hoivan tarpeen arvioinnin yhteydessä käytetyt menetelmät ovat suhteellisen vakiintuneita, mutta vallankin työikäisten toimintakyvyn arviointi on satunnaisempaa. Valitettavasti hyvin validoidut menetelmät ovat usein työläitä ja huonosti käytännön lääkärin työhön soveltuvia. Koko elämänkaaren toimintakyvyn mittariston kehittämiseksi on Kansanterveyslaitokselle äskettäin perustettu TOIMIA-verkosto. Se koordinoi toimintakyvyn tutkimusta ja auttaa valitsemaan suositeltavia menetelmiä yleisempään käyttöön.

Käytännön lääkärin työssä jokaiseen vastaanottotapahuttumaan sisältyy jonkin tyyppinen toimintakyvyn arvio. Toimintakyky on luonnollinen mittari, jolla sairauksissa tai vammoissa voidaan seurata oleellisia hoidon ja kuntoutuksen vaikutuksia. Jopa koko terveydenhuollon tehtäväksi voitaisiin määrittellä toimintakyvyn tuottaminen tai ylläpitäminen. Sairaus alentaa toimintakykyä ja sen hoito palauttaa tai ainakin kohentaa sitä. Täten toimintakyvyn luotettava kuvaaminen ennen ja jälkeen hoitotapahuttuman tarjoaisi verrattomasti paremman tulostittarin kuin voittopuolisesti panoksia kuvaavat hoitopäivät, toimenpiteet ja vastaavat. Lääkärin kannalta toimintakyvyn käytöllä tulostittarina olisi sekin etu, että kyseessä on nimenomaan lääketieteellinen ja lääkäreiden itsensä tuottama tieto. Tulossa olevaan sähköiseen potilashallintajärjestelmään on varauduttu sisäl-

lyttämään toimintakykyarvio. Toteutuessaan se aikanaan helpottanee esimerkiksi lääkäreiden lausuntyötä.

Eräs toimintakyvyn keskeinen sovellusalue on sen käyttö monien sosiaalivakuutuksen etuuksien keskeisenä perusteena. Valitettavan monimutkainen lainsäädäntö tekee ratkaisut usein vaikeasti ymmärrettäväksi. Esimerkiksi työkyvyttömyysmääritelmiä on eri laeissa ainakin seitsemän, eikä käytännön lääkäri mitenkään voi tuntea lain soveltamistapaa. Eläkepäätös on luonteeltaan juridinen ja muiden kuin lääkärinkoulutuksen saaneiden ammattilaisten tekemä. Juridisista määritelmäeroista huolimatta se perustuu aina lääkäriiltä saatavaan lausuntoon hakijan toimintakyvystä. Tätä ilman ratkaisua ei voi tehdä eikä tätä tietoa voi saada muualta kuin lääkäriiltä.

Toimintakykyarvion tekemiseen ei kuitenkaan ole ollut yhtenäisiä ohjeita vaan valitettavan usein lausunnoissa edelleenkin todistellaan työkyvyttömyyttä, joka siis on juridinen eikä lääketieteellinen käsite. Tällöin pitkän lääkärinkoulutuksen antama ammattitaitokin tahtoo jäädä jotenkin katveeseen, kun toimintakyvyn arvioinnin sijasta tyydytään toistamaan potilaan kertomusta. Toimintakyky kuitenkin on nimenomaan lääketieteen menetelmin arvioitavissa ja siihen pystyy jokainen koulutettu lääkäri.

Ylivoimainen valtaosa toimintakykyarvioista on tehtävissä hyvän potilas-lääkärisuhteen pohjalta normaalin vastaanoton puitteissa ilman hienoja menetelmiä. Keskeistä on huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus, kuten lääketieteessä muutenkin. Tekemänsä tutkimuksen perusteella lääkärin tulee ilmaista oma käsityksensä potilaan toimintakyvystä siinäkin tapauksessa, että se poikkeaa potilaan omasta käsityksestä. Etuuden hakijan oikeusturvan kannalta on tärkeää, että hänen toimintakyvystään annettu lausunto annetaan yhteneväisin menetelmin. Lausunnon sisällön on perustuttava potilaan tilaan eikä kulloinkin tutkivan lääkärin tapaan toimia tai pahimmillaan mielipiteisiin.

Facultas-hanke on ensimmäinen askel kohti yhtenäistä tapaa toimintakyvyn kuvaamiseen nimenomaan käytännön lääkärin työssä. Laaja-alainen eri specialiteetteja edustavien lääkärin joukko on valmistellut tässä supplementissa julkaistavat suositukset toimintakykyarvion tekemiseksi alaselän ja suurten nivelten sairauksissa, mielialahäiriöissä ja kroonisessa kivussa. Suositusten lähtökohtana on potilaan hyvä tutkimus ja hoito, joihin toimintakykyarvio luontevasti liittyy.



Sakari Tola
professori, asiantuntijalääkäri
Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma



Esko Matikainen
professori, johtajaylilääkäri
Kuntien eläkevakuutus



Facultas toimintakyvyn arviointi-julkaisut:

*Alaselkä- ja niskasairaudet
Mielialahäiriöt
Krooninen kipu
Suuret nivelet*

Julkaisuja voi tilata eripainoksina:

*Pirjo Kadenius
pirjo.kadenius@tela.fi
p. 0500 558 569*

Lukijalle

Lääkärin työssä potilaan toimintakyvyn parantaminen ja ylläpito on keskeinen tavoite. Tämä tavoite korostuu kroonisissa ja uusiutuviissa sairauksissa, joissa täydellinen paraneminen ei ole mahdollista.

Toimintakyvyn arviointi on osa normaalia potilasvastaanottoa. Sitä tarvitaan sairauksien ja hoitovasteen seurannassa. Toimintakykyarvion perusteella arvioidaan myös mahdollinen kuntoutustarve, ja ammatillisessa kuntoutuksessa pyritään työn vaatimukset mukauttamaan kuntoutujan toimintakyvyn mukaan.

Käytännön lääkäri joutuu usein työssään laatimaan erilaisia lausuntoja. Nämä laaditaan useimmiten sosiaalivakuutuksen etuuksia varten. Lausunnoissa kuvattua toimintakykyä käytetään ratkaisuperusteena muun muassa sairausloma-, kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläkepäätöksiä tehtäessä.

Toimintakyvyn arviointi on koettu haastavaksi tehtäväksi osittain siksi, että ammattikunnaltamme on puuttunut yhtenäinen käytäntö arvioinnin toteuttamiseksi. *Toimintakyky, arviointi ja klininen käyttö* (2004, Kustannus Oy Duodecim) on oppi- ja käsikirja, joka tarjoaa tietoa toimintakyvystä lääketieteen eri osa-alueilla.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin tavoitteena on luoda lääkäreiden käyttöön yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Toimintakyvyn arviointia koskevat suositukset on valmisteltu neljästä sairausryhmästä, joiden kohdalla arvioinnissa on koettu eniten ongelmia: mielialahäiriöt, alaselän ja niskan sairaudet, suurten nivelten sairaudet ja krooninen kipu.

Suosituksissa käsitellään kyseisen ryhmän sairaudet lyhyesti diagnostiikan ja hoidon osalta sekä esitellään tieteelliseen näyttöön ja kokemukseen perustuvia toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä, joista on hyötyä käytännön lääkärille.

Facultas toimintakyvyn arviointisuositukset on suunnattu käytännön työkaluksi kaikille potilastyötä tekeville lääkäreille. Tekijät toivovat, että suositukset edistävät toimintakyvyn arvioinnissa kaivattua yhtenäistä käytäntöä, avoimuutta ja potilaiden välistä tasa-arvoa.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin toteuttavat yhteistyössä suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELA. Haluan omasta puolestani lämpimästi kiittää suositukset laatineita asiantuntijalääkäreitä arvokkaasta työpanoksesta ja lopputuloksesta.



Helsingissä maaliskuussa 2008
Ilkka Pakkala

Alaselkä- ja niskasairaudet

- 8 Alaselkänsairaudet
- 8 Alaselkäkivun määritelmä
Alaselkäkivun esiintyvyys
- 9 Alaselkäkivun kliininen luokittelu
Luokittelu keston mukaan
Spesifinen ja epäspesifinen
alaselkäkipu sekä iskiasoire
Keltaiset liput
- 11 Diagnostiikka
Kliininen tutkimus
Potilaan informointi
Erotusdiagnoosi
Perus- ja lisätutkimukset
- 12 Fyysisen toimintakyvyn
mittaaminen
Selkärangan taipuisuus-
mittaukset ja pehmytosakireydet
Suorituskykytestit
- 13 Sairauskäyttäytyminen
- 14 Luonnollinen kulku ja ennuste
- 14 Alaselkäkipupotilaan
hoito ja kuntoutus
Äkillinen alaselkäkipu
Pitkittyvä alaselkäkipu
Krooninen alaselkäkipu
Leikkaushoito
- 16 Toimintakyvyn arviointi
ja kuvaaminen
Aikaisempi toimintakyky
Nykyinen toimintakyky
ja tulevan toiminta-
kyvyn ennuste
Selkäkipupotilaan oma kuvaus
toimintakyvystään
Selkäkipupotilaan
toimintakyky
lääkärin kuvaamana
Toimintakyky työssä
Toimintakyky akuutissa kivussa
Toimintakyky pitkitty-
vässä kivussa
Toimintakyky krooni-
sessa selkäkivussa
- Lausunnon kirjoittaminen
toimintakyvystä
Työ ja selkäkipu
– keskeiset periaatteet
- 19 Niskasairaudet
- 19 Niskasairauksien esiintyvyys
- 19 Niska-hartiaoireiden luokittelu
- 19 Diagnostiikka
Esitiedot
Kliininen tutkimus
Erotusdiagnoosi
- 21 Perus- ja lisätutkimukset
- 22 Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen
- 22 Sairauskäyttäytyminen
- 22 Luonnollinen kulku ja ennuste
- 22 Niskapotilaan hoito ja kuntoutus
- 23 Niskapotilaan toimintakyvyn
arviointi ja kuvaaminen
Aikaisempi toimintakyky
Nykyinen toimintakyky
ja tulevan toimintakyvyn ennuste
Niskapotilaan oma kuvaus
toimintakyvystään
Niskapotilaan toiminta-
kyky lääkärin kuvaamana
Toimintakyky työssä
Toimintakyky
akuutissa niskakivussa
Toimintakyky
pitkittyvässä niskakivussa
Toimintakyky
kroonisessa niskakivussa
Lausunnon
kirjoittaminen työkyvystä
Työ ja niskakipu
– keskeiset periaatteet
Kirjallisuutta
- Krooninen kipu**
- 31 Yleistä
Ydinasiat
Kivun analyysi hoidon perustana
Kivun hoidon periaatteet
Kivun lääkahoito
- Kipupotilaan toimintakyvyn
arviointi osana hoitoa
Kroonisen kivun
vaikutus toimintakykyyn
Lievät kiputilat
Keskivaikeat kiputilat
Vaikeat kiputilat
Toimintakyvyn mittarit
ja muiden terveydenhuollon
toimijoiden arvio toimintakyvystä
- 37 Krooninen päänsärky
Ydinasiat
Yleisyys
Diagnostiikka
Jännitystyyppinen päänsärky
Migreeni
Sarjoittainen päänsärky
Krooninen sarkylääkepäänsärky
Kolmoishermosto
Toimintakyvyn arviointi
Elämänlaadun
mittarit päänsäryssä
- 43 Neuropaattinen kipu
Ydinasiat
Yleisyys
Oireet
Diagnostiikka
Hoito
Vaikutus toimintakykyyn
Toimintakyvyn arviointi
- 46 Monimuotoinen paikallinen
kipuoireyhtymä (complex regional
pain syndrome, CRPS)
Ydinasiat
Yleisyys
Diagnoosi
Hoito
Ennuste
Toimintakyvyn arviointi
- 49 Fibromyalgia
Ydinasiat
Yleisyys
Oireet
Löydökset

Diagnostiikka
 American College of
 Rheumatologyn kriteerit
 Hoito
 Ennuste
 Vaikutus toimintakykyyn
 ja toimintakyvyn arviointi
 52 Kipuoirein ilmenevät elimellis-
 oireiset mielenterveyden häiriöt
 Ydinasiat
 Määritelmä ja yleisyys
 Kipuoire somatofor-
 missa häiriöissä
 Diagnostiikka
 Kipupotilaan psykiatrisen tutkimus
 Hoito ja ennuste
 Vaikutus toimintakykyyn
 Toimintakyvyn arviointi
 Liitteet
 Kirjallisuutta

Mielialahäiriöt

63 Tiivistelmä
 63 Suosituksen tarkoitus ja tavoitteet
 64 Mielialahäiriöiden diagnostiikka
 Masennustila ja
 toistuva masennus
 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
 (tyypit I ja II)
 65 Mielialahäiriöpotilaiden
 monihäiriöisyys
 Psykiatrisen monihäiriöisyys
 Somatopsykiatrisen
 monihäiriöisyys
 65 Masennustilan hoito
 Depression hoidon
 vaiheet ja organisointi
 Depression lääkehoito
 Depression
 psykoterapeuttinen hoito
 Kaksisuuntaisen
 mielialahäiriön hoito
 66 Potilaan sairaudentilan
 ja saadun hoidon arviointi

Masennustila ja toistuva masennus
 Sairaudenkulku ja nykytila
 Saatu hoito ja hoitovaste
 Depression ennuste
 Kaksisuuntainen mielialahäiriö
 Sairaudenkulku ja nykytila
 Saatu hoito ja hoitovaste
 Kaksisuuntaisen
 mielialahäiriön ennuste
 68 Potilaan toimintakyvyn
 arviointi ja kuvaaminen
 Toimintakyvyn arvioinnin
 periaatteista
 Toimintakyky pitkittäis-
 näkökulmasta
 Ajankohtaisen toiminta-
 kyvyn arviointi
 Toimintakyvyn kuvaaminen
 SOFAS-asteikon avulla
 Toimintakyvyn ennuste
 Työkyvyn arviointi
 73 Toimintakyvyn kuvaaminen
 lääkärintilauksessa
 Kirjallisuutta

Suuret nivelet

77 Ydinasiat
 79 Olkanivel
 Yleinen anatomia
 Kiertäjäkalvosimesta
 johtuva kiputila ja vajaatoiminta
 Kiertäjäkalvosimen vaurion
 ja repeämän vaikutus
 toimintakykyyn
 Kiertäjäkalvosimen vajaa-
 toiminnan hoidon periaatteet
 Olkanivelen epävakaas
 Luokitus
 Patofysiologia
 Diagnoosi
 Epävakaasuden vaikutus
 olkanivelen toimintaan
 SLAP-muutokset
 Olkanivelen ja AC-nivelen nivelrikko

Olkanivelen murtuma
 ja sen jälkitila
 Olkapään toimintakyvyn arviointi
 82 Kyynärpää
 Toiminnallinen anatomia
 Kyynärnivelen kliininen tutkimus
 Radiologinen selvitys
 Kyynärnivelen toiminta
 Kyynärnivelen epävakaas
 Kyynärnivelen murtuma
 Kyynärnivelen jäykkyys
 Milloin jatkotutkimuksiin?
 Kyynärnivelen sairaudet
 ja niiden vaikutus
 toimintakykyyn
 84 Lonkkanivel
 Anatomia
 Lonkkanivelestä johtuva
 kiputila ja vajaatoiminta
 Diagnoosi
 Hoito
 Milloin jatkotutkimuksiin?
 Tekonivelen vaikutus
 lonkan toimintakykyyn
 Tapaturmat
 Ammatillinen kuntoutus
 86 Polvinivel
 Anatomia
 Polvinivelestä johtuva
 kipu ja vajaatoiminta
 Kliininen tutkimus
 Polven nivelrikon hoito
 Milloin jatkotutkimuksiin?
 Tekonivelen vaikutus
 polven toimintakykyyn
 Nivelsidevamman vaikutus
 polven toimintakykyyn
 Murtumat
 Ammatillinen kuntoutus
 89 Toimintakykyyn vaikuttavat
 psyykkiset tekijät
 suurten nivelten sairauksissa
 Kirjallisuutta

Toimintakyvyn arviointi alaselkä- ja niskasairauksissa

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULE-sairaudet) ovat terveydenhuoltojärjestelmän tärkeimpiä haasteita. Terveys 2000 -tutkimuksen aineistossa lääkärin toteaman pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli miehillä 10 % ja naisilla 11 % ja noin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista oli niskaoireyhtymä (Aromaa ja Koskinen 2002). Mäntyselän (1998) aineistosta TULE-oire oli 42 %:lla terveyskeskuspäiväkirjan vastaanotolla käyneistä kipupotilaista. Yleisimpiä TULE-sairauksia ovat selkärangan sekä niskan ja olkapään sairaudet, nivelrikko ja vammojen jälkitilat.

Yleisyytensä lisäksi TULE-sairaudet rajoittavat usein toimintakykyä. Niistä johtuvat toimintakyvyn rajoitukset voivat ilmetä kotiaskareissa, työssä, harrastuksissa ja muissa vapaa-ajan toiminnoissa ja itsestä huolehtimisessa. Vuonna 2005 Suomessa korvattiin TULE-sairauksien takia eniten sairauspäiviä (5,2 miljoonaa päivää) ja päiväraha-kustannukset olivat 241 miljoonaa euroa. Vuonna 2005 TULE-sairauksien aiheuttamat työkyvyttömyyseläkemenot olivat 684 miljoonaa euroa (Eläketurvakeskus 2006). Tästä summasta selkäsairauksien osuus oli 329 miljoonaa. Epäsuorat kustannukset ovat noin kolme kertaa suoria kustannuksia suuremmat (Suomen Akatemia 1996). Työkyvyttömyys onkin kallein TULE-sairauksien yhteiskunnallinen seuraus (Häkkinen 1996).

Alaselkäsairaudet

Alaselkävivun määritelmä

Alaselkävivulla tarkoitetaan kipua, joka paikantuu alimpien kylkiluiden alapuolelle ja pakarapöimujen yläpuolelle. Kipu voi säteillä alaraajoihin (Airaksinen ym. 2004).

Alaselkävivun esiintyvyys

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista suomalaisista noin 80 % on joskus kokenut selkävivun. Pitkäaikaisen selkäoireyhtymän lääkäri oli todennut tässä aineistossa noin 10 %:lla. Sukupuolten välillä ei ollut merkitsevää eroa (Aromaa ja Koskinen 2002).

Tutkimustieto alaselkäsairauden ilmaantuvuudesta ja ennusteesta on kuitenkin epätarkkaa, koska sairauden aiheuttama haitta on määritelty monin eri tavoin (Waddell 2004). Oireita voi ilmaantua ilman poikkeavaa liikettä tai esimerkiksi venähdyksen yhteydessä, mutta hoidon tarve, työkyvyttömyys ja koettu haitta riippuvat paljolti psykososiaalisista tekijöistä (Burton ja Erg 1997).

Facultas-projektin tarkoituksena on yhtenäistää toimintakyvyn arviointia. Selkä- ja niskasairauksiin liittyy varsinkin niiden pitkittyessä usein psykososiaalisia kuormitustekijöitä. Nämä on riittävän ajoissa tunnistettava, koska ne vaikuttavat toimintakykyyn.

Toimintakyvyn arviointi kuuluu potilaan hyvään hoitoon. Arviointia tarvitaan myös muun muassa työkyvyn arvioinnissa sekä vammais- ja hoitotukia harkittaessa. Toimintakykyä arvioitaessa selvitetään, miten potilas aikaisemmin on toiminut tehtävissään ja työssään sekä miten sairaus ja sen seuraukset ovat vaikuttaneet nykyiseen toimintakykyyn. Toimintakykyä arvioitaessa tarvitaan siis tietoja potilaan aikaisemmasta toimintatasosta, nykyisen sairauden laadusta ja ennusteesta, muista sairauksista, hoito- ja kuntoutustuloksesta, elämäntilanteesta, motivaatiosta ja millaiseksi potilas itse arvioi toimintakykynsä.

Toimintakyvyn arvioinnin tärkeimpiä työkaluja ovat oireita ja suorituskykyä kuvaavat kansainvälisesti hyväksytyt ja validit mittarit, oireita ja haittaa kuvaavat standardoidut kyselylomakkeet ja lääkärin huolellinen kliininen tutkimus. Edellä mainittujen lisäksi tarvitaan lääkärin objektiivista kykyä tehdä niistä oikeita päätelmiä.

Perinnölliset tekijät selittävät kaksostutkimusten mukaan noin puolet selkävivusta (Hestbaek ym. 2004; MacGregor ym. 2004). Kouluikäisten alaselkävivun esiintyvyys lähentelee aikuisten esiintyvyyssuhteita (Taimela ym. 1997; Watson ym. 2002). Ympäristötekijöiden vaikutus korostuu 15 ikävuoden jälkeen (Hestbaek ym. 2004).

Perinnöllisyyden ohella selkävaivojen riskitekijöitä ovat raskas ruumiillinen työ, toistuva kumartelu, selän kiertoasento, nostaminen, työntäminen ja vetäminen, toistotyö, staattiset työtehtävät ja tärinä. Psykososiaalisia riskitekijöitä ovat stressi, ahdistuneisuus, masennus, poikkeava kipukäyttäytyminen ja tyytymättömyys työhön (van Tulder ym. 2006).

Alaselkäkipu aiheuttaa runsaasti terveyspalvelujen käyttöä, työkyvyttömyyttä ja terveystaloudellisia kustannuksia (Bandolier 1995). Suomessa korvattiin selkäsairauksien takia vuonna 2005 yhteensä 2,3 miljoonaa sairauspäivää (Kansaneläkelaitos 2006). Saman vuoden lopussa 32 500

henkilöä oli työkyvyttömyyseläkkeellä selkäsairauden perusteella (Eläketurvakeskus 2006). Vuosina 2000–2005 selkäsairauden vuoksi alkaneiden sairauspäivien määrä väheni noin 15 %. Selkäsairauden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrä pieneni vuosien 1995 ja 2005 välillä 40 % (Eläketurvakeskus 2006).

Alaselkävivun kliininen luokittelu

Luokittelu keston mukaan

Akuutti selkäkipu kestää alle kuusi viikkoa, pitkittyvä eli subakuutti 6–12 viikkoa ja krooninen alaselkäkipu yli kolme kuukautta (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus 2001).

Spesifinen ja epäspesifinen alaselkäkipu sekä iskiasoire

Alaselkäoireet jaetaan kolmeen ryhmään:

- Mahdollinen vakava tai spesifinen syy (**Punaiset liput**). Näitä ovat kasvain, infektio, murtuma (osteoporoosi), parapareesi, ratsupaikkaoireyhtymä, selkärankareuma ja muut tulehduskelliset syyt. Selän alueen kasvain tai etäpesäke voi olla selkävivun syy, mutta myös sisäelinten syöpä saattaa oireilla selkäkipuna.
- Iskiasoire: hermojuuren toimintahäiriöön viittaavat alaraajaoireet.
- Epäspesifiset selkävaivat: pääosin selän alueella ilmenevät oireet, jotka eivät viittaa hermojuuren vaurioon tai vakavaan tautiin.

Jos merkkejä **punaisista lipuista** ei ole eikä iskiasoireita esiinny, oire luokitellaan epäspesifiseksi alaselkävivuksi (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus 2001, New Zealand Guidelines Group 2003, Burton ym. 2006). Sen osuus selkävivuista on noin 90 %. Tarkka diagnoosi ei ole tällöin mahdollinen eikä tarpeellinen. Jos kipu säteilee alaraajaan polven alapuolelle, kivun aiheuttaja voi olla välilevyvaurio tai -tyr. Alle 5 %:ssa tapauksista alaselkävivun synnä on vakava sairaus.

Selkäkiputapauksissa on tärkeää tunnistaa psykososiaaliset paranemisen esteet, jotka voivat lisätä pitkäaikaisen haitan riskiä. Tällöin puhutaan **keltaisista lipuista** (New Zealand Guidelines Group 2003).

Taulukko 1.
Vakavat ja spesifiset alaselkävivun syyt eli punaiset liput

Sairaus	Esitieto tai löydös
Ratsupaikka-oireyhtymä	<ul style="list-style-type: none"> • Virtsauampi ja ulosteentpidätyskyvyn vaikeus • Ratsupaikka-anestesia • Mahdollisesti alaraajojen halvausoireita
Aortta-aneurysman repeämä tai aortan dissektoituma	<ul style="list-style-type: none"> • Äkillinen, sietämättömän kova kipu • Ikä yli 50 vuotta • Hemodynamiikan häiriö
Pahanlaatuinen kasvain	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • Anamneesissa syöpä • Selittämätön painon lasku • Oireet eivät vähene makuuasennossa • Kipua kestänyt yli kuukauden • Parapareesi
Bakteerispondyliitti	<ul style="list-style-type: none"> • Virtsatie- tai ihoinfektio • Immunosuppressio • Glukokortikoidilääkitys • Suonensisäisten huumeiden käyttö • Selkärankatuberkuloosi
Diskiitti	<ul style="list-style-type: none"> • Kuume • Tulehdusarvojen suureneminen • Iatrogeeninen (aikuisilla) • Hematogeeninen
Rangan kompressiomurtuma	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • Kaatumistapaturma • Glukokortikoidilääkitys
Spondylolisteesi	<ul style="list-style-type: none"> • Kasvuikäisen (8–15-vuotiaan) alaselkäkipu
Spinaalistennoosi	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • Neurogeeninen katkokävelyoire
Selkärankareuma	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä alle 40 vuotta oireiden alkaessa • Kipu pahenee paikoillaan ollessa ja helpottuu liikkeelle lähdön jälkeen • Selän jäykkyys aamulla • Kipujen kesto vähintään kolme kuukautta

Taulukko 2.
Selkäpotilaan esitiedot

<p>Aiemmat sairaudet</p> <ul style="list-style-type: none"> aikaisemmat selkäsairaudet systemiset sidekudossairaudet rappeumat muissa nivelissä aikaisemmat vammautumiset tulehdukset diabetes ja muut aineenvaihdunta sairaudet sydän- ja verenkiertoelimet, keuhkot kasvaimet 	<p>Nykysairaus ja sen aiheuttama kipu</p> <ul style="list-style-type: none"> kivun aste (VAS) ja intensiteetti luonne; jatkuva/ajoittainen sijainti ja säteily (kipupiirros) kesto rasituksen vaikutus, mikä pahentaa? asennon vaikutus, seisominen, istuminen, makuu subjektiivinen toimintakyky – Oswestry (Fairbank ym. 1982) vaikutus uneen, lepokipu
<p>Lääkitykset ja pähteet</p>	
<p>Leikkaukset Terveyskäyttäytyminen Tupakka</p>	
<p>Sosiaalinen tilanne, perhesuhteet, työ</p>	
<p>Yhtäjaksoisen sairausloman pituus ja sairausloman määrä viimeisen vuoden kuluessa</p>	<p>Nykysairauden muut oireet</p> <ul style="list-style-type: none"> lihaskuivat alaraajoissa ja raajoissa virtsaampi painon lasku pahoinvointi, vatsan toiminta kuume rangan ja niskan jäykkyys mieliala, henkiset voimavarat – DEPS
<p>Ikä</p>	

Taulukko 3.
Selkäpotilaan kliininen tutkimus

Seisten tutkitaan	Maaten tutkitaan
<p>Habitus</p> <ul style="list-style-type: none"> yleistila ruumiinrakenne ravitsemustila, painoindeksi havainnot liikkumisesta kipuiloisuus vireystila ja mieliala 	<p>Laséguen testi</p> <p>oikea puoli ilmoitettava ensin,</p> <ul style="list-style-type: none"> kivun tunnettava polven alapuolella
<p>Ryhti Seisominen</p> <ul style="list-style-type: none"> Trendelenburgin koe tasapainon hallinta 	<p>Elyn koe</p> <p>kuten Laséguen testi</p> <ul style="list-style-type: none"> kivun on tunnettava reiden etupinnalla distaalialueella
<p>Liikkuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> kävely: ontuminen, apuneuvot (käytön kesto) varvas- ja kantakäynti kyykistyminen ja ylösnousu, tukeutumisen, symmetria istuminen – ryhti istuessa 	<p>Refleksit</p> <ul style="list-style-type: none"> patella akilles Babinskin koe
<p>Vartalon taivutukset</p> <ul style="list-style-type: none"> eteen – ryhdin oikaisu, tukeutuminen taakse sivuulle 	<p>Lihaskuivat Halluxekstensio, polven ja lonkan ekstensio-fleksio nilkan ekstensio-fleksio</p> <p>(asteikolla 0–5, 0 = täydellinen pareesi, 5 = normaalivoima)</p>
<p>Selän tila</p> <ul style="list-style-type: none"> inspektio palpaatio, aristusmaksimi perkussio, aristusmaksimi 	<p>Periferinen ihotunto dermatomeilla L3, 4 ja 5 sekä S1</p>
	<p>Perineaalitunto, pakararasupistus ja tuseeraus per rectum</p>
	<p>Alaraajojen asymmetria – lihasatrofia</p> <ul style="list-style-type: none"> reisien ja pohkeitten ympärysmittat
	<p>Perifeeriset sykkeet</p> <ul style="list-style-type: none"> arteria femoralis, poplitealis, tibialis posterior ja dorsalis pedis

Keltaiset liput

- Usko, että kipu ja aktiivisuus ovat haitallisia
- epäsuhtainen sairauskäyttäytyminen (kuten pitkitetty lepo)
- masentunut mieliala, negatiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen
- moniin eri hoitoihin hakeutuminen
- valitukset, oikeudenkäynti ja kompensaaation hakeminen
- ongelmat työssä ja huono työtyytyväisyys
- fyysisesti raskas työ
- ylihuolehtiva perhe tai tuen puute.

Diagnostiikka

Potilaan tutkimiseen on varattava riittävästi aikaa (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus 2001, New Zealand Guidelines Group 2003, Burton ym. 2006). Uusiutuvassa, pitkittyvässä ja kroonisessa kivussa esitietojen selvittämiseen, kliiniseen tutkimukseen ja potilaan informointiin on varattava vähintään kymmenen minuuttia kuhunkin (taulukot 2 ja 3).

Kliininen tutkimus

Kliinistä tutkimusta (taulukko 3) varten potilaan on riisuuduttava.

Potilaan informointi

Kliinisen tutkimuksen jälkeen annetaan jatkohoito-ohjeet. Yli 95 % tapauksista on kyse vaarattomasta sairaudesta. Lääkärin on ohjeissaan korostettava sairauden hyvänlaatuista luonnetta. Potilaan oman osuuden painottaminen hoidon toteutuksessa on yhtä tärkeää. Mahdollisista lisätutkimuksista kerrotaan vasta tämän jälkeen. Informaatioon liitetään maininnat liikuntatottumusten, painonhallinnan, ravinnon ja tupakoinnin merkityksestä selän oireiden hallinnassa.

Erotusdiagnoosi

Risti-suoliluunivelperäinen, suoliluun siiven ja pakara-poimun väliin paikantuva lantiokipu tuntuu seisossa,

kävellessä ja istuessa. Kipu voi säteillä reiden taakse ja tuntua häpyliitoksen alueella. Oire alkaa yleensä vain raskauden aikana taikka suurenergisen vamman, nivelrikon tai niveltulehduksen jälkeen. Lannerankaperäiset syyt tulee sulkea pois, ja lantiokivun tulee olla provosoitavissa kliinisin testein (Airaksinen ym. 2004).

Perus- ja lisätutkimukset

Paikallisessa alaselkävauriossa kuvantamistutkimukset eivät ole yleensä tarpeellisia ellei ole merkkejä **punaisista lipuista**. Natiivikuvaus yleensä vain lisää yleislääkärin työtaakkaa vaikuttamatta kliinisiin hoitopäätöksiin (Deyo ja Tsui-Wu 1987). Akuutissa alaselkävauriossa lannerangan natiivikuvaus ja verikokeet ovat aiheellisia, jos kliinisessä tutkimuksessa todetaan merkkejä vakavasta sairaudesta (**punaiset liput**) (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus 2001, van Tulder ja Koes 2004). Lannerangan natiivikuvaus voidaan tehdä, jos selkäkipu on kestänyt yli kuusi viikkoa ja jos kuvantaminen on tarpeellinen potilas-lääkäri-suhteen toimivuutta ajatellen. Natiivikuvaus cauda equina -oireyhtymää epäiltäessä ei ole tarpeen, koska se ei ole informatiivinen ja pitkittää leikkaushoitoon pääsyä. Normaali natiivikuvauslöydös ei sulje pois selkärangan vaikeaa sairautta (**punaiset liput**).

Punaisten lippujen aiheellistamat lisätutkimukset kuuluvat erikoissairaanhoidon ja sielläkin niiden löydökset pitää suhteuttaa kliinisen tutkimuksen ja muiden tutkimusten tuloksiin. Epäspesifisessä alaselkävauriossa magneettikuvaus (MRI) ei vaikuta hoitopäätöksiin, mutta lisää kustannuksia (Jarvik ym. 2003, Gilbert ym. 2004, Modic ym. 2005). Lannerangan magneettikuvaus on paras lisätutkimus, kun arvioidaan hermojuuripuristusta, diskiihtä tai etäpesäkkeitä (van Tulder ja Koes 2004). Erikoistapauksissa erikoissairaanhoidossa voidaan käyttää taivutuskuvia, tietokonetomografiaa (TT), luustokartoitusta ja elektroneuromyografiaa (ENMG).

Toimintakyvyn arvioissa perus- ja lisätutkimusten tulokset pitää suhteuttaa oirekuvaan ja kliinisen tutkimuksen löydöksiin. Oireettomillakin ihmisillä on todettu MRI:ssa runsaasti rappeumalöydöksiä ja välilevytyriä



(Boden ym. 1990a, Jensen ym. 1994). Rappemaalöydöksiä ei ole syytä korostaa lausunnossa eikä keskustelussa potilaan kanssa.

Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen

Kliinisen tutkimuksen sekä perus- ja lisätutkimusten ohella voidaan tehdä toiminnallisia ja suoritus-testejä. Suomessa on tehty selvitys kansainvälisesti käytetyistä fyysisistä ja psykometrisistä testausjärjestelmistä (Smolander ym. 2004). Sen mukaan seuraavat testit ja mittaukset ovat tarkoituksenmukaisia.

Selkärangan taipuisuusmittaukset ja pehmytosakireydet

Tärkeimmät lääkärin tehtäviksi kuuluvat testit ovat vartalon ja nivelten taipuisuuden ja liikkuvuuden mittaukset. Niille

on olemassa suomalaiset ikä- ja sukupuoliryhmittäiset viitearvot (Alaranta ym. 2003). Mittaukset ovat seuraavat:

- modifioitu Schoberin koe (kuvat 1 ja 2)
- sormenpäiden etäisyys lattiasta (lantio–länne-rankarytmi!) (kuvat 3 ja 4)
- vartalon taipuvuus sivulle (sormien liukuminen reittä alas) (kuvat 5 ja 6)
- reiden takaosan kireys (hamstringkireys) (kuva 7).

Suorituskykytestit

Fysioterapeutin valvonnassa tehtävät suorituskykytestaukset ovat käyttökelpoisia selkäkipupotilaan toimintakyvyn arvioinnissa (Smolander ym. 2004). Ne koostuvat pääasiassa lihaskestävyyttä kartoittavista mittauksista. Motivaation arviointi kuuluu keskeisistä testauksista. Ns. Invalidisäätöön testeille on olemassa suomalaiset sukupuoli- ja ikäryhmit-



täiset viitearvot (Alaranta ym. 2003, Hurri ja Pohjolainen 2004).

- Selän staattinen testi (kuvat 8 ja 9)
- Selkälihasten toistosuoritus testi (kuvat 8 ja 9)
- Vatsalihasten kertasuoritus testi (kuvat 10 ja 11)
- Vatsalihasten toistosuoritus testi (kuvat 10 ja 11)
- Toistokykkyisyys

Yleiskuntoa ja kestävyyttä epäsuorin menetelmin mittaavat UKK-instituutin terveystestit.

Sairauskäyttäytyminen

Sairauskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön reagointia ja suhtautumista sairauteen ja myös muiden tekijöiden kuin pelkästään sairauden välittömien seurausten vaikutusta hänen toimintaansa. Sairauskäyttäytyminen ei ole sidoksissa yksittäiseen sairauteen tai tautitilaan, ja se voi vaihdella huomattavasti samalla henkilöllä samassa sairaudessa eri elämäntilanteissa. Sairauskäyttäytyminen on henkilökohtaisista ominaisuuksista, sairaudesta ja tilanteeseen liittyvistä ympäristötekijöistä koostuva toimintatapa.

Persoonallisuustekijöillä on siinä merkittävä osuus (Uutela 1996, Alaranta ym. 1997, Hyyppä 1997).

Elämäntilannetekijät ja sairaudesta saatava tai odotettavissa oleva mahdollinen haitta tai hyöty ohjaavat paraneemis-, kuntoutumis- ja toipumisennustetta. Potilaan suhtautuminen siihen, mitä voi hän tehdä sairaudesta huolimatta, vaihtelee huomattavasti motivaatiotekijöiden mukaisesti. Pitkäkestoisten sairauksien yhteydessä tulisi arvioida potilaan kulloinkin elämäntilanne ja saadun kokonaiskuvan perusteella tukea toipumista edistäviä elementtejä hänen käyttäytymisessään ja torjua tarpeetonta sairausregressiota (Uutela 1996, Alaranta ym. 1997, Hyyppä 1997).

Sairauskäyttäytymistä ohjaavat psykologiset tekijät ovat potilaalle itselleen tiedostamattomia, vaikka ne saattavat olla lääkärille tai potilaan läheisille ilmeisiä (Uutela 1996, Hyyppä 1997). Lääkärin ei ole syytä ryhtyä tulkitsemaan potilaalle havaintojaan. Tulkinnot johtavat usein loukkaantumiseen, hoitosuhteen katkeamiseen ja joskus myös kanteluihin. Riittää, kun lääkärillä itsellään on kuva sairauskäyttäytymisen vaikuttavista tekijöistä. Sairauskäyttäytymisen arviointia helpottaa psykososiaalisia ja ympäristöön

liittyviä ongelmia kartoittava kysely (DSM lyhennettynä, Suomen Psykiatriyhdistys1997).

Luonnollinen kulku ja ennuste

Selkärangan rappeumasairauksien luonnollinen kulku on yleensä hyvälaatuinen. Tavallisin oire on paikallinen selkäkipu. Se uusii tyyppillisesti, jolloin oireilu on aaltoilevaa (von Korff 1994). Kolme neljäsosaa potilaista palaa töihin kuukauden kuluessa (Pengel ym. 2003, Bradley ym. 2005), joskin vuoden kuluttua yli puolella potilaista on vielä oireita ja jopa joka viides on sairauslomalla puolen vuoden kuluttua (Hestbaek ym. 2003). Lisäksi yli puolella kipu uusiutuu ja joka kolmas joutuu uudestaan sairauslomalle (Hestbaek ym. 2003). Selkävivun aaltoilevaa kulkua on syytä tähdentää potilaalle eikä luvata oireettomuutta. Selkäkipu uusii usein, mutta ennuste on uusiutuessakin yleensä hyvä (Cassidy ym. 2005).

Osalla potilaista selkäkipu pitkittyy yli kolme kuukautta kestäväksi tai uusii tiheästi. Tämän ns. kroonisen selkävivun esiintyvyys voi olla jopa 23 %, mutta vain joka toisella potilaista selkäkipu on haittaavaa (Airaksinen ym. 2004). Kroonistumista edistävät psykologiset tekijät, kuten stressi (Pincus ym. 2002, Grotle ym. 2007) ja ilmeisesti myös pitkäaikaisesti jatkuva raskas fyysinen työ (Burdorf ja Jansen 2006).

Välilevyjen rappeuma katsotaan ikääntymiseen liittyväksi normaaliksi ilmiöksi. Välilevytyrät kuuluvat myös ikääntymiseen. Oireisen välilevytyrän esiintyvyys väestössä on 1–3 % (van Tulder ym. 2004). Oireisessa välilevytyrässä tyyppioireena on iskiaskipu. Kliinisten kokemusten perusteella on arvioitu, että noin 10 % lanneselän välilevytyrää potevista hoidetaan leikkauksella (Frymoyer 1988, Deyo ym. 1990). Välilevytyrään liittyvän iskiaskivun luonnollisesta kulusta on rajallisesti epidemiologista tietoa. Seurantatutkimuksien perusteella iskiasoireet ovat pitkäaikaisia (Tubach ym. 2004, Kääriä ym. 2006). Sveitsiläisessä tutkimuksessa joka kolmas potilaista parantui vuoden seurannassa ja kolmasosa leikattiin (Balague ym. 1999). Lääkäriin on hyvä tietää, että välilevytyrät häviävät itsestäänkin; MK-seurantatutkimusten perusteella sitä paremmin, mitä isompia ne ovat (Ahn ym. 2000, Autio ym. 2006). Suurin osa välilevytyristä häviää itsestään vuoden kuluessa oireiden alkamisesta (Autio ym. 2006, Jensen ym. 2006).

Rappeumaperäinen spinaalistennoosi on vanhenevan väestön tavallisin selkäsairaus (Nachemson 1991). Sen oireet pysyvät useimmiten varsin vakaina. On arvioitu, että tauti helpottuu itsestään seurannassa 15 %:lla potilaista ja 15 %:lla oirekuva vaikeutuu (Johnsson ym. 1992). Selväkin radiologinen ahtauma saattaa kuitenkin olla oireeton tai se selittää vain osan potilaan oireista.

Alaselkäkipupotilaan hoito ja kuntoutus

Selkäkipupotilaan jokaisella lääkärikäynnillä arvioidaan myös toimintakykyä. Lääkärikäyntien tiheys on ohjeltava kivun voimakkuuden, kliinisen tilan ja toimintakyvyn mukaan.

Äkillinen alaselkäkipu

Äkillisen alaselkäkipun hoidossa potilaan hyvä informointi on tärkeää (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus 2001). Vuodelepoa ei tule määrätä selkäkipun hoidoksi. Potilasta kehoitetaan pysymään aktiivisena: toimimaan ja työskentelemään kivun sallimissa rajoissa (Malmivaara ym. 1995, Van Tulder ym. 2004). Ensisijaisena kipulääkityksenä on parasetamoli tai tulehduskipulääke ja tarvittaessa tulehduskipulääkkeen ja miedon opiaatin yhdistelmä.

Pitkittävä alaselkäkipu

Kipulääkitystä jatketaan kuten akuutissa kivussa. Jos selkäkipusta aiheutuu työkyvyttömyyttä tai muuta huomattavaa haittaa tai potilaalla on psykososiaalisia ongelmia (**keltaiset liput**), tilanteen perusteellinen selvittäminen ohjauksineen on tarpeen (Alaselän sairaudet: Käypä hoito -suositus, New Zealand Guidelines Group 2003, van Tulder ja Koes 2004). Useimmiten on tarpeellista aloittaa fysioterapeutin ohjaamat aktiiviset lihasharjoitukset. Tarvittaessa käynnistetään moniammatillinen tutkimus ja hoito sekä kognitiivinen behavioraalinen terapia (Karjalainen ym. 2001 ja 2004, van Tulder ym. 2004). Moniammatillisuudella tarkoitetaan vähintään kahden eri ammattiryhmän edustajan toimintaa, joka tähtää yhteiseen päämäärään (Nykänen ym. 2003).

Hoito voidaan toteuttaa työterveys- tai perusterveydenhuollossa tai myös erikoissairaanhoidossa moniammatillisena toimintana. Sen tulee olla osa alueellista hoitoketjua. Moniammatillinen kuntoutus subakuutissa selkäkipussa auttaa potilaita palaamaan nopeammin työhön, lyhentää sairauspoissaoloa ja lievittää koettua haittaa (Karjalainen

ym. 2001). Kuntoutukseen pyritään sisällyttämään työpaikkakäynti ja työhön kohdistettuja toimenpiteitä.

Psykososiaaliset tekijät pitkittävät ja vaikeuttavat toimintakykyongelmaa. Pysyvä hoitosuhde omaan lääkäriin ja tarvittaessa muihin perusterveydenhuollon tiimin jäseniin on keskeistä. Jos epäillään ”**keltaisten lippujen**” hidastavan toipumista, moniammatillinen tutkimus ja hoito ovat aina tarpeellisia. Näissä tapauksissa on harkittava myös psykologin tutkimuksia (Bradley ym. 2005). Kaikkien tahojen tulee tukea selkäpotilaan oireiden hallintaa ja selviytymistä. Potilasta tulee auttaa löytämään omat ratkaisunsa. Liitännäisongelmien lievittyminen auttaa potilasta voimaan paremmin, vaikka hoito ei kohdistuisikaan suoraan selkäongelmaan.

Potilaan tulisi pyrkiä palaamaan neljän viikon kuluessa työhön tai muutettuun työhön (Waddell 2004, Bradley ym. 2005). Työn muutokset voivat toimia ”terapeuttisena paluuna työhön” tai ”työkokeiluna”. Fysioterapeutin ohjaamien lihasharjoitusten lisäksi aloitetaan neljän viikon jälkeen työympäristössä toteutettu selkäkoulu, jos toimintakyky ei ole vielä riittävästi parantunut.

Työmuutokset ovat kolmentyyppisiä:

- kevennetty työ, työrajoitukset ja sovelletut työtehtävät
- päivittäisten työtuntien tai viikoittaisten työpäivien vähentäminen
- ergonomiset muutokset
- sijoitus toiseen työhön.

Työhön tehtävillä muutoksilla on positiivinen vaikutus alaselkäpotilaan työhönpaluuseen sairausloman jälkeen. Työn epäedullista kuormitusta vähentävillä toimilla ehkäistään työkyvyn heikentymistä ja helpotetaan vajaakuntoisen työntekijän selviytymistä työssä. Työn fyysisten ja ergonomisten tekijöiden muutokset edistävät nopeaa työhönpaluuta (Anema ym. 2004, Waddell ja Burton 2005). Esimiesten ja koko työyhteisön hyväksyvä asennoituminen vajaakuntoisuuteen ja kuntouttavaan työhönpaluuseen on selkäpotilaan työkyvyn säilymisen kannalta tärkeää.

Krooninen alaselkäkipu

Kroonisen eli yli kolme kuukautta kestäneen selkäkivun hoidossa pätevät pääosin samat suositukset kuin subakuutin vaiheen hoidossa. Potilaan tulee osallistua hoitoa

ja kuntoutusta koskeviin päätöksiin. Häntä tulee auttaa sopeuttamaan sairaus ja sen hoito omaan elämäänsä.

Lihaskuntoa ja yleiskuntoa kohentavilla harjoituksilla on myönteisiä vaikutuksia kipuun ja toimintakykyyn. Moniammatillisella intensiivisellä aktiivisella kuntoutuksella voidaan parantaa kipua ja toimintakykyä, mutta mahdollisuuksista vaikuttaa työkyvyttömyyteen ei ole riittävästi tietoa (Guzman ym. 2001, Airaksinen ym. 2004, Hayden ym. 2005).

Kroonisessa vaiheessa yksinomaan selkäpotilaaseen kohdistuvat toimenpiteet eivät aina riitä. Työkyvyn edistäminen edellyttää myös työhön kohdistuvia muutoksia ja ergonomisia toimenpiteitä. Työn epäedullista kuormitusta vähentävillä toimilla pyritään ehkäisemään työkyvyn heikentymistä ja helpottamaan vajaakuntoisen selviytymistä työssä. Vajaakuntoisuutta hyväksyvä asennoituminen työyhteisöissä on selkäpotilaan työkyvyn säilymisen kannalta tärkeää. Tässä työterveyshuolto ja esimiehet ovat keskeisiä vaikuttajia.

Leikkaushoito

Yleisin selkäkirurginen toimenpide on välilevytyrän poisto. Niitä tehtiin vuonna 2005 Suomessa noin 2 900. Dekompressioita (laminektomia) tehtiin noin 2 000 ja spondylodeeseja kiinnityksellä tai ilman noin 2 350 (Pohjolainen ja Seitsalo 2006).

Absoluuttiset aiheet:

- cauda equina -syndrooma
- akuutti ja täydellinen hermojuuritason pareesi
- sietämätön kiputila
- instabiilit rankamurtumat, jotka aiheuttavat neurologisia puutosoireita

Taulukko 4. DSM-IV, AKSELI IV: Psykososiaaliset ja ympäristöön liittyvät ongelmat

Merkitse:
<ul style="list-style-type: none"> Läheisiin ihmisiin liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Opiskeluun tai koulunkäyntiin liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Työelämään liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Asumiseen liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Terveystieteiden saatavuuteen liittyvät ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Oikeudelliset ongelmat Tarkenna:
<ul style="list-style-type: none"> Muut psykososiaaliset ja ympäristötekijöihin liittyvät ongelmat Tarkenna:

Selkeät suhteelliset aiheet:

- kliinisesti ja MRI:lla todennettu välilevytyrjän aiheuttama iskias, joka ei ole rauhoittunut 4–8 viikon konservatiivisella hoidolla; osittainen motorinen hermotoimintahäiriö ja työkyvyttömyys madaltavat leikkaushoidon kynnyistä
- MRI:lla tai myelografia-TT:llä todettu spinaalistennoosi, joka estää yli 100 metrin yhtäjaksoisen kävelyn ja aiheuttaa leposärkyä estäen unen saannin, työkyvyttömyys
- kliinisesti ja radiologisesti todettu lannerangan nikamien välinen yli liikkuvuus (nikamien välinen liike yli 3 mm eteen–taakse-taivutusten välillä) degeneraation tai spondylolyyysin ja spondylolisteesin seurauksena, työkyvyttömyys
- (instabiilit rankamurtumat, jotka aiheuttavat vaikean deformiteetin (yleensä kyfoosi) tai suuren riskin saada motorisia oireita).

Toimintakyvyn arviointi ja kuvaaminen

Perustoimintakyvyn kuuluvat muun muassa itsestä ja läheisistä huolehtiminen sekä kotielämässä ja harrastuksissa selviytyminen. Työkyky on toimintakyvyn osa-alue. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan potilaan ja hänen sairautensa seurannassa, hoidon ja kuntoutuksen tarpeen ja työkyvyn sekä vammais- ja hoitotukien ja muiden sosiaalivakuutusetuuksien tarpeen arvioinnissa.

Toimintakyky vaihtelee muun muassa iän ja terveydentilan mukaan. Selkäkipupotilaan toimintakyvyn vaikuttavat sairauden lisäksi myös sen jälkiseuraukset, kuten neuropaattinen kipu (ks. kroonista kipua koskeva toimintakykysuositus), pareesit ja myös psyykinen terveydentila. Kokonaistoimintakyvyn arvioinnissa tulee ottaa huomioon selkäsairauden taipumus parantua itsestään sekä hoidon, lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen vaikutus. Toimintakyvyn vaikuttavat myös muun muassa perhesuhteet, koulutus, ammatti, työ, työyhteisön tuki, sosiaalinen verkosto ja päihteiden käyttö.

Toimintakyky on yleensä parhaimmillaan aikuisiässä. Sairaudet ja ikääntyminen voivat heikentää joitakin toimintakyvyn osa-alueita, mutta useat muut osa-alueet saattavat pysyä entisellään. Sairausjaksojen aikaista ja selkäsairauden jälkeistä toimintakykyä verrataan aikuisiällä saavutettuun toimintatasoon.

Aikaisempi toimintakyky

Koska toimintakyky vaihtelee eri tekijöiden vaikutuksesta, selkäkipupotilaan toimintakykyä arvioitaessa on tärkeää saada kuva sairautta ja sen jälkiseurauksia edeltäneestä toimintakyvystä. Tämä helpottaa nykyisen toimintakyvyn

arviointia. Terveystiedot, sairaushistoria, hoito- ja kuntoutusvasteet, työn, kotiaskareiden ja harrastusten fyysinen ja psyykinen kuormittavuus sekä niissä tapahtuneet muutokset on syytä kuvata toimintakyvyn arvioissa. Muiden sairauksien ja psykososiaalisten kuormitustekijöiden (**keltaiset liput**) huomioon ottaminen auttaa hahmottamaan, miten selkäsairaus on vaikuttanut yleiseen toimintakykyyn.

Nykyinen toimintakyky ja tulevan toimintakyvyn ennuste

Nykyistä toimintakykyä arvioitaessa keskeisiä seikkoja ovat potilaan subjektiiviset oireet, lääkärin kliinisissä tutkimuksissa toteamat somaattiset ja psyykkiset löydökset, kognitiivinen suoriutumisen, kuvantamislöydökset sekä suorituskykytestien ja laboratoriotutkimusten tulokset. Oirekuvauksessa suositellaan käytettäväksi validoituja menetelmiä, kuten kipujanaa ja kipupiirrosta, joista on apua seurannassa ja oireiden kirjaamisessa sairauskertomuksiin. Oireiden vaikeutta kuvaavat myös lääkkeiden käyttö, sairauslomat, muut hoidot ja niihin hakeutuminen sekä hoitojen asianmukaisuus (**keltaiset liput**) ja niiden vaikutukset. Lääkärin tärkeä tehtävä on eri oireiden ja löydösten yhteensopivuuden tarkastelu eli tiivistelmän tekeminen siitä ”mitä löytyi”.

Lääkärin tulee arvioida, ovatko työn ja harrastusten vaatimukset sopusoinnussa selkäsairauden jälkeiseen toimintakykyyn.

Toimintakyvyn ennusteeseen vaikuttavat sairauden luonne, muut sairaudet, potilaan ikä ja motivaatio toipumiseen, oireiden hallintaan ja fyysisen kuntonsa parantamiseen sekä toiminta- ja työympäristön vaativuus ja kuormittavuus. Kun lääkäri on saanut tutkittua, mikä sairaus on kyseessä, voidaan varsin hyvin arvioida sairauden todennäköinen kehitys ja toimintakyvyn ennuste. Jos sairauden luonteen ja ennusteen takia on tarpeellista, tulee riittävän varhain käynnistää työterveyshuollon toimenpiteet, kuten selvittelyt uudelleensijoituksesta, työjärjestelyt, työhön tehtävät muutokset tai muu ammatillinen kuntoutus.

Spesifit sairaudet, kuten akuutti välilevytyrä, pahanlaatuinen kasvain, akuutti kompressiomurtuma tai infektiot, eivät yleensä tuota ongelmia työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. Selkärangan rappeumasairaudet ovat arvioinnin

kannalta ongelmallisimpia, koska ne aiheuttavat pitkäaikaisia ja toistuvia kipuoireita. Ne kuuluvat kuitenkin ikään-tyymisoiireisiin, ja niinpä on tärkeää ottaa huomioon edellä kuvattu luonnollinen kulku ja kertoa siitä perusteellisesti ja useaan kertaan potilaalle.

Selkäkipupotilaan oma kuvaus toimintakyvystään

Esitietojen vapaamuotoisen esittelyn lisäksi on suositeltavaa, että selkäkipupotilas kuvaa toimintakykyään validoidulla Oswestryn oire- ja haittakyselyllä (liite 1). Kyselylomakkeella potilas kuvaa systemaattisesti kykyään ja suoriutumistaan jokapäiväisissä toimissaan ja vuorokauden eri aikoina. Lomake antaa systemaattista tietoa viimeisen viikon aikana kymmenestä eri asiasta, jotka ovat:

- kivun voimakkuus
- omatoimisuus
- nostaminen
- kävely
- istuminen
- seisominen
- nukkuminen
- sukupuolielämä
- sosiaalinen elämä
- matkustaminen.

Kukin kysymys pisteytetään 0:sta 5:een siten, että ensimmäinen vaihtoehto antaa 0 ja viimeinen 5 pistettä. Indeksiksi lasketaan prosentteina maksimipistemäärästä: pisteet vastatuista kysymyksistä lasketaan yhteen, summa jaetaan maksimipistemäärällä (vastattujen kysymysten mukaan) ja kerrotaan sadalla. Esimerkiksi, jos kaikkiin kysymyksiin on vastattu ja pisteiden summa on 16, indeksi on $16/50 \times 100 = 32$ %.

Pistemäärän 0–20 % saanut voi suorittaa useimmat päivittäiset toimensa ja potilasinformaatio on riittävä hoito. Jos pistemäärä on 20–40 %, henkilöllä on vaikeuksia istumisessa, nostamisessa ja pitkään seisomisessa. Hoito on konservatiivista. Pistemäärän 40–60 % saaneella on ongelmia matkustamisessa, päivittäisissä toimissa, sosiaalisessa elämässä ja nukkumisessakin. Nämä potilaat tarvitsevat yleensä tarkempia tutkimuksia. Jos pistemäärä on yli 60 %, selkäkipu rajoittaa kaikkia toimintoja sekä kotona että työssä ja potilas tulee tutkia huolellisesti.

Selkäkipupotilaan toimintakyky lääkärin kuvaamana

Selkäpotilaan toimintakyvyn lääketieteellinen arviointi on kliinisten havaintojen ja objektiivisten löydösten punnitsemista sekä niiden ja potilaan subjektiivisten oireiden ja sairauksikäyttämisen sopusoinnun tarkastelua. Arvioinnissaan

lääkäri ottaa huomioon Oswestryn kokonaispistemäärän. Hoidon ja kuntoutuksen jälkeiset sairauden seuraukset tai sairauden vaihe ja luonnollinen kulku ovat keskeisiä asioita arviointiajankohdan toimintakyvyn ja sen ennusteen sekä tarvittavien ammatillisten kuntoutustoimenpiteiden tarpeen arvioissa.

Toimintakyky työssä

Kun selkäpotilaan toimintakykyä arvioidaan työssä selviytymisen näkökulmasta, se suhteutetaan työn ja työympäristön vaatimuksiin. Työkyvyn arvioinnin kulmakiviä ovat potilaan oireet, Oswestryn oire- ja haittakyselyn tulokset, kliiniset ja objektiiviset löydökset sekä niiden yhteensopivuuden tarkastelu. Kroonisen oireen, kuten esimerkiksi neuropaattisen kivun ja lääkehoidon vaikutuksia keskittymis- ja aloitekykyyn, aktiivisuuteen, aloitteellisuuteen ja tarkkaavuuteen voidaan lääkärin arvioinnin lisäksi selvittää psykologin täydentävällä tutkimuksella.

Selkäkipupotilaan työkyvyn arvioinnissa on otettava huomioon työn fyysiset ja psyykkiset vaatimukset, potilaan fyysinen ja psyykinen kyvykyys, motivaatio työssä jatkamiseen, työyhteisön kuormitustekijät ja työssä tapahtuneet muutokset. Työn tiedollisten ja taidollisten vaatimusten lisääntyminen voi heikentää subjektiivista työssä selviytymistä. Työn kuvauksen, työkuormituksen ja työssä tapahtuneiden muutosten kuvaamisen paras asiantuntemus on työterveyshuollossa.

Muutkin kuin elämän kuormitustekijät, esimerkiksi avioero tai työn loppuminen, voivat muuttaa selkäpotilaan subjektiivista työkykyä selkäsairauden pysyessä täysin ennallaan. Selkäsairauksille tyypilliset, pitkät poissaolot työstä vaikeuttavat työhönpaluuta, koska työelämä muuttuu nopeasti ja myös vieraantuminen työstä ja siihen liittyvästä sosiaalisesta ympäristöstä on nopeaa. Niin ikään esimiesten ja työyhteisön suhtautuminen selkäpotilaan työhön paluuseen voi olla ongelmallista.

Toimintakyky akuutissa kivussa

Akuutissa kivussa selkää voi käyttää kivun sallimissa rajoissa eikä kevyehkön työn jatkamiselle ole yleensä estettä. Työhön tehtäviä lyhytaikaisia muutoksia saatetaan tarvita. Jos sairauslomaan on tarvetta, lyhyt loma yleensä riittää. Hoidon tavoitteeksi asetetaan sairausloman jälkeinen paluu takai-

sin työhön. Myös hankala toimintaa rajoittava kipu yleensä paranee eikä heikennä toimintakykyä pitkäksi aikaa.

Toimintakyky pitkittyvässä kivussa

Työhönpaluun viivästymisen vuoksi on syytä välttää sairauslomien kirjoittamista ilman selvää aiheita. Ensisijaisena tavoitteena tulee olla työn jatkaminen muunnettuna tai työkokeilun aloittaminen. Lääkärissäkäynnit on syytä ohjelmoida ja toistaa 1–3 viikon välein. Käyntikerroilla tulee toistaa kliininen tutkimus, kivun määräitys kipujanalla ja -piirroksella sekä Oswestryn kyselylomakkeen täyttö.

Yli kuuden viikon työkyvyttömyys ennustaa vaikeutunutta työhönpaluuta, ja tämän takia työterveyshuollon tai perusterveydenhuollon työryhmän jäsenen käynti työpaikalla on aiheellinen. Työolojen selvitys ja työn kuormittavuuden optimointi on syytä tehdä yhteistyössä työterveyshuollon ja potilaan esimiehen kanssa. Työhönpaluuta tulee edistää työn vaatimusten keventämisellä, ainakin tilapäisesti. Ergonomisten toimenpiteiden tulee olla oikeassa suhteessa selkäkipuisen työntekijän toimintakykyyn ja riskitekijöihin. Työhön paluussa tulee muistaa osasairauspäivärahan mahdollisuus.

Toimintakyky kroonisessa selkäkivussa

Yli kolme kuukautta kestäneen selkäkivun jälkeen työkyvyn arviointiin pätevät pääosin samat suositukset kuin subakuutissa selkäkivussa. Sairauslomaan tulee löytyä muukin lääketieteellinen syy kuin kipuoire. Lääkärissäkäyntien välejä voidaan harventaa, mutta kliininen tutkimus, kipujan ja -piirroksen käyttö sekä Oswestryn kyselylomakkeen täyttö tulee toistaa. Työkyvyn arvioinnissa potilaan toiminnallinen tila on keskeinen. Sellaisilla sairauden jälkiseurauksilla, kuten iskiasperiodin jälkeisellä jänneheijasteen heikentymisellä tai puutoksella, ei ole merkittävää vaikutusta työkykyyn. Lääkärin tulee tukea potilasta oireidenhallinnassa sekä auttaa tätä sopeutumaan sairauden pitkittyneeseen vaiheeseen.

Krooniseen selkäkipuun liittyy usein **keltaiset liput** eli psykososiaalisia toipumista heikentäviä esteitä. Moniammatillisen tiimin jäsenten tuki ja aktivoivat interventiot ovat tärkeitä työssä selviytymisen kannalta.

Lausunnon kirjoittaminen toimintakyvystä

Potilaan oireiden ja lääkärin toteamien löydösten kuvaaminen on lääkärille vaativa tehtävä. Tavoitteena on, että lausuntoa lukeva lääkäri ymmärtää lausunnon kirjoittaneen lääkärin arvioinnin. Selkäpotilaan toimintakykylausuntoa kirjoittavan lääkärin on hyvä noudattaa B-lausunnon otsikointia, joka ohjaa johdonmukaisesti lausunnon sisältöä unohtamatta tärkeitä osa-alueita. On tärkeää muistaa, että lausuntoa kirjoittava lääkäri on hoitavana lääkärinäkin objektiivinen, lääketieteellinen asiantuntija eikä potilaan asianajaja.

Työ ja selkäkipu – keskeiset periaatteet

Akuutissa, subakuutissa ja kroonisessa selkäkivussa seuraavat periaatteet ovat keskeisiä:

- Useimmat selkäkipuiset voivat työskennellä suurimman osan ajasta kivusta huolimatta.
- Työssä oleminen tai sinne palaaminen johtaa usein nopeampaan paranemiseen ja vähempiin ongelmiin kuin sairausloman jatkaminen.
- Ajoissa tehty työn ergonominen arvio, ergonomiset korjaukset ja mahdolliset kevennykset tukevat työssä pysymistä.
- Työterveyshuollon tulisi olla tukena työhönpaluussa ja varmistaa, että työntekijä ja myös työnantaja ymmärtävät sairausloman pitkittämisen haitat.

Niskasairaudet

Niskasairauksien esiintyvyys

Niskakipua on Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan kokenut viimeksi kuluneen kuukauden aikana 26 % yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä ja 40 % naisista (Aromaa ja Koskinen 2002). Noin 20 vuotta aikaisemmin tehtyyn Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna miesten niskavaivoissa ei ole tapahtunut muutosta, kun taas erityisesti iäkkäimmillä naisilla vaivat ovat lisääntyneet (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002). Suomessa niskaoireet liittyvät 3–4 %:iin kaikista käynneistä terveyskeskuslääkärillä (Mäntyselkä 1998). Kivun vuoksi terveyskeskuslääkärin vastaanotolle hakeutuvilla potilailla lihasjännitystyypinen

niskakipu on yleisin yksittäinen diagnoosi (Mäntyselkä ym. 2001).

Rintarangan alueelle paikantuvan selkäkivun esiintyvyys viimeisen vuoden aikana vaihtelee eri lähteiden mukaan välillä 4–31 % (Niemeläinen ym. 2006). Tuoreen tutkimuksen mukaan esiintyvyys on suomalaisilla miehillä 17 % (Niemeläinen ym. 2006).

Niska-hartiaoireiden luokittelu

Oireen keston perusteella sairaudet jaetaan akuutteihin (alle 12 viikkoa) ja kroonisiin (yli 12 viikkoa) (Palmer ym. 2001, Cassou ym. 2002, Guez 2006). Esitietojen, oireiden ja löydösten perusteella niska-hartiaoireet luokitellaan seuraavasti (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002, Viikari-Juntura ja Takala 2003):

- paikallinen niskakipu
- säteilevä niskakipu
- myelopatia (selkäydinkompressio)
- yleissairauksiin ja kasvaimiin liittyvä niskakipu
- murtuman tai muun niskavamman jälkitilat.

Diagnostiikka

Esitiedot

Esitietojen ja kliinisen tutkimuksen avulla pyritään selvittämään niskakivun aiheuttaja, kivun laatu ja kivusta aiheutuva haitta. Liitännäis- ja yleisoireet, kuten huimaus, päänsärky, nielemisvaikeudet, raajaoireet, kuumeilu ja yleinen huonokuntoisuus, antavat lisätietoa oireen etiologiasta. Tavoitteena on sulkea pois niskakivun vakavat syyt, kuten murtumat, kasvaimet ja aivoverenvuodot, sekä yleissairaudet, kuten reuma ja infektiot (**punaiset liput**) (Käypä hoito -suositus 2002). Niskaan kohdistuneet tapaturmat sekä kuormitus työssä ja vapaa-aikana, hoidot ja muut toimenpiteet, niiden vaikutukset ja niskaoireiden aiheuttamat työkyvyttömyysjaksot selvitetään. Mahdollinen hermojuurten kompressio ja myelopatia tunnistetaan (taulukko 5).

Kipupiiirros paljastaa kivun ja mahdollisen tuntohäiriön paikan (Öhlund ym. 1996, Alaranta ym. 2003). Kivun voimakkuutta arvioidaan kipujanalla (Price ym. 1983, Viikari-Juntura ym. 2000). Kivun voimakkuus, kesto, toistuminen, vaikutus yöuneen ja sen aiheuttama koettu

Taulukko 5.
Niskakiputilaan esitiedot

Aiemmat sairaudet ja niiden hoito	Nykysairaus ja sen aiheuttama kipu
<ul style="list-style-type: none"> • yleissairaudet • aiemmat niska-hartiaseudun ongelmat • muut tuki- ja liikuntaelinperäiset ongelmat • niskaan kohdistuneet vammat 	<ul style="list-style-type: none"> • oireiston alkuun liittyvät tapahtumat • kivun voimakkuus (kipujana) • kivun tyyppi (jomottava, polttava jne.) • kivun kesto ja luonne (jatkuva/ajoittainen) • kivun paikka ja säteily (kipupiirros) • lepokipu • kivun vaikutus uneen • rasituksen ja asennon vaikutus oireisiin • haitta päivittäisissä toimissa
Lääkitykset	
Ravitsemustila, tupakointi ja päihteiden käyttö	
Työn ja vapaa-ajan aiheuttama fyysinen kuormitus	
Psykososiaalinen tilanne	Nykysairauden muut oireet
Sairauslomien määrä ja syyt viimeisen vuoden kuluessa	<ul style="list-style-type: none"> • yleisoireet, kuten kuumeilu ja yleinen huonokuntoisuus, pahoinvointi • liitännäisoireet, kuten huimaus, päänsärky, nielemisvaikeudet, pidätyskyvyn muutokset, kävelyvaikeudet, jäykkyys • lihasvoimat • tuntohäiriöt ja niiden paikantuminen • selkärangan ja niskan jäykkyys • mieliala, henkiset voimavarat (depressioseula)

Taulukko 6.
Niskakiputilaan kliininen tutkimus

Habitus	Yläraajojen neurologinen tutkiminen
<ul style="list-style-type: none"> • yleistila • ruumiinrakenne • ryhti, pään asento • kivullosuus • vireystila ja mieliala 	Juurivaurion provokaatiotesti
Liikkuminen tutkimushuoneessa	Refleksistatus
	<ul style="list-style-type: none"> • hauislihas (C5) • brachioradialis (C6) • triceps (C7)
Riisuuntuminen	Kosketus- ja terävätunto Lihassoimat
Niskan taivutukset (ohjatut aktiiviset liikkeet)	<ul style="list-style-type: none"> • puristusvoimat • olkavarren abduktio (C5) • kyynärvarren fleksio ranne pronaatiossa (m. brachioradialis, C6) • kyynärvarren ekstensio (m. triceps brachii, C7) • sormien abduktio ja pinsettioite (C8)
Niska-hartiaseudun palpaatio	Kaulaytimen vauriota epäiltäessä
<ul style="list-style-type: none"> • pehmytkudosten konsistenssi • palpaatioarkuus 	<ul style="list-style-type: none"> • värinätunto • Babinskin koe • lihasjänteys • kävelyvaikeudet ja muutos pidätyskyvyssä
Olkanelven ja hartia-alueen aktiiviset ja passiiviset liikelaajuudet	
<ul style="list-style-type: none"> • symmetrisyys • kivun paikka • säteilyoireet 	
Roosin yläraajojen rasiustesti	

haitta ovat toipumisen ennustekijöitä, jotka ovat yhteydessä myös toiminta- ja työkykyyn (Hunt ym. 2002, Dunn ja Croft 2005). Haitan mittaamiseen voidaan käyttää numeerisen arvon antavaa kyselylomaketta (Wheeler ym. 1999, Alaranta ym. 2003, Häkkinen ym. 2005). Pitkäaikainen, voimakas kipu ja säteilyoireet edellyttävät usein tarkentavia tutkimuksia (Enthoven ym. 2004, Luime ym. 2005).

Kipua pahentavat pään liikkeet tai impulssikipu yksissä ovat usein yhteydessä vaikeampaan oirekuvaan, kuten hermokudoksen puristukseen.

Psykososiaaliset ja työhön liittyvät fyysiset kuormitustekijät pitkäaikaisessa ja toistuvassa niskakivussa ennustavat tulevaa toimintakykyä (**keltaiset liput**) (New Zealand Guidelines Group 2003, Burton ym. 2006). Yläraajaan säteilevän niskakivun riskiä lisää työ, johon kuuluu yläraajojen kannattelua yli hartiatason, vartalon kiertoliikkeitä, kaularangan fleksioasentoa tai käsien tai sormien toistoliikkeitä (Viikari-Juntura ym. 2001). Vähäinen liikkuminen, stressi ja huonontuneeseen terveyteen liittyvä elämänlaadun heikkeneminen lisäävät myös niskakivun riskiä (Andersen ym. 2002, Viikari-Juntura ym. 2003).

Yleisen terveydentilan selvittämisessä voidaan käyttää SF 36 -kyselylomaketta, ja myös sen lyhennetty versio on käyttökelpoinen (Garrat ym. 1993, Luo ym. 2003). Rasittuneisuutta, mielialaa ja henkisiä voimavaroja voidaan arvioida Beckin depressiitestillä (Beck ja Steer 1993) tai DEPS-asteikolla (Salokangas ym. 1994).

Kliininen tutkimus

Inspektoiden havainnoidaan niska-hartiaseudun ryhti ja mahdollinen lihas- tai asentoasymmetria. Kaularangan ja olkavarren liikelajiuudet sekä yläraajojen neurologinen toiminta tutkitaan ja palpoidaan niska-hartia-alue (Viikari-Juntura ym. 2002, Alaranta ym. 2003). Liikelajuuksissa puolierot ja liikkeen kivulias rajoittuminen ovat merkittäviä tietoja etiologisessa selvityksessä sekä toimintarajoitusten arvioinnissa (Dall'Alba ym. 2001, Lee ym. 2005). Liikkeissä provosoituva kipu, sen voimakkuus ja mahdolliset säteilyoireet on tärkeää havaita. Hermojuurivaurion provokaatiotesti, jossa pää viedään kiertoasentoon, lievään sivulle ja taaksetaivutukseen sekä painetaan päältaelta kevyesti, on käyttökelpoinen hermovaurion ja välilevyperäisen kivun diagnostiikassa (Viikari-Juntura ym. 1989 ja 2000, Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002, Shah ja Rajshekhar 2004, Rubinstein ym. 2007) (taulukko 6).

Erotusdiagnoosiikka

Niskasairauksien erotusdiagnoosiikka on otettava huomioon olkapään sairaudet, joista yleisimmät ovat kiertäjäkalvosimen ongelmat. Säteilevän niskakivun yhteydessä

tulee muistaa yläraajan alueen perifeeriset hermopinteet, joista rannekanavaoireyhtymä on yleisin (Mervaala 2005). Lisäksi erotusdiagnoosiikassa on otettava huomioon yläraajan refleksidystrofia ja sisäelinperäinen heijastekipu. Niskahartia-alueen toistuva kipu voi liittyä myös migreeniin.

Rintarangan kipu on harvinaisempaa ja siihen liittyvä toiminnan haitta vähäisempää kuin niskan tai alaselän ongelmissa. Rintakehän alueen vaikeasti paikannettavaa kipua voivat aiheuttaa myös monet sisäelinperäiset syyt, kuten sydän- ja ruokatorvipäiset ongelmat. Lapojen ja rintarangan yläosan alueelle paikantuva kipu voi myös olla kaularangan alaosaan tulevaa heijastekipua. Rintarankakipu esiintyy selän kierto- ja sivulletaivutusliikkeissä, joilla oire on tutkittaessa provosoitavissa. Päinmakuulla suoritettava nikamien kompressio- ja rotaatiotesti auttaa paikantamaan selkärangan kipualueen. Lisäksi palpoidaan paraspinaaliset lihakset sekä testataan ihotunto, alaraajojen heijasteet ja lihasjänteys mahdollisen hermokudoksen kompression pois sulkemiseksi.

Perus- ja lisätutkimukset

Toimintakyvyn arvioissa perus- ja lisätutkimusten tulokset pitää suhteuttaa oirekuvaan ja kliinisiin tutkimuslöydöksiin. Kaularangan natiivikuvaus ja verikokeet ovat aiheellisia niskakivussa vain, jos kliinisessä tutkimuksessa havaitaan merkkejä vakavasta sairaudesta (**punaisten liput**) (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002). Natiivikuvaus ei kuitenkaan välttämättä anna informaatiota kaularangan **punaisten lippujen** tapauksessa. Kaularangan natiivikuvaus voidaan tehdä, jos niskakipu on kestänyt yli kuusi viikkoa ja jos se on tarpeellinen potilas-lääkärisuhteen toimivuutta ajatellen. Natiivikuvausella ei ole yleensä vaikutusta kliinisiin hoitopäätöksiin.

Jos potilaalla todetaan huomattava tai etenevä lihasheikkous taikka sietämätön kiputila, hänet on syytä lähettää fysiatriin, neurokirurgin tai muun asiaan perehtyneen erikoislääkärin arvioon. Muut merkit **punaista lipuista** ja myös 2–3 kuukautta kestänyt huomattavaa haittaa aiheuttava yläraajaan säteilevä kipu edellyttää erikoislääkärin arviota.

Lisätutkimukset **punaisten lippujen** takia kuuluvat erikoissairaanhoidon. Kaularangan (ja mahdollisesti rintarangan) magneettikuvaus (MRI) on tällöin paras lisätutkimus. Erikoistapauksissa voidaan käyttää erikoissairaanhoidossa tietokonetomografian ja myelografian yhdistelmää (TT-myelografia), luustokartoitusta tai ENMG-tutkimusta. Lisätutkimusten tarve pitää suhteuttaa erikoissairaanhoidossakin kliinisen ja muiden tutkimusten löydöksiin. Oireettomillakin todetaan MRI:ssa runsaasti rappeumalöydöksiä ja välilevytyriä (Boden ym. 1990b). Rappeumalöy-

döksiä ei ole syytä korostaa lausunnoissa eikä keskusteluissa potilaan kanssa.

Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen

Kliinisen, perus- ja lisätutkimusten ja standardoitujen lomaketutkimusten lisäksi voidaan tarvittaessa käyttää toiminnallisia ja suorituskykytestejä (Smolander ym. 2004). Fysioterapeutin valvomat suorituskykytestit ja toimintaterapeutin johdolla tehtävät toiminnalliset testit ovat käytökelpoisia niskakivupotilaan toimintakyvyn arvioinnissa. Motivaation arviointi kuuluu keskeisesti testauksiin. Suoritustavat ja suomalaiset viitearvot on esitetty Alarannan ym. (2003) kirjassa Fysiatria ja Hurrin ja Pohjolaisten (2004) kirjassa Toimintakyky.

Suoritustestit:

- käden puristusvoiman mittaus
- yläraajojen staattinen testi
- yläraajojen dynaaminen nostotesti

Toiminnalliset testit:

- Valpar 9 -testissä selvitetään kätevyyttä, hienomotoriikkaa, keskittymistä, pitkäjänteisyyttä ja tapaa käyttää vartaloa vaikeissa työasennoissa (suoritus aika ja kipukartta) ja suoritusta verrataan viitearvotaulukkoon
- Box & Block -testissä tutkitaan karkeasti yläraajojen motoriikkaa ja suoritusta verrataan viitearvotaulukkoon
- Nine Hole Peck -testissä selvitetään pinsettioitteen käyttöä ja sorminäppäryyttä (aika sekunteina) ja suoritusta verrataan viitearvotaulukkoon

Sairauskäyttäytyminen

Sairauskäyttäytymisellä tarkoitetaan yksilön reagoitua ja suhtautumista sairauteen ja myös muiden tekijöiden kuin pelkästään sairauden välittömien seurausten vaikutusta hänen toimintaansa. Sairauskäyttäytyminen ei ole sidoksissa yksittäiseen sairauteen tai tautitilaan, ja se voi vaihdella huomattavasti samalla henkilöllä samassa sairaudessa eri elämäntilanteissa. Sairauskäyttäytyminen on henkilökohtaisista ominaisuuksista, sairaudesta ja tilanteeseen liittyvistä ympäristötekijöistä koostuva toimintatapa.

Persoonallisuustekijöillä on siinä merkittävä osuus (Uutela 1996, Alaranta ym. 1997, Hyypä 1997).

Elämäntilannetekijät ja sairaudesta saatava tai odotettavissa oleva mahdollinen haitta tai hyöty ohjaavat paranemis-, kuntoutumis- ja toipumisenustetta. Potilaan suhtautuminen siihen, mitä hän voi tehdä sairaudesta huolimatta, vaihtelee huomattavasti motivaatiotekijöiden mukaisesti. Pitkäkestoisten sairauksien yhteydessä tulisikin arvioida potilaan elämäntilanne ja saadun kokonaiskuvan perusteella tukea toipumista edistäviä elementtejä hänen käyttäytymisensä ja torjua tarpeetonta sairausregressiota (Uutela 1996, Alaranta ym. 1997, Hyypä 1997).

Sairauskäyttäytymistä ohjaavat psykologiset tekijät ovat potilaalle itselleen tiedostamattomia, vaikka ne saattavat olla lääkärille tai potilaan läheisille ilmeisiä (Uutela 1996, Hyypä 1997). Lääkärin ei ole syytä ryhtyä tulkitsemaan potilaalle havaintojaan. Tulkinnot johtavat usein loukkaantumiseen, hoitosuhteen katkeamiseen ja joskus myös kanteluihin. Riittää, kun lääkärillä itsellään on kuva sairauskäyttäytymisen vaikuttavista tekijöistä. Sairauskäyttäytymisen arviointia helpottaa psykososiaalisia ja ympäristöön liittyviä ongelmia kartoittava kysely (DSM lyhennettynä, Suomen Psykiatriyhdistys 1997) (taulukko 4 sivulla 10).

Luonnollinen kulku ja ennuste

Akuutin niskakivun ennuste ja taipumus parantua itsestään ovat hyvät (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002, Vos ym. 2007). Niskakipu uusiutuu herkästi, kuten alaselkäkipukin, mikä tekee sen luonnollisesta kulusta aaltoilevan (Cote ym. 2004, Luime ym. 2005). Kroonisen niskakivun oireet lievittyvät vain hieman vuoden seurannassa (Vernon ym. 2006).

Kroonisessa niskakivussa huonoa toipumista ennustavat pitkäkestoiset tai toistuvat oireet (Borghouts ym. 1998, Bot ym. 2005), voimakas kipu (Borghouts ym. 1998) ja psykologiset tekijät (Leclerc ym. 1999, Bot ym. 2005) mutta eivät mm. rappeumalöydökset (Borghouts ym. 1998). Naisilla oireet ovat pysyvämpiä kuin miehillä (Cote ym. 2004).

Niskapotilaan hoito ja kuntoutus

Akuutissa niskakivussa potilasta rohkaistaan pysymään aktiivisena sekä jatkamaan päivittäisiä toimia ja työtään kivusta huolimatta (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002). Akuutin niskavamman jälkeen potilaan kannustaminen aktiivisuuteen heti alusta alkaen, johtaa suotuisampaan pitkäaikaistulokseen kuin passiiviset hoitomenetelmät. Lepoa ja immobilisaatiota, esimerkiksi tuki-kaulurin käyttöä tulee välttää ja pyrkiä nopeasti niskan normaaliin käyttöön.

Parasetamoli on osoitettu tehokkaaksi akuutissa kivussa, ja sitä pidetään turvallisempänä kuin tulehduskipulääkkeitä. Akuutissa niskakivussa se on ensisijaislääke potilaille, jotka ovat yliherkkiä tulehduskipulääkkeille tai kuuluvat maha-suolihaittojen kannalta riskiryhmiin. Parasetamolien tehokas vuorokausiannos aikuisilla on 3 000 mg jaettuna kolmeen ottokertaan (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002).

Tulehduskipulääkettä voidaan käyttää akuutin niskakivun hoidossa. Lääkkeen valinnassa tulee painottaa valmisteen turvallisuutta. Lihasselaksantti voi olla vaihtoehto silloin, kun tulehduskipulääke ei sovi potilaalle. Sen käyttöä rajoittavat usein esiintyvät haittavaikutukset. Paikallisesti iholle siveltävien kipulääkevalmisteiden tehosta ei ole tieteellistä näyttöä, ei myöskään paikallisten puudute- tai kortisoniruiskeiden vaikutuksesta. Parasetamolien ja tulehduskipulääkkeen tehoa liikuntaelinten kivuissa voidaan parantaa yhdistämällä hoitoon heikko opioidi, kuten kodeiini tai tramadoli (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002).

Passiivisten hoitojen kuten hieronnan, akupunktuurin, mobilisaation ja manipulaation vaikuttavuudesta akuutissa kivussa ei ole näyttöä. Pitkittyneessä niskakivussa mobilisaatiohoidosta on lievää näyttöä, joten sitä voidaan harjoittaa.

Kroonisessa niskakivussa lääkehoitojen vaikuttavuutta ei ole osoitettu, mutta niitä voidaan kokeilla oireenmukaisessa hoidossa. Paikallisessa niskakivussa niskalihasten voimaa tai kestävyttä lisäävästä säännöllisestä, aktiivisesta liikehoidosta saattaa olla hyötyä (Viljanen ym. 2003, Ylinen ym. 2004, Takala 2006). Behavioraalisesti suuntautunut aktiivinen fysioterapia nopeuttaa työhönpaluuta (Jensen ym. 2005, Sjögren ym. 2005). Passiivisista fysioterapeuttisista hoidoista ei näyttöä. Jos niskakipu liittyy servikaaliseen dystoniaan, botuliinin väliaikainen teho on hyvä.

Kroonisen niskavamman jälkeiseen oireistoon ei ole olemassa spesifisiä hoitoja. Aktiivisesta elämäntavasta on osoitettu olevan hyötyä. Moniammatillinen kuntoutus voi vähentää kroonisten niskavammapotilaiden kipua ja parantaa toimintakykyä (Vendrig ym. 2000).

Yläraajaan säteilevässä niskakivussa valtaosa potilaista hoidetaan samoin periaattein kuin paikallisessa niskakivussa. Jos merkittävää haittaa aiheuttava niskakipu tai motorinen puutosoire kestää 8–12 viikkoa, on perusterveydenhuollossa käynnistettävä erikoislääkärin arvio tai tarvittaessa moniammatillinen selvitys ja toimenpiteet (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002). Moniammatillisuudella tarkoitetaan vähintään kahden ammattiryhmän edustajan yhteistoimintaa, yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Nykänen ym. 2003).

Yläraajan motoriset puutosoireet ja etenkin myelopatiaoireet edellyttävät leikkausaiheen arviointia. Etenevä myelopatia on kiireellisen leikkausarvion aihe.

Niskan venähdyshoidossa potilasta kannustetaan aktiivisuuteen alusta alkaen (McClune ym. 2002, Crawford ym. 2004). Kroonisen venähdyshoidossa aktiivisesta elämäntavasta on ilmeisesti hyötyä ja moniammatillinen kuntoutus voi vähentää kipua sekä parantaa toimintakykyä (McClune ym. 2002).

Niskapotilaan toimintakyvyn arviointi ja kuvaaminen

Toimintakyvyn arviointi on tarpeellista potilaan ja hänen sairautensa seurannassa sekä hoidon ja kuntoutuksen tarpeen ja vaikutuksen arvioissa. Perustoimintakyvyn kuuluu muun muassa itsestä ja läheisistä huolehtiminen sekä kotielämässä ja harrastuksissa selviytyminen. Työkyky on toimintakyvyn osa-alue. Toimintakyvyn arviointia tarvitaan paitsi työkyvyn, myös vammais- ja hoitotukien sekä muiden sosiaalivakuutusetuksien tarpeen arvioinnissa.

Toimintakyky vaihtelee muun muassa iän ja terveydentilan mukaan. Niskapotilaan toimintakyvyn vaikuttavat sairauden lisäksi myös sen jälkiseuraukset, kuten neuroopaattinen kipu (ks. kroonista kipua koskeva toimintakyksuositus), pareesit ja myös psyykinen terveydentila. Toimintakyvyn vaikuttavat myös muun muassa perhesuhteet, koulutus, ammatti, työ, työyhteisön tuki, sosiaalinen verkosto ja päihdeiden käyttö.

Toimintakyky on yleensä parhaimmillaan aikuisiässä. Sairaudet ja ikääntyminen voivat heikentää joitakin toimintakyvyn osa-alueita, mutta niskapotilailla toimintakyky pysyy yleensä useimmilla osa-alueilla varsin hyvänä. Kokonaistoimintakyvyn arvioinnissa tulee ottaa huomioon niskasairauden taipumus parantua itsestään sekä hoidon ja lääkinnällisen ja ammatillisen kuntoutuksen vaikutus.

Aikaisempi toimintakyky

Koska toimintakyky vaihtelee eri tekijöiden vaikutuksesta, niskapotilaan toimintakykyä arvioitaessa on tärkeää saada kuva sairautta ja sen jälkiseurauksia edeltäneestä toimintakyvystä. Tämä helpottaa nykyisen toimintakyvyn arviointia. Terveystiedot, sairaushistoria, hoito- ja kuntoutusvasteet, työn, kotiaskareiden sekä harrastusten fyysinen ja psyykinen kuormittavuus sekä niissä tapahtuneet muutokset on syytä kuvata toimintakyvyn arvioissa. Muiden sairauksien ja psykososiaalisten kuormitustekijöiden (**keltaiset liput**) huomioon ottaminen auttaa hahmottamaan, miten niskasairaus on vaikuttanut yleiseen toimintakyvyn.

Nykyinen toimintakyky ja tulevan toimintakyvyn ennuste

Nykyistä toimintakykyä arvioitaessa keskeisiä seikkoja ovat potilaan subjektiiviset oireet, lääkärin kliinisissä tutkimuksissa toteamat somaattiset ja psyykkiset löydökset, kognitiivinen suoriutuminen, kuvantamislöydökset sekä suorituskäytysten ja laboratoriotutkimusten tulokset. Oirekuvauksessa suositellaan käytettäväksi validoituja menetelmiä, kuten kipujanaa ja kipupiiirrosta, joista on apua seurannassa ja oireiden kirjaamisessa sairauskertomuksiin. Oireiden vaikeutta kuvaavat myös lääkkeiden käyttö, sairauslomien, muut hoidot ja niihin hakeutuminen sekä hoitojen asianmukaisuus (**keltaiset liput**) ja niiden vaikutukset. Lääkärin tärkeä tehtävä on eri oireiden ja löydösten yhteensopivuuden tarkastelu eli tiivistelmän tekeminen siitä ”mitä löytyi”.

Lääkärin tulee arvioida, ovatko työn ja harrastusten vaatimukset sopuissa niskasairauden jälkeiseen toimintakykyyn.

Toimintakyvyn ennusteeseen vaikuttavat sairauden luonne, muut sairaudet, potilaan ikä ja motivaatio toipumiseen, oireidenhallintaan ja fyysisen kuntonsa parantamiseen sekä toiminta- ja työympäristön vaativuus ja kuormittavuus. Kun lääkäri on saanut tutkittua, mikä sairaus on kyseessä, voidaan varsin hyvin arvioida sairauden todennäköinen kehitys ja toimintakyvyn ennuste. Jos sairauden luonteen ja ennusteen takia on tarpeellista, tulee riittävän varhain käynnistää työterveyshuollon toimenpiteet, kuten selvitykset uudelleensijoituksesta, työjärjestelyt, työhön tehtävät muutokset tai muu ammatillinen kuntoutus.

Spesifiset sairaudet, kuten akuutti välilevytyrä, pahanlaatuinen kasvain, akuutti kompressiomurtuma tai infektiot, eivät yleensä tuota ongelmia työ- ja toimintakyvyn arvioinnissa. Kaularangan rappeumasairaudet ovat arvioinnin kannalta ongelmallisimpia, koska ne aiheuttavat pitkäaikaisia ja toistuvia kipuoireita. Ne kuuluvat kuitenkin ikääntymisoireisiin, ja niinpä on tärkeä ottaa huomioon edellä kuvattu luonnollinen kulku ja kertoa siitä perusteellisesti ja useaan kertaan potilaalle.

Niskapotilaan oma kuvaus toimintakyvystään

Esitietojen vapaamuotoisten esittelyn lisäksi on suositeltavaa, että niskakipupotilas kuvaa toimintakykyään intervallasteikkomuotoisella niskan oire- ja haittakyselyllä (liite 2). Kyselylomakkeella potilas kuvaa systemaattisesti kykyään ja suoriutumistaan jokapäiväisissä toimissaan ja vuorokauden eri aikoina. Lomake antaa systemaattista tietoa potilaan oireista ja sairauden aiheuttamista haitoista.

Niskapotilaan toimintakyky lääkärin kuvaamana

Niskapotilaan toimintakyvyn lääketieteellinen arviointi on kliinisten havaintojen ja objektiivisten löydösten punnitsemista sekä niiden ja potilaan subjektiivisten oireiden sairauskäyttäytymisen sopuissa tarkastelua. Arvioinnissaan lääkäri ottaa huomioon oire- ja haittakyselyn tulokset. Kohdassa ”Nykyinen toimintakyky ja tulevan toimintakyvyn ennuste” kuvatut seikat on syytä esittää sairauskertomuksissa ja lausunnoissa. Hoidon ja kuntoutuksen jälkeiset sairauden seuraukset tai sairauden vaihe ja luonnollinen kulku ovat keskeisiä asioita arviointijankohdan toimintakyvyn ja sen ennusteen sekä tarvittavien ammatillisten kuntoutustoimenpiteiden tarpeen arvioissa.

Toimintakyky työssä

Kun niskakipupotilaan toimintakykyä arvioidaan työssä selviytymisen näkökulmasta, se suhteutetaan kodin, harrastusten, työn ja toimintaympäristön vaatimuksiin. Arvioinnin kulmakiviä ovat potilaan oireet, oire- ja haittakyselyn tulokset, kliiniset ja objektiiviset löydökset sekä niiden yhteensopivuuden tarkastelu. Keskeisiä ovat sairauden vaiheen mukainen ja jäljellä oleva fyysinen ja psyykinen kyvykyys ja motivaatiotekijät. Kroonisen oireen esimerkiksi neuroopaattisen kivun ja lääkehoidon vaikutuksia keskittymis- ja aloitekykyyn, aktiivisuuteen, aloitteellisuuteen ja tarkkaavuuteen voidaan lääkärin arvioinnin lisäksi selvittää psykologin täydentävällä tutkimuksella.

Arvioinnissa on otettava huomioon työympäristön fyysiset ja psyykkiset vaatimukset, tiedollisten ja taidollisten vaatimusten lisääntyminen, yhteisön kuormitustekijät ja siinä tapahtuneet muutokset. Muutkin kuin sairauteen liittyvät tekijät voivat heikentää subjektiivista selviytymistä. Työn kuvauksen, kuormituksen ja työssä tapahtuneiden muutosten kuvaamisen paras asiantuntemus on työterveyshuollossa.

Potilaan sosiaalisessa elämässä tapahtuneet muutokset on syytä ottaa huomioon. Esimerkiksi työn loppumisen uhka voi heikentää niskapotilaan subjektiivista työkykyä sairauden pysyessä täysin ennallaan. Pitkät poissaolot työstä vaikeuttavat työhönpaluuta, koska työelämä muuttuu nopeasti ja myös vieraantuminen työstä ja siihen liittyvästä

sosiaalisesta ympäristöstä on nopeaa. Niin ikään esimiesten ja työyhteisön suhtautuminen niskapotilaan työhönpaluuseen voi olla ongelmallista.

Toimintakyky akuutissa niskakivussa

Akuutin niskakivun ennuste ja taipumus parantua itsestään ovat yleensä hyvät. Niskaa voi käyttää kivun sallimissa rajoissa, eikä jokapäiväisten toimintojen ja työn jatkamiselle ole yleensä estettä. Myös hankala toimintaa rajoittava kipu yleensä paranee eikä heikennä toimintakykyä pitkäksi aikaa. Toiminta- ja työolosuhteiden lyhytaikaisia muutoksia voidaan tarvita.

Sairausloman vaihtoehtona selvitetään, voiko potilas jatkaa työssä sopivin järjestelyin. (Niskakivun hoito: Käypä hoito -suositus 2002). Jos niskakivupotilas tarvitsee sairauslomaa, yleensä 1–3 päivää riittää. Niskakivussa tarvitaan harvoin yli viikon pituista sairauslomaa. Tätä pitemmät lomat tulevat kyseeseen vain vaikeassa säteilykipuoireessa tai muissa vakavissa sairauksissa. Hoidon tavoitteeksi asetetaan sairausloman jälkeinen paluu takaisin työhön. Työhön paluussa tulee muistaa osasairauspäivärahan mahdollisuus. Kipua työssä ja vapaa-aikana mahdollisesti provosoiviin kuormitustekijöihin pitää pyrkiä puuttumaan.

Toimintakyky pitkittyvässä niskakivussa

Lääkärissäkäynnit ja toimintakyvyn arviot on syytä ohjelmoida etukäteen ja toistaa käynnit 1–3 viikon välein. Käyntikerroilla tulee toistaa kliininen tutkimus, kivun määrittäminen kipujanalla ja piirroksella sekä oire- ja häiritsevyyden selvitys.

Paikallisessa ja säteilevässä niskakivussa tavanomaisten toimien jatkaminen kivun sallimissa rajoissa on suositeltavaa. Jotta työhönpaluu ei viivästyisi, on syytä välttää sairauslomien kirjoittamista ilman selvää aiheutta. Ensisijaisena tavoitteena tulee olla työn jatkaminen muunnettuna tai työkoekielun aloittaminen. Työn ergonomisia olosuhteita on työterveyshuollon toimin arvioitava ja vapaa-aikaan liittyviä altistavia tekijöitä ja epäkohtia korjattava.

Pitkittyneessä niskakivussa työterveyshuollon tai perusterveydenhuollon työryhmän jäsenen käynti työpaikalla voi olla aiheellista. Työolojen ja ergonomisten olosuhteiden selvitys sekä työn kuormittavuuden optimointi on syytä

tehdä yhteistyössä työterveyshuollon ja potilaan esimiehen kanssa. Ergonomisten toimenpiteiden tulee olla oikeassa suhteessa niskakivun työntekijän toimintakykyyn ja riskitekijöihin.

Toimintakyky kroonisessa niskakivussa

Yli kolme kuukautta kestäneen niskakivun jälkeen toimintakyvyn arviointiin pätevät pääosin samat suositukset kuin subakuutissa vaiheessa. Sairauslomaan tulee olla muu lääketieteellinen syy kuin kipu. Lääkärissäkäyntien välejä voidaan harventaa, mutta kliininen tutkimus, kipujan ja -piirroksen käyttö sekä oire- ja häiritsevyyden selvitys tulee toistaa.

Toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa potilaan toiminnallinen tila on keskeinen. Krooniseen niskakipuun liittyvät **keltaiset liput** eli psykososiaaliset tekijät voivat heikentää toipumista. Moniammatillisen tiimin jäsenten tuki ja aktiiviset interventiot ovat tärkeitä työssä selviytymisessä. Lääkärin tulee tukea potilasta oireiden hallinnalla sekä auttaa tätä sopeutumaan sairauden pitkittyneeseen vaiheeseen.

Ammatillisena kuntoutuksena työhönsijoituslääkärin, työjärjestelyt, työkierto ja työyhteisön ongelmien selvittely riittävät useimmiten niskakivun hoitoon. Uudelleenkoulutus on harvoin aiheellista.

Lausunnon kirjoittaminen työkyvystä

Potilaan oireiden ja lääkärin toteamien löydösten kuvaaminen on lääkärille vaativa tehtävä. Tavoitteena on, että lausuntoa lukeva lääkäri ymmärtää lausunnon kirjoittaneen lääkärin arvioinnin. Niskapotilaan toimintakykylausuntoa kirjoittavan lääkärin on hyvä noudattaa B-lausunnon sisältöä, joka ohjaa johdonmukaisesti lausunnon sisältöä unohtamatta tärkeitä osa-alueita. On tärkeää muistaa, että lausuntoa kirjoittava lääkäri on hoitavana lääkärinäkin objektiivinen lääketieteellinen asiantuntija eikä potilaan asianajaja.

Työ ja niskakipu – keskeiset periaatteet

Akuutissa, subakuutissa ja kroonisessa niskakivussa seuraavat periaatteet ovat keskeisiä:

- Useimmat niskakivuiset voivat työskennellä suurimman osan ajasta kivusta huolimatta.
- Työssä oleminen tai sinne palaaminen johtaa usein nopeampaan paranemiseen ja vähempiin ongelmiin kuin sairausloman jatkaminen.
- Ajoissa tehty työn ergonominen arvio, ergonomiset korjaukset ja mahdolliset kevennykset tukevat työssä pysymistä.
- Työterveyshuollon tulisi olla tukena työhönpaluussa ja varmistaa, että työntekijä ja myös työnantaja ymmärtävät sairausloman pitkittämisen haitat.

Liite 1 Oire- ja häittäkysely (Oswestryn indeksi)

Lomake on esimerkki selkäpotilailla käytetystä strukturoidusta kysymyssarjasta, jonka valmiista vastauksista potilas valitsee sen, joka parhaiten sopii hänen oireisiinsa. Lomake (versio 1.0) on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1980 (Fairbank J C, Couper J, Davies J B, F'Brien J P: The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 66:271–273) ja tätä versiota on Suomessa käytetty laajasti.

Kukin kysymys pisteytetään 0:sta 5:een siten, että ensimmäisen vaihtoehto saa 0 ja viimeinen 5. Indeksit lasketaan prosentteina maksimipistemäärästä: lasketaan yhteen pisteet kustakin vastatusta kysymyksestä, jaetaan summa maksimipistemäärästä (vastattujen kysymysten mukaan) ja kerrotaan sadalla. Esimerkiksi, jos kaikkiin kysymyksiin on vastattu ja pisteiden summa on 16, on indeksi $16 / 50 \times 100 = 32\%$.

Ohjeita lomakkeen täyttämiseksi

Voisitko ystävällisesti vastata tähän kyselyyn. Kyselylomakkeen tarkoituksena on antaa lääkärillesi tietoa siitä, kuinka kipusi on vaikuttanut kykyysi suoriutua jokapäiväisistä toimistasi. Ole hyvä ja vastaa jokaiseen kohtaan rastittamalla vain se ruutu, joka parhaiten kuvaa tilannettasi tänään.

Kohta 1 – kivun voimakkuus

- Minulla ei ole kipua tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin lievää tällä hetkellä.
- Kipuni on kohtalaista tällä hetkellä.
- Kipuni on melko voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on pahin mahdollinen tällä hetkellä.

Kohta 2 – Omatoimisuus (pukeutuminen, peseytyminen jne.)

- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti ilman, että siitä aiheutuu lisää kipua.
- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti, mutta siitä aiheutuu ylimääräistä kipua.
- Näistä toiminnoista selviytyminen aiheuttaa melkoisesti kipua ja vaatii aikaa ja varovaisuutta.
- Tärvisen apua, mutta selviydyn useimmista toiminnoista itsenäisesti.
- Tärvisen apua joka päivä useimmissa omatoimisuuteen liittyvissä toiminnoissa.
- En yleensä pukeudu tai peseydy lainkaan, pysyttelen sängyssä.

Kohta 3 – Nostaminen

- Voin nostaa raskaita taakkoja jotakuinkin kivuttomasti.
- Voin nostaa raskaita taakkoja, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja lattialta, mutta voin nostaa niitä jos ne on sijoitettu sopivasti, esim. pöydälle.
- Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja, mutta voin nostaa kevyitä tai keskiraskaita taakkoja, jos ne on sijoitettu sopivasti.
- Voin nostaa ainoastaan hyvin kevyitä taakkoja.
- En voi nostaa tai kantaa mitään.

Kohta 4 – Kävely

- Kipu ei estä kävelyäni lainkaan.
- Kipu estää minua kävelemästä kahta kilometriä enempiä.
- Kipu estää minua kävelemästä puolta kilometriä enempiä.
- Kipu estää minua kävelemästä sataa metriä enempiä.
- Voin kävellä vain käyttäen keppiä tai kyynärsauvoja.
- Olen enimmäkseen vuoteessa ja minun on ryömittävä WC:hen.

Kohta 5 – Istuminen

- Voin istua millaisissa tuolissa tahansa niin pitkään kuin haluan.
- Vain määrätynlaisissa tuolissa voin istua miten pitkään tahansa.
- Kipu estää minua istumasta tuntia pidempään.
- Kipu estää minua istumasta puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi istua kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi istua ollenkaan.

Kohta 6 – Seisominen

- Voin seisoa miten pitkään tahansa ilman, että se aiheuttaa kipua.
- Voin seisoa niin pitkään kuin haluan, mutta se on kivuliasta.
- Kivun takia en voi seisoa tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa ollenkaan.

Kohta 7 – Nukkuminen

- Kipu ei vaikuta yöneeni koskaan.
- Kipu häiritsee satunnaisesti untani.
- Kivun vuoksi nukun alle kuusi tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle neljä tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle kaksi tuntia.
- Kivun takia en saa ollenkaan nukkua.

Kohta 8 – Sukupuolielämä (vastaaminen vapaaehtoista)

- Sukupuolielämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu kipua.
- Sukupuolielämäni on normaalia, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Sukupuolielämäni on lähes normaalia, mutta hyvin kivulloista.
- Kipu rajoittaa huomattavasti sukupuolielämäni.
- Kivun takia sukupuolielämäni on lähes olematonta.
- Kipu estää minulta kaiken sukupuolielämän.

Kohta 9 – Sosiaalinen elämä

- Sosiaalinen elämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu minulle merkittävää kipua.
- Sosiaalinen elämäni on normaalia, mutta se lisää kipuani.
- Kivulla ei ole merkittävää vaikutusta sosiaaliseen elämäni lukuunottamatta liikunnallisia harrastuksia: hölkkääminen, tanssiminen jne.
- Kipu on rajoittanut sosiaalista elämäni, harrastukseni ovat vähentyneet aiemmasta.
- Kivun takia sosiaalinen elämäni on rajoittunut kotipiiriin.
- Kivun takia minulla ei ole mitään sosiaalista elämää.

Kohta 10 – Matkustaminen

- Voin matkustaa minne tahansa ilman merkittävää kipua.
- Voin matkustaa minne tahansa, mutta siitä aiheutuu kipua.
- Selviydyn yli kahden tunnin matkoista, mutta niistä aiheutuva kipu on ikävä.
- Kivun takia minun on rajoitettava matkani alle tunnin kestäviksi.
- Kivun takia voin tehdä vain alle puoli tuntia kestäviä välttämättömiä matkoja.
- Kivun takia en voi matkustaa minnekään muualle kuin lääkärin vastaanotolle tai sairaalaan.

Toimintakyky Oswestryn oire- ja haittakyselyn perusteella

0–20 %	Vähäinen toimintakyvyn aleneminen <ul style="list-style-type: none"> Henkilö selviytyy kaikista toimistaan, mutta voi tarvita neuvoja istumisen, nostamisen ja itsehoidon osalta. Sairausloma ei ole yleensä tarpeellinen.
21–40 %	Kohtalainen toimintakyvyn aleneminen <ul style="list-style-type: none"> Selkäkivun takia on vaikeuksia istuessa, nostaessa, seisossa ja matkustaessa. Henkilö selviytyy päivittäisistä toimistaan, mutta voi tarvita sairauslomaa. Hoito on konservatiivinen.
41–60 %	Vaikea toimintakyvyn heikentyminen <ul style="list-style-type: none"> Kivun takia on vaikeuksia päivittäisistä toimissa, sosiaalisessa elämässä, matkustamisessa, nukkumisessa ja sukupuolielämässä. Tutkimukset ovat aiheellisia.
61–80 %	Vaikea-asteinen toimintakyvyn rajoittuminen <ul style="list-style-type: none"> Kaikki toimet kotona ja työssä ovat rajoittuneet selkäkivun takia. Tutkimukset ovat tarpeelliset.
81–100 %	Vuodepotilas tai oireiden lioittelu <ul style="list-style-type: none"> Henkilö tarvitsee huolelliset lääketieteelliset tutkimukset ja tarkkailun.

Liite 2

Niska-hartiavaivoihin liittyvän haitan arviointi

Ympyröi jokaisen kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten vastaa kokemaasi kipua tai toiminnan rajoitusta viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana.													
1. Kuinka paha kipusi on?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua	pahin mahdollinen kipu
2. Kuinka paha kipu on yöllä?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua	pahin mahdollinen kipu
3. Kuinka hyvin kipulääkkeet vaikuttavat kipuusi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	vievät kivun täydellisesti	eivät lievitä lainkaan
4. Kuinka jäykältä niskasi tuntuu?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan jäykältä	on erittäin jäykkä
5. Vaikeuttaako kipusi ylöspäin katsomista?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	estää täysin ylöspäin katsomisen
6. Vaikeuttaako kipusi pään kääntämistä sivusuuntiin?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	estää täysin pään kääntämisen sivusuuntiin
7. Vaikeuttaako kipusi työskentelyä yläraajat kohoasennossa (kädet hartiatason yläpuolella)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	estää täysin työskentelyn yläraajat kohoasennossa
8. Vaikeuttaako kipusi tukan kampaamista?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	estää täysin tukan kampaamisen
9. Vaikeuttaako kipusi takin pukemista päälle?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	estää täysin takin pukemisen päälle
10. Onko sinulla kipua vuoteessa maatesiasi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan	kipu ei lieviytä lainkaan vuoteessa maatesasi
11. Kuinka paljon kipu rajoittaa normaalia elämäntapaasi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei rajoita lainkaan	en voi tehdä mitään
12. Haittaako kipu työntekoasi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei haittaa lainkaan	kipu estää työntöön täysin
13. Kuinka paljon olet joutunut muuttamaan työtäsi kivun vuoksi?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan	erittäin paljon

Kirjallisuutta

- Ahn SH, Ahn MW, Byun WM. Effect of the transligamentous extension of lumbar disc herniations on their regression and the clinical outcome of sciatica. *Spine* 2000;25:475–80.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. European Commission, Research Directorate General 2004. www.backpaineurope.org
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C ym. on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2006;15 Suppl 2, s.192–300.
- Alaranta H, Pohjolainen T, Rissanen P, Vanharanta H. *Fysiatria*. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus 1997.
- Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. *Fysiatria*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2003.
- Alaselän sairaudet [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Fysioteriäyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Duodecim 2001. www.kaypahoito.fi
- Andersen JH, Kaergaard A, Frost P ym. Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. *Spine* 2002;27(6):660–7.
- Anema JR, Cuelenaere B, van der Beek AJ, Knol DL, de Vet HC, van Mechelen W. The effectiveness of ergonomic interventions on return-to-work after low back pain; a prospective two year cohort study in six countries on low back pain patients sicklisted for 3–4 months. 2004;61(4):289–94.
- Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3. Helsinki 2002
- Autio RA, Karppinen J, Niinimäki J ym. Determinants of spontaneous resorption of intervertebral disc herniations. *Spine* 2006;31:1247–52.
- Balague F, Nordin M, Sheikhzadeh A ym. Recovery of severe sciatica. *Spine* 1999;24:2516–24.
- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation 1993.
- Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel S. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990(a);72:403–8.
- Boden SD, McCowin PR, Davis DO, Dina TS, Mark AS, Wiesel S. Abnormal magnetic-resonance scans of the cervical spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990(b);72:1178–84.
- Borghouts JA, Koes BW, Bouter LM. The clinical course and prognostic factors of non-specific neck pain: a systematic review. *Pain* 1998;77:1–13.
- Bot SD, van der Waal JM, Terwee CB ym. Predictors of outcome in neck and shoulder symptoms: a cohort study in general practice. *Spine* 2005;30:E459–70.
- Bradley WG Jr, Seidenwurm DJ, Brunberg JA ym. Expert Panel on Neurologic Imaging. Low back pain. [verkkodokumentti]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR) 2005
- Burdorf A, Jansen JP. Predicting the long term course of low back pain and its consequences for sickness absence and associated work disability. *Occup Environ Med* 2006;63:522–9.
- Burton AK, Balague F, Cardon G ym. on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2, s.136–68.
- Burton AK, Erg E. "Back injury and work loss. Biomechanical and psychosocial influences." *Spine* 1997;22(21): 2575–80.
- Cassidy JD, Côté P, Carroll LJ, Kristman V. Incidence and course of low back pain episodes in the general population. *Spine* 2005;30:2817–23.
- Cassou B, Derriennic F, Monfort C, Norton J, Touranchet A. Chronic neck and shoulder pain, age, and working conditions: longitudinal results from a large random sample in France. *Occup Environ Med*, 2002;59(8):537–44.
- Dall'Alba PT, Sterling MM, Treleaven JM, Edwards SL, Jull GA. Cervical range of motion discriminates between asymptomatic persons and those with whiplash. *Spine* 2001;26(19):2090–4.
- Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M. Reducing roentgenography use. Can patient expectations be altered? *Arch Intern Med* 1987;147:141–5.
- Deyo RA, Loeser JD, Bigos SJ. Herniated lumbar intervertebral disk. *Ann Intern Med* 1990; 112: 598–603.
- Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Functional disability due to back pain. A population-based study indicating the importance of socio-economic factors. *Arthritis Rheum* 1987;30(11):1247–53.
- Cote P, Cassidy JD, Carroll LJ, Kristman V. The annual incidence and course of neck pain in the general population: a population-based cohort study. *Pain* 2004;112:267–73.
- Dunn KM, Croft PR. Classification of low back pain in primary care: using "bothersomeness" to identify the most severe cases. *Spine* 2005;30(16):1887–92.
- Eläketurvakeskus. *Eläkkeensaajat, tilastotiedot*. Helsinki 2005.
- Enthoven P, Skargren E, Oberg B. Clinical course in patients seeking primary care for back or neck pain: a prospective 5-year follow-up of outcome and health care consumption with subgroup analysis. *Spine* 2004;29(21):2458–65.
- Fairbank J, Couper J, Davies J, O'Brien J. The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 1982;66:271–3.
- Frymoyer J W. Back pain and sciatica. *N Engl J Med* 1988;318:291–300.
- Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*. 1993;306(6890):1440–4.
- Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG. Does early imaging influence management and improve outcome in patients with low back pain? A pragmatic randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2004;8(17):iii,1–131.
- Crawford JR, Khan RJ, Varley GW. Early management and outcome following soft tissue injuries of the neck - a randomised controlled trial. *Injury* 2004;35(9):891–895.
- Grotle M, Brox JI, Glomsrod B, Lonn JH, Vollestad NK. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain* 2007;11:290–8.
- Guez M. Chronic neck pain. An epidemiological, psychological and SPECT study with emphasis on whiplash-associated disorders. *Acta Orthop Suppl* 2006;77(320).
- Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001;322(7301):1511–6
- Hayden, JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Meta-analysis: exercise therapy for nonspecific low back pain. *Ann Int Med* 9, 2005;765–75
- Hestback L, Iachine I A, ym. Heredity of low back pain in a young population: a classical twin study. *Twin Res* 2004;7(1): 16–26.
- Hestback L, Leboeuf-Yde C, Manniche C. Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 2003;12:149–65.
- Hunt DG, Zuberbier OA, Kozlowski AJ ym. Are components of a comprehensive medical assessment predictive of work disability after an episode of occupational low back trouble? *Spine* 2002;27(23):2715–9.
- Hurri H, Pohjolainen T. *Selkäsairaudet*. Kirjassa: Matikainen E, Aro T, Huunan-Seppälä A ym. toim. *Toimintakyky*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 2004, s. 84–7.
- Hyypää M T. *Sairauskäyttäytyminen*. Kirjassa Tunteet ja oireet. Uusin psykosomatiikka. Tampere: Tammer-paino Oy 1997.
- Häkkinen A, Neva MH, Kauppi M ym. Decreased muscle strength and mobility of the neck in patients with rheumatoid arthritis and atlantoaxial disorders. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86:1603–1608
- Häkkinen U. *Selkäsairauksien kansantaloudellinen merkitys*. Kirjassa: *Selkäsairaudet*. Konsensuskokous. Suomen Akatemian julkaisuja 6/9. Helsinki: Edita 1996; s. 239–49.
- Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B ym. Rapid magnetic

- resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2810–8.
- Jarvik L. The value of diagnostic tests for low back pain. *JAMA* 2003;290(14):1852.
- Jensen IB, Bergstrom G, Ljungquist T, Bodin L. A 3-year follow-up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. *Pain* 2005;115(3):273–283.
- Jensen TS, Albert HB, Soerensen JS, Manniche C, Leboeuf-Yde C. Natural course of disc morphology in patients with sciatica: an MRI study using standardized qualitative classification system. *Spine* 2006;31:1605–12.
- Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994;331(2):69–73.
- Johnsson KE, Rosen I, Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis. *Clin Orthop* 1992;279:82–6.
- Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot 2005. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Helsinki 2006.
- Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T ym. Mini-intervention for subacute low back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2004;29:1069–76.
- Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M ym. Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation for Subacute Low Back Pain In Working-Age Adults: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2001;26(2):174–181
- Kääriä S, Luukkonen R, Riihimäki H, Kirjonen J, Leino-Arjas P. Persistence of low back pain reporting among a cohort of employees in a metal corporation: a study with 5-, 10-, and 28-year follow-ups. *Pain* 2006;120:131–7.
- Lee H, Nicholson LL, Adams RD, Bae SS. Proprioception and rotation range sensitization associated with subclinical neck pain. *Spine* 2005;30(3):E60–7.
- Leclerc A, Niedhammer I, Landre MF, Ozguler A, Etere P, Pietri-Taleb F. One-year predictive factors for various aspects of neck disorders. *Spine* 1999;24:1455–62.
- Luime JJ, Koes BW, Miedem HS, Verhaar JA, Burdorf A. High incidence and recurrence of shoulder and neck pain in nursing home employees was demonstrated during a 2-year follow-up. *J Clin Epidemiol* 2005;58(4):407–13.
- Luo X, Lynn George M, Kakouras I ym. Reliability, validity, and responsiveness of the short form 12-item survey (SF-12) in patients with back pain. *Spine* 2003;28(15):1739–45.
- MacGregor, A J, Andrew T, ym “Structural, psychological, and genetic influences on low back and neck pain: a study of adult female twins.” *Arthritis Rheum* 2004;51(2):160–7.
- Malmivaara A, Häkkinen U, Aro T ym. The treatment of acute low back pain. Bed rest, exercises or ordinary activity? *N Engl J Med* 1995;332:351–355.
- McClune T, Burton AK, Waddell G. Whiplash associated disorders: a review of the literature to guide patient information and advice. *Emerg Med J*. 2002;19(6):499–506.
- Mervaala E. Hermojen pinne- ja kompressiotilat. Lääkäriin käsikirja, Kustannus Oy Duodecim 2005.
- Modic MT, Obuchowski NA, Ross JS ym. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology* 2005;237(2):597–604.
- Mäntyselkä P. Kipupotilas terveyskeskuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto 1998.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R ym. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175–80
- Nachemson AL. Spinal disorders. Overall impact on society and the need for orthopedic resources. *Acta Orthop Scand Suppl* 1991;241:17–22.
- New Zealand Guidelines Group. New Zealand acute low back pain guide 2003. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain. National Guideline Clearinghouse. www.guideline.gov
- Niemeläinen R, Videman T, Battie MC. Prevalence and characteristics of upper or mid-back pain in Finnish men. *Spine* 2006;31(16):1846–9.
- Niskakivun hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. *Duodecim* 2002;118:1713–25
- Nykänen M, Pohjolainen T, Alaranta H. Moniammatillinen työryhmätoiminta. Kirjassa: Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. Fysiatría. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2003, s. 346–52.
- Ohlund C, Eek C, Palmbald S, Areskoug B, Nachemson A. Quantified pain drawing in subacute low back pain. Validation in a nonselected outpatient industrial sample. *Spine* 1996;21(9):1021–30.
- Palmer KT, Walker-Bone K, Griffin MJ ym. Prevalence and occupational associations of neck pain in the British population. *Scand J Work Environ Health* 2001;27(1):49–56.
- Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003;327:323.
- Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27:E109–20.
- Pohjolainen T, Seitsalo S. Mitä selkävaiava maksaa – selkäsairauksien suorat ja epäsuorat kustannukset. Suomen Ortopedia ja Traumatologia 2006; 29:254–8.
- Price D, McGrath P, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983;17:45–46.
- Rubinstein SM, Pool JJ, van Tulder MW, Riphagen II, de Vet HC. A systematic review of the diagnostic accuracy of provocative tests of the neck for diagnosing cervical radiculopathy. *Eur Spine J* 2007;16(3):307–19.
- Salokangas RKR, Stengård E, Poutanen O. DEPS – Uusi väline depression seulontaan. *Duodecim* 1994;110:1141–8.
- Shah KC, Rajshekhar V. Reliability of diagnosis of soft cervical disc prolapse using Spurling’s test. *Br J Neurosurg* 2004;18(5):480–483.
- Sjögren T, Nissinen KJ, Jarvenpää SK, Ojanen MT, Vanharanta H, Mälikä EA. Effects of a workplace physical exercise intervention on the intensity of headache and neck and shoulder symptoms and upper extremity muscular strength of office workers: a cluster randomized controlled cross-over trial. *Pain* 2005;116(1-2):119–128.
- Smolander J, Hurri H, Koho P, Rantanen P, ym. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausmenetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. *Stakes, Aiheita* 25/2004. Helsinki 2004.
- Suomen Akatemia. Selkäsairaudet. Konsensuskokous. Suomen Akatemian julkaisuja 6/96. Helsinki. Edita 1996.
- Suomen Psykiatriyhdistys. Psykososiaaliset ja ympäristöön liittyvät ongelmat. Kirjassa: DSM-IV Diagnostiset kriteerit. Finnreklama Oy 1997.
- Takala E-P. Kipeä niska työssä. Suomen Lääkärehti 2006;61:4333–7.
- Tubach F, Beate J, Leclerc A. Natural history and prognostic indicators of sciatica. *J Clin Epidemiol* 2004;57:174–9.
- Uutela A. Ulkonen ja sisäinen elämäntilannetta ja sairauskäyttötymien. Kirjassa: Raitasalo R, toim. Elämäntilannetta etsimässä. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 13/1996. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Van Tulder M, Becker A, Bekkering T ym. on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006;15(Supplement 2):169–191
- Van Tulder M, Koes B. Low back pain (acute). *Clin Evid*. 2004;(12):1643-58.
- Waddell G. The back pain revolution. 2. painos, London: Churchill Livingstone 2004.

- Waddell G, Burton AK. Concepts of rehabilitation for the management of low back pain. *Best Pract Clin Rheumatol* 2005;19(4):655-70.
- Van Tulder M, Becker A, Bekkering T ym. on behalf of the COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care. European Commission, Research Directorate General. www.backpaineurope.org, 2004.
- Viikari-Juntura, E. Takala E-P Niska-hartiaseudun sairaudet. Kirjassa: Alaranta H, Pohjolainen T, Salminen J, Viikari-Juntura E, toim. Fysiatria. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 2003, p. 107–27.
- Viikari-Juntura E, Takala EP, Alaranta H. Neck and shoulder pain and disability. Evaluation by repetitive gripping test. *Scand J Rehabil Med.* 1988;20(4):167–73
- Viljanen M, Malmivaara A, Uitti J, Rinne M, Palmroos P, Laippala P. Effectiveness of dynamic muscle training, relaxation training, or ordinary activity for chronic neck pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;327(7413):475.
- Vendrig AA, van Akkerveeken PF, McWhorter KR. Results of a multimodal treatment program for patients with chronic symptoms after a whiplash injury of the neck. *Spine* 2000;25:238–44.
- Vernon H, Humphreys BK, Hagino C. The outcome of control groups in clinical trials of conservative treatments for chronic mechanical neck pain: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:58.
- Wheeler AH, Goolkasian P, Baird AC, Darden BV 2nd. Development of the Neck Pain and Disability Scale. Item analysis, face, and criterion-related validity. *Spine* 1999;24:1290–4.
- Viikari-Juntura E, Porras M, Laasonen EM. Validity of clinical tests in the diagnosis of root compression in cervical disc disease. *Spine* 1989;14:253–7.
- Viikari-Juntura E, Takala E-P, Riihimäki H, Martikainen R, Jäppinen P. Predictive validity of symptoms and signs in the neck and shoulders. *J Clin Epidemiol* 2000;53:800–8
- Von Korff M. Studying the natural history of back pain. *Spine* 1994;19:S2041–26.
- Vos C, Verhagen A, Passchier J, Koes B. Management of acute neck pain in general practice: a prospective study. *Br J Gen Pract* 2007;57:23–8.
- Watson K D, Papageorgiou A C, ym. “Low back pain in schoolchildren: occurrence and characteristics.” *Pain* 2002;97(1-2): 87–92.
- Ylinen J, Takala E-P, Nykänen M ym. Kaularangan ja hartialihasten harjoittelu kroonisen niskakivun hoitona. *Duodecim* 2004;120:1958–67.

Puheenjohtaja

Timo Pohjolainen, dosentti, ylilääkäri, Orton

Jäsenet

Jaro Karppinen, professori, erikoislääkäri, Oulun yliopisto
 Timo Kumpulainen, dosentti, apulaisyliääkäri, OYS
 Kristian Läksy, LT, osastoyliääkäri,
 OYS Psykiatrian tulosyksikkö
 Antti Malmivaara, dosentti, ylilääkäri, Stakes
 Kaija Puustjärvi, dosentti, osastonyliääkäri, HYKS
 Jarmo Rantonen, johtava työterveyslääkäri,
 UPM-Kymmene, Kaukas, Lappeenranta
 Ulla Saxén, yleislääketieteen erikoislääkäri, Turun yliopisto
 Kimmo Vihtonen, dosentti, osastonyliääkäri, TAYS
 Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö, Facultas (toimittaja)

Krooninen kipu

Yleistä

Ydinasiat

- Kipu on subjektiivinen kokemus, jonka vaikutukset voivat näkyä käytännössä toimintakyvyn muutoksina.
- Hoidon lähtökohtana on asianmukainen erotusdiagnostiikka.
- Hoito koostuu kivun aiheuttaneen sairauden hoidosta ja kivun oireenmukaisesta hoidosta, joka valitaan kiputyypin mukaan.
- Tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja hyvä elämälaatu. Koska toimintakyvyn palauttaminen on keskeinen osa hoitoa ja kuntoutusta, toimintakykyä tulee arvioida hoitoprosessin ajan.
- Kroonisen kivun hoito on pitkäkestoinen tavoitteellinen prosessi. Potilaan ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten tavoitteiden tulisi olla yhtenevät ja selkeästi määritetyt.
- Tulkinta kivun merkityksestä vaikuttaa kipukokemukseen ja toimintakykyyn. Virhetulkinnat tulee pyrkiä korjaamaan. Ammattilaisten eläytyvä, tietoa antava ja rohkaiseva hoito-ote auttaa oikaisemaan virheellisiä päätelmiä ja hälventää pelkoa.
- Kommunikaatioissa keskitytään siihen, mitä on jäljellä, mistä potilas suoriutuu ja mihin hän voi kuntoutua.
- Kipuun usein liittyviä oheisongelmia, kuten mielialan laskua ja unihäiriöitä, hoidetaan aktiivisesti, ellei kivun hoito helpota niitä.

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudosaivuriin tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudosaivurion käsittein. Kipuaisti on uhkaavasta vaarasta varoittava muuntuva hälytysjärjestelmä, jossa tapahtuu säätelyä kaikilla tasoilla kipuhermopäätteestä aivojen tulkinta-alueille. Myös psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, odotukset, pelot, aiemmat kokemukset ja opitut käyttäytymismallit, vaikuttavat kivun kokemiseen. Kipu on yleisin hoitoon hakeutumisen syy.

Kipu on krooninen, jos sen kesto ylittää kudosaivurion paranemiseen tarvittavan ajan. Yleensä paranemiseen tarvittava aika on muutamia kuukausia. Kipu saattaa jatkua kudosaivurion parannuttua, jos kipujärjestelmä on herkistynyt kivun akuuttivaiheessa. Kroonisen kivun aiheuttajana voi olla myös korjaantumaton nosiseptoreita jatkuvasti ärsyttävä prosessi (esim. nivelrikko). Kipuradan vaurion jälkeen saattaa kehittyä neuropaattinen kiputila. Idiopaattiset eli mekanismeiltaan tuntemattomat kiputilat ovat usein pitkäkestoisia, minkä syyksi arvellaan kipujärjestelmän sentraalisen säätelyn muuntumista.

Taulukko 1 Kiputilojen luokittelu

Kudosaivuriokipu (varoitustehtävä)

- somaattinen
- viskeraalinen

Hermosaivuriokipu (vaurio kipuradassa)

Muut kiputilat (ei kudosaivuri- eikä hermosaivuriokipua)

- idiopaattiset (mekanismi tuntematon)

Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan viidesosa aikuisista kärsii yli puoli vuotta kestäneestä kiputilasta, joka oireilee useita kertoja viikossa, on voimakkuudeltaan vähintään kohtalainen ja heikentää toimintakykyä. Yleisimpiä kivun aiheuttajia ovat nivelrikko, selkärangan sairaudet ja vammojen jälkitilat (Breivik ym. 2006). Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan krooninen kipu vaikuttaa erittäin merkittävästi siihen että, terveys koetaan huonoksi. Aikuisväestöstä 27 % koki terveytensä kohtalaiseksi ja 8 % huonoksi, ja päivittäisestä kroonisesta kivusta kärsivien koettu terveydentila oli huono 12 kertaa todennäköisemmin kuin kipua kokemattomilla ihmisillä (Mäntyselkä ym. 2003). Kipu aiheuttaa sekä suoria terveydenhoitokuluja että välillisiä sairauspäiväraha- ja eläkekustannuksia. Suomessa sairauspäiväraha- ja eläkekustannuksista noin kolmasosassa syynä on tuki- ja liikuntaelinsairaus, yleisimmin selkäsairaus.

Kivun analyysi hoidon perustana

Kivun hoidon edellytyksenä on diagnostiikka. Kipuradallaan tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa kiputyypin (taulukko 1), kivun aiheuttava sairaus ja hoidossa huomioitavat yksilölliset tekijät. Potilaan huolellinen tutkiminen ja hänen tilanteeseensa paneutuminen herättävät luottamusta ja parantavat hoitomyöntyvyyttä. Yhteistyön perustana on hyvä kommunikaatio. Tiivistelmä viestintästrategiasta kipupotilaan kanssa on esitetty taulukossa 2.

Kivun sijainnin dokumentointiin käytetään kipupiirrosta (kuva 1). Kivun laadun, voimakkuuden ja kivun aiheuttamien toimintarajoitteiden kirjaaminen on vertailukohtana hoitovasteen arvioissa. Kivun voimakkuus arvioidaan kipujan (VAS) avulla, numeroasteikon (0–10) avulla tai sanallisella luokituksella lievä – kohtalainen – kova – sietämätön kipu (kuva 2). Potilaan omaa näkemystä kivun syystä sekä kivun ja muiden oireiden merkityksestä kannattaa kysyä. Potilaan kokemus uhka saattaa olla hyvinkin voimakas, vaikka lääkäri olisi vakuuttunut kiputilan viattomasta luonteesta. Kipuradallaan hoidon suunnittelu perustuu kokonaisvaltaiseen arvioon, joka sisältää somaattisen diagnostiikan lisäksi psyyken, kognition ja käyttäytymisen arviot.

osallistuvat tarpeen mukaan potilaan hoitoon. Vaikean kroonisen kivun hoidossa moniammatillisen kipupoliklinikkahoidon vaikuttavuudesta on hyvä näyttö (Flor ym. 1992, Becker ym. 2000, SBU 2006). Kuntoutuksessa paras vaikuttavuus on hoitokokonaisuuksilla, joissa on mukana kognitiivis-behavioraalinen psykologinen ote (Pohjolainen 2005, SBU 2006).

Kroonista kipua potevilla depressio on yleistä, ja sen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota (Granström 2005). Myös kognitiivisesta psykoterapiasta on näyttöä kroonisen kivun hoidossa (Kisely ym. 2005, Hoffman ym. 2007). Psykoterapiasta saatavan avun katsotaan tulevan sitä kautta, että se vähentää kipuun liittyvää pelkoa, ahdistusta ja masennusta ja täten vaikuttaa kivun kokemiseen.

Hoitotakuu ohjeistaa hoidon porrastuksen muussa kuin kiireellistä hoitoa vaativassa kivussa (www.stm.fi, www.terveysportti.fi). Onnistunut hoito edellyttää riittävää tietoa ja taitoa, vaikuttaviksi todettujen menetelmien käyttöä ja toimivia hoitoketjuja. Kivun hyvä hoito säästää sekä inhimillistä kärsimystä että yhteiskunnan kustannuksia.

Kivun lääkehoito

Lääkitys on tärkein oireenmukainen hoitomuoto. Sen perustana on kiputilojen patofysiologinen luokittelu (taulukko 1). Sekä kudosaauriokivun että hermovauriokivun hoidossa käytettävien lääkkeiden tehosta on hyvä tutkimusnäyttö (Moore ym. 2003, Attal ym. 2006, SBU 2006). Ellei yhdellä lääkkeellä saada riittävää kivunlievitystä, voidaan käyttää eri mekanismein vaikuttavien lääkkeiden yhdistelmää.

Nosiseptiivisessä kivussa kipuhermosolut ärtyvät kudosaaurion tai sen uhkan vaikutuksesta. Nosiseptiivista kipua lievitetään analgeeteilla WHO:n kipulääkeportaiden mukaan. Vahvojen opioidien käyttö edellyttää lääkäriltä perehtyneisyyttä tähän hoitomuotoon ja hyvää potilaan tuntemusta, ja kyseistä lääkitystä harkittaessa suositellaan konsultoimaan monialaista kipuklinikkaa. Vahvoja opioideja käytetään muussa kuin syöpäkivussa kansallisen hoitosuosituksen ohjeiden mukaan (taulukko 3) (Kalso ym. 2004). Neuropaattista kipua hoidetaan lääkkein, jotka muovaavat kipua aistivan järjestelmän poikkeavaa toimintaa. Kaksoisvaikutteiset (serotoniini- ja nordadrenaliinijärjestelmien kautta vaikuttavat) masennuslääkkeet ja tietyt epilepsialääkkeet ovat tärkeimpiä neuropaattisen kivun lääkevaihtoehtoja. Vaikka idiopaattisen kivun mekanismit tunnetaan puutteellisesti, niissäkin kivunaistintajärjestelmää muovaavat lääkkeet – etenkin kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet – voivat lievittää potilaan oireita. Puhdas

Taulukko 3

Vahvan opioidi-lääkityksen aloittamisen edellytykset muussa kuin syöpäkivussa

- Kiputilan syy on tunnettu (kudosaurio- tai hermovauriokipu)
- Muut kivunhoitomenetelmät on kokeiltu, mutta kipu on silti vaikea
- Potilaalla ei ole ollut päihdeongelmaa
- Potilaalla ei ole hoitamaton psykiatrista ongelmaa
- Potilas yhteistyökykyinen, motivoitunut hoitokeiluun ja sitoutuu hoitosopimukseen
- Jatkohoito on turvattu

psykogeeninen kipu on harvinaista, ja sen hoitokokonaisuuden suunnittelee psykiatri.

Kipupotilaan toimintakyvyn arviointi osana hoitoa

Hoidon tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja elämänlaadun parantuminen. Hoitovasteen arviointi edellyttää näiden arviointia hoidon alussa ja sen edetessä. Koska kipu on henkilökohtainen kokemus, on loogista, että ulkopuoliset arvioivat kivun vaikeutta sen mukaan, miten paljon kiputila vaikuttaa toimintakykyyn.

Koska toimintakyky on riippuvainen myös niistä tulkinnoista ja merkityksistä, joita kokija oireilleen antaa, on tärkeää kuunnella potilaan omia käsityksiä ja tulkintoja ja oikaista toiminnan aiheetonta rajoittumista ruokkivia käsityksiä. Kroonisen kivun hoito on pitkäkestoinen vuorovaikutussuhde, jossa lääkäri on asiantuntijan roolissa. Hänen tulee tietoisesti varoa ilmaisuja, jotka lisäävät potilaan pelkoa, avuttomuutta ja pessimismää. Kaikkien kipupotilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi jne.) viestinnän tulisi olla yhdenmukaista. Ristikkäistä informaatiota pitää välttää.

Toimintakyvyn arviointi perustuu potilaan kertomaan siitä, mistä hän suoriutuu (esitiedot joko avoimina kysymyksinä tai strukturoiduin lomakkein, taulukko 4), kliinisen tutkimuksen löydöksiin, tutkijan vastaanottotilanteessa tekemiin objektiivisiin havaintoihin sekä näiden vertaamiseen. Koska vastaanottotilanteessa on mahdollisuus vain lyhytkestosiin testeihin, toimintakyvyn arvioita voidaan tarvittaessa täydentää fysioterapeutin tai psykologin tekemillä pitempikestoilla testeillä tai esimerkiksi työpaikkakäynnillä.

Toimintakykyarvio on myös pohjana vakuutusoidellisuudelle eli arviolle eli arviolle siitä, millaisille etuuksille on

Taulukko 4

Kysely oireiden haitasta jokapäiväisessä elämässä (Suomen Kivuntutkimusyhdistys).				
Missä määrin vaivanne rajoittaa/rajoittavat				
	Ei lainkaan	Jonkin verran	Kohtalaisesti	Erittäin paljon
Nukkumista	0	1	2	3
Kävelemistä	0	1	2	3
Seisomista	0	1	2	3
Istumista	0	1	2	3
Pukeutumista	0	1	2	3
Nostamista	0	1	2	3
Ihmissuhteiden ylläpitämistä	0	1	2	3
Sukupuoeliämää	0	1	2	3
Vapaa-ajan harrastuksia	0	1	2	3
Arjen askareita	0	1	2	3
Liikkumista kodin ulkopuolella	0	1	2	3
Keskittymiskykyä	0	1	2	3
Autolla ajamista	0	1	2	3
Työkykyä	0	1	2	3

perusteet potilaan sairauden, vian tai vamman aiheuttamien toimintarajoitteiden vuoksi. Hoitosuunnitelman laatimiseksi tehty alkukartoitus ja vasteen seuranta ovat tietolähteenä myös lausunnoille, joissa kuvataan selkeästi, millaisista fyysisistä ja henkisistä suorituksista tutkittava selviää ja mistä ei.

Pitkäaikaisen kivun hoito on prosessi, joka perustuu potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteiseen tavoitteenasetteluun. Edistymisen seuranta ja toimintakyvyn arviointi määrävällein korostavat potilaan omaa vastuuta hoito- ja kuntoutusprosessissa. Eteneminen konkreettisten välitavoitteiden avulla on selkeää ja auttaa potilasta jäsentämään tilannettaan. Hoidossa ja kuntoutuksessa kannattaa keskittyä siihen, mitä on jäljellä, eikä siihen, mitä on menetetty. Kuntoutumisen keskeinen sisältö on luottamuksen rakentuminen omaan suoriutumiseen, selviytymisen koheneminen harjoittelun avulla (esimerkiksi omaksumalla uusia toimintatapoja) ja tilanteeseen mukautuminen. Jos vaivaa ei voida parantaa, pyrkimyksenä on löytää paras mahdollinen toiminnallinen tilanne eli mahdollisimman hyvä elämänlaatu vaivasta huolimatta.

Kroonisen kivun vaikutus toimintakykyyn

Kroonisen kivun vaikutus potilaan toimintakykyyn riippuu kivun vaikeusasteesta. Kroonisen kivun vaikeusaste voidaan määrittää sen aiheuttamien toimintakyvyn muutosten perusteella. Arviossa otetaan huomioon sekä jokapäiväisistä toiminnoista suoriutuminen että sosiaalinen toiminta. Krooninen kipu voidaan toimintakyvyn heikkenemisen mukaan jakaa kolmeen eri vaikeusasteeseen: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan (www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/julkiset_tiedostot/haittaluokitus.doc).

Lievät kiputilat

Lievän kiputilan numeroarvo asteikolla 0–10 on enintään 3. Potilas kokee kipua vain tietyissä tilanteissa, esimerkiksi normaalin liikelaajuuden ääri rajoilla, eikä hän tarvitse jatkuvaa kipulääkitystä tai tarvitsee vain yhtä, vähän haittavaikutuksia aiheuttavaa lääkettä. Kiputilaan ei liity lääkinnällisen kuntoutuksen tarvetta, eikä kipu haittaa oleellisesti normaaleja päivittäisiä toimia (peseytyminen, pukeutuminen, normaali liikkuminen, tavanomaiset kodinhoitotoimet, syöminen, puhuminen) eikä sosiaalista toimintaa. Potilas selviytyy fyysisesti kevyestä tai keskiraskaasta toiminnasta

tai vaativasta henkisestä toiminnasta kiputilasta huolimatta. Pääasiallinen hoitovastuu näistä potilaista on diagnoosin varmistumisen jälkeen perusterveydenhuollolla.

Keskivaikeat kiputilat

Keskivaikeassa kiputilassa potilas arvioi kipunsa voimakkuuden kohtalaiseksi ilman säännöllistä lääkehoitoa (numeroarvo asteikolla 0–10 enintään 6). Hänellä esiintyy kipua koko ajan tai lähes koko ajan. Hän tarvitsee säännöllistä lääkitystä, mutta riittävä teho saadaan yhdellä lääkkeellä tai jaksoittain käytetyllä kahden lääkkeen yhdistelmällä (esimerkiksi tulehduskipulääke jatkuvana ja sen tukena mieto opioidi tarvittaessa tai hermovauriokivun lääke jatkuvana ja sen tukena tulehduskipulääke jaksoittain). Kipulääkityksen haitat ovat enintään lievät. Keskivaikea kipu häiritsee hoidettunakin osaa normaaleista päivittäisistä toimista, ja liikkuminen on normaalia hitaampaa tai tapahtuu muuntunein liikemallein (esimerkiksi ontuminen) tai potilas tarvitsee kivun takia keppiä tai kyynärsauvaa jo lyhyillä matkoilla. Potilas voi suoriutua kevyistä tai kivuliasta kehonosaa vähän rasittavista askareista. Kipu tai kipulääkityksen haittavaikutukset vaikeuttavat suoriutumista henkisesti vaativissa tehtävissä keskittymisen, tarkkaavuuden tai muistin heikentymisen takia. Potilas luopuu fyysisesti vaativista liikuntaharrastuksista kivun tähden, ja hänen sosiaalinen osallistumisensa voi rajoittua kivun takia. Näissä tiloissa hoitovastuu on pääasiassa perusterveydenhuollolla ja ajoittain erikoissairaanhoidolla.

Vaikeat kiputilat

Potilas arvioi kipunsa kovaksi ilman säännöllistä lääkehoitoa (numeroarvo asteikolla 0–10 vähintään 7). Kipu haittaa toimintakykyä merkittävästi. Kipu on jatkuvaa tai lähes jatkuvaa, ja sen hoitamiseksi tarvitaan säännöllisesti vähintään kahden lääkkeen yhdistelmää, vahvoja opioideja pitkäkestoisesti (niin että hoidossa noudatetaan kansallisia opioidihoitosuosituksia; taulukko 3), selkäydinstimulaattoria tai näiden yhdistelmiä. Kivuliaan kehonosan normaalista käytöstä aiheutuu herkästi kipua, joka rajoittaa kyseisen kehonosan käyttöä, minkä vuoksi normaaleista päivittäisistä toimista selviäminen rajoittuu olennaisesti. Vaikea kipu häiritsee säännöllisesti nukkumista, sitoo huomiota ja rajoittaa toimintaa. Potilas tarvitsee kipunsa vuoksi liikkumisen apuvälineitä lyhyilläkin matkoilla. Kipu tai sen hoitamiseksi tarvittava lääkitys heikentää oleellisesti keskittymistä, huomion suuntaamista ja muistia. Potilas joutuu vaikean kiputilan vuoksi rajoittamaan oleellisesti aiempia, tavanomaisina pidettäviä harrastuksiaan ja sosiaalista osallistumistaan ja usein luopumaan niistä. Näiden potilaiden hoito on usein keskittynyt erikoissairaanhoitoon etenkin sopivimman hoidon räätälöintivaiheessa.

Toimintakyvyn mittarit ja muiden terveydenhuollon toimijoiden arvio toimintakyvystä

Tärkeintä toimintakyvyn arvioimisessa on kuvata selkeäsanaisesti, mitä potilas pystyy tekemään ja mitä ei. Suoriutumista koskevia esitietoja verrataan kliinisen tutkimuksen löydöksiin. Strukturoituja kyselyjä, kuten Oswestryn indeksiiä selkäpotilaille (Fairbank ja Pynsent 2002, liite 2) tai FIQ-kyselyä fibromyalgiapotilaille (Burckhardt ym. 1991, liite 4) voidaan harkinnan mukaan käyttää tietojen vertailukelpoisuuden takaamiseksi eri hoitoportaiden välillä ja eri aikoina. Lisäksi kroonisen kivun oheisongelmana usein esiintyvän masennuksen tunnistamisessa ja sen hoidon seurannassa oirekyselyistä, kuten DEPS-seulasta (liite 4), on hyötyä perusterveydenhuollossakin (Salokangas ym. 1994). Tulosten tulkinnessa on syytä ottaa huomioon kiputilan vaikutus: esimerkiksi kivun takia rikkonainen yöuni antaa pisteitä myös potilaalle, jolla ei ole depressiota.

Jos tarvitaan tietoa kipupotilaan fyysisestä peruskäytävyydestä, fysioterapeuttia voidaan pyytää testaamaan suorituskestävyyttä tai lihaskuntoa tai molempia. Lääkäri voi pyytää fysioterapeutin tutkimusta tai apuvälinetarpeen arviota SV 3FM -lomakkeella. Aerobisen suorituskyvyn mittaamiseen soveltuu UKK-instituutin kahden kilometrin kävelytesti (Laukkanen 1993) tai 6 minuutin kävelytesti (Butland ym. 1982). Lihaskunnan mittaamiseen voidaan käyttää Invalidisäätiön lihassuoritus testejä tai UKK-instituutin terveystestitestejä (Smolander ym. 2004). Nämä testit sopivat myös perusterveydenhuollon käyttöön resursien sallimissa rajoissa (Paltamaa ym. 2006).

Työkyvyn arvio voi olla osa toimintakyvyn arviota. Tutkittavan oman kertomuksen lisäksi lisätietoja saadaan työterveyshuollon terveystarkastuksista, työpaikkaselvityksestä ja sairauspoissaoloista. Tutkittavan työntekoa voidaan havainnoida esimerkiksi ergonomisen työpaikkakäynnin tai työkokeilun yhteydessä. Tutkittavan ja esimiehen kanssa yhdessä pidettävässä palaverissa saadaan tietoa siitä, miten tutkittava suoriutuu tehtävistään, mitä erityistyöjärjestelyjä on jouduttu sairauden vuoksi tekemään, tarvitaanko apuvälineitä jne. Kipulääkityskin saattaa aiheuttaa rajoituksia työnteolle: esimerkiksi PKV-lääkkeet tarkkuutta vaativissa tehtävissä ja ajoneuvonkuljettajilla. Työkykyindeksi-kysely (www.ttl.fi) voidaan käyttää apuvälineenä työkyvyn arvioissa. Kyselylomake kartoittaa työn fyysisiä ja psyykkisiä vaatimuksia, työntekijän terveydentilaa ja voimavaroja. Työkykyindeksi antaa vertailukelpoisen arvion tutkittavan tilanteesta, mutta osa vastauksista perustuu työntekijän subjektiiviseen kokemukseen (Tuomi ym. 1997).

Jos toimintakyky on rajoittunut yläraja- tai vartalo-työskentelyä vaikeuttavan oireiston vuoksi, voidaan erikoissairaanhoidossa käyttää täydentävänä tutkimuksena

Taulukko 5

Toimintakyvyn arviointikeinojen käyttö hoidon porrastuksen eri tasoilla				
X = normaalia toimintaa (x) = poikkeustapauksissa				
Arviointi- menetelmä/toimenpide	Perusterveyden- huolto	Työterveys- huolto	Erikoissairaan- hoito	Kuntoutus- tutkimus- yksikkö
Kipuanalyysi, anamneesi (myös toimintakyvystä ja sosiaalisesta osallistumisesta) ja kliininen tutkimus	X	X	X	X
Psykiatrinen arvio, täydentäjänä esimerkiksi DEPS	X	X	X erityisesti psykiatrian poliklinikat	X
Eriytyöntekijöiden arviot (psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti)	(x) tilannekohtaisesti harkiten resurssien mukaan	X tilannekohtaisesti harkiten	X	X
Eriytestit (esim. FIQ, SOFAS) *		(x) tilannekohtaisesti harkiten	X	X
Kuntoutustarpeen toteaminen, kuntoutussuunnitelman teko ja toteutumisen seuranta	X	X	X	X
Työnantajakontaktit	(x)	X	(x)	X
Työkokeilujen järjestäminen		X		X

* FIQ Fibromyalgia Impact Questionnaire (J Rheumatol 1991;18:728-33), SOFAS Social and Occupational Functioning Scale (DSM-IV)

toimintaterapeutin tekemiä validoituja suoritustestejä. Lähetävä lääkäri arvioi tulokset ja suhteuttaa ne kliinisiin taustatietoihin ja toimintakyvylle asetettuihin odotuksiin.

Erityisesti silloin, kun kipupotilaan kokeman ja lääkärin arvioiman toimintakyvyn välillä on epäsuhtaa, kannattaa harkita psykologin asiantuntemuksen hyödyntämistä toimintakyvyn arvioinnissa. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon psykologi voi arvioida kipupotilaan kuormittuneisuutta tai masentuneisuutta sekä näiden tekijöiden vaikutusta toimintakykyyn. Kivun psykologiaan perehtynyt (erikoissairaanhoidon) psykologi pystyy lisäksi arvioimaan kipupotilaan ajatusten, tunteiden, uskomusten ja tulkintojen merkitystä potilaan kokemien toimintakyvyn rajoitusten kannalta. Erityisesti kipuun liittyvien katastrofijätusten ja -uskomusten sekä pelko-välttämiskäyttäytymisen tiedetään liittyvän potilaan kokemuksiin toimintakyvyn rajoituksiin. Kiputilan tai sen lääkeshoidon epäedulliset vaikutukset kognitiivisiin suorituksiin, kuten muistiin, huomion suuntaamiseen ja kielellisiin toimintoihin, voidaan arvioida erikoissairaanhoidossa neuropsykologisella

tutkimuksella. Kipupotilaan mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka, vaikeusasteen arvio ja hoidon suunnittelu toteutetaan psykiatrisessa palvelujärjestelmässä samoin kuin muidenkin potilaiden. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikat ovat perehtyneet somaattisten sairauksien yhteydessä esiintyviin mielenterveyden häiriöihin ja diagnostiseen rajankäyntiin epäselvissä tapauksissa. Monisairaiden ja moniongelmaisten potilaiden vaativat toiminta- ja työkyvyn arviot tehdään kuntoutustutkimusyksiköissä erikoissairaanhoidossa. Tiivistelmä kipupotilaan toimintakyvyn arvioinnista hoidon porrastuksen eri tasoilla on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 6

Primaariset päänsäryt (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004)

- Migreenit
- Jännitystyyppinen päänsärky
- Sarjoittainen päänsärky ja muut trigeminaaliset autonomiset päänsäryt

Taulukko 7

Sekundaariset päänsäryt (International Classification of Headache Disorders (ICHD 2004).

- Päänsäryt, jotka liittyvät pään tai niskan vammaan.
- Päänsäryt, jotka liittyvät pään tai kaulan verenkierron häiriöön.
- Päänsäryt, jotka liittyvät pään alueen muuhun kuin verenkierron häiriöön.
- Eri aineisiin tai niistä vieroitukseen liittyvät päänsäryt.
- Infektioon liittyvät päänsäryt.
- Homeostaasin häiriöihin liittyvät päänsäryt.
- Päänsäryt tai kasvokivut, jotka liittyvät kallon luiden, niskan, silmien, korvien, poskionteloiden, hampaiden, suun tai muiden kallon tai kasvojen rakenteiden häiriöön.
- Psykiatriisiin häiriöihin liittyvät päänsäryt.
- Kasvojen neuralgiat ja keskushermostoperäiset syyt kasvokipuun.
- Muut päänsäryt, kasvojen neuralgia ja keskushermostoperäinen tai primaarinen kasvokipu.

Krooninen päänsärky

Ydinasiat

- Migreeni tai jännityspäänsärky on krooninen, kun sitä esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa. Kroonisissa päänsäryissä on usein mukana eri päänsärkytyyppejä, joista kukin arvioidaan erikseen.
- Päänsäryn diagnostiikka perustuu esitietojen ja kliinisten löydösten huolelliseen läpikäyntiin.
- Päänsäryn hoidon kulmakiviä ovat pahentavien tekijöiden kartoitus ja niihin puuttuminen sekä lääkehoito päänsärkytyypin mukaan. Kroonistuvassa päänsäryssä on vaarana särkylääkepäänsäryn kehittyminen. Sen hoitona on lääkevieroitus.
- Usein päänsärkyä potevan hoidossa on hyödyksi pitää päiväkirjaa säryn esiintymisen ja lääkkeiden käytön kartoittamiseksi.
- Päänsärkypotilaan toimintakyvyn arviointiin soveltuvat samat periaatteet kuin muissakin kroonisissa kivuissa. Migreenipotilailla voidaan käyttää myös MIDAS-kyselyä kuvaamaan toimintakykyä.

Taulukko 8

Kroonisen migreenin kriteerit (International Classification of Headaches and Facial Pain 2004).

Päänsärky täyttää kriteerit A ja B

A. Jompikumpi alla mainituista kriteereistä C ja D täyttyy niin, että aurattomia migreenikohtauksia esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa yli kolmen kuukauden ajan.

C. vähintään kaksi seuraavista päänsäryn piirteistä:

- toispuolinen
- sykkivä
- voimakkuudeltaan kohtalainen – erittäin kova
- normaali fyysinen aktiivisuus pahentaa

D. vähintään yksi seuraavista:

- pahoinvointi tai oksentelu
- valo- ja ääniherkkyys

B. Muu sairaus tai syy (esim. lääkkeiden liikakäyttö) ei ole päänsäryn syytä

Noin viidenneksessä kipuun liittyvistä perusterveydenhuollon lääkärisäkäynneistä on kysymys kasvojen, pään tai suun ja kurkun alueen kivuista (Mäntyselkä ym. 2001). Päänsärky jaetaan kansainvälisessä luokituksessa vuodelta 2004 (Headache classification subcommittee of the International Headache Society) primaarisiin ja sekundaarisiin muotoihin (taulukot 6 ja 7). Aurallinen ja auraton migreeni sekä jännityspäänsärky ovat primaaristen päänsärkyjen päätyypit. Seuraavassa tarkastellaan kroonisia primaarisia päänsärkyoireyhtymiä, kroonista lääkepäänsärkyä, trigeminusneuralgiaa ja näiden vaikutusta toimintakykyyn.

Krooninen migreeni on kyseessä, kun päänsärkyä esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa ja oireisto on kestänyt yli kolme kuukautta. Kroonisen migreenin kriteerit on esitetty taulukossa 8. Jännitystyyppinen päänsärky on muuttunut krooniseksi, kun vähintään 15 päivänä kuukaudessa esiintyvää päänsärkyä on esiintynyt yli kuusi kuukautta (taulukko 9). Sarjoittainen päänsärky on kroonista, kun kohtauksia on ollut yli vuoden siten, ettei oireettomia jaksoja ole lainkaan tai ne kestävät alle kuukauden (taulukko 10). Myös kolmoishermostosärky (taulukko 11) on hoitamattomana krooninen, mutta hoidoilla useimmiten hallintaan saatavissa ja monilla potilailla välillä itsestäänkin rauhoittuva.

Taulukko 9

<p>Jännityspäänsäryn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>A. Vähintään kymmenen oirejaksoa, jotka täyttävät kriteerit B–D.</p>
<p>B. Säryn kesto 30 minuuttista seitsemään vuorokauteen.</p>
<p>C. Säryssä vähintään kaksi seuraavista piirteistä</p> <ul style="list-style-type: none"> • molemminpuolinen • painava tai kiristävä (ei saa olla sykkeen tahdissa vaihteleva) • lievä tai kohtalainen • ei pahene jokapäiväisessä ponnistelussa (esim. portaita noustessa tai kävellessä)
<p>D. Molemmat seuraavista</p> <ul style="list-style-type: none"> • vain valo- tai ääniarkuus tai ei kumpaakaan • ei särkyyn liittyvää pahoinvointia (ruokahaluttomuutta voi esiintyä)
<p>E. Särky ei johdu muista syistä.</p>
<p>Kroonisen jännityspäänsäryn kriteerit Kuten yllä, paitsi:</p>
<p>A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin vähintään 15 päivänä kuukaudessa vähintään 180 päivää vuodessa</p>
<p>B. Päänsärky kestää tunteja tai voi olla jatkuvaa.</p>
<p>C. Säryssä on vähintään kaksi seuraavista piirteistä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • molemminpuolinen • painava tai kiristävä (ei saa olla sykkeen mukana vaihteleva) • lievä tai kohtalainen • ei pahene jokapäiväisessä ponnistelussa (esim. portaita noustessa tai kävellessä)
<p>D. Molemmat seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vain yksi seuraavista: valonarkuus, ääniherkkyys, lievä pahoinvointi • kohtalaista tai voimakasta pahoinvointia tai oksentelua ei esiinny

Taulukko 10

<p>Kroonisen sarjoittaisen päänsäryn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>1. Seuraavat kriteerit A–E täyttyvät</p>
<p>A. Ainakin viisi kohtausta, joissa kriteerit B–D täyttyvät.</p>
<p>B. Kova tai erittäin kova toispuolinen, silmäkuopan tai silmän yläpuolisen alueen tai ohimon kipu, jonka kesto on 15–180 minuuttia hoitamattomana.</p>
<p>C. Päänsärkyyn liittyy ainakin yksi seuraavista</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. samanpuoleinen sidekalvon punoitus tai kyynelvuoto 2. samanpuoleinen nenän tukkoisuus tai nenäeritteen vuoto 3. samanpuoleisen silmän luomiturvotus 4. samanpuoleinen otsan ja kasvojen hikoilu 5. samanpuoleinen mustuaisen pieneneminen tai yläluomen riippuminen 6. levottomuus tai ahdistuneisuus
<p>D. Kohtauksia yhdestä joka toinen päivä kahdeksaan päivässä.</p>
<p>E. Oireisto ei liity muuhun sairauteen.</p>
<p>2. Kohtaukset toistuvat useammin kuin kerran vuodessa ilman oireettomia jaksoja tai oireettomat jaksot ovat alle kuukauden pituisia.</p>

Taulukko 11

<p>Klassisen kolmoishermostönsäryn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>A. Kohtauksittainen kipu, jonka kesto on sekunnin murto-osasta kahteen minuuttiin, paikantuu kolmoishermon yhden tai useamman haaran alueelle ja täyttää kriteerit B ja C.</p>
<p>B. Kivulla on ainakin toinen alla mainituista piirteistä</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kova, terävä, pinnallinen tai viiltävä 2. laukaistavissa triggerialueilta tai alkaa laukaistavien tekijöiden vaikutuksesta
<p>C. Kohtaukset toistuvat aina samanlaisina.</p>
<p>D. Kliinisessä tutkimuksessa ei ole todettavissa neurologisia poikkeavuuksia.</p>
<p>E. Ei liity mihinkään muuhun sairauteen.</p>

Taulukko 12 Päänsäryn diagnostiikka

Päänsäryn luokitus anamneesin ja kliinisen tutkimuksen avulla sekä seurantatiedot ovat diagnostiikan perusta.
Anamneesi
<ul style="list-style-type: none">• Aikaisemmat sairaudet• Lääkitys muihin sairauksiin• Päänsärky<ul style="list-style-type: none">• kivun laatu potilaan sanoin kuvattuna• kivun paikantuminen• kivun kesto• kivun toistumistiheys• kivun alkamisikä• pahentaako fyysinen rasitus?<ul style="list-style-type: none">• kävely, juoksu• kumartuminen, raskaiden esineiden nosto• yskeminen• altistavat tekijät• esioireet<ul style="list-style-type: none">• edeltävät oireet• mahdolliset auroireet ja niiden laatu ja kesto• särynaikaiset oireet<ul style="list-style-type: none">• pahoinvointi, oksentelu• valoherkkyys• ääniherkkyys
Tilan kuvaus
<ul style="list-style-type: none">• Kliininen yleistutkimus (verenpaine, syke, sydämen ja keuhkojen kuuntelulöydös, psykkinen tila)• Pään rakenteiden tunnustelu (mm. lihasten kiinnityskohdat, ohimovaltimon aristus, syke)• Niskalihasten ja niskan liikkeiden tutkimus• Silmien, korvien, nenän, suuontelon, purenan ja nielun tarkastus• Neurologinen tutkimus, tarvittaessa toistettuna
Lisäselvitykset
Tarvittaessa hammaslääkärin, korva- tai silmälääkärin tai neurologin konsultaatio.

Yleisyys

Suurin osa ihmisistä kokee päänsärkyä jossain elämänsä vaiheessa. Naisilla päänsärky on tavallisempaa kuin miehillä. Suomalaisessa aineistossa päänsärky oli yleisintä 20–40 vuoden iässä ja vähentyi sen jälkeen (Nikiforow 1981). Jännityspäänsärky on yleisin päänsärkytyyppi. Sen esiintyvyys jossain elämän vaiheessa oli tanskalaisessa tutkimuksessa 78 %. Aurattoman migreenin elinaikaiseksi esiintyvyydeksi saatiin Rasmussenin ja Olesenin (1992) tutkimuksessa 8 % (miehet/naiset 1:7) ja aurallisen migreenin 5 % (miehet/naiset 1:2). Perusterveydenhuollossa migreeni on usein alidiagnosoitu. Sarjoittainen päänsärky ja kolmoishermostosärky ovat harvinaisia. Sarjoittainen päänsärky on viisi kertaa yleisempi miehillä kuin naisilla. Päivittäistä tai lähes päivittäistä päänsärkyä esiintyi espanjalaisen tutkimuksen mukaan 1,4 %:lla väestöstä, naisista 2,7 %:lla ja miehistä 0,2 %:lla. Kolmasosalla särky liittyi tavanomaisten särky lääkkeiden käyttöön (Colas ym. 2004).

Diagnostiikka

Päänsäryn diagnosointiin on käytettävä riittävästi aikaa. Diagnoosi perustuu säryn luonteen, paikantumisen, keston, esioireiden sekä altistavien ja laukaisevien tekijöiden kartoitukseen ja huolelliseen tutkimukseen, johon sisältyy neurologinen tutkimus. Diagnostiikan peruselementit on esitetty taulukossa 12. Eri päänsärkytyyppejä voi esiintyä rinnakkain, erityisesti primaarisia päänsärkyjä. Eri säröt arvioidaan diagnostisten kriteerien nojalla erikseen. Eri päänsärkytyypeille ominaiset piirteet vähentyvät usein päänsäryn kroonistuessa. Erotusdiagnostiikassa joudutaan sulkemaan pois toissijaisia syitä (taulukko 7). Pään kuvantamistutkimukset eivät ole rutiinimaisesti tarpeen. Niiden aiheita päänsärkyssä on lueteltu taulukossa 13.

Sosiaaliset ja psykkinet taustatekijät ja oheissairastavuus ovat merkityksellisiä sekä kroonisen päänsäryn hoidon onnistumisen että potilaan toimintakyvyn kannalta. Tarvittaessa konsultoidaan psykologia tai psykiatria (Andrasik ym. 2005, Jelinski ym 2007). Psykologiset menetelmät, kuten rentoutustaitojen kohentaminen, saattavat auttaa päänsärkyjen hallinnassa. Kuten muillakin kipupotilailla, myös päänsärkypotilailla psykiatriset oheisongelmat tulee hoitaa aktiivisesti.

Jännitystyyppinen päänsärky

Jännityspäänsäryn patofysiologiaa ei tunneta. Kallon ja niska-hartiaseudun lihasjännitystä ja pään alueen lihasten aristusta esiintyy vain osalla potilaista. On esitetty, että krooniseksi muuttuneen päänsäryn taustalla on kipujärjestelmän herkistymisen. Jännityspäänsäryn ja kroonisen jännityspäänsäryn kriteerit on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 13**Aivojen kuvantamistutkimuksen aiheet päänsäryn diagnostiikassa.**

- Epäily subaraknoidaalivuodosta
- Asteittain paheneva päänsärky (jos kyseessä ei ole migreeni tai jännityspäänsärky)
- Poikkeavuus kliinisessä neurologisessa tutkimuksessa päänsäryn yhteydessä
- Päänsärkyyn liittyy tajuttomuuskohtaus
- Päänsärkyyn liittyy endokriininen häiriö
- Päänsärky liittyy vain yskimiseen tai ruumiilliseen ponnistukseen
- Päänsärkyyn liittyy jatkuva oksentelu
- Potilaalla on tiedetään olevan pahanlaatuinen kasvain
- Kolmoishermostönsäry ja Hortonin päänsäryn erotusdiagnoosi (MRI)

Taulukko 14**Migreenin estolääkehoidon aiheet (Migreenin hoito. Käypä hoito -suositus 2002)**

Hoidon tehon seuraamiseksi on suotavaa pitää jonkinlaista päänsärkypäiväkirjaa, mieluiten jo kuukauden verran ennen hoidon aloitusta.

- Migreenikohtauksia esiintyy vähintään kaksi tai kolme kuukaudessa.
- Migreenikohtaukset hankaloittavat jokapäiväistä elämää.
- Migreenikohtaukset ovat vaikeita ja potilaan on vaikea tottua niihin.
- Migreenikohtausten akuuttihoito on hankalaa joko tehon vähäisyyden tai haittavaikutuksien takia.

Taulukko 15**Särkylääkepäänsäryn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).****A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin yli 15 päivänä kuukaudessa ja siihen sisältyy ainakin yksi seuraavista piirteistä**

- molemminpuolinen särky
- puristava / kiristävä (ei sykkivä) särky
- lievä tai kohtalainen särky

ja se täyttää seuraavat kriteerit

- B.** Tavanomaisten särkylääkkeiden käyttöä yli 15 päivänä kuussa yli kolmen kuukauden ajan.
- C.** Särky on kehittynyt tai huomattavasti pahentunut lääkkeiden käytön aikana.
- D.** Särky häviää tai palaa ennalleen kahden kuukauden kuluessa särkylääkkeiden käytön lopettamisesta.

Taulukko 16**Triptaanien liikkäytön kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).****A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin yli 15 päivänä kuukaudessa ja siihen sisältyy ainakin yksi seuraavista piirteistä**

- toispuolinen särky
- pääasiassa sykkivä särky
- kohtalainen tai vaikea särky
- tavanomainen toiminta (kävely, portaiden nousu) vaikeuttaa särkyä tai potilas välttää tällaista toimintaa säryn vuoksi

mukana ainakin toinen seuraavista

1. pahoinvointi tai oksentelu
2. valo- ja ääniherkkyys

ja se täyttää seuraavat kriteerit

- B.** Triptaanien käyttöä vähintään kymmenenä päivänä kuussa säännöllisesti vähintään kolmen kuukauden ajan.
- C.** Päänsäryn esiintymistajuus on huomattavasti kasvanut triptaanien käytön aikana.
- D.** Särky häviää tai palaa ennalleen kahden kuukauden kuluessa triptaanien käytön lopettamisesta.

Kroonisen jännityspäänsäryn lääkkeettömässä hoidossa fysioterapian teho on rajallinen. Torellin ym. (2004) aineistossa särkylääkepäivien määrä väheni fysioterapian vaikutuksesta, mutta vain alle kolmanneksella potilaista 50 % tai enemmän. Jännityspäänsäryn lääkehoidosta on eniten näyttöä amitriptyliiniin (Bendtsen ja Jensen 2000, Holroyd ym. 2001) ja mirtatsapiiniin osalta (Bendtsen ja Jensen 2004). Botuliinin tehosta ei ole näyttöä.

Migreeni

Migreeni on nykykäsitteiden mukaan portaittain etenevä, aivorungon kautta välittyvä oireyhtymä, jossa auroareiden taustalla on aivokuoressa leviävä neuraalisen toiminnan vaihtelu ja päänsäryn taustalla trigeminovaskulaarisen järjestelmän aktivaatio. Näiden tuloksena tulehdusta tuottavat neuropeptidivälittäjäaineet pääsevät verisuonien seinämästä aivokalvoille aktivoimaan kipujärjestelmän. Samalla parasympaattinen järjestelmä aktivoituu trigeminustumakkeen välityksellä.

Migreenikohtaukselle altistavat tekijät, kuten uni-valvetrytmin häiriö, stressi, hormonaaliset muutokset ja sensoriset ärsykkeet (valo, melu, haju, lämpötilan muutos) välittyvät aivokuoren, talamuksen ja hypotalamuksen kautta. Noin puolet migreenistä selittyy perimällä. Migreenille altistavia geenejä on useita (Kallela 2005).

Migreeni jaetaan auralliseen ja aurattomaan ja jälkimäinen vielä useisiin alatyyppeihin. Niistä hyvin harvinaisia ovat hemipleginen, oftalmopleginen, retinaalinen ja basilaarimigreeni. Migreeniaura on visuaalinen yli 90 %:lla (Rasmussen ja Olesen 1992). Ei-visuaalinen oire voi olla toispuolinen puutuminen tai pistely tai puhevaikeus. Kansainvälisen päänsärkyluokituksen mukaan auroireiden keston tulee olla yli viisi minuuttia, mutta alle 60 minuuttia ja oireiden täytyy olla täysin ohimeneviä. ”Aura ilman päänsärkyä” tarkoittaa pelkkää auroiretta. Tämän häiriön erotusdiagnostiikka on syytä jättää neurologille.

Migreenin hoidosta on julkaistu suomalainen hoitosuositus (Migreenin hoito. Käypä hoito -suositus 2002). Migreenikohtauksen hoito perustuu riittävän suuriannokseen ja ajoissa annettuun lääkitykseen. Ensisijaislääkkeinä ovat tulehduskipulääke, parasetamoli tai triptaani yksinään tai pahoinvointilääkkeen kanssa. Triptaania otetaan vasta auran mentyä ohi. Estolääkehoidon aiheet on lueteltu taulukossa 14. Migreenin lääkkeettömään hoitoon kuuluvat altistavien tekijöiden (esimerkiksi veren glukoosipitoisuuden pieneneminen, valoärsytys, kuumuus, tauoton tai poikkeavan pitkä työskentelyjakso) tunnistaminen ja vähentäminen sekä säännöllinen vuorokausirytm. Lasten migreenin ja migreenityypisen päänsäryn kohtausoireiden hoitoon soveltuvat parasetamoli ja ibuprofeeni (Lasten päänsärky. Käypä hoito -suositus 2003).

Sarjoittainen päänsärky

Sarjoittainen päänsärky on esimerkki trigeminuksen autonomisen järjestelmän aktivaation aiheuttamista oireista. Kaikki päänsäryn oireet ovat samanpuoleisia ja särky on erittäin voimakasta. Kohtaukset esiintyvät usean viikon jaksoina ja häviävät sitten pitkäksi ajaksi. Joskus särky kroonistuu. Kroonisen sarjoittaisen päänsäryn kriteerit on esitetty taulukossa 10. Lääkityksenä kohtaukseen on sumatriptaaniruiske ihon alle tai happihengitys (7–10 l/min 100 prosentista happea maskilla). Verapamiili saattaa tehota estohoitona, ja kortisonia käytetään kuuriluonteisesti kohtausarjan katkaisuun (Färkkilä 2006).

Krooninen särkeylääkepäänsärky

Särkeylääkkeiden jatkuva käyttö voi herkistää sentraalisen kipujärjestelmän ja altistaa päänsärjelle (Färkkilä 2005, Ayzenberg ym. 2006). Krooninen särkeylääkepäänsärky jaetaan särkey-pahentaneen lääkeaineen mukaan eri alaryhmiin, joissa taustalla on joko jännitystyyppinen päänsärky tai migreeni. Taulukoissa 15 ja 16 on kuvattu särkeylääke- ja triptaanilääkityksen aiheuttamat päänsärjät. Särkeylääkkei-

den runsas käyttö (yli 15 kertaa kuukaudessa) saattaa johtaa särkeylääkepäänsärkyyn. Dienerin ja Katsaravan (2001) seuranta tutkimuksessa särky muuttui päivittäiseksi triptaaneja käytettäessä 1–2 vuoden, ergotamiinien käyttäjillä kolmen vuoden ja tavallisia särkeylääkkeitä käyttäessä viiden vuoden kuluttua säännöllisen käytön alkamisesta.

Lääkkeiden käytön lopettaminen poistaa päänsäryn ja sentraalisen kipujärjestelmän herkistymisen (Ayzenberg ym. 2006). Kroonisen särkeylääkepäänsäryn nelivuotisen prospektiivisen seuranta tutkimuksen mukaan uusimisriski on suurin vuoden kuluessa. Relapsi ilmaantui 90 %:lle kroonista jännityspäänsärkyä poteneista, mutta vain 31 %:lle migreenipotilaista (Katsarava ym. 2005).

Kolmoishermostösärky

Klassisen (idiopaattisen) kolmoishermostörynnä diagnostiiset kriteerit on esitetty taulukossa 11. Klassisen muodon oireisto selittyy yli 80 % tapauksista kolmoishermon verisuonikompressiolla aivorungossa. Symptomaattiseksi kutsutaan muun kuin verisuonikompression aiheuttamaa oireyhtymää, joka muistuttaa klassista kolmoishermostörynnä.

Neuralgian erotusdiagnostiikassa huolellinen neurologinen tutkimus – erityisesti aivohermotoimintojen testaus – on avainasemassa. Kasvojen tuntoreaktio eri ärsykkeisiin (kosketus, terävä, kylmä, lämmin) testataan ja löydöstä verrataan oireettoman alueen löydöksiin. Idiopaattisessa trigeminusneuralgiassa neurologiset löydökset ovat normaalit lukuun ottamatta sitä, että kosketusärsytys voi laukaista neuralgiakohtauksen. Muussa neuropaattisessa kivussa tunto saattaa olla voimistunut, herkistynyt tai muuntunut eri aistilaaduille. Mahdolliset muut neurologiset poikkeavuudet kertovat vaurion laajuudesta ja sijainnista. Aivojen magneettikuvaus on tarpeen kolmoishermostörynnä ainakin silloin, kun kliinisessä neurologisessa tutkimuksessa todetaan taustaltaan epäselviä poikkeavia löydöksiä (Haanpää ym. 2005).

Kolmoishermostörynnä ensilinjan hoito on karbamatsepiini tai okskarbatsepiini (Attal ym. 2006). Jos lääkehoito ei pidä idiopaattista neuralgiaa kurissa, potilas lähetetään neurokirurgin konsultaatioon. Käytetyimpiä neurokirurgisia hoitoja ovat mikrovaskulaarinen dekompressio ja kolmoishermon lämpökoagulaatio.

Toimintakyvyn arviointi

Päänsäryn muuttuessa krooniseksi säryn luonne saattaa muuttua ja sen erityispiirteet vähentyä. Samalla särkyyn kohdistuu enemmän huomiota ja hoitotoimia ja säryn vai-

kutus päivittäisiin toimintoihin, työkykyyn ja sosiaaliseen kanssakäymiseen lisääntyy. Toimintakyky voi rajoittua merkittävästi päänsärkykohtauksen aikana (migreeni), mutta myös päänsäryn ennakointi ja pelko sekä oireiden hoidon edellyttämät toimet vaikuttavat osaltaan.

Toimintakykyä saatetaan joutua arvioimaan erilaisista lähtökohdista, esimerkiksi hoidon tarpeen määrittämiseksi ja hoitopaikan valitsemiseksi tai lyhyt- tai pitkäaikaisen työkyvyttömyyden toteamiseksi sosiaalietuutta varten. Potilaan pitkäaikaista toimintakykyä tulee arvioida hyvän käytännön mukaisen hoidon jälkeen. Siis esimerkiksi läikepäänsärkypotilaan pitkäaikainen toimintakyky arvioidaan läikevieroituksen toteuduttua. Kroonisessa päänsärkyssäkin voidaan käyttää soveltuvin osin suuntaviivoina luvussa *Yleistä* mainittua kiputilojen jakoa kolmeen vaikeusasteeseen. Jäljempänä kuvattavia terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita voidaan käyttää potilaan kokeman elämänlaadun määrittämiseen.

Kroonisen kivun kiireettömän hoidon kansallisten kriteerien mukaan ensisijainen vastuu kroonisen kivun hoidosta on perusterveydenhuollolla. Hoidossa yhdistetään bioläikeetieteellinen ja psykososiaalinen näkökulma. Samalla kun selvitetään hoidon tarvetta ja vaikutuksia, syntyy kuva hoidettavan toimintakyvystä. Diagnoosi varmistetaan oireiden muuttuessa tai tihtyessä toistetuilla kliinisillä tutkimuksilla, ja hoidonpörrastusohjeiden mukaan voidaan tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidtoa. Potilasta pitkäaikaisesti hoitavan, hänen tilannettaan toistuvasti seuranneen ja olosuhteensa tuntevan läikeärin tulisi arvioida pitkäaikaista toimintakykyä. Tällöin kyseen tulee useimmiten perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon läikeäri.

Päänsärkypäiväkirja on kohtauksittaisessa sairaudessa, kuten migreenissä ja sarjoittaisessa päänsärkyssä, diagnostiikkaa tukeva väline. Näissä päänsäryn tiedetään pahenevan fyysisen rasituksen seurauksena, joten päänsärkypäiväkirja kuvaa toimintakykyä epäsuorasti. Hoitosuhteessa se toimii myös hoidon tulosten mittarina. Edellytyksenä tämän mittarin käytettävyydelle ovat päiväkirjan riittävä käsilläolo eri tilanteissa, helpokäyttöisyys ja käyttäjän riittävä opastus. Läikeityksen tarve ja läikekeen käytön rekisteröiminen ovat edellytyksenä läikepäänsäryn diagnosoimiselle. Läikeityksen annokset ja niiden muutokset kertovat myös hoidon onnistumisesta ja ovat osoituksena päänsäryn vaikeahoitaisuudesta esimerkiksi sarjoittaisessa päänsärkyssä.

Arvioitaessa toimintakykyä työkykyisyyden, ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien tai sosiaalietuuksien tarpeen määrittämistä varten kannattaa muistaa arvioinnin olevan myös interventio. Realistinen, mutta positiivinen suhtautuminen ennusteeseen ja informaatio, jolla pyritään

vähentämään paineita ja kannustamaan aktiivisuuteen, edistävät kivun hallintaa. Ammatillisina kuntoutustoi-
menpiteinä toteutettavat joustot työajoissa, järjestelyt työolosuhteissa ja työn rytmityksen omaehtoinen salliminen edistävät sekä työkykyä että kivun hallintaa. Käytännössä läikeäri voi tukea tämäntyyppisiä ratkaisuja parhaiten osallistumalla palaveriin yhdessä potilaan (työtekijän) ja hänen esimiehensä kanssa. Tällaiset järjestelyt ovat työterveyshuollon ja kuntoutustutkimuspoliiklinikoiden arkea. Lausunnoissa on syytä selostaa, mitä järjestelyjä esimerkiksi työpaikalla on päänsäryn vuoksi tehty särlylle altistavien tekijöiden välttämiseksi tai saneeraamiseksi ja minkälainen vaikutus näillä on ollut päänsärkyyn esimerkiksi päänsärky-päiväkirjan tai läikekeenkäytön seurannan perusteella.

Elämänlaadun mittarit päänsärkyssä

Migreenin ja muiden päänsärkyjen hoidossa on käytetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, kuten SF-36:ta (Ware ja Shrebourne 1992). Sittemmin on kehitetty useita nimenomaan päänsäryn hoitoon tarkoitettuja elämänlaatukselyitä. Läikekohtana on ollut kohtauksittainen päänsärky, esimerkiksi migreeni, jonka arviontiin on validoitu muun muassa Migraine disability assessment scale eli MIDAS (Stewart ym. 2000), (www.astrazeneca.fi). Siinä on kaksi kysymystä päänsäryn esiintymisestä ja voimakkuudesta sekä viisi kysymystä osallistumisesta (työ/koulu, sosiaalinen toiminta) ja toimintakyvystä kolmen kuukauden ajalta. Yksi päivä, jolloin tutkittava ei kyennyt osallistumaan töihin tai harrastuksiin tai osallistui kotitöihin vain puolella normaalista panoksesta, antaa yhden pisteen. MIDAS-mittarin tulos jaetaan neljään vaikeusluokkaan (lievä 0–5 pistettä, erittäin vaikea 21 pistettä tai enemmän). Päänsäryn tiheys ja vaikeusaste eivät anna pisteitä. Menetelmä on validoitu eri maissa ja vastaa suhteellisen hyvin päänsärkypäiväkirjan antamaa tietoa. Kysymykset kuvaavat vastaajan omaa käsitystä toimintakyvystään. Mittarin on todettu soveltuvan vastaanotolla tehtävien hoitopäätösten tueksi ja hoidon tulosten arviointiin. Lomake on helppokäyttöinen ja nopea täyttää kotona. Ongelmallisena on pidetty sitä, että puolen päivän pituisesta toimintakyvyn heikkenemästä saa yhtä paljon pisteitä kuin kokopäiväisestä, ja sitä, että työkyvyn ja jokapäiväisten toimien (koti-
töiden) tekemisestä kysytään erikseen, vaikka ne kuvaavat samaa asiaa (Andrasik ym. 2005).

Mittarit tarjoavat potilaille mahdollisuuden välittää tietoa läikeärille jäsenyneesti. Ne on suunniteltu käytettäväksi potilasvastaanotolla, ja ne ovat helpompia käyttää kuin päänsärkypäiväkirja. Mittari auttaa hoitavaa läikeäriä hoitojen vaikutuksen arvioinnissa ja potilaan kokeman toimintakyvyn muutosten seurannassa. Mittareihin ei sisälly

lääkärin tai muun hoitavan henkilön arviota toimintakyvystä.

Neuropaattinen kipu

Ydinasiat

- Neuropaattinen kipu tarkoittaa kipua, jonka aiheuttaa somatosensorisen järjestelmän vaurio tai sairaus. Sillä ei ole varoitustehtävää, vaan se on potilaalle pelkkä vaiva.
- Neuropaattisen kivun vaikutus toimintakykyyn riippuu oireiston laadusta, kestosta, voimakkuudesta ja sijainnista, oireita pahentavista tekijöistä, potilaan sopeutumiskyvystä ja hoitojen tehosta.
- Vaikea neuropaattinen kipu häiritsee nukkumista, rajoittaa tavallisia arkiaskareita, kuormittaa psyykkisesti, vähentää sosiaalista toimintaa ja heikentää elämänlaatua.
- Tilan kuvauksessa kerrotaan kliiniset neurologiset löydökset, erityisesti tuntoaistin ja motoriikan poikkeavuudet sekä psyykinen tila, ja potilaan kertomia toimintarajoitteita arvioidaan näiden pohjalta.
- Tarvittaessa voidaan pyytää toimintaterapeutin, fysioterapeutin tai neuropsykologin arviota.

Neuropaattinen eli hermovauriokipu on tila, jonka syynä on somatosensorisen järjestelmän vaurio tai sairaus (Treede ym. 2007). Kyseessä on siis oire eikä itsenäinen sairaus, ja neuropaattisen kivun tunnistamisen jälkeen tulee pyrkiä selvittämään, mikä vamma tai sairaus on aiheuttanut neuropaattisen kivun. Vauriopaikan mukaan neuropaattiset kiputilat jaetaan perifeerisiin eli ääreishermostoperäisiin (esimerkiksi diabeettinen neuropatia, hermovamman jälkeiset kivut) ja sentraalisiin eli keskushermostoperäisiin (esimerkiksi aivoverenkierron häiriön jälkeinen kiputila). Neuropaattinen kipu voi esiintyä yhtä aikaa kudosaivuriokivun kanssa.

Yleisyys

Luotettavaa väestöpohjaista epidemiologista tietoa neuropaattisesta kivusta ei ole. Pitkittyntä lanneselkäkipua potevista kolmasosalla on kivussaan neuropaattinen komponentti (Freyenhagen ym. 2006). Diabeetikoista 16 %:lla ja tyyppi 2 diabeetikoista 29 %:lla on kivulias neuropatia (Daousi ym. 2004, Davies ym. 2006). Jo heikentyneeseen glukoosinsietoon saattaa liittyä polttavana kipuna ilmenevä ohutsäieni neuropatia, joka voi lievittyä liikunta- ja ruokavalioidolla (Smith ym. 2006). Vyöruusuhoituman parantanutta 8 %:lla potilaista esiintyy tähän tautiin liittyvä kipu (Galil ym. 1997). Leikkauksessa tulleen hermovamman jälkeen 5 %:lle kehittyi neuropaattinen kiputila (Jääs-

keläinen ym. 2004). Se on tärkein leikkauksen jälkeisen pitkittyneen vaikean kivun syy (Kehlet ja Jensen 2006). Aivoverenkierron häiriötä potevista 8 %:lla, MS-potilaista noin neljäsosalla ja selkäydinvammapotilaista noin kahdella kolmasosalla esiintyy neuropaattista kipua (Andersen ym. 1995, Finnerup ym. 2001, Österberg ym. 2005).

Oireet

Neuropaattisessa kivussa tuntoaisti toimii poikkeavasti, mikä johtuu tuntoratojen vaurioitumisesta ja sen aiheuttamista toissijaisista muutoksista hermostossa (Woolf ja Mannion 1999). Oireina voivat olla jatkuva kipu, sähköiskumaiset tuikkauskivut, allodynia eli normaalisti kivuttoman ärsykkeen muuntuminen kivuksi sekä erilaiset poikkeavat tuntemukset, kuten parestesiat ja dysestesiat. Tuntoaisti voi olla herkistynyt tai heikentynyt ärsykkeen laadun mukaan. Kivun pahenemisvaiheet saattavat kestää tunteja tai jopa päiviä, mikä johtaa helposti erilaisten toimintojen välttämiseen. Neuropaattiseen kipuun voi liittyä taipumus lihaskouristuksiin (”suonenvedot”) sekä autonomisia oireita, kuten hikoilun ja ihon lämpötilan muutoksia ja turvotusta. Kun paikalliset autonomiset häiriöt liittyvät perifeeriseen hermovaurioon, käytetään termiä monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä tyyppi II (complex regional pain syndrome type II, CRPS II). Vauriopaikan mukaan potilaalla saattaa esiintyä myös muita neurologisia oireita ja löydöksiä. Vaikea neuropaattinen kipu vaikeuttaa suoriutumista tavanomaisista askareista, kuormittaa psyykkisesti, vähentää sosiaalista toimintaa ja heikentää elämänlaatua (Meyer-Rosberg ym. 2001, Smith ym. 2007).

Diagnostiikka

Neuropaattisen kiputilan diagnoosin kriteerit on esitetty taulukossa 17. Diagnoosi perustuu kivun ja tuntoaistin poikkeavaan toimintaan viittaavien kliinisten löydösten neuroanatomisesti loogiseen sijaintiin ja vaurion syyn määrittämiseen (Cruccu ym. 2004). Neuropaattisen kivun tunnistamista helpottamaan on kehitetty kyselylomakkeita, jotka voivat kiinnittää lääkärin huomion neuropaattisen kivun mahdollisuuteen. Ne eivät korvaa potilaan haastattelua, kliinistä tutkimusta ja erotusdiagnostista selvittelyä (Bennett ym. 2007, Hansson ja Haanpää 2007). Potilaalta kysytään kivun alkamista ja kehitysvaiheita, mahdollista liittymistä vammaan, leikkaukseen tai muuhun sairauteen, kivun laatua ja eri komponentteja sekä pahentavia ja helpottavia tekijöitä. Kivun voimakkuus ja sijainti kirjataan luvussa *Yleistä* esitetyn mukaisesti. Lisäksi tiedustellaan poikkeavia tuntemuksia, tuntopuutoksia ja muita oireita.

Potilaalta tutkitaan yleistila (rakenne ja liikuntakyky), kipualueen tila, selkärangan ja raajojen osalta myös liike- laajuudet ja mahdolliset liikearkuudet ja tehdään kliininen neurologinen tutkimus, jossa painotetaan tuntoaistia. Tunto testataan kunkin aistilaadun osalta verraten eri kehonpuoliskojen löydöksiä ja toisaalta löydöksiä kipualueella ja muilla alueilla (taulukko 18). Tutkimus tehdään paljaalle iholle.

Jos diagnoosi on ilmeinen, ei hyvän kliinisen tutkimuksen lisäksi tarvita lisätutkimuksia. Tapauksen mukaan saatetaan tarvita kuvantamis-, laboratorio- ja neurofysiologisia tutkimuksia oireiden synn ja samalla synn mukaisen hoidon mahdollisuuksien selvittämiseksi. Potilaat, joille diagnoosia ei saada perusterveydenhuollossa, lähetetään hoidonpöytäsuojien mukaisesti erikoissairaanhoidon, yleensä neurologian poliklinikkaan.

Yksi käytetyimmistä neurologisista lisätutkimuksista on ENMG. Sen käyttökelpoisuus on kuitenkin rajallinen neuropaattisen kiputilan diagnostiikassa, koska ENMG ei tutki kivun signaalointiin osallistuvien ohuiden säikeiden toimintaa lainkaan. Normaali ENMG-löydös ei siis sulje pois perifeerisen neuropaattisen kiputilan mahdollisuutta (Jääskeläinen ym. 2006).

Tuntoaistin toiminnan tarkemmaksi arvioimiseksi voidaan erikoissairaanhoidossa käyttää kvantitatiivisia tuntokynnysmittauksia (Jääskeläinen ym. 2006). Tarjolla on menetelmiä kylmä-, lämpö-, kylmäkipu-, kuumakipu-, terävätunto-, värinä- ja kosketustuntokynnysten määrittäisiin. Tuntokynnysmittaukset edellyttävät potilaalta hyvää vireystilaa ja yhteistyötä, lääkäriltä kokemusta tulosten arvioinnissa ja laboratorioilta viitearvoja. Poikkeava löydös ei kerro, missä tuntoradan osassa vaurio sijaitsee, joten löydös pitää suhteuttaa kliiniseen kuvaan ja muiden tutkimusmenetelmien informaatioon. Kvantitatiivisia tuntokynnysmittauksia tehdään pääasiassa yliopistosairaloissa. Ohuiden säikeiden kato ohutsäineuropatiassa voidaan osoittaa stanssin avulla otetusta ihobiopsianäytteestä (Koskinen ym. 2005).

Hoito

Hoidon yleisperiaatteet on selitetty edellä kohdassa Kivun hoidon periaatteet. Vaikka synn mukainen hoito on vain harvoin mahdollista neuropaattisessa kivussa, on tämänkin vaihtoehto pidettävä mielessä diagnostisissa selvittelyissä.

Kroonisella neuropaattisella kivulla ei ole varoitustehtävää, mikä on tärkeää selittää potilaalle. Oireita pahentavien tekijöiden tunnistaminen mahdollistaa niiden välttämiseen. Potilasta rohkaistaan aktiivisuuteen kivusta huolimatta. Haasteelliset tapaukset ohjataan monialaiseen kipuklinikkaan.

Jos kipu häiritsee potilaan arkea, on syytä kokeilla lääkitystä, joka on neuropaattisen kivun tärkein hoitomuoto. Ensi linjan lääkkeitä neuropaattiseen kipuun ovat trisykliset masennuslääkkeet, pregabaliini, gabapentiini, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät duloksetiini ja venlafaksiini sekä tramadoli. Myös lamotrigiini, vahvoista opioideista ja iholle paikallisesti voiteena tai laastarina käytettävästä lidokaiinista on hyvä tutkimusnäyttö neuropaattisessa kivussa (Attal ym. 2006, Haanpää 2007). Lääkitys on yleensä pitkäkestoista. Ellei yksittäisellä lääkkeellä saada riittävää tehoa, voidaan eri mekanismein vaikuttavia lääkkeitä yhdistää. Nykyään noin puolet potilaista saa tarjolla olevista lääkkeistä kohtalaisen avun. Fysioterapeuttisella neuvonnalla pyritään löytämään sopivat liike- ja toimintamallit, jotta potilas voisi suoriutua erilaisista askareista neuropaattisesta kivusta huolimatta ja jotta vältettäisiin sekundaaristen lihas- ja nivelperäisten ongelmien ilmaantumisen. Vaikeimmissa neuropaattisissa kiputiloissa voidaan käyttää selkäytimen takajuosteen stimulaatiota. Radiofrekvenssin tehosta neuropaattisen kivun hoidossa ei ole näyttöä.

Vaikutus toimintakykyyn

Neuropaattisen kivun vaikutus toimintakykyyn riippuu kivun sijainnista, kestosta, voimakkuudesta, pahentavista tekijöistä ja hoitovasteesta. Lievä, vain ajoittain esiintyvä ja hyvin hoitoon reagoiva kiputila ei välttämättä heikennä toimintakykyä juuri lainkaan. Esimerkkinä tästä on hermovaurion jälkitila, johon liittyy lieviä parestesioita ja ajoittaista lievää kipua ilman oleellista toimintahaittaa. Keski vaikeassa kiputilassa haittaa esiintyy useammin ja toimintakyky heikkenee. Esimerkiksi dominantin yläraajan vaikea kosketusherkkyyks voi rajoittaa oleellisesti käden käyttöä, vaikka motorista halvausta ei olisi. Vaikea kiputila häiritsee huomattavasti tavallisia arkitoimia. Esimerkiksi cauda equina -oireistoon liittyvä vaikea ratsupaikka-alueen neuropaattinen kiputila saattaa estää istumisen, tai kivuliiseen polyneuropatiaan liittyvä staattinen allodynia voi estää seisomisen ja kävelyn. Kiputilan synnä oleva neurologinen sairaus saattaa heikentää toimintakykyä ilman kipuakin, ja yleensä tällöin neuropaattinen kipu merkitsee lisähaittaa ja vaikeampia toimintarajoitteita. Lisäksi vaikeaan neuropaattiseen kipuun liittyy usein inihäiriöitä, psyykkistä kuormittuneisuutta ja oheisdepressiota, jotka heikentävät toimintakykyä. Kivun lääkehoidot voivat vai-

Taulukko 17

Neuropaattisen kivun diagnostiset kriteerit.
<ul style="list-style-type: none">• Kivun sijainti on neuroanatomisesti looginen.• Kliinisessä tutkimuksessa todetaan tuntoaistin poikkeavaan toimintaan sopivia löydöksiä.• On todettavissa somatosensorisen radan vaurio tai sairaus, joka selittää kiputilan.

Taulukko 18

Tuntoaistin tutkiminen neuropaattista kipua epäiltäessä.		
Aistilaatu	Tutkimusväline	Aistimuksen välittävät tuntosäikeet
Kosketus, tunto	pumpuli	A beeta
Terävä tunto	puutikku	A delta
Kylmä tunto	kylmä metalliesine	A delta
Lämmöntunto	lämmin metalliesine	C

Allodynoiden testaus
(aistitaanko normaalisti kivuton ärsyke kipuna):
Mekaaninen dynaaminen allodynia: kevyt liikkuva ärsyke (esim. ihon sively sormella tai siveltimellä).
Mekaaninen staattinen allodynia: tasainen mekaaninen paine (esim. painaminen sormella).
Kylmäallodynia: iholle annettu kylmä-ärsyke (esim. kylmä metalliesine).
Kuuma-allodynia: iholle annettu kuuma, mutta ei polttava ärsyke (esim. kuuma metalliesine).

Löydöksen arviointi
Onko tunto kipualueella herkistynyt, heikentynyt tai muuntunut muuten erilaiseksi?
Jatkuuko tuntemus, vaikka ärsytys loppuu?
Rajoittuuko aistimus testatulle alueelle vai säteileekö tuntemus laajemmalle?
Sijainniltaan neuroanatomisesti loogiset, tutkimuskerrasta toiseen todettavissa olevat tuntopoikkeavuudet viittaavat neuropaattiseen kiputilaan.

kuuttaa vireyteen ja toimintakykyyn epäedullisesti, vaikka ne vähentäisivät kipua. Hoidon porrastus etenee luvussa *Yleistä* esitetyn mukaan siten, että kivun vaikeutuessa erikoissairaanhoidon vastuu hoidosta lisääntyy.

Toimintakyvyn arviointi

Tilan kuvauksessa keskeistä on kliinisten neurologisten löydösten kuvaaminen (taulukko 19). Tuntoaistin osalta

Taulukko 19

Neuropaattisen kivun erityispiirteet toimintakyvyn arvioinnin kannalta.
Anamneesi Kipupiirros (kipu ja muut poikkeavat tuntemukset) Kivun komponentit (jatkuva, tuikkaava, ärsykkeiden aiheuttama) Kipua helpottavat ja pahentavat tekijät (ulkoiset ärsykkeet, liike) Kivun voimakkuus keskimäärin ja pahenemisvaiheissa Hoidot ja vaste niihin (hyödyt ja haitat) Yöuni, mieliala
Kliininen tutkimus Yleistila (rakenne, liikuntakyky) Kipualueen paikallinen tila (inspektio, palpaatio) Kliininen neurologinen tutkimus (muiden neurologisten löydösten toteamiseksi) Tuntoaistin huolellinen tutkiminen Liikelaajuudet, liikemallit, ketteryys, tasapaino
Konetutkimukset Tapauskohtaisesti arvioiden (kuvantaminen, kliininen neurofysiologia jne.)
Toimintakyky Missä normaaliin elämään liittyvissä toimissa on vaikeuksia, millaisia? Missä työtehtävissä on vaikeuksia, millaisia? Millaisiin tehtäviin pystyy? Millainen on suorituskestävyys? Tarvittaessa standardoidut suoritustestit (yläraajaongelma: toimintaterapeutin testaus). Tarvittaessa työkokeilu toimintahaittojen mukaan räätälöidyssä työssä.

kuvataan heikentymät, herkistymät ja normaalisti kivuttomien ärsykkeiden muuntumiset kivuliaiksi eli allodyniat. Motoriikan osalta kuvataan lihasvoima ja -tonus, liikkeiden tarkkuus ja ketteryys, kivuliaan kehonosan liikelaajuudet, liikemallit ja käyttö sekä tasapainon hallinta. Myös kognitiiviseen ja psyykkiseen tilaan kiinnitetään huomiota. Nämä asiat voidaan arvioida jo perusterveydenhuollossa, ja toimintakykyarviota tehtäessä voidaan soveltaa kivun vaikeusasteen jakoa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan (ks. luku *Yleistä*). Jos tarvitaan fysioterapeutin, toimintaterapeutin, (neuro)psykologin tai psykiatrin arviota tai kvantitatiivisia tuntokynnysmittauksia, tämä edellyttää yleensä potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon.

Pitkän aikavälin kannanottojen tulisi perustua tilanteeseen, jossa hoito on toteutettu optimaalisesti. Lievä ja hyvin hoitoihin reagoiva neuropaattinen kiputila ei välttämättä heikennä toimintakykyä. Työolosuhteiden järjestäminen ja ergonomisten seikkojen huomioiminen voivat kompen-

soida työnteekoon liittyviä ongelmia. Jos esimerkiksi potilas ei kykene istumaan, sovitaan työtasot niin, että hän voi työskennellä seisten. Yleensä keskivaikeat ja vaikeat oirekuvat heikentävät toimintakykyä; etenkin kosketusherkyys (dynaaminen allodynia) ja painoarkuus (staattinen allodynia) sekä liikkeiden provosoima kipu ovat ongelmallisia. Oirekuvan aiheuttamat ongelmat työssä tulee kuvata suhteessa kliinisiin löydöksiin. Tarvittaessa voidaan käyttää työkokeilua täydentävänä arviointimenetelmänä. Kuntouttava ja kannustava hoito-ote on äärimmäisen tärkeä. Työtehtävien vaihto, muu ammatillinen kuntoutus tai uudelleen koulutus saattaa auttaa hyödyntämään jäljellä olevaa työkykyä.

Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (complex regional pain syndrome, CRPS)

Ydinasiat

- CRPS on oireyhtymä, jossa vamman tai sairauden laukaisemana kehittyy kipu, tuntopoiikkeavuuksia, autonomisen hermoston alueellinen toimintahäiriö, motoriikan häiriö ja vaikeissa tapauksissa troofisia muutoksia.
- Hoito perustuu riittävän kivunlievityksen turvin suoritettavaan harjoitteluun, johon kuuluvat sensorinen siedättäminen, motorinen aktivointi sekä oirehtivan kehonosan hahmotuksen ja toiminnan ohjauksen kohentaminen.
- Vaikean CRPS:n hoito edellyttää moniammatillista otetta ja usein myös ammatillisen kuntoutuksen toimia. Toipuminen on hidasta, mutta johdonmukaisella ja pitkäjänteisellä hoito-otteella toiminnallisesti hyväkin tulos on mahdollinen.

Monimuotoiselle paikalliselle kipuoireyhtymälle ominaisia piirteitä ovat oirehtivan raajan kipu, tunnon ja motoriikan muutokset, autonomisen hermoston toiminnan poiikkeavuus ja vaikeissa tapauksissa myös troofiset muutokset (Baron ja Jänig 2004). Se jaetaan kahteen alatyyppiin, CRPS I:een ja II:een. Ensimmäiseen ei kuulu hermovaurioita, ja se vastaa aiempaa käsitettä reflektorinen sympaattinen dystrofia RSD. Tyyppiin II taas kuuluu hermovaurio (vastaa aiempaa käsitettä kausalgia). CRPS:lle ominaista on oireiden suhteeton voimakkuus laukaisevaan tapahtumaan nähden. Oireet leviävät raajassa laajemmalle kuin missä alkuperäinen laukaiseva syy sijaitti ja painotuvat raajan ääriosaan. Tyyppissä II oireet ja löydökset ovat voimakkaimmat vaurioituneen hermon hermotusalueelle, mutta esiintyvät myös laajemmalla alueella. Tyyppillisiä ovat

myös raajan kömpelyys ja muut motorisen säätelyn häiriöt, kuten lihasheikkous, vapina tai dystoninen virheasento. Raajan käyttö ilman näköohjausta saattaa olla hankalaa. Vaikeassa CRPS:ssä esiintyy huomiotta jättämisoire (neglect) samaan tapaan kuin osalla toipilaista aivoverenkierron häiriön jälkeen (Frettlöh ym. 2006).

Yleisyys

Yleisimmän CRPS:n laukaisee vamma (pehmytosavamma, luunmurtuma tai hermovamma), mutta se voi ilmaantua myös muun sairauden, esimerkiksi infektion tai aivoverenkierron häiriön yhteydessä. Hollantilaisen väestöpohjaisen tutkimuksen mukaan ilmaantuvuus on 26 tapausta sataatuhatta henkilövuotta kohti ja oireyhtymä on naisilla yli kolme kertaa yleisempi miehiin verrattuna (de Mos ym. 2006). Tässä aineistossa melkein puolessa tapauksista laukaisijana oli luunmurtuma, kuudesosassa pehmytosavamma ja runsaassa kymmenesosassa elektiivinen leikkaus. Oireet olivat yleisempiä ylä- kuin alaraajassa. CRPS:ää esiintyy myös lapsilla, ja heillä sen ennuste on yleensä hyvä (Lindfors ja Kallio 2007).

Diagnoosi

CRPS:n kriteeristöjä on useita. Taulukossa 20 on esitetty IASP:n kriteerit (Merskey ja Bogduk 1994) ja taulukossa 21 uusimmat tarkennetut kriteerit (Baron ja Jänig 2004). On huomattava, että saman vastaanottokäynnin aikana autonomiset oireet saattavat vaihdella: esimerkiksi tutkimuksen alussa ihon väri ja lämpö voivat olla symmetriset, mutta tunnon ja motoriikan testaus saattaa ärsyttää oireita ja provosoida ihon lämpötilan, värin ja hikoilun muutoksia.

CRPS:ssa oireinen raaja voi olla turvoksissa, lämmin ja punoittava tai toisaalta viileä ja kalpea. Nivelten liikkeet ovat jähmeät. Ajan myötä nivelten jäykkyys lisääntyy, iho voi muuttua ohueksi ja oireisen raajan luihin voi tulla atrofiaa. Hoidon tulisi olla riittävän aktiivista akuuttivaiheessa, jotta oireisto saataisiin rauhoittumaan ennen palautumattomien muutosten kehittymistä.

CRPS:n patofysiologia tunnetaan vain osittain. Nykikäsitteen mukaan kyseessä on ensisijaisesti systeemisairausras, jonka syntyyn vaikuttavat sekä keskushermosto että ääreishermosto (Jänig ja Baron 2003). Oireyhtymässä on somatosensorisen, somatomotorisen, autonomisen ja immunologisen järjestelmän säätelyn häiriö. Aivojen toiminnallinen kuvantaminen osoittaa, että CRPS:ssä oireisen raajan edustusalue aivokuoressa supistuu, mutta muutos häviää oireiden lievittymisen myötä (Juottonen ym. 2002, Meihofner ym. 2004). Uudet hoitosovellukset, kuten raajan asennon tunnistamisen harjoittelu ja peilite-

Taulukko 20

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) kriteerit IASP:n mukaan (Merskey ja Bogduk 1994).

- Oireyhtymän laukaisee vamma tai immobilisaatio
- Jatkuva kipu, allodynia (normaalisti kivuton ärsyke aiheuttaa kipua) tai hyperalgesia (lisääntynyt kipuherkkyys), joka on suhteettoman voimakas laukaisevaan syyhyn nähden.
- Ainakin jossain vaiheessa esiintyvää turvotusta, ihoverenkierron muutoksia tai hikoiluhäiriö oirealueella.
- Muun vastaavan oireiston aiheuttava sairaus sulkee CRPS-diagnoosin pois.

Taulukko 21

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) diagnostiset kriteerit (Baron ja Jänig 2004).

Positiiviset tuntopoikkeavuudet

Spontaani kipu
Mekaaninen hyperalgesia
Termaalinen hyperalgesia
Voimakas somaattinen hyperalgesia

Verenkierron poikkeavuudet

Verisuonten laajentuminen
Verisuonten supistuminen
Iholämmön puoliero
Ihon värin muutokset

Turvotus, hikoiluhäiriöt

Turvotus
Liikahikoilu
Vähentynyt hieneritys

Motoriset (M) ja troofiset (T) muutokset

Lihaskuivuminen heikkous (M)
Vapina (M)
Dystonia (M)
Koordinaatiovaikeus (M)
Kynsi- ja karvoitusmuutokset (T)
Ihon atrofia (T)
Nivelten jäykkyys (T)
Pehmytkudosmuutokset (T)

Kliininen työ:

Vähintään yksi oire vähintään kolmesta ryhmästä ja vähintään yksi löydös vähintään kahdesta ryhmästä.

Sensitiivisyys 0,85, spesifisyys 0,60

Tutkimus:

Vähintään yksi oire jokaisesta neljästä ryhmästä ja vähintään yksi löydös vähintään kahdesta ryhmästä.

Sensitiivisyys 0,70, spesifisyys 0,96



Peiliteraapia

Peiliteraapia on yksi CRPS-potilaan harjoitusmenetelmistä.

rapia (kuva 3), jossa kipeän ja huonosti toimivan raajan harjoittamisessa käytetään avuksi terveen raajan peilikuvaa, perustuvat sentraalisen säätelyn (itse)muuntumiskykyyn (Birklein ja Rowbotham 2005, Moseley 2005).

Hoito

CRPS:n ehkäisyssä ovat tärkeitä raajavamman saaneen potilaan riittävä kipulääkitys, varhainen mobilisaatio ja toipumisen seuranta. Hoidon perusta on fysioterapeuttinen harjoittelu eli raajan altistaminen sensorisille ärsykkeille ja mobilisaatio riittävän tehokkaan kivunlievityksen turvin. Toimintakyvyn kohentaminen on aina keskeinen tavoite vammasta toipuvan potilaan kuntoutuksessa. Sama periaate pätee CRPS:ssä taustasyystä riippumatta. Harjoitteet eivät saa lisätä kipua. Hoito etenee vähitellen ärsykeitä ja harjoitusmääriä lisäten niin, että kipua ei provosoida. Liian kova ja nopeasti etenevä harjoittelu voi vaikeuttaa oireistoa ja heikentää siihen mennessä saavutettuja tuloksia. Vaikeassa CRPS:ssä toipuminen etenee hitaasti kuukausien kuluessa. Edistymisen mukaan ammatillisen kuntoutuksen näkökulma tulee sisällyttää hoito- ja kuntoutuskokonaisuuteen riittävän varhain.

Lievän CRPS:n hoito onnistuu perusterveydenhuollossa. Lääkärin diagnosoitua oireyhtymän, hän suunnittelee kipulääkityksen ja ohjaa potilaan fysioterapeutille, joka ohjaa omatoimiset harjoitukset. Tuki ja kannustus ovat tärkeitä, ja psykologisia menetelmiä (esimerkiksi rentoutus, mielikuvaharjoitukset) käytetään lääkityksen ja fysioterapeuttisen harjoittelun tukena. CRPS-potilaan kivun lääkehoidossa käytetään tavanomaisten analgeettien ja neuroopaattisen kivun lääkkeiden yhdistelmää. Toipumisen riittävän tiivis seuranta on tärkeää: jos tilanne ei kohene, erikoissairaanhoidoa konsultoidaan varhain. Subakuutissa vaiheessa kivun lievitykseen on käytetty autonomisen hermoston blokadeja, mutta niiden tehosta ei ole vakuuttavaa

tutkimusnäyttöä (Cepeda ym. 2005). Erikoissairaanhoidossa monialainen työryhmä, johon kuuluvat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalityöntekijä ja lääkäri, antaa parhaan tuloksen. Tiivistelmä CRPS-potilaan fysioterapiasta ja toimintaterapiasta sekä kuntoutuksen apuvälineistä on esitetty taulukossa 22 ja kuvassa 4. Selkäydinstimulaation tehosta ja kustannusvaikuttavuudesta vaikeassa kroonisessa CRPS:ssä on tutkimusnäyttöä (Kemler ym. 2004, Taylor ym. 2006). Stimulaatio helpottaa sekä kipua että sympaattisen hermoston yliaktiivatiota, ja stimulaatio yhdistettynä tiiviiseen fysioterapeuttiseen harjoitteluun on johtanut työkyvyn palautumiseen vaikeissakin CRPS-tapauksissa (Harke ym. 2005).

Ennuste

Lievän CRPS:n ennuste on yleensä hyvä. Vaikeakin CRPS-oireisto voi korjautua, jos pysyviä troofisia muutoksia ei ole kehittynyt. CRPS-potilaita hoidettaessa on hyvä muistaa, että toipuminen kestää kuukausia pitempään kuin vastaavassa vammassa ilman CRPS:ää eli toipumisaika on viikkojen sijasta kuukausia, jopa yli vuoden. Tavoitteet on asetettava realistisesti, ja toipumisen suotuisa suunta (hitaasta etenemisestä huolimatta) pitää yllä sekä potilaan että hoitavan tiimin uskoa hyvänkin kuntoutumisen mahdollisuuteen. Vaikka oireet eivät täysin korjaudu, hoidoilla ja kuntoutuksella pyritään palauttamaan mahdollisimman hyvä toiminnallinen tila. Työhön paluu saattaa edellyttää ammatillista kuntoutusta ja työmäärän asteittaista lisäämistä esimerkiksi osasairauspäivärahan tai osakuntoutustuen turvin. Oheisongelmat, kuten ahdistuneisuus ja masennus, tulee hoitaa aktiivisesti. Hyvä kokonaissuunnitelma sekä oireiden ja löydösten huolellinen dokumentaatio varhaisvaiheesta lähtien ovat tärkeitä sekä hoidon etenemisen että korvauskysymysten käsittelyn kannalta.

Toimintakyvyn arviointi

CRPS:ssä toimintakyky riippuu kivun sijainnista, kestosta, voimakkuudesta, pahentavista tekijöistä ja hoitovasteesta. Arvio kivun vaikeusasteesta (lievä, keskivaikea, vaikea) tehdään luvussa *Yleistä* kuvattujen periaatteiden mukaisesti. Lievä, vain ajoittain esiintyvä ja hyvin hoitoon reagoiva kiputila ei välttämättä heikennä toimintakykyä juuri lain-



CRPS-potilaan kuntoutuksessa käytettäviä apuvälineitä.

Yläraajaoireisen CRPS-potilaan fysioterapiassa käytettäviä voima- ja näppäryysvoimaharjoitusvälineitä ovat mm. pallot, terapiavahat, viljanjyvät, vastuskuminauhat ja käsipainot.

Taulukko 22

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymää (CRPS) potevan fysio- ja toimintaterapia.

Fysioterapia

Käden käytön ja harjoittelun arviointi

Liikehoito

- kipua lisääviä harjoitteita on vältettävä
- aktiivinen omatoiminen harjoittelu
- harjoituksia usein, vähän kerrallaan
- progressiivinen eteneminen kivun sallimissa rajoissa

Kivun hallinta

- kylmä/lämpö ensihoitona
- **Transkutaaninen hermostimulaatio (TNS)**
- kivunpelon poistaminen

Peilitterapia

Mielikuvaharjoittelu

Lymfaterapia

Toiminnalliset harjoitukset

Kannustaminen ja rohkaisu

Toimintaterapia

Turvotuksen esto ja hallinta

- painehansikas, tukisidokset

Sensorinen siedätys (ei saa provosoida kipua!)

- altistaminen erilaisille ärsykkeille

Lepolastat/venytyslastat

- tukemaan liikehoitoa ja parantamaan nivelten liikelajuuksia

Arpihoito

Apuvälineet

- käden käyttöä helpottavat / yksikätesen apuvälineet

kaan. Esimerkkinä tästä on lievä nilkkamurtuman jälkeinen turvotus ja kipu, jotka rajoittavat kävelymatkaa, mutta eivät estä istumatyötä. Keskivaikeassa kiputilassa haittaa esiintyy useammin ja toimintakyky heikkenee. Esimerkiksi dominantin yläraajan kosketusherkkyyks voi rajoittaa oleellisesti käden käyttöä. Vaikea kiputila häiritsee huomattavasti tavallisia arkitoimia. Esimerkiksi käden CRPS-oireistoon liittyvä jatkuva kiputila saattaa estää nukkumisen ja raajan liikuttelun täysin. Vaikeaan CRPS:ään liittyy usein unihäiriöitä, psyykkistä kuormittuneisuutta ja oheisdepressiota, jotka heikentävät toimintakykyä. Kivun lääkehoidot voivat vaikuttaa epäedullisesti vireyteen, vaikka ne vähentäisivät kipua.

Tilan kuvauksessa keskeistä on kliinisten löydösten kuvaaminen (taulukko 19). Tuntoaistin osalta kuvataan heikentymät, herkistymät ja normaalisti kivuttomien ärsykkeiden muuntumiset kivuliaiksi eli allodyniat. Lihastoivoima ja -tonus, liikkeiden tarkkuus ja ketteryys, kivuliaan kehonosan liikelaajuudet, liikemallit ja käyttö kuvataan. Samoin on syytä kirjata lihasatrofiat, turvotukset, hikoilu, lämpötilaerot ja troofiset muutokset (kynsimuutokset ja karvankasvu). Myös kognitiiviseen ja psyykkiseen tilaan kiinnitetään huomiota. Näitä asioita voidaan arvioida jo perusterveydenhuollossa. Fysioterapeutin tai toimintaterapeutin tekemät standardoidut testit, joissa arvioidaan potilaan suoriutumista iän ja sukupuolen suhteen verrokkeihin nähden, ovat tarjolla erikoissairaanhoidossa, samoin kvantitatiiviset tuntokynnysmittaukset tuntopoikkeavuuksien dokumentoimiseksi ja psykologin sekä psykiatrin arviot kognitiivisen ja psyykkisen tilan tarkemmaksi selvittämiseksi. Jos CRPS-oireisto on lievä, sekä hoito että toimintakyvyn arviointi ovat perusterveydenhuollon vastuulla. Vaikeat CRPS-tapaukset tulee ohjata ripeästi erikoissairaanhoidon monialaiseen yksikköön, jossa arvioidaan myös vaatavien toimintakykyarvioiden tarve.

Työkykyä koskevien kannanottojen tulisi perustua tilanteeseen, jossa hoito ja kuntoutus on toteutettu optimaalisesti. Lievä ja hyvin hoitoihin reagoiva CRPS ei välttämättä heikennä työkykyä. Toisaalta työolosuhteiden järjestäminen ja ergonomisten seikkojen sovittaminen potilaan toimintarajoitteisiin (esimerkiksi työnkuvan muutos, turvotusta lievittävät tuet) voi kompensoida työntekoon liittyviä ongelmia. Yleensä keskivaikeat ja vaikeat oirekuvat heikentävät työkykyä. Poikkeava herkkyys ärsykeille ja liikekipu ovat ongelmallisia. Ongelmat työssä tulee kuvata suhteessa havaittuihin kliinisiin löydöksiin, ja tarvittaessa voidaan käyttää työkokeilua täydentävänä arviointimenetelmänä. CRPS-toipilaan työhönpaluu on usein tarkoituksenmukaista järjestää osa-aikaisen työkokeilun,

osasairauspäivärahan tai määräaikaisen osakuntoutustuen turvin. Työtehtävien vaihto tai ammatillinen uudelleen-koulutus saattavat auttaa hyödyntämään jäljellä olevaa työkykyä.

Fibromyalgia

Ydinasiat

- Fibromyalgia on yleinen, monietiologinen, vaikeusasteeltaan laajakirjainen, patogeneesiltään riittämättömästi tunnettu ja kansanterveydellisesti merkittävä kipuoireyhtymä.
- Keskushermostoperäiset mekanismit altistavat potilaita tulkitsemaan terveiden henkilöiden tavanomaisiksi ärsykeiksi kokemat aistimukset kivuksi.
- Potilaiden monimuotoiset oireet ovat ristiriidassa vähäisiin objektiivisiin löydöksiin nähden. Potilaiden oireita usein vähätellään ja heidät luokitellaan somatisoijiksi, sosiaalisten etuuksien tavoittelijoiksi tai psyykkisesti sairaita.
- Fibromyalgiaan ei ole spesifistä hoitoa. Useimpien potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan silti kohentaa.

Yleisyys

Lihaskipu ja uupumus vaivaavat lähes joka toista lääkärin hoitoon hakeutuvaa potilasta. Noin 40 % aikuisväestöstä ilmoittaa kärsivänsä kroonisesta kivusta ja 10–20 % laaja-alaisesta (vartalon kaikkiin neljänneksiin ja aksiaalisesi paikantuvasta) kivusta. Heistä runsaan kymmenesosan (2–4 % väestöstä) voidaan diagnosoida kärsivän fibromyalgiasta (FM). FM:ää voi esiintyä lapsillakin, mutta yleensä tähän oireyhtymään sairastutaan parhaassa työiässä. Vaikka laaja-alainen kipu on miehillä yhtä yleistä kuin naisilla, naisten riski saada FM on 6–8-kertainen: miehillä esiintyvyys on 0,2–0,5 % ja naisilla 4–8 %, (Croft ym. 1994, Wolfe ym. 1995). Oireyhtymän esiintyvyys lisääntyy ikään-tymisen myötä.

Oireet

FM:n keskeisiä piirteitä ovat tuki- ja liikuntaelimestön kivut, lepoa antamaton yöuni ja selittämätön, heti heräämisestä alkava uupumus. Yleisimmin FM-potilas hakee apua tuki- ja liikuntaelimestön kipuun ja särkyyn. Kivun laatu, voimakkuus ja paikka muuttuvat selittämättömästi. Potilailla esiintyy sekä allodyniaa (normaalisti kivuton ärsyke muuntuu kivuliaaksi ja lisäksi ärsyke tuntuu kipuna fysiologista laajempialaisena) että hyperalgesiaa (kivulias ärsyke tuntuu tavanomaista voimakkaampana kipuna).

Kuva 5. Fibromyalgian 18 syväärkuuspistettä.

Lähde:
Suomen Lääkärilehti
1995; 50:2917-22



Useimmat potilaat oireilevat jatkuvasti. Potilaat kärsivät yleensä eniten uupumuksesta. FM-potilaan uni on virkistämätöntä, joten hän on uupunut aamusta alkaen (Rains ym. 2003). Useimmilla potilailla esiintyy suolisto-ongelmia (ilmavaivoja, suolen toiminnan häiriöitä), virtsaamisvaivoja (ärtynyt rakko) ja monilla sydämentykytystä ja hengenhädistystä. Myös gynekologiset ongelmat, kuten kivuliaat kuukautiset, vuotohäiriöt ja endometrioosi, ovat yleisiä. Neurologisista oireista raajapainotteinen puutuminen on hyvin yleistä. Monilla potilailla puutumista ilmenee myös kasvoissa ja muualla pään alueella. Samoin levottomien jalkojen oireyhtymä on yleisempää kuin verrokeilla. Kognitiiviset ongelmat (keskittymiskyvyttömyys, uuden oppimisen vaikeus, ajatusten tai kielellisen prosessoinnin hidastuneisuus, muistin huononeminen) ja yleinen vaikeus sopeutua uusiin tilanteisiin yleistyvät erityisesti yli 50-vuotiailla potilailla. Potilailla todetaan myös useammin kuin verrokeilla masennusta ja ahdistusta, mutta ne ovat vain harvoin vaikea-asteisia. Huomattavan usein potilaat valittavat myös turvotusta, jota on kuitenkin vaikea objektiivisesti havaita. Lukuisat ulkoiset tekijät (esimerkiksi matalapaine, veto, melu, saasteet) ja erityisesti psyykinen rasitus (stressi) lisäävät oireiden voimakkuutta (Qiumby ym. 1988, Macfarlane ym. 1999, Clauw ja Crofford 2003, Hannonen ja Mikkelsen 2004).

Löydökset

FM-potilaan objektiiviset löydökset ovat vähäiset. Laboratorio-, kuvantamis-, tähytys- tai histologiset tutkimukset eivät tuo selvitystä vaivoihin. FM-potilaalla todetaan verrokkeja useammin nivelten yliliikkuvuutta. Samoin kylmäraajaisuus, herkkä punastelutaipumus ja limakalvojen kuivuus ovat yleisempiä kuin terveillä. Useat potilaat ovat yleisesti käsittelyarkoja, ja heidän kipukynnyksensä on matalampi kuin terveiden. Kaikkien potilaiden lihaksista tai lihas-luuliitoksista löytyy tunnustellen erittäin kipeitä paikkoja, ja tätä hyödynnetään myös oireyhtymän diagnosoinnissa.

Diagnostiikka

FM:n diagnostiikka ei vaadi erikoistutkimuksia, vaan perustuu potilaalta saatuaan tietoon kipujen pitkäkestoisesta esiintymisestä vartalon kaikissa anatomisissa neljänneksissä ja aksiaalisesti sekä tietyistä paikoista löytyviin kipupisteisiin (kuva 5) (Wolfe ym. 1990).

American College of Rheumatology'n kriteerit:

Anamnestinen laaja-alainen kipu

- vartalon vasemmalla ja oikealla puolella
- vyötärön ylä- ja alapuolella.

Palpaatioarkuutta on vähintään 11:ssä seuraavista 18 pisteestä (kumpikin puoli lasketaan erikseen):

- takaraivon lihasinsertio
- kaulan etuosa: nikamien C5–7 poikkihaarakeiden välinen osa
- ylempi lapalihas (m. supraspinatus) lapaluun yläreunassa
- epäkäslihaksen (m. trapezius): yläreunan keskikohta
- toinen kylkiluu: ylälateraalialue kylkiluu-rustoliitoksessa
- lateraaliepikondyyli: 2 cm distaalisesti epikondyylistä
- pakaralihas: pakaran yläulkoneljännes
- iso trokantteri: trokantterin ulkoneman takapuolella
- polvien mediaalinen rasvatyyny nivellinjan proksimaalipuolella

Luokittelukriteerit eivät valitettavasti sisällä FM:n kliinisen kuvan kannalta muita tärkeitä elementtejä kuin kivun. Kuitenkin on erityisen tärkeää huomata, ettei mikään muu sairaus tai oireyhtymä sulje pois FM:aa.

Hoito

Fibromyalgiapotilaan hoito vaatii ehdottoman luottamuksellista potilas-lääkäri-suhdetta. Jos asenteet ovat väärät, hoito ei voi olla tuloksekasta. Yksilöllisen hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan perusedellytys on potilaan

ja lääkärin tiivis yhteistyö. Parhaiten FM-potilasta pystyy hoitamaan omalääkäri.

Koska tutkimukseen perustuvaa tietoa FM:n vaaratekijöistä ei ole, oireyhtymää ei voida ehkäistä. Varsinainen hoito voidaan aloittaa vasta sen jälkeen, kun diagnoosi on tehty. Siihen tulee pyrkiä nopeasti ilman tarpeettomia poissulku tutkimuksia. Kuitenkin on huomioitava spesifisemmin hoidettavat uupumuksen syyt (erityisesti anemia, hypotyreosi, hyperparatyreosi ja estrogeenin puute) ja kroonisten kipujen aiheuttajat (artriitit, polymyalgia). Pidättyvyys diagnostiikassa ja hoidossa vähentää potilaan pelkoa rampauttavasta ja toimintakykyä vaikeasti rajoittavasta sairaudesta.

Potilaan oireita ei pidä vähätellä. Potilaan omien teorioiden kuuntelu ja asiallinen tarkastelu tutkimustiedon valossa sen sijaan on tarpeen. Toisaalta on tärkeää, että lääkäri potilasta kuunneltuaan ja aistinvaraisesti tutkittuaan, kertoo oman näkemyksensä korostaen oireiden toiminnallista luonnetta (ei rakennevikaa) ja hyvänlaatuisuutta. Useimpien potilaiden oireilu helpottuu oleellisesti, kun omat väärät ennakkokäsitykset ja luulot hälvenevät. Useimmiten nämä keskustelut joudutaan käymään lukuisia kertoja. Vakavasti masentunut potilas ohjataan psykiatriseen hoitoon. Ellei masennusta saada hallintaan, kaikki muu hoito on tuloksetonta.

Hoidon tavoitteena on oireiden vähentäminen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Parantamiseen tähtäävän hoidon sijasta keskitytään oireiden kanssa selviämiseen. Kaikkia käytettävissä olevia hoitokeinoja on hyödynnettävä heti. Pyrkimyksenä tulee olla potilaan sitouttaminen oman hoitonsa tärkeimmäksi toteuttajaksi. Hoidossa lääkärin tulee tukeutua tutkimustietoon. Tämä ei sulje pois sitä, ettei potilas voisi – niin hyväksi kokiessaan – turvautua myös uskomuslääkintään. Lääkäri ei saa väheksyä potilaan hyödyllisiksi kokemia hoitomuotoja.

Sosiaalinen anamneesi on tärkeä, koska sen avulla selviävät mahdolliset perhepiirin ja työympäristön ristiriidat, potilaan elintavat, unihygienia ja harrastukset. Tarvittaessa

myös muita perheenjäseniä voidaan ottaa hoidon toteuttajiksi. Elleivät ristiriidat kotona ja työpaikalla ratkea, oireilulla on taipumus pitkittyä. Työergonomian ja työolosuhteiden järjestelyssä voidaan turvautua työterveyshuollon apuun.

Vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito on suunniteltava moniammatillisesti. Lääkärin keskeinen tehtävä on diagnosoida oireyhtymä ja saada potilas vakuuttuneeksi siitä, ettei hänellä ole muita pelkäämiään sairauksia. Lisäksi lääkäri ohjaa lääkahoitoa, joka ei kuitenkaan nykyisin ole FM:n keskeinen hoitomuoto. Moniammatillisena työryhmänä voi toimia esimerkiksi terveyskeskuksen kuntohoitola tai työterveyshuolto. Kaikkein vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito tulisi keskittää osaamiskeskuksiin.

Lääkkeettömillä hoidoilla tavoitellaan toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemista. Yksilöllisesti mitoitettu moniammatillinen ja monialainen hoito (informointi, kognitiivinen terapia, fyysiset harjoitukset, kipukoulu, rentoutusharjoitukset) helpottaa vaikeastikin toimintarajoitteisten FM-potilaiden elämää.

Eräät potilaat hyötyvät terveydenhuollon ammattilaisen säännöllisistä tapaamisista. Seurantakäyntien tavoitteena on tukea potilasta toteuttamaan laadittua hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaa. Parhaiten se onnistunee myönteisen palautteen avulla (Burchard ym. 1993, Karjalainen ym. 2000, Burchard 2002, Busch ym. 2003, Mannerkorpi ja Iversen 2003, Goldenberg ym. 2004, Hannonen 2005, Hsu ja Clauw 2006).

Lääkehoitojen tavoitteena on helpottaa oireita: kipua, uniongelmia, uupumusta sekä mahdollisesti masennusta ja ahdistusta. Parhaat hoitotulokset on saavutettu keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä. Pieniannoksista trisyklisistä masennuslääkkeistä on eniten kokemusta. Eräistä epilepsialääkkeistä, noradrenaliinin ja serotoniinin takaisinoton estäjistä sekä dopamiiniagonisteista on alustavasti raportoitu myönteisiä tuloksia (Rao ja Bennett 2003, Arnold ym. 2004, Crofford 2004, Goldenberg ym. 2004).

Ennuste

Fibromyalgia on krooninen, aaltoillen etenevä oireyhtymä, jossa oireiden voimakkuus vaihtelee. Remissiojaksojen pituus vaihtelee päivistä vuosiin. Nykykäsityksen mukaan oireyhtymästä ei parannuta (Ledingham ym. 1993, Kennedy ja Felson 1996). FM:n luokittelukriteeristön täyttävien potilaiden oirekirjo on laaja. Suuri osa heistä ei tarvitse terveydenhuollon palveluita. Poikkileikkaustutkimuksissa ainoastaan FM-diagnoosin saaneiden ennuste on ollut parempi kuin tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuneiden. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuritekijät vaikutta-

vat kivun kokemiseen ja voivat altistaa oireyhtymälle sekä laukaista tai ylläpitää oireilua. Vaikka psyykinen sairastavuus ei suoranaisesti korreloidukaan FM-oireyhtymään, myös stressi (ristiriitatilanteet) ja taipumus psyykkiseen sairastavuuteen myötävaikuttavat potilaiden hakeutumiseen terveydenhuollon piiriin (Macfarlane ym. 1996 ja 1999).

Esiintyvyytensä perusteella FM on kansansairaus, siis kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Vaikeimmin oireilevat potilaat käyttävät runsaasti terveydenhuollon palveluja, mutta tästä aiheutuvaa taloudellista rasitetta ei ole selvitetty. Yleensä fibromyalgian hoito on rajattu perusterveydenhuoltoon, mutta potilaat kiertävät erikoissairaanhoidon yksiköissä diagnostisissa tutkimuksissa. Sosiaalisten etuuksien myöntäminen fibromyalgian perusteella vaihtelee vallitsevan sosiaalipoliittisen filosofian ja taloudellisista realiteettien mukaan. Suomessa FM tulkitaan oireyhtymäksi, joka ei voi olla peruste työkyvyttömyyseläkkeelle. Tuoreen suomalaisen tutkimuksen perusteella FM-potilaan riski joutua sairauslomalle on kuitenkin ikään, sukupuoleen ja ammatin suhteen kaltaistettuihin verrokkeihin nähden kaksinkertainen (Kivimäki ym. 2007). Etenkin nuorten FM-potilaiden ongelmiin on hyvä puuttua jo varhain myös ammatillisen kuntoutuksen keinoin.

Vaikutus toimintakykyyn ja toimintakyvyn arviointi

Vaikeaoireisen FM-potilaan elämä on varsin rajoittunut. FM aiheuttaa oireita, jotka huonontavat elämänlaatua ja johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen ja työkyvyttömyyteen. Potilas muun muassa kokee toimintakykynsä huonommaksi kuin nivelreumapotilas ja elämänlaatunsa huonommaksi kuin insuliinihoitoinen diabeetikko, astmaatikko tai avannepotilas. Toimintarajoitteisuuden syyksi potilaat mainitsevat kivun, uupumuksen sekä mentaaliset ja psyykkiset vaikeudet (Cathey ym. 1988, Hawley ja Wolfe 1991, Burchardt ym. 1993, Hidding ym. 1994). Yleisimmin potilas ilmoittaa olevansa vajaakuntoinen tehtäviin, joissa vaaditaan voimaa, kestävyyttä tai näppäryyttä, joissa edellytetään toistosuoritusta tai uusien asioiden opiskelua ja joustavaa sopeutumiskykyä tai jotka altistavat kestoajan- nitykselle. Vuorotyö (erityisesti yötyö) ja ”vetoisa” ympäristö – myös koneellinen ilmastointi – heikentävät potilaan

toimintakykyä. Vaikuttaa siltä, että fyysistä suorituskkyä heikentää eniten uupumus ja mentaalista suorituskkyä kipu. Kroonisen kivun vaikeusasteluokittelua (ks. luku *Yleistä*) voidaan tässäkin sairaudessa käyttää toimintakyvyn arvioinnin tukena.

Kipuoirein ilmenevät elimellisoireiset mielenterveyden häiriöt

Ydinasiat

- Elimellisoireiset (somatoformiset) mielenterveyden häiriöt ovat oireilun ja sairauden kulun osalta epäyhtenäinen ryhmä sairauksia, joiden etiologiaa ei tunneta, mutta joiden synnyssä psykososiaalisilla tekijöillä on ajateltu olevan osuutta. Monissa ryhmän sairauksissa erilaisilla kivuilla on keskeinen merkitys.
- Hoito on oireenmukaista ja siinä luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeä.
- Lievä somatoforminen häiriö aiheuttaa subjektiivista kärsimystä, mutta ei yleensä yksinään vaikuta mainittavasti toimintakykyyn. Vaikea somatoforminen häiriö voi johtaa varsin merkittävään toimintakyvyn heikkenemiseen.

Määritelmä ja yleisyys

Tautiluokitus ICD-10:n mukaan elimellisoireisissa eli somatoformisissa mielenterveyden häiriöissä (F 45) pääpiirteinä ovat toistuva fyysinen oireilu ja jatkuva pyrkiminen lääketieteellisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat toistuvasti normaaleja ja lääkärit vakuuttavat, etteivät oireet viittaa somaattiseen sairauteen. Oireet ovat somaattisia, ja diagnoosi perustuu anamneesiin, muun muassa potilaan sairauskäyttätymiseen. Somatoformisten häiriöiden psykiatrissa luonnetta on myös kiistetty ja on katsottu, että ei ole olemassa kipualtista persoonallisuutta tai sellaisia lapsuuden olosuhteita, jotka altistaisivat somatoformisille häiriöille (Birket-Smith 2001).

Väestötutkimusten antamat tiedot somatoformisten häiriöiden kokonaismäärästä ovat hyvin puutteelliset. Somatisaatiohäiriötä, joka kuuluu somatoformisiin häiriöihin, arvellaan esiintyvän Yhdysvalloissa 0,5 %:lla väestöstä. Terveydenhuollon palveluja elimellisoireisista häiriöistä kärsivät potilaat käyttävät jo määritelmän mukaisesti runsaasti. De Waalin ym. (2001) tutkimuksessa saatiin esiintyvyydeksi yleislääkärin vastaanotoilla 16 %, ja Finkin ym. (2005) tutkimuksessa todettiin yli kolmanneksella (35 %) neurologiseen konsultaatioon lähetetyistä potilaista elimellisoireinen mielenterveyden häiriö.

Kipuoire somatoformisissa häiriöissä

Muutamissa tutkimuksissa on osoitettu poikkeavuutta somatoformisista häiriöistä kärsivien potilaiden aivojen glukoosiaineenvaihdunnassa, mutta ei ole osoitettu, millä tavalla heillä esiintyvä kipuaistimus poikkeaa esimerkiksi neuropaattisessa kivussa esiintyvistä tai toisaalta kuvittelemalla tai hypnoosilla aikaan saadusta kivusta. Kivun vaikutus mielialaan on elimellisoireisissa häiriöissä samanlaista kuin muun tyyppisessäkin kroonisessa kivussa. Kivun tuottama stressi ja kivun elämää rajoittavat vaikutukset lienevät syynä usein yhtä aikaa esiintyvään masennukseen. Toisaalta masennus puolestaan lisää kipuherkkyyttä ja näin kipu ja masennus usein muodostavat hankalan noidankehän.

Somatisaatiohäiriössä (F45.0) tautiluokituksen mukaan pääoireena ovat monenlaiset, toistuvat ja usein muuttuvat fyysiset oireet, muun muassa kivut, jotka ovat alkaneet jo nuoruusiällä tai ainakin jatkuneet useita vuosia. Oireet voivat olla peräisin mistä tahansa ruumiinosasta tai elinjärjestelmästä. Usein todetaan myös hoitoa vaativaa masennusta tai ahdistuneisuutta, ja monilla potilailla on myös somaattisia sairauksia. Monet potilaat etsivät aktiivisesti syytä ja hoitokeinoja oireilleen.

Erilaistumaton elimellisoireinen häiriö (F45.1) on eräänlainen lievempi versio somatisaatiohäiriöstä: oireilu on saattanut alkaa myöhemmällä iällä, eri oireita on lukumääräisesti vähemmän, ja potilas suhtautuu niihin maltillisemmin kuin somatisaatiohäiriössä.

Pitkäaikaisessa kipuoireyhtymässä (F45.4) on tautiluokituksen mukaan hallitsevana oireena sitkeä, vaikea ja kärsimystä tuottava kipu, jota ei selitä fysiologinen prosessi tai fyysinen häiriö. Kipu on luonteeltaan usein hyvin samantyyppistä kuin neuropaattinen kipu ja toisinaan voidaan katsoa, että potilaalla on molemmat sairaudet tai hän kärsii neuropaattisesta kivusta, jossa on pitkäaikaisen kipuoireyhtymän piirteitä. Pitkäaikaisesta kipuoireyhtymästä kärsivä suhtautuu kipuunsa jokseenkin samalla tavalla kuin muutkin kipupotilaat: hän on huolestunut ja kärsii kipusairauden tuottamista menetyksistä, muun muassa toimintakyvyn heikkenemisestä.

Diagnostiikka

Somatoformiset häiriöt diagnosoidaan kliinisen haastattelun ja somaattisten sairauksien poissulkututkimusten pohjalta. Tosin on hyvin tavallista, että somatoformisten häiriöiden yhteydessä potilaalla todetaan myös erilaisia somaattisia löydöksiä, mutta ne eivät selitä tilanteen inva-

lidisoivuutta. Somatoformisista häiriöistä kärsivillä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden riskin on todettu olevan yli kolminkertainen verrattuna muihin perusterveydenhuollon potilaisiin. Bassin ja Murphyn (1995) katsausartikkelin mukaan kaksi kolmasosa somatoformista häiriötä potyvista täyttää persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit.

Koska somatoformiset häiriöt asettuvat fyysisen ja psyykkisen rajamaastoon, niitä on vaikeampi hahmottaa ja nimetä kuin selkeämmin fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia. Tämä näkyy myös monenkirjavisissa nimityksissä, joita näiden häiriöiden yhteydessä käytetään. Potilas, joka Suomessa voisi saada kroonisen kipuoireyhtymän tai fibromyalgian diagnoosin, saattaisi Englannissa saada diagnoosikseen kroonisen väsymysoireyhtymän. Vaikeus hahmottaa ja kuvata näitä häiriöitä on myös mahdollisesti vaikuttanut siihen, että selkeä somaattinen sairaus tai kliininen depressio on perinteisesti katsottu ”vakuuttavamaksi” diagnoosiksi muun muassa haettaessa sairausvakuutuksen etuuksia. Koska somatoformisen häiriön diagnoosi ei välttämättä avaudu lausuntoa lukevalle kollegalle, näiden häiriöiden yhteydessä on erityisen tärkeää kuvata lausunnoissa potilaan toimintakykyä.

Kipupotilaan psykiatrinen tutkimus

Usein potilaat vierastavat psykiatrilta tai psykologille menoa ja pelkäävät, että heitä pidetään luulosairaina. Usein on hyvä keskustella potilaan kanssa siitä, mitä mieltä hän itse oli psykiatrin konsultaation pyytämisestä. Kivun kroonistumiseen liittyviä tekijöitä kannattaa käydä läpi yleisellä tasolla. Näin potilaalle voi tulla kokemus, että hän ei ole mikään kummajainen ja että muillekin ihmisille tapahtuu samanlaisia asioita. Kipupotilaan kieli on paljolti ruumiin kieli, ja jotta ymmärrys syntyisi, psykiatrin on puhuttava samaa kieltä. Ensimmäisen tapaamisen yhteydessä olisi hyvä keskittyä nimenomaan kipuun liittyviin asioihin. Seuraavalla kerralla voidaan sitten edetä potilaan elämäntilanteeseen ja elämänvaiheisiin ja niiden mahdollisiin yhteyksiin kivun kanssa. Joidenkin kipupotilaiden tutkiminen ja hoito epäonnistuvat sekä somaattisella että psykiatrisella puolella; nämä potilaat eivät asetu maailmakuvaan, jossa psyyke ja sooma erotetaan toisistaan.

Hoito ja ennuste

Somatoformisten häiriöiden hoito on oireenmukaista, koska häiriöillä ei ole tiettyä syytekijää ja koska oirekuva vaihtelee. Masennuslääkkeillä on vaikutusta mahdolliseen samanaikaiseen masennukseen, ja niillä voi olla vaikutusta myös somatoformiseen kipuoireiluun, kuten muutenkin kipuun (Granström 2005). Jotkut elimellisoireisista

häiriöistä kärsivät potilaat hyötyvät kognitiivisesta psykoterapiasta (Kisely ym. 2005, Hoffman ym. 2007). Somatoformisiin häiriöihin liittyvän kivun hoidossa noudatetaan tutkimusvaiheen jälkeen samoja periaatteita kuin muunkin kroonisen kivun hoidossa (ks. luku Krooninen kipu).

Somatoformiset häiriöt ovat kroonisia, mutta monet potilaat kykenevät järjestämään elämänsä oireilun mukaan ja oireiden hallinta paranee ajan myötä.

Vaikutus toimintakykyyn

Somatoformisten häiriöiden vaikutuksesta toimintakykyyn on tehty vain vähän tutkimuksia. Osaltaan tähän ovat varmasti vaikuttaneet vaikeudet somatoformisten häiriöiden luokittelussa. Toisaalta joissakin tutkimuksissa on käytetty nimityksiä ”lääketieteellisesti selittämättömät oireet” ja ”toiminnalliset oireet”. Tällaisten tutkimusten vertaaminen on hankalaa, koska aineistojen henkilöt voivat edustaa kovin erilaisia väestöryhmiä.

Kun Hiller ym. (1997) vertasivat 221 psykiatriseen osastohoitoon somatoformisen häiriön takia lähetettyä potilasta muita mielenterveyden häiriöitä sairastaviin, he totesivat toimintakyvyn heikentyneen merkittävästi kummassakin ryhmässä. Toimintakyky oli heikentynyt eniten niillä potilailla, joilla oli sekä somatoforminen häiriö että mielialahäiriö. De Waalin (2004) tutkimuksessa aineistona oli 1 046 perättäin yleislääkärin vastaanotolla käynyttä potilasta ja heistä 16 %:lla oli somatoforminen häiriö. Sekä somatoformisesta häiriöstä kärsineiden että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriötä poteneiden toimintakyky oli selkeästi heikentynyt. Eniten toimintakyky oli huonontunut niillä potilailla, joilla oli sekä somatoforminen häiriö että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö.

Lievä somatoforminen häiriö aiheuttaa kärsimystä, mutta ei yleensä yksinään vaikuta mainittavasti toimintakykyyn. Somaattisten oireiden määrän lisääntyessä myös toimintakyky huononee (Katon ja Walker 1998). Yksittäisistä häiriöistä somatisaatiohäiriö voi johtaa varsin merkittävään toimintakyvyn heikkenemiseen. Samanaikainen muu psykiatrinen sairaus (masennus, ahdistuneisuushäiriö) heikentää toimintakykyä selkeästi.

Toimintakyvyn arviointi

Toimintakykyä arvioitaessa kartoitetaan potilaan toimintaa työssä, kotiaskareissa, itsestä huolehtimisessa ja virallisten asioiden hoitamisessa sekä sosiaalista elämää perhepiirissä, ystävien kanssa ja harrastusten parissa. Oleellista on saada kuva potilaan ihmissuhteiden laadusta ja tavasta olla vuorovaikutuksessa. Toiminnan tasoa kuvattaessa voidaan käyttää esimerkiksi SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale), (kts. Mielialahäiriöt, Toimintakyvyn arviointi, taulukot 9–10). Samanaikaisten psykiatristen häiriöiden selvittelyssä erilaisista depressio- ja ahdistuneisuuskyselylomakkeista voi olla apua. Sen sijaan psykologin tutkimus, jossa kiinnitetään huomiota niin potilaan persoonallisuuden rakenteeseen kuin kognitiivisiin kykyihin, on usein suureksi avuksi psykiatristen häiriöiden ja toimintakyvyn arvioissa.

Liitteet

1. Lintonin kipukysely

2. Oswestry

3. DEPS-seula

4. Fibromyalgiakysely FIQ

Kittämme Kia Pelto-Vaseniusta ja Pirjo Peuralaa kuvista 3 ja 4

Liite 1

Lintonin kipukysely

nimi: _____ osoite: _____ puh.: _____	© Steven J Linton Yrkes- och miljömediciniska kliniken, Örebro (suomeksi sovittanut Ulla-Majja Kauko /KKK, Paula Simonen SatSHP)																						
<p>Tässä lomakkeessa on kysymyksiä ja väittämiä, jotka voivat olla ajankohtaisia Sinulle, joka kärsit kivuista ja säryistä. Lue jokainen kysymys huolella ja vastaa niihin välittömästi. On tärkeätä, että vastaat jokaiseen kysymykseen. Lomakkeelta löytyy aina joku vaihtoehto, joka vastaa parhaiten tilannettasi.</p>																							
<p>Esimerkki: Vastaa ympyröimällä yksi numero asteikkojanan vaihtoehtoista.</p> <p>Pidän liikunnasta</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin paljon</td> </tr> </table> <p>tai rastita ruutu</p> <p>Kuinka monta kertaa viikossa kuntoilet?</p> <input type="checkbox"/> 0–1 kertaa <input type="checkbox"/> 2–3 kertaa <input type="checkbox"/> 4–5 kertaa <input type="checkbox"/> 6–7 kertaa		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan									erittäin paljon	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
en lainkaan									erittäin paljon														
<p>1. Syntymävuosi _____ 2. Sukupuoli <input type="checkbox"/> mies <input type="checkbox"/> nainen 3. Syntymäpaikkakunta _____</p> <p>4. Mikä on työtilanteesi? Rastita sopivin vaihtoehto, joka kuvaa nykyistä tilannettasi. Oletko: <input type="checkbox"/> työssäkäyvä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> teet työtä kotona <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p> <p>5. Missä kipusi sijaitsee? Rastita kaikki kehon alueet, joissa Sinulla on kipuja <input type="checkbox"/> niska <input type="checkbox"/> olka-hartiaseutu <input type="checkbox"/> selän yläosa <input type="checkbox"/> selän alaosa <input type="checkbox"/> jalat <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p> <p>6. Kuinka monta päivää olet ollut sairauslomalla kipuoireitteesi takia viimeisen 12 kk:n aikana? Ympyröi oikea vaihtoehto. <input type="checkbox"/> 0 päivää <input type="checkbox"/> 1–2 päivää <input type="checkbox"/> 3–7 päivää <input type="checkbox"/> 8–14 päivää <input type="checkbox"/> 15–30 päivää <input type="checkbox"/> 31–60 päivää <input type="checkbox"/> 61–90 päivää <input type="checkbox"/> 91–180 päivää <input type="checkbox"/> 181–365 päivää <input type="checkbox"/> yli 365 päivää </p> <p>7. Kauanko olet kärsinyt nykyisistä oireistasi? Ympyröi oikea vaihtoehto. <input type="checkbox"/> 0–1 viikkoa <input type="checkbox"/> 2–3 viikkoa <input type="checkbox"/> 4–5 viikkoa <input type="checkbox"/> 6–7 viikkoa <input type="checkbox"/> 8–9 viikkoa <input type="checkbox"/> 10–11 viikkoa <input type="checkbox"/> 12–23 viikkoa <input type="checkbox"/> 24–35 viikkoa <input type="checkbox"/> 36–52 viikkoa <input type="checkbox"/> yli 52 viikkoa </p>																							
<p>8. Onko työsi raskasta tai yksitoikkoista? Ympyröi sopivin vaihtoehto. <input type="checkbox"/> en ole työssä</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin paljon</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan									erittäin paljon	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
ei lainkaan									erittäin paljon														
<p>9. Kuinka paljon Sinulla on ollut kipua viimeisen viikon aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan kipua</td> <td colspan="2">erittäin paljon kipua</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua									erittäin paljon kipua	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
ei lainkaan kipua									erittäin paljon kipua														
<p>10. Kuinka kipeä olet ollut keskimäärin viimeisen kolmen kuukauden aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin kipeä</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan									erittäin kipeä	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
en lainkaan									erittäin kipeä														
<p>11. Kuinka usein Sinulla on ollut kipua keskimäärin arvioituna viimeisen kolmen kuukauden aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan kipua</td> <td colspan="2">erittäin usein kipua</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua									erittäin usein kipua	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
ei lainkaan kipua									erittäin usein kipua														
<p>12. Ajattele tavallista päivääsi ja miten selviät siitä kipusi kanssa. Kuinka suuret mahdollisuudet Sinulla on itse vähentää kipuasi? Ympyröi asteikolta numero, joka vastaa parhaiten juuri Sinua.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">en pysty itse lainkaan vähentämään kipua</td> <td colspan="6">pystyn itse täysin vähentämään kipuni</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en pysty itse lainkaan vähentämään kipua					pystyn itse täysin vähentämään kipuni					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
en pysty itse lainkaan vähentämään kipua					pystyn itse täysin vähentämään kipuni																		
<p>13. Kuinka jännittyneeksi tai stressaantuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en tuntenut stressiä</td> <td colspan="2">olin erittäin stressaantunut</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en tuntenut stressiä									olin erittäin stressaantunut	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
en tuntenut stressiä									olin erittäin stressaantunut														
<p>14. Missä määrin masentuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana? Ympyröi vaihtoehto.</p>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="6">en lainkaan</td> <td colspan="5">hyvin masentuneeksi</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan						hyvin masentuneeksi				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10													
en lainkaan						hyvin masentuneeksi																	

Liite 1 Lintonin kipukysely

<p>15. Kuinka todennäköistä oman käsityksesi mukaan on, että nykyinen vaivasi jää pitkäaikaiseksi? Ympyröi vaihtoehto.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei todennäköistä erittäin todennäköistä</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>16. Kuinka suureksi arvioit mahdollisuutesi jatkaa työssäsi tai palata siihen seuraavien kuuden kuukauden kuluessa? Ympyröi vaihtoehto.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei mitään erittäin suuri mahdollisuuksia mahdollisuus</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>17. Kuinka tyytyväinen olet työhösi, kun otat huomioon työtehtäväsi, työnjohtamistavan, palkan, kehittymismahdollisuutesi työssä ja työkaverisi? Ympyröi vaihtoehto.</p> <p>Alla on muiden asiakkaiden kokemuksia ja kuvauksia kivustaan. Arvioi jokaisen väittämän kohdalla, missä määrin se vastaa omia kokemuksiasi.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 erittäin tyytymätön erittäin tyytyväinen</p>	<input type="text"/>
<p>18. Kipu lisääntyy fyysisen toiminnan myötä.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/>
<p>19. Kivun lisääntyminen on merkki siitä, että minun on lopetettava senhetkinen toimintani, kunnes vaiva helpottuu.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/>
<p>20. Minun on vältettävä normaaleja askareitani tai töitäni silloin, kun tunnen kipua.</p> <p>Tässä on kuvattu muutamia arkitoimintoja. Ympyröi numero, joka kuvaa parhaiten Sinun tämänhetkistä kykyäsi osallistua näihin toimintoihin.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>21. Kevyen työn tekeminen tunnin ajan</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi tehdä voin tehdä ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>22. Käveleminen tunnin ajan</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi kävellä voin kävellä kivun takia ilman kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>23. Tavallisten kodinhoitoon liittyvien töiden tekeminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi tehdä voin tehdä ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>24. Viikoittaisten kauppaa-ostosten hoitaminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi hoitaa voin hoitaa ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>25. Nukkuminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi nukkua lainkaan voin nukkua ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>Onko Sinulla jotain muuta kommentoitavaa tilanteestasi:</p> <hr/> <hr/>		
<p>Kiitos sinulle yhteistyöstä!</p>	<p>Pistemäärä</p> <input type="text"/>	

Lintonin kipukyselyn pisteytysohjeet

Laske summapistemäärä kohdista 5–25 seuraavasti:

- Kohdat 6–7: rasti ylärivin vasemman laidan ruudussa (0 päivää, 0–1 viikkoa) = 0 pistettä. Rasti ylärivissä toiseksi vasemmassa ruudussa (1–2 päivää, 2–3 viikkoa) = 1 pistettä jne, jolloin rasti alarivin oikeassa ääri-laidassa (yli 365 päivää, yli 52 viikkoa) = 9 pistettä.
- Kohdissa, jotka on merkitty 10–x, pistemäärä saadaan vähentämällä potilaan ympyröimän vaihtoehdon numero kymmenestä. Muissa kohdissa pistemäärä on sama kuin potilaan ympyröimän vaihtoehdon numero.

Kipukyselyn viitearvot

- < 90 = vähäinen kroonistumisen riski
- 90–105 = kohtalainen kroonistumisen riski
- > 105 = korkea kroonistumisen riski

Liite 2

Oire- ja haittakysely (Oswestryn indeksi)

Lomake on esimerkki selkäpotilailla käytetystä strukturoidusta kysymyssarjasta, jonka valmiista vastauksista potilas valitsee sen, joka parhaiten sopii hänen oireisiinsa. Lomake (versio 1.0) on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1980 (Fairbank J C, Couper J, Davies J B, F'Brien J P: The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 66:271–273) ja tätä versiota on Suomessa käytetty laajasti.

Kukin kysymys pisteytetään 0:sta 5:een siten, että ensimmäinen vaihtoehto saa 0 ja viimeinen 5. Indeksiksi lasketaan prosentteina maksimipistemäärästä: lasketaan yhteen pisteet kustakin vastatusta kysymyksestä, jaetaan summa maksimipistemäärästä (vastattujen kysymysten mukaan) ja kerrotaan sadalla. Esimerkiksi, jos kaikkiin kysymyksiin on vastattu ja pisteiden summa on 16, on indeksi $16 / 50 \times 100 = 32 \%$.

Ohjeita lomakkeen täyttämiseksi

Voisitko ystävällisesti vastata tähän kyselyyn. Kyselylomakkeen tarkoituksena on antaa lääkärilles tietoa siitä, kuinka kipusi on vaikuttanut kykyysi suoriutua jokapäiväisistä toimistasi. Ole hyvä ja vastaa jokaiseen kohtaan rastittamalla vain se ruutu, joka parhaiten kuvaa tilannettasi tänään.

Kohta 1 – kivun voimakkuus

- Minulla ei ole kipua tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin lievää tällä hetkellä.
- Kipuni on kohtalaista tällä hetkellä.
- Kipuni on melko voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on pahin mahdollinen tällä hetkellä.

Kohta 2 – Omatoimisuus (pukeutuminen, peseytyminen jne.)

- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti ilman, että siitä aiheutuu lisää kipua.
- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti, mutta siitä aiheutuu ylimääräistä kipua.
- Näistä toiminnoista selviytyminen aiheuttaa melkoisesti kipua ja vaatii aikaa ja varovaisuutta.
- Tarvitsen apua, mutta selviydyn useimmista toiminnoista itsenäisesti.
- Tarvitsen apua joka päivä useimmissa omatoimisuuteen liittyvissä toiminnoissa.
- En yleensä pukeudu tai peseydy lainkaan, pysyttelen sängyssä.

Kohta 3 – Nostaminen

- Voin nostaa raskaita taakkoja jotakuinkin kivuttomasti.
- Voin nostaa raskaita taakkoja, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja lattialta, mutta voin nostaa niitä jos ne on sijoitettu sopivasti, esim. pöydälle.
- Kipu nostaa ainoastaan raskaita taakkoja, mutta voin nostaa kevyitä tai keskiraskaita taakkoja, jos ne on sijoitettu sopivasti.
- Voin nostaa ainoastaan hyvin kevyitä taakkoja.
- En voi nostaa tai kantaa mitään.

Kohta 4 – Kävely

- Kipu ei estä kävelyäni lainkaan.
- Kipu estää minua kävelemästä kahta kilometriä enempää.
- Kipu estää minua kävelemästä puolta kilometriä enempää.
- Kipu estää minua kävelemästä sataa metriä enempää.
- Voin kävellä vain käyttäen keppiä tai kyynärsauvoja.
- Olen enimmäkseen vuoteessa ja minun on ryömittävä WC:hen.

Kohta 5 – Istuminen

- Voin istua millaisessa tuolissa tahansa niin pitkään kuin haluan.
- Vain määrätynlaisissa tuolissa voin istua miten pitkään tahansa.
- Kipu estää minua istumasta tuntia pidempään.
- Kipu estää minua istumasta puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi istua kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi istua ollenkaan.

Kohta 6 – Seisominen

- Voin seisoa miten pitkään tahansa ilman, että se aiheuttaa kipua.
- Voin seisoa niin pitkään kuin haluan, mutta se on kivuliasta.
- Kivun takia en voi seisoa tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa ollenkaan.

Kohta 7 – Nukkuminen

- Kipu ei vaikuta yöuneeni koskaan.
- Kipu häiritsee satunnaisesti untani.
- Kivun vuoksi nukun alle kuusi tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle neljä tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle kaksi tuntia.
- Kivun takia en saa ollenkaan nukkuttua.

Kohta 8 – Sukupuolielämä (vastaaminen vapaaehtoista)

- Sukupuolielämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu kipua.
- Sukupuolielämäni on normaalia, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Sukupuolielämäni on lähes normaalia, mutta hyvin kivulloista.
- Kipu rajoittaa huomattavasti sukupuolielämäni.
- Kivun takia sukupuolielämäni on lähes olematonta.
- Kipu estää minulta kaiken sukupuolielämän.

Kohta 9 – Sosiaalinen elämä

- Sosiaalinen elämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu minulle merkittävää kipua.
- Sosiaalinen elämäni on normaalia, mutta se lisää kipua.
- Kivulla ei ole merkittävää vaikutusta sosiaaliseen elämäni lukuunottamatta liikunnallisia harrastuksia, kuten hölkkäminen, tanssiminen jne.
- Kipu on rajoittanut sosiaalista elämäni, harrastukseni ovat vähentyneet aiemmasta.
- Kivun takia sosiaalinen elämäni on rajoittunut kotipiiriin.
- Kivun takia minulla ei ole mitään sosiaalista elämää.

Kohta 10 – Matkustaminen

- Voin matkustaa minne tahansa ilman merkittävää kipua.
- Voin matkustaa minne tahansa, mutta siitä aiheutuu kipua.
- Selviydyn yli kahden tunnin matkoista, mutta niistä aiheutuva kipu on ikävä.
- Kivun takia minun on rajoitettava matkani alle tunnin kestäviksi.
- Kivun takia voin tehdä vain alle puoli tuntia kestäviä välttämättömiä matkoja.
- Kivun takia en voi matkustaa minnekään muualle kuin lääkärin vastaanotolle tai sairaalaan.

Toimintakyky Oswestryn oire- ja haittakyselyn perusteella

0–20 %	<p>Vähäinen toimintakyvyn aleneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Henkilö selviytyy kaikista toimistaan, mutta voi tarvita neuvoja istumisen, nostamisen ja itsehoidon osalta. Sairausloma ei ole yleensä tarpeellinen.
21–40 %	<p>Kohtalainen toimintakyvyn aleneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Selkäkivun takia on vaikeuksia istuessa, nostaessa, seisoessa ja matkustaessa. Henkilö selviytyy päivittäisistä toimistaan, mutta voi tarvita sairausloma. Hoito on konservatiivinen.
41–60 %	<p>Vaikea toimintakyvyn heikentyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kivun takia on vaikeuksia päivittäisistä toimissa, sosiaalisessa elämässä, matkustamisessa, nukkumisessa ja sukupuolielämässä. Tutkimukset ovat aiheellisia.
61–80 %	<p>Vaikea-asteinen toimintakyvyn rajoittuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaikki toimet kotona ja työssä ovat rajoittuneet selkäkivun takia. Tutkimukset ovat tarpeelliset.
81–100 %	<p>Vuodepotilas tai oireiden lioittelu</p> <ul style="list-style-type: none"> Henkilö tarvitsee huolelliset lääketieteelliset tutkimukset ja tarkkailun.

Liite 3

DEPS				
Alla olevassa luettelossa esitetään Sinua itseäsi koskevia väitteitä. Ympyröi jokaisen väitteen jäljessä olevista numeroista se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa mielentilaasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana.				
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta.	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi.	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta.	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi.	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi.	0	1	2	3
Tulevaisuus näytti toivottomalta.	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni.	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi.	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästäni.	0	1	2	3
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla.	0	1	2	3

12 pistettä tai enemmän saaneista 47,3 % sai depressiodiagnoosin. (Salokangas, Stengård, Poutanen)

Liite 4

Fibromyalgiakysely

Nimi: _____

Pvm: _____

VASTAA VIIMEISEN 7 vrk ajalta! Sivuuta kysymys, jos et normaalisti tee kysyttyä asiaa.

Kykenitkö viimeisen viikon aikana ?

1. Käymään ostoksilla

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

2. Pesemään pyykit koneella

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

3. Valmistamaan ruokaa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

4. Tiskaamaan astioita ja kattiloita käsin

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

5. Imuroimaan paksua mattoa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

6. Sijaamaan vuodetta

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

7. Kävelemään yli kilometrin matkan

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

8. Vieraillemaan ystävien/sukulaisten luona

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

9. Tekemään pihatöitä

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

10. Ajamaan autoa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

11. Kiipeämään portaita

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

12. Kuinka useana päivänä viimeisen viikon aikana voit hyvin? (0–7) _____

13. Kuinka monta päivää olit sairauslomalla fibromyalgian vuoksi viimeisen viikon aikana? (sisältää kotityöt)

Rengasta oikea vaihtoehto

0 1 2 3 4 5 6 7

14. Jos kävit työssä, miten paljon kipusi tai fibromyalgian muut oireet haittasivat työkykyäsi?

ei lainkaan haitannut | _____ | suuria vaikeuksia

15. Kuinka paha kipusi on ollut?

ei lainkaan kipua | _____ | pahin mahdollinen kipu

16. Kuinka väsynyt olet ollut päivisin?

en lainkaan | _____ | erittäin väsynyt

17. Miltä olosi on tuntunut aamulla herättyäsi?

heräsin virkeänä ja levänneenä | _____ | heräsin erittäin väsyneenä

18. Kuinka kankea olet ollut?

en lainkaan | _____ | erittäin kankea

19. Kuinka jännittyneeksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana?

en lainkaan | _____ | erittäin jännittyneeksi

20. Miten masentunut tai surullinen olet ollut viimeisen viikon aikana?

en lainkaan | _____ | erittäin masentunut

FIQ-pisteytys

1. Kysymykset 1–11 kuvaavat fyysisistä haittaa. Potilas voi jättää vastaamatta, mikäli ei ole jotakin asiaa tehnyt. Mitä enemmän pisteitä, sen suurempi haitta. Pisteet 0–3, siten että 3 on suurin haitta. Pisteet lasketaan raakapisteistä (max 33), jotka jaetaan vastattujen kysymysten lukumäärällä. Esim. potilas vastaa kaikkiin maksimit eli saa pisteiksi 33, joka jaetaan 11:sta eli pisteiksi tulee 3.

Tämä summa korjataan lopullisessa laskennassa kertomalla summa korjauskertoimella 3.33 eli maksimipisteiksi tulee siten 1.

2. Kysymyksessä 12 haittaluku on 0–7, jossa 7 on suurin haitta. Korjauskerroin lopullisessa laskussa on 1.43

3. Työstä poissaolo 0–7 kysymyksessä 13 voidaan myös korjata kertoimella 1.43.

4. **Lopullinen FIQ kokonaisluku voi vaihdella 0–80** ja siihen otetaan mukaan kysymykset 1–12 sekä 15–20.

VAS-kysymyksistä otetaan pisteet suoraan 0–10 kokonaislukuina.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991;18:728-33.

Kirjallisuutta

- Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen M, Jensen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain* 1995;61:18–93.
- Andrasik F, Lipchik GL, Mc Crory DC, Wittrock DA. Outcome measurement in behavioural headache research; headache parameters and psychosocial outcomes. *Headache* 2005;45:429–37.
- Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000;41:104–13.
- Attal N, Cruccu G, Haanpää M ym. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1–17.
- Attal N, Cruccu G, Haanpää M ym. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1153–69.
- Ayzenberg I, Obermann M, Nyhuis P ym. Central sensitization of the trigeminal and somatic nociceptive systems in medication overuse headache mainly involves cerebral supraspinal structures. *Cephalalgia* 2006;26:1106–14.
- Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995;39:403–427.
- Becker N, Sjogren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84:203–11.
- Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2000;20:603–10.
- Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706–11.
- Bennett MI, Attal N, Backonja MM ym. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007;127:199–203.
- Birklein F, Rowbotham M. Does pain change the brain? *Neurology* 2005;65:666–7.
- Birker-Smith, M. Somatization and chronic pain. *Acta Anesthesiol. Scan.* 2001;45:1114–20.
- Boersma K, Linton S, J. Early assessment of psychological factors: The Örebro Screening Questionnaire for Pain. Kirjassa: Linton S. J. toim. New avenues for the prevention of pain. Vol 1. Amsterdam Elsevier 2002: s. 205–13.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728–33.
- Burckhardt CS. Non-pharmacologic management strategies in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:291–304.
- Burckhardt CS, Clark CR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol* 1993;20:475–9.
- Busch A, Schachter CL, Peloso PM ym. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3:CD003786.
- Burland RJ, Pang J, Gorss ER, Woodcock AA, Geddas DM. Two-, six-, and 12 minute walking tests in respiratory disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284:1607–8.
- Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel Functional ability and work status in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1988;1:85–98.
- Cepeda MS, Carr DB, Lau J. Local anesthetic sympathetic blockade for complex regional pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4:CD004598.
- Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:685–701.
- Colas R, Munoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338–42.
- Cruccu G, Anand P, Attal N ym. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2004; 11:153–162.
- Crofford LJ. Pharmaceutical treatment options for fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2004;6:274–80.
- Croft P, Schollum J, Sillman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *Br Med J* 1994;309:696–9.
- Daousi C, MacFarlane IA, Woodward A, Nurmikko TJ, Bundred PE, Benbow SJ. Chronic painful peripheral neuropathy in an urban community: a controlled comparison of people with and without diabetes. *Diabet Med* 2004;21:976–82.
- Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:1518–22.
- De Mos M, de Bruijn AG, Huygen FJ, Dieleman JP, Stricker BH, Sturkenboom MC. The incidence of complex regional pain syndrome: a population based study. *Pain* 2006
- Baron R, Jänig W. Complex regional pain syndromes – how do we escape the diagnostic trap? *Lancet* 2004;364:1739–41.
- De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470–476.
- Diener H-C, Katsarava Z. Analgesic/abortive overuse and misuse in chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5:545–50.
- Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000;25:2940–52.
- Finnerup NB, Johannesen IL, Sindrup SH, Bach FW, Jensen TS. Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: a postal survey. *Spinal Cord* 2001;39:256–62.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992;49:221–30.
- Frettlöh J, Hüppe M, Maier C. Severity and specificity of neglect-like symptoms in patients with complex regional pain syndrome (CRPS) compared to chronic limb pain of other origins. *Pain* 2006;124:184–9.
- Freyhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1911–20.
- Fink et al, *Psychosomatics* 2005;46:540–548
- Färkkilä M. Krooninen päivittäinen päänsärky. *Duodecim* 2005;121:657–63.
- Färkkilä M. Päänsärky. Kirjassa: Soinila S, Kaste M, Somer H ym. *Neurologia, 2. painos. Duodecim* 2006 s. 175–6.
- Galil K, Choo PW, Donahue DVM, Platt R. The sequelae of herpes zoster. *Arch Intern Med* 1997;157:1209–1213.
- Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia. *JAMA* 2004;292:2388–95.
- Granström V. Psykiatria kipupotilaan tutkimisessa ja hoidossa. *Suom Lääkäril* 2005;60:3373–7.
- Haanpää M, Kivipelto L, Pohjola J ym. Pään alueen neuralgisten kipujen hoito. *Duodecim* 2005;121:687–95.
- Haanpää M. Neuroopaattisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2007 ja Terveystoimitt.
- Hannonen P. Mikä hoidoksi fibromyalgiaan? *Suomen Lääkärilehti* 2005;37:3625–9.

- Hannonen P, Mikkelsson M. M79.0 - mistä fibromyalgiassa on kyse, mitä hoidoksi? *Duodecim* 2004;120:237–46.
- Hansson P, Haanpää M. Diagnostic work-up of neuropathic pain: Computing, using questionnaires or examining the patient? *Eur J Pain* 2007.
- Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, Rahman S. Spinal cord stimulation in sympathetically maintained complex regional pain syndrome type I with severe disability. A prospective clinical trial. *Eur J Pain* 2005;9:363–373.
- Hawley D, Wolfe F. Pain disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol* 1991;18:1552–7.
- Headache Classification Subcommittee of the International Classification of Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1–160.
- Hidding A, van Santen M, de Klerk E ym. Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994;21:818–23.
- Hiller W, Rief W, Fichter MM. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:432–438.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic back pain. *Health Psychol* 2007;26:10–12.
- Holroyd K, O'Donnell E, Stensland M ym. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy and their combination: a randomized, controlled trial. *JAMA* 2001;285:2208–15.
- Hsu MC, Clauw DJ. A different type of procedure for a different type of pain. *Arthritis Rheum* 2006;54:3725–7.
- Jelinski SE, Magnusson JE, Becker WJ. Factors associated with depression in patients referred to headache specialists. *Neurology* 2007;68:489–95.
- Juottonen K, Gockel M, Silen T, Hurri H, Hari R, Forss N. Altered central sensorimotor processing in patients with complex regional pain syndrome. *Pain* 2002;98:315–23.
- Jänig W, Baron R. Complex regional pain syndrome: mystery explained? *Lancet* 2003;361:987–97.
- Jääskeläinen S, Haanpää M, Häkkinen V. Kvantitatiiviset tuntokynnysmittaukset. Kirjassa: Partanen J ym. Toim. Kliininen neurofysiologia, *Duodecim* 2006; s. 600–616.
- Jääskeläinen S, Teerijoki-Oksa T, Virtanen A, Tenovu O, Forssell H. Sensory regeneration following intraoperatively verified trigeminal nerve injury. *Neurology* 2004;62:1951–7.
- Kallela M. Mitä uutta migreenin patofysiologiasta ja genetiikasta? *Duodecim*. 2005;121:665–73.
- Kalso E, Paakkari P, Stenberg I toim. Opioidit pitkäaikaisessa kivussa. Lääkelaitos 2004.
- Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M ym. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001984.
- Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:15–21.
- Katsarava Z, Muessig M, Dzagmidze A ym. Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005;25:12–15.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- Kemler MA, de Vet HC, Barendse GA, van den Wildenberg FA, van Kleef M. The effect of spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy: two years' follow-up of the randomised controlled trial. *Ann Neurol* 2004;55:13–8.
- Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1996;39:682–5.
- Kisely S, Campbell LA, Skerritt P. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1: CD 004101.
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas I ym. Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:65–9.
- Koskinen M, Hietaharju A, Kyläniemi M ym. A quantitative method for the assessment of intradermal nerve fibers in small-fiber neuropathy. *J Neurol* 2005;252:789–94.
- Lasten päänsärlyn Käypä hoito 2003.
- Laukkanen RT. Development and evaluation of a 2-km walking test for assessing maximal aerobic power of adults in field conditions. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 23, 1993.
- Ledingham J, Doherty S, Doherty M. Primary fibromyalgia syndrome - an outcome study. *Br J Rheumatol* 1993;32:139–42.
- Lindfors N, Kallio P. Lapsen raajakipu – tunnistatko kipuoireyhtymän? *Duodecim* 2007;123:290–5.
- Linton S, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003;19:80–6.
- Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM ym. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on health care seeking behavior. *J Rheumatol* 1999;26:413–9.
- Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, Schollum J, Croft PR, Silman AJ. The natural history of chronic pain in the community: a better prognosis than in the clinic. *J Rheumatol* 1996;23:1617–20.
- Maihöfner C, Handwerker HO, Neundorfer Birklein F. Cortical reorganization during recovery from complex regional pain syndrome. *Neurology* 2004;63:693–701.
- Mannerkorpi K, Iversen M. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:629–47.
- Merskey H, Bogduk N toim. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press 1994.
- Merskey H, Bogduk N. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press 1994, s. 40–43.
- Meyer-Rosberg K, Kvarnstrom A, Kinnman E, Gordt T, Nordfors LO, Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain – a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain*. 2001;5(4):379–89.
- Migreenin Käypä hoito 2002.
- Moore A, Edwards J, Barden J, McQuay H. Bandolier's little book of pain. An evidence-based guide to treatments. Oxford University Press 2003.
- Moseley GL. Is successful rehabilitation of complex regional pain syndrome due to sustained attention to the affected limb? A randomised clinical trial. *Pain* 2005;114:54–61.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R ym. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175–80.
- Mäntyselkä P, Turunen J, Ahonen R, Kumpusalo E. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003;290:2435–42.

Nikiforow Rita Epidemiological studies on headache in northern Finland. Väitöskirja. Oulun yliopisto 1981.

Rasmussen B, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147–57.

Paltamaa J, Karppi S-L, Smolander J, Koho P, Vaara M, Hurri H. Suomessa käytössä olevia toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:459–64

Pohjolainen T. Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:3399–3405.

Quimby LG, Block SR, Grattwick GM. Fibromyalgia: generalized pain intolerance and manifold symptom re-reporting. *J Rheumatol* 1988;15:1264–70.

Rains JC, Penzien DB. Sleep and chronic pain: challenges to the alpha-EEG sleep pattern as a pain specific sleep anomaly. *J Psychosom Res* 2003;54:77–83.

Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:611–7.

Rasmussen B, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1992;12:221–8.

Rowbotham MC. Pharmacological management of complex regional pain syndrome. *Clin J Pain* 2006;22:425–9.

Salokangas RK, Stengård E, Poutanen O. DEPS – uusi väline depression seulontaan. *Duodecim* 1994; 110, 1141–48.

SBU. Rapportör - Metoder för behandling av långvarig smärta [verkkodokumentti] 2006. www.sbu.se

Smith AG, Russell J, Feldman EL ym. Lifestyle intervention for pre-diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 2006;29:1294–9.

Smith BH, Torrance N, Bennett MI, Lee AJ. Health and quality of life associated with chronic pain of pre-dominantly neuropathic origin in the community. *Clin J Pain* 2007;23:143–9.

Smolander J, Hurri H ym. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausten kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. Toiminta- ja työkyvyn edellytyksiä arvioiva testistö – viitekehysenä WHO:n kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) ”suorituskesä”-osa-alue (ACTIVITIES). *Stakes ja Kansaneläkelaitos. Aiheita* 25/2004. Helsinki 2004. Saatavissa: www.stakes.fi/verkkojulk/#2004

Taylor RS, van Buyten J, Buchser E. Spinal cord stimulation for complex regional pain syndrome: a systematic review of the clinical and cost-effectiveness literature and assessment of prognostic factors. *Eur J Pain* 2006;10:91–101.

Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000;88:41–52.

Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for chronic tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia* 2004;24:29–36.

Treede RD, Jensen TS ym. Neuropathic pain. Redefinition and a grading system for clinical and research purp. *Neurology* 2007 Nov 14 (Epub ahead of print)

Tuomi K, Ilmarinen J, Jähkölä A. Työkyvyndeeksi. Työterveyslaitos 1997.

Ware JE jr, Shrebourne. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473–83.

Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19–28.

Wolfe F, Smythe H, Yunus MB ym. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160–72.

Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet* 1999;353:1959–64.

Österberg A, Boivie J, Tuomas KA. Central pain in multiple sclerosis – prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain* 2005;9:531–42.

Puheenjohtaja

Maija Haanpää, LT, erikoislääkäri, ylilääkäri, KuntoutusORTON ja kipukonsultti HYKS, Neurokirurgian klinikka

Jäsenet

Timo Kauppila, dosentti, LT, erikoislääkäri
Korson terveysasema, Vantaa

Michael Eklund, LKT, erikoislääkäri, ylilääkäri
Malmin terveydenhuoltoalue

Veikko Granström, erikoislääkäri
HUS, HYKS, psykiatrian poliklinikka

Nora Hagelberg, LT, ma apulaisyllilääkäri
TYKS, Kipupoliklinikka

Pekka Hannonen, professori, ylilääkäri
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kuopion yliopisto

Eero Kyllönen, ylilääkäri
Oulun yliopistollinen sairaala

Marja Kyrö, erikoislääkäri
Jyväskylän Seudun työterveys

Teija Loukusa-Nieminen, kuntoutuslääkäri
Kajaanin Kuntokeskus

Sinikka Luutonen, LT, erikoislääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala

Tiina Telakivi, neurologian dosentti, asiantuntijalääkäri
Kela, Eläke- ja toimeentuloturvaosasto

Aarne Ylinen, neurologian dosentti, kuntoutusylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala

Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö
FACULTAS (toimittaja)

Mielialahäiriöt

Tiivistelmä

Tämän suosituksen tavoitteena on yhtenäistää lääkäreiden käytäntöjä mielialahäiriöistä (masennustila, toistuva masennus sekä tyyppien I ja II kaksisuuntainen mielialahäiriö) kärsivien potilaitensa toimintakyvyn arvioinnissa. Mielialahäiriöiden kulku on yleensä toistuva ja sairausjaksojen välillä esiintyy usein pitkäaikaisesti ennako- ja jälkioireita. Potilaan toimintakyky voi vaihdella sairausjaksojen ja oireettomien tai vähäoireisten jaksojen välillä huomattavasti. Toimintakykyarviossa onkin siksi kyse sekä tarkan ajankohtaisen arvion tekemisestä että potilaalle tyyppillisen toimintakyvyn vaihtelun kartoittamisesta. Toimintakyky ja sen rajoitukset ilmenevät yksilöllisesti monella eri elämänaalueella, kuten työssä, perhe-elämässä, vapaa-ajan toiminnassa ja omasta itsestä huolehtimisessa. Toi-

mintakykyä arvioitaessa ja sitä asiakirjoissa kuvattaessa on tärkeitä kuvata konkreettisesti, mitä potilas kulloinkin näillä elämänaalueilla kykenee ja mitä ei kykene tekemään. Aiemmin aikuisiällä saavutettu paras toimintakyky on keskeisin vertailukohta arvioitaessa sairauden aiheuttamia toimintakyvyn rajoituksia. Toimintakyvyn ja sen vaihtelun kuvaamisessa on hyödyllistä käyttää arviointiasteikkoa. SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale) käytettäessä ajankohtaista toimintakykyä koskeva kokonaisarvio ilmaistaan pistemääränä. Tämän asteikon systemaattisen käytön avulla voidaan tarkentaa toimintakyvyn arviointia ja kuvaamista hoidossa, kuntoutuksessa ja potilasta koskevissa asiakirjoissa.

Suosituksen tarkoitus ja tavoitteet

Facultas-projektin tavoitteena on luoda ja tukea yhteisiä käytäntöjä keskeisistä kansansairauksista kärsivien potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Tämän suosituksen tavoitteena on yhtenäistää mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn arviointia. Sitä tarvitaan sairaudenkulun seuraamisessa, hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden tarpeen arviossa, hoito- ja kuntoutusvasteen seuraamisessa, sairausloman aloittamisen ja lopettamisen yhteydessä, vakuutuslääketieteellisissä sairauspäiväraha-, työkyvyttömyyseläke-, kuntoutus- ja muissa etuusratkaisuihin sekä harkittaessa itsenäisen elämän ylläpitämiseksi tarvittavia tukitoimia. Toimintakykyarvion käyttötarkoitus määrittää arvion kuvaamistapaa ja laajuutta.

Toimintakyky ja sen rajoitukset ilmenevät monella eri elämänaalueella, kuten työssä, perhe-elämässä, vapaa-ajan toiminnassa sekä omasta itsestä huolehtimisessa. Mielenterveyteen liittyvän toimintakyvyn arvioinnin erityisongelma on vaikeus erottaa toisistaan motivaation ja toimintakyvyn merkitys siinä, miten henkilö jokapäiväisessä elämässä toimii. Käytännössä joudutaan rajoittamaan sen tarkasteluun, miten henkilö entisissä elämäolosuhteissa on toiminut ja nykyään toimii. Olisiko toimintakyky parempi

toisissa olosuhteissa tai jos henkilö olisi toimintaan paremmin motivoitunut, jää avoimeksi. Motivaation puute on usein – mutta ei aina tai kokonaan – masennuksen oire.

Mielialahäiriöiden toistuvan ja vaihtelevan kulun vuoksi myös näistä häiriöistä kärsivien toimintakyky vaihtelee usein huomattavastikin. Siksi yksi hetkellinen arvio toimintakyvystä ei anna oikeaa kokonaiskuvaa, vaan arvioissa on välttämätöntä ottaa huomioon pitkittäisnäkökulma. On hyvä kartoittaa ajankohtaisen tilan ohella elämänaikainen sairaudenkulku ja ajankohtaisen sairausjakson kulku, ja arvioida toimintakyvyn vaihtelua näistä perspektiiveistä. Arvioon on hyvä sisällyttää myös saadun hoidon asianmukaisuus ja hyöty, muut toimintakykyyn olennaisesti vaikuttavat sairaudet, elämäntilanne, potilaan oma arvio toimintakyvystään ja hänen toipumisennusteensa. Toimintakyvyn kuvaamisessa on aiheellista käyttää konkreettista, mahdollisimman pitkälti objektiivisiin seikkoihin ankkuroitua sanallista kuvausta siitä, mitä potilas kykenee ja mitä ei kykene tekemään, sekä lisäksi toimintakyvyn arviointiasteikkoa (SOFAS).

Taulukko 1 Masennustilan ICD-10-oirekriteerit lyhennettyinä. Vähintään neljän oireista on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan.

- Masentunut mieliala
- Mielihyvän menetys
- Uupumus
- Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
- Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
- Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoihin käytös
- Päätämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
- Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
- Unihäiriö
- Ruokahalun ja painon muutos

Taulukko 2

Hypomaaniseen mielialaan liittyy samanaikaisesti vähintään kolme seuraavista oireista. Näiden oireiden on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään neljän vuorokauden ajan.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen
- Keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyyks
- Unen tarpeen väheneminen
- Seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu
- Lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös
- Lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus

Taulukko 3

Manian diagnoosiin edellytetään mielialan muutoksen lisäksi ainakin kolme seuraavista oireista (neljä, jos mieliala on ärtyisä). Lisäksi oireiden on pitänyt kestää vähintään viikon tai johtaa sitä lyhyemmässä ajassa sairaalahoitoon.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva
- Ajatuksenriento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta
- Sosiaalinen estottomuus
- Vähentynyt unentarve
- Kohonnut itsetunto tai suuruusharhat
- Häiriöherkkyyks tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
- Uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskkejä potilas ei tunnista
- Lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus

Mielialahäiriöiden diagnostiikka

Masennustila ja toistuva masennus

Masennustila on oireyhtymä. Sen diagnostiikassa on siksi keskeistä yksittäisten masennusoireiden tunnistaminen ohella nimenomaan itse oireyhtymän toteaminen. Depressiot jaetaan Tautiluokitus ICD-10:ssä masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Jälkimmäisessä potilaalla on esiintynyt masennustila vähintään kerran aiemminkin. Itse masennusoireyhtymän kriteerit ovat muuten samat. Oleellista on, että masennustilan oireita on esiintynyt yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja että ne ovat vaikeudeltaan kliinisesti merkittäviä. Diagnoosi edellyttää, että kymmenestä kriteerioireesta (taulukko 1) esiintyy vähintään neljä. Masennuksen vaikeusastetta voidaan arvioida kriteerioireiden lukumäärän mukaan tai erillisten oireasteikkojen avulla. Psykoottisessa masennustilassa esiintyy lisäksi harhaluuloja tai hallusinaatioita.

Masennuspotilaan erotusdiagnoosissa on tärkeää sulkea pois kaksisuuntainen mielialahäiriö ja selvittää, että masennustila ei johdu suoraan jostakin somaattisesta sairaudesta. Somaattisen sairauden ja depression oireiden erottaminen toisistaan ei ole aina helppoa. Tällöin on syytä kiinnittää huomiota erityisesti depression affektiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin (masentunut mieliala, mielihyvän menetys, heikentynyt itsetunto, keskittymisvaikeudet, toivottomuus, itsetuhoajatukset, psykoottiset oireet) jotka johtuvat harvemmin suoraan somaattisesta sairaudesta kuin vegetatiiviset oireet (väsymys, psykomotorinen hidastuneisuus, ruokahaluttomuus, laihduminen).

Kaksisuuntainen mielialahäiriö (tyypit I ja II)

Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy paitsi depressiivisiä myös maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia (maanisia ja depressiivisiä oireita yhtäaikaisesti) sairausjaksoja. Sairauden tyypissä I potilaalla esiintyy masennusvaiheiden ohella maanisia tai sekamuotoisia jaksoja, tyypissä II vain lievempiä hypomaanisia jaksoja ja depressioita. Maanisten ja hypomaanisten jaksojen keskeisin ero on vaikeusasteessa ja häiriöjaksoon liittyvässä toimintakyvyn heikkenemisessä, jota hypomaniassa ei määritelmän mukaisesti merkittävästi esiinny.

Hypomaaninen mieliala on lievästi kohonnut (taulukko 2). Potilaan tunnevirettä luonnehtii korostunut ja suhteeton hyväntuulisuus vuorokausien ajan olosuhteista riippumatta. Mieliala voi olla myös ärtyisä, erityisesti tilanteissa, joissa potilas kohtaa rajoituksia ja esteitä.

Maniassa esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa mutta voimakkaampina (taulukko 3). Mania aiheuttaa räi-

keän muutoksen potilaan normaaliin toimintaan nähden, merkittävää sosiaalista haittaa ja toimintakyvyn heikkene- mistä. Maniassa potilaan mieliala voi olla joko euforisen kohonnut tai ärtyisä.

Mielialahäiriöpotilaiden monihäiriöisyys

Psykiatrinen monihäiriöisyys

Mielialahäiriön vuoksi hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psyykkisestä oireyhtymästä. Tyypillisiä samanaikaisia psyykkisiä häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt ja päihdehäiriöt. Muiden samanaikaisten häiriöiden olemassaolo (psykiatrinen komorbiditeetti) yleensä heikentää toimintakykyä.

Tyypillisiä samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä (paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, eräät muut pelot ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö) esiintyy noin puolella depressiosta tai bipolaarihäiriöstä kärsivistä potilaista. Lähes puolet depression tai bipolaarihäiriön vuoksi hoitoon hake- tuneista kärsii jonkinlaisesta persoonallisuushäiriöstä. Ylei- simpää ovat estynyt, tunne-elämältään epävakaa ja vaativa persoonallisuus. Mitä vaikeampi persoonallisuushäiriö on, sitä enemmän sillä on kliinistä merkitystä. Päihderiippu- vuutta tai päihneiden väärinkäyttöä esiintyy ajankohtaisesti noin 20–30 %:lla masennustilasta kärsivistä. Kliinisesti keskeisin päihde Suomessa on alkoholi.

Somatopsykiatrinen monihäiriöisyys

Mielialahäiriöpotilailla esiintyy erilaisia somaattisia saira- uksia vähintään yhtä paljon kuin muilla samanikäisillä. Somaattinen terveydentila on olennainen seikka sekä ero- tusdiagnoosiikan kannalta että arvioitaessa toiminta- ja työkykyä. Keskeisintä on usein somatopsykiatrinen moni- ongelmaisuus ja sen kokonaisvaikutus toimintakykyyn. Somaattisen sairauden aiheuttama toimintakyvyttömyys usein korostuu masennuksen myötä. Toisaalta somaattinen sairaus saattaa aiheuttaa psyykkistä kuormitusta.

Masennustilan hoito

Depression hoidon vaiheet ja organisointi

Depression akuuttihoidossa voidaan käyttää sekä psy- koterapiaa että depressiolääkitystä tai molempia yhtäai- kaisesti ja joissakin kaikkein vaikeimmissa depressioissa

myös aivojen sähköhoitoa (ECT). Hoitomuodon valintaa ohjaavat keskeisesti sekä depression vaikeusaste että eri hoitomuotojen saatavuus. Masennuksen lääkehoito jae- taan ajallisesti kolmeen erilliseen vaiheeseen: akuuttihoi- toon, jatkohoittoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaiheessa tavoitteena on saada potilas oireettomaksi, jatkohoitovai- heessa estää oireiden palaaminen (relapsi) ja ylläpitovai- heessa uuden sairausjakson puhkeaminen.

Depression lääkehoito

Masennustilan ja toistuvan masennustilan hoito masen- nuslääkkein on yleensä sitä tärkeämpää, mitä vaikeam- masta depressiosta on kysymys. Jos potilaan toimintakyky on depression vuoksi pidempiaikaisesti heikentynyt, on samanaikainen masennuslääkehoito useimmiten aiheelli- nen, vaikka potilas saisi asianmukaista psykoterapeuttista hoitoa. Hoitomyöntyvyyden ongelmat ovat keskeinen hoidon tuloksellisuutta rajoittava tekijä. Ensimmäisen masennuslääkehoidon yhteydessä noin kaksi kolmasosaa lääkettä säännöllisesti käyttävistä toipuu kokonaan tai osittain oireettomaksi ja noin kolmasosa ei hyödy ensim- mäisestä hoitoyrityksestä.

Masentuneen potilaan tilaa on akuuttivaiheessa seurattava säännöllisin tapaamisin 1–2 viikon välein ja tar- vittaessa tiiviimminkin, jos esimerkiksi itsemurhariski arvioidaan suurentuneeksi. Seurantatapaamisissa on suositeltavaa kartoittaa potilaan tilaa arviointiasteikkojen (esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikko) tai kyselylo- makkeiden (esimerkiksi Beckin depressioasteikko) avulla. Akuuttihoidon varsinaisena tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus (esimerkiksi alle 8 oirepis- tettä Hamiltonin depressioasteikolla tai alle 10 pistettä Beckin 21-kohtaisessa masennuskyselyssä).

Saavutettu lääkevaste arvioidaan sen jälkeen, kun lääke- keen täyttä hoitoannosta on käytetty noin 6–8 viikkoa. Ellei selvää vastetta ole havaittavissa, on tehoton lääke- hoito syytä lopettaa ja aloittaa uusi masennuslääkitys. Jos kaksi perättäistä ja asianmukaisesti toteutettua lääkehoi- tokokeilua ei ole johtanut selvään vasteeseen, on kyseessä ns. lääkeresistentti depressio. Sitä voidaan yleensä hoitaa siirtymällä jälleen uuteen masennuslääkkeeseen tai lää- keyhdistelmään. Erityisesti jos masennus on johtanut toimintakyvyttömyyteen, on lääkeresistentin depressio- potilaan ohjaaminen psykiatriseen erikoissairaanhoidtoon tai psykiatrian erikoislääkärin konsultointi paikallaan. Masennuslääkehoitoa on aina syytä jatkaa noin puolen

vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen, koska oireiden uusiutumisen riski on suuri, jos hoito lopetetaan heti oireiden hävitessä.

Masennuslääkehoitoa on syytä jatkaa pitkäaikaisena estohoitona silloin, kun potilas on elämänsä aikana kärsinyt toistuvista, vähintään keskivaikeista masennustiloista. Ylläpitohoito on suositeltavaa lähes aina, kun kyseessä on kolmas elämänaikainen vakava masennusjakso, ja usein jo kahden masennusjakson jälkeen, ainakin jos sairausjaksoihin on liittynyt vakavaa itsetuhoisuutta, toimintakyvyyttömyyttä tai muuta vastaavaa haittaa. Ylläpitohoidon avulla voidaan pienentää merkittävästi masennuksen uudelleen puhkeamisen todennäköisyyttä.

Depression psykotераpeuttinen hoito

Masennustilojen hoidossa on kognitiivisista ja behavioraalista lyhytpsykoterapioista, interpersonallisesta psykoteraapiasta ja psykodynaamisesta lyhytpsykoterapiasta osoitettu olevan hyötyä suunnilleen yhtä paljon kuin lääkehoidosta. Psykoterapeuttisten hoitojen oireita lievittävä teho ilmenee hitaammin kuin lääkehoidon teho. Toisaalta psykoterapeuttisilla hoidoilla on usein muita, laajempia myönteisiä vaikutuksia, jotka ylittävät lääkehoidon tuottaman hyödyn. Psykoterapia edellyttää kuitenkin potilalta sitoutumista tavoitteelliseen terapiatyöskentelyyn ja vaatii sekä motivaatiota että kykyä käsitellä asioita sanallisesti. Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa psykoterapia ei sovellu yksinomaiseksi hoitomuodoksi. Kansaneläkelaitos voi psykiatrian erikoislääkärin tai terapiakoulutuksen saaneen lääkärin lausunnon perusteella tukea psykoterapiaa lääkinnällisenä kuntoutuksena, jonka tavoitteena on työ- ja toimintakyvyn palauttaminen tai ylläpitäminen.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoito

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuuttihoito kuuluu yleensä psykiatrian erikoislääkärille. Sairauteen liittyviä maanisia ja sekamuotoisia sairausjaksoja hoidetaan mielialaa tasaavilla lääkkeillä (litium, valproaatti, karbamatsapiini) ja atyyppisillä psykoosilääkkeillä (aripipratsoli, ketiapiini, olantsapiini, risperidoni, tsiprasidoni). Sairauden masennusvaiheita hoidetaan mielialaa tasaavilla tai eräillä atyyppisillä lääkkeillä (ketiapiini, litium, lamotrigiini, valproaatti) sekä näiden kanssa yhtäaikaisesti annetuilla masennuslääkkeillä. Hyvin keskeinen rooli on mielialaa tasaavien lääkkeiden avulla toteutetulla ylläpitohoidolla, jolla pyritään estämään uusien sairausjaksojen puhkeaminen. Potilasopastus (psykoedukaatio) on keskeinen osa hoitokokonaisuutta. Sen avulla potilaille annetaan tietoa hänen sairautensa luonteesta ja hoidosta. Potilaan on myös tärkeää oppia tunnistamaan alkavan sairausjakson esioi-

reita, jotta jakson kehittyminen voidaan aktiivisen hoidon avulla pysäyttää jo alkuvaiheessa.

Potilaan sairaudentilan ja saadun hoidon arviointi

Masennustila ja toistuva masennus

Sairaudenkulku ja nykytila

Depression pitkittäiskulku hahmotetaan potilaan koko elämän ajalta. Useimmiten ensimmäinen masennusjakso ilmaantuu nuorella aikuisiällä tai varhaisessa keski-ikässä. Yli puolessa tapauksista masennusjakso toistuu elämän aikana. Merkittävällä osalla potilaista sairauden kulku muodostuu uusiutuvaksi; jaksojen välillä toipuminen on osalla potilaista täydellistä ja osa kärsii pitkäaikaisista jäännösoireista. Tavallisin depression kroonistumisen malli liittyykin sairausjaksojen uusiutumiseen ja jäännösoireiden vakiintumiseen.

Sairauden pitkittäiskulkua kuvaavista tiedoista oleellisia ovat siten alkamisikä, sairausjaksojen tähänastinen lukumäärä sekä vaikeimman tähänastisen depression vaikeusaste ja kesto.

Yksittäinen masennustila alkaa yleensä muutaman viikon tai kuukauden kestävillä lievemmillä esioireilla, jotka pahenevat vähitellen varsinaiseksi masennusoireyhtymäksi. Vaikeusaste (lievä, keskivaikea, vaikea tai psykoottinen) on keskeisin sitä luonnehtiva tieto. Suuren ennusmerkityksen vuoksi vaikeusastetta olisi syytä kartoittaa myös depression arviointiasteikkojen avulla. Useimmat masennustilat kestävät muutaman kuukauden ajan, mutta noin 5–10 %:lla potilaista masennustila pitkittyy vuosien mittaiseksi. Toipuminen masennustilasta tapahtuu yleensä viikkojen – joskus kuukausien – kuluessa ja asteittain. Kun oirekuva on lievittänyt siinä määrin, että masennuksen diagnostiset kriteerit eivät enää täyty, alkaa masennustilan remissiovaihe. Toipuminen on aluksi osittaista eli depression jälkioireita esiintyy yhä, ja toipuminen on täydellistä kaikkien oireiden hävittyä. Osittaisen remission aikana depression uusiutumisen riski on yhä suuri.

Depressiopotilaan ajankohtaisen tilan arvioinnin yhteydessä on olennaista tarkistaa, täytyvätkö oirekriteerit ja arvioida depression vaikeusaste. Depression oirekuvan vaikeusastetta arvioidaan oireiden määrän ja voimakkuuden perusteella. Oiremittareiden käyttö (esimerkiksi Hamiltonin depressioasteikko, Beckin depressiokysely) täsmentää arviointia ja on suositeltavaa. Tiedot siitä, miten kauan nykyinen jakso on kestänyt ja milloin on ollut sen vaikein vaihe, auttavat suhteuttamaan nykytilaa aiempaan vointiin.

Saatu hoito ja hoitovaste

Saadun hoidon tähänastista vaikuttavuutta arvioitaessa on tärkeää saada yleiskuva hoidon hakemisesta aiempien masennusjaksojen yhteydessä, saadun hoidon asianmukaisuudesta ja potilaan hoitomyöntyvyydestä. Tärkeitä tietoja ovat, onko hoitoa yleensä haettu sairauden akuuttivaiheissa, kuinka suuri viive hoidon aloittamiseen on liittynyt, saatujen psykososiaalisten ja lääkkeellisten interventioiden laatu ja lukumäärä, sekä niiden havaittu teho. Onko hoito yleensä johtanut täydelliseen vai vain osittaiseen toipumiseen? Toistuvan masennuksen osalta keskeinen kysymys on myös ylläpito- ja seurannan toteutuminen. Onko nykyinen masennusjakso ilmaantunut asianmukaisesta ylläpito- ja hoitovasteesta huolimatta?

Nykyisen masennusjakson lääkehoito selvitetään tarkemmin eri lääkehoito-rytysten annosten, käytön pituuden, hoitomyöntyvyyden ja hoitovasteen osalta. Psykoterapian osalta selvitetään sen luonne, kesto ja käytettisyys.

Depression ennuste

Masennustila paranee yleensä ajan myötä, ja toistuvassakin masennuksessa potilas on usein oireeton tai vähäoireinen jaksojen välillä. Asianmukainen hoito nopeuttaa olennaisesti toipumista, kohentaa toimintakykyä, vähentää uusiutumisen todennäköisyyttä ja todennäköisesti myös pienentää itsetuhokäyttäytymisen vaaraa.

Depression kroonistumisen kaikkein keskeisimpiä riskitekijöitä ovat depression vakavuus sekä psykiatrinen ja somatopsykiatrinen monihäiriöisyys. Uusiutumisen keskeisiä riskitekijöitä ovat näiden tekijöiden ohella myös aiempien sairausjaksojen suuri lukumäärä ja jäännösoireet edellisestä masennusjaksosta. Depression elämänaikaisen ja ajankohtaisen masennusjakson kulun, saatujen hoitojen ja ennusteen kannalta oleellisia selvitettäviä tietoja on kerätty taulukkoon 4.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Sairaudenkulku ja nykytila

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön pitkittäiskulku hahmotetaan aina elämänaikaisesta näkökulmasta. Sairaus alkaa yleensä nuoruudessa tai nuorella aikuisiällä (15–35-vuotiaana). Keskeisin piirre on ajoittain esiintyvien masennus-, mania-, hypomania- ja sekamuotoisten mielialahäiriöjaksojen toistuminen. Sairausjaksoja voi elämän aikana esiintyä muutamasta useisiin kymmeneen. Manioiden ja hypomanioiden kesto on yleensä lyhyt depressioihin verrattuna, joten depressio ja sen jäännösoireet yleensä hallitsevat sairauden kulkua. Jaksot voivat esiintyä irrallisina tai liittyä toisiinsa välittömästi monivaiheiseksi sairausjaksoksi.

Välillä potilas voi olla oireeton, mutta sairaudelle on tyypillistä jäännösoireiden esiintyminen toistuvien sairausjaksojen välillä.

Mielialahäiriön ajankohtaisen tilan arvioinnissa on keskeistä hahmottaa ajankohtaisen sairausjakson laatu, mahdollinen monivaiheisuus, kokonaiskesto ja vaikeusaste. Masennusjaksot ovat kulultaan ja oirekuvaltaan pitkälti yksisuuntaisen masennusjakson kaltaisia. Hypomaniainen jakso kestää yleensä muutamia päiviä, mutta voi olla kuukausienkin mittainen. Maniajaksot alkavat yleensä depressiovaiheita äkillisemmin ja oireet voivat pahentua huippuunsa jopa muutaman päivän kuluessa. Vaikea mania johtaa yleensä tahdosta riippumattomaan sairaalahoitoon. Oiremittareiden käyttö ajankohtaisen tilan arvioinnissa on suositeltavaa (masennusjaksoissa depressioasteikot, mania- ja hypomaniassa Youngin mania-asteikko, YMRS).

Saatu hoito ja hoitovaste

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosiin päädytään usein vasta useamman sairausjakson jälkeen, ja onkin hyvä selvittää, milloin oikea kliininen diagnoosi on tehty. Hoidon osalta on tärkeää luoda yleiskuva aiempiin mie-

Taulukko 4 Depressio pitkittäis- ja poikittaisnäkökulmasta

Aiempi sairaushistoria

- Milloin potilaalla on ollut ensimmäinen masennusjakso?
- Monesko masennusjakso nyt on meneillään?
- Onko potilas ollut masennusjaksojen välillä oireeton vai onko esiintynyt jäännösoireita?
- Kuinka vaikeita aiemmat masennusjaksot ovat olleet; onko niihin liittynyt psykoottisia oireita tai itsemurha-ajatuksia tai -yrityksiä?
- Kuinka hyvin hoito on aiemmin tehonnut?
- Onko käytössä ollut jaksojen uusiutumisen suojaavaa ylläpitohoitoa?
- Esiintyykö potilaalla psykiatrinen tai somatopsykiatrinen monihäiriöisyttä?

Ajankohtainen masennusjakso

- Milloin nykyisen masennusjakson esioireet alkoivat ja milloin varsinaisen masennustilan kriteerit täyttyivät ensimmäisen kerran?
- Jos vaikein vaihe on arvioinnin aikaan ohitettu, milloin ja millainen tila oli pahimmillaan?
- Täyttyvätkö depression kriteerit?
- Kuinka vaikea tila on nyt (lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen)?
- Käytetyn oiremittarin pistemäärä?
- Minkälaista hoitoa potilas saa?
- Voidaanko hoitoa vielä tehostaa?

Taulukko 5 Kaksisuuntainen mielialahäiriö pitkittäis- ja poikittaisnäkökulmasta

Aiempi sairaushistoria
<ul style="list-style-type: none">• Milloin potilaalla on ollut ensimmäinen masennus-, mania-, hypomania- tai sekamuotoinen jakso?• Monesko jakso nyt on meneillään?• Onko potilas ollut jaksojen välillä oireeton vai onko esiintynyt jäännösoireita?• Kuinka vaikeita aiemmat jaksot ovat olleet; onko niihin liittynyt psykoottisia oireita tai itsemurhayrityksiä tai onko tarvittu sairaalahoitoa?• Kuinka hyvin hoito on aiemmin tehonnut?• Onko käytössä ollut jaksojen uusiutumisen suojaavaa ylläpitohoitoa?• Millainen on potilaan hoitomyöntyvyys?• Esiintyykö potilaalla psykiatrista tai somatopsykiatrista monihäiriöisyyttä?
Ajankohtainen mielialahäiriöjakso
<ul style="list-style-type: none">• Ajankohtaisen mielialahäiriön laatu (masennus-, mania-, hypomania- tai sekamuotoinen jakso; yksi tai monivaiheinen)• Milloin nykyisen jaksokriteerit täyttyivät ensimmäisen kerran?• Jos vaikein vaihe on arvioinnin aikaan ohitettu, milloin ja millainen tila oli pahimmillaan?• Kuinka vaikea tila on nyt (lievä, keskivaikea, vaikea, psykoottinen)?• Minkälaista hoitoa potilas saa?• Voidaanko hoitoa vielä tehostaa?

lialahäiriöjaksoihin käytetyistä hoidoista ja niiden tehosta, erityisesti ajankohtaisen ja sitä välittömästi edeltäneiden jaksojen osalta. Kaikkein keskeisin kysymys on kuitenkin pitkäaikaisen ylläpito-hoidon toteutus ja teho – onko potilaalle tarjottu mielialaa tasaavaa lääkkeellistä ylläpitohoitoa, onko hän kyennyt toteuttamaan sitä, ja kuinka hyvin hoidon avulla on onnistuttu estämään sairausjaksojen uusiutuminen. Toinen olennainen kysymys liittyy hoidon tehoon jäännösoireiden hallinnassa.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ennuste

Sairausjaksojen toistuminen on hyvin todennäköistä, ellei käytössä ole uusilta jaksoilta suojaavaa mielialaa tasaavaa ylläpitohoitoa. Siksi asianmukaisen ylläpito-hoidon tarjoaminen ja potilaan hoitomyöntyvyys ovat keskeisiä ennusteen kannalta. Tiedot aiempien sairausjaksojen määrästä, tois-

tumisen tiheydestä, yksi- ja monivaiheisuudesta, vaikeusasteesta, toipumisen tasosta sairausjaksojen välillä, hoidon asianmukaisuudesta ja tehosta sekä hoitomyöntyvyydestä antavat pohjan ennusteen arvioinnille (taulukko 5).

Potilaan toimintakyvyn arviointi ja kuvaaminen

Toimintakyvyn arvioinnin periaatteista

Masennustilasta kärsivän potilaan toimintakyky heijastaa yleensä voimakkaasti hänen ajankohtaista oireitilaansa ja usein siinä näkyvät myös aiempien sairausjaksojen jälki-vaikutukset. Erityisesti kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan pidempiaikaisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on myös, kuinka toistuvia ja hallitsemattomia sairausjaksoja ovat ja millaisia ovat niiden usein ajan myötä kumuloituvat kielteiset vaikutukset. Toimintakykyyn vaikuttavat kuitenkin myös monet muut seikat, muun muassa muut samanaikaiset mielen-terveyden häiriöt ja somaattinen terveydentila. Sen arvioinnissa olennaisen taustan muodostavat ikä, sukupuoli, ammatti, koulutus, perhesuhteet ja muu sosiaalinen verkosto, ajankohtaiset elämänmuutokset jne.

Kattavan kuvan saamiseksi toimintakyvystä on tarpeen selvittää potilaan toimintaa eri elämänalueilla, kuten työssä tai opiskelussa, perhe-elämässä, ihmissuhteissa ja vapaa-ajalla sekä itsestä huolehtimisesta. Työkyky on yksi olennainen toimintakyvyn alue. Erityisen haasteen arvioinnille muodostaa mielialahäiriöiden jaksoittaisuus ja siihen liittyvä toimintakyvyn vaihtelu. Kyse onkin usein yleensä yhtä paljon toimintakyvyn potilaalle tyypillisen vaihtelun kartoittamisesta kuin tarkan ajankohtaisen arvion luomisesta. Paras aikuisiällä saavutettu toimintakyky on keskeisin vertailukohta sairauden vaikutuksia arvioitaessa. Taso, jolle toimintakyky palautui mahdollisten aiempien sairausjaksojen jälkeen tai välissä, antaa myös realistisen vertailukohtan sille, millaiseksi tilan voi olettaa palautuvan. On hyvä huomata, että masentunut potilas usein arvioi omaa elämäänsä masennuksensa vuoksi korostuneen negatiivisessa valossa. Siksi on eduksi ankkuroida arvion niin pitkälle kuin mahdollista konkreettisiin seikkoihin, ja muiden mahdollisten tietolähteiden kuin tutkittavan oman näkemyksen käyttö on usein avuksi.

Pelkkä lääketieteellinen tieto sairaudesta ja oireiden vaikeudesta ei riitä kuvaamaan sairauden merkitystä arki-elämässä selviytymisen kannalta. Siksi onkin hyvin tärkeää selvittää konkreettisesti, mitä potilas kykenee ja mitä ei kykene tekemään. Oireiden yhteys toimintakyvyn rajoituksiin tulisi tarkentaa. Esimerkiksi pelkkä tieto masennuspotilaan heikentyneestä keskittymiskyvystä oireena jättää

avoimeksi sen merkityksen toimintakyvyn kannalta. Tieto siitä, että hän ei tämän vuoksi kykene lukemaan puolta sivua pidempään kerrallaan, valaisee asiaa selvästi enemmän.

Toimintakyky pitkittäisnäkökulmasta

Toimintakyvyn arvioinnin laajuus vaihtelee tarkoituksen mukaan. Laajat, koko elämänhistorian kattavat selvitykset ovat tarpeen perusteellisissa työkyvyn ja kuntoutusmahdollisuuksien arvioinneissa. Monissa muissa tarkoituksissa (esimerkiksi lyhyt sairausloma) suppea ja sairauden ja työkyvyn yhteyteen painottuva yleiskuva riittää. Keskeisiä tietolähteitä ovat paitsi potilaan itsensä haastattelussa antamat tiedot, tarvittaessa myös lähiomaisten haastattelussa antamat tiedot sekä sairauskertomustiedot ja lääkärinlausunnot ym. Näiden antama kuva potilaan selviytymisestä eri tilanteissa voi joskus olla ristiriitainen, joten toimintakykyä arvioiva lääkäri joutuu usein punnitsemaan eri tietolähteiden luotettavuutta ja merkitystä.

Laajoissa toimintakyvyn kartoituksissa haetaan kokonaiskuvaa toimintakyvystä elämänkaaren eri vaiheissa. Lapsuusajalta merkittäviä tietoja ovat perheen ja ympäristön kehitykselle luomat puitteet. Kouluiltä on hyvä kartoittaa opintomenestys, viihtyminen koulussa, ikätovereiden kanssa toimeen tuleminen, suhteet opettajiin ja aktiivisuus koulun ulkopuolella. Nuoruusiän ja varhaisen aikuisiän kehitystä kuvaavat muun muassa suhde ikätovereihin, itsenäistyminen suhteessa vanhempiin, muutto lapsuudenkodista, seurustelu ja parisuhde, asevelvollisuuden suorittaminen, selviytyminen opinnoissa, työuran alku ja sen vakiintuminen. Työikäisen tavanomaista toimintakykyä kartoitettaessa on hyvä kerätä tietoa koulutustaustasta, ammattitehtävistä ja näiden vastaavuudesta, työelämässä pysymisestä, kehittymisestä ja uralla menestymisestä. Suhteet esimiehiin ja työtovereihin, perhe-elämän ja muiden ihmissuhteiden vakaus, selviytyminen vanhempänä sekä vapaa-ajan toiminnan aktiivisuus kertovat kaikki sosiaalisesta toimintakyvystä eri elämänalueilla.

Aikuisiän parhaan saavutetun toimintakyvyn arvioinnin perustaksi on hyödyllistä kartoittaa viimeaikaisen elämäntilanteen keskeiset piirteet, kuten ikä, perhesuhteet, somaattinen terveydentila, asuinolosuhteet, työn luonne ja keskeiset vapaa-ajan toiminnot. Tämän jälkeen on mahdollista tarkastella potilaan toimintaa eri elämänalueilla. Kokonaisuuden perusteella arvioidaan myös, onko elämänaikainen toimintakyky kokonaisuutena vakaa vai vaihteleva ja onko nähtävissä merkkejä elämänpäiirin kapeutumuksesta mielenterveyden häiriöiden tai muiden tekijöiden vuoksi.

Ajankohtaisen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnissa yksi keskeisimpiä tehtäviä on saada tarkka kuva ajankohtaisesta toimintakyvystä. Kokonaiskuva on yleensä luotettavampi, jos on mahdollista koota tietoa useammasta lähteestä. Tällaisia ovat potilaan haastattelu, sairauskertomus, mahdolliset aiemmat lääkärinlausunnot sekä potilaan oma, sanallinen tai kirjallinen kuvaus toiminnastaan. Näiden esitietojen pohjalta lääkäri kykenee suuntaamaan huomionsa oleellisiin seikkoihin. Masennuspotilaan toimintakykyä on hyvä kuvata sekä sanallisesti että arviointiasteikon avulla.

Masennustilan vaikeusaste vaikuttaa yleensä olennaisesti toimintakykyyn. Keskeistä on saada kokonaiskäsitys siitä, mihin potilas ajankohtaisesti pystyy ja mihin ei, ja kuinka tämä on yhteydessä ajankohtaiseen masennustilaan ja sen vaikeusasteeseen. Lievään masennustilaan liittyvä toimintakyvyn heikkenemä on yleensä vähäinen. Keskivaikea masennustila vaikeuttaa yleensä selviytymistä potilaalle keskeisissä rooleissa. Vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa toimintakyky on lähes aina vakavasti heikentynyt ja potilas on usein sairaalahoidon tai muun välittömän tuen tarpeessa. Masennuksen oirekuvaan liittyvä toimintakyvyn heikentyneisyys näkyy toiminnan monilla eri alueilla. Vireyden ja energisyyden väheneminen vaikuttaa suoraan aikaansaannosten määrään. Mielenkiinnon, mielihyvän kokemuksen ja itsearvostuksen menettäminen heikentää motivaatiota toimia. Keskittymiskyvyttömyys, päätöksenteon vaikeus ja aloitekyvyttömyys näkyvät sekä toiminnan määrässä että sen tulosten laadussa. Mielialahäiriön dynoireiden ohella monet muutkin piirteet vaikuttavat olennaisesti toimintakykyyn. Tällaisia ovat esimerkiksi todellisuudentaju, sairautentunto, affektien hallinta ja toivottomuus. Maniaan liittyvä merkittävä, joskin vaihtelevanasteinen toimintakyvyn heikkeneminen, minkä vuoksi mania hyvin usein johtaa paitsi psykiatriseen sairaalahoitoon myös monenlaisiin arvostelukyvyyttömän toiminnan kielteisiin seurauksiin. Hypomania ei määritelmän mukaisesti itsessään olennaisesti heikennä ajankohtaista toimintakykyä.

Toimintakykyä arvioitaessa on suositeltavaa, että potilas itse kuvaa omaa jokapäiväistä toimintaansa suullisesti tai kirjallisesti, joko vapaamuotoisesti tai ohjeen mukaan. Potilaan oma kuvaus voi tuoda esiin seikkoja, joita arvioija ei muuten osaisi ottaa huomioon, ja se antaa potilaalle myös mahdollisuuden tuoda esiin hänelle itselleen tärkeitä näkökohtia. Kuvauksen olisi hyvä kattaa keskeiset arkielämän toiminnot, joita ovat nukkuminen ja vuorokausirytmii, syöminen ja juominen, siisteys, työskentely kotona ja sen ulkopuolella, liikkuminen, itsestä ja toisista huolehtiminen, vapaa-ajan toiminta ja sosiaaliset suhteet, myös mahdollinen päihtei-

den käyttö ja virallisten asioiden hoito. Koska elämäntyyli ja -tavat vaihtelevat, on hyvä pyytää potilasta arvioimaan myös sitä, miten tilanne on muuttunut verrattuna aikaan, jolloin hän oli terve, eli mitä hän mielialahäiriön vuoksi ei kykene nyt tekemään. Taulukkoon 6 on kerätty toimintakykyarvion kannalta oleellisia elämänalueita.

Mielenterveyden häiriöstä kärsivän hoidossa ja seurannassa ovat eri työnteekijöiden toteuttamat potilastapaamiset yleensä keskeisin, kumuloituva tietolähde. Haastattelu on keskeinen väline kaiken edellä kuvatun tiedon kokoamisessa. Se voi lisäksi antaa arvioinnin lähteeksi myös sellaista taustatietoa ja ymmärrystä, jota muiden keinojen avulla on vaikeata tavoittaa. Potilaan olemus ja käytös haastattelutilanteessa heijastavat monia seikkoja, muun muassa hänen kykyään huolehtia itsestään, sosiaalisia taitojaan ja kognitiivisia kykyjään. Tapa, jolla potilas kuvaa elämäntilannettaan, heijastaa myös hänen tapaansa hahmottaa itseään ja suhdettaan muihin ihmisiin. Mieliala heijastuu paitsi puhutuissa sanoissa, myös kasvojen ilmeissä, eleissä ja puheäänensävyissä. Masennuspotilaan vaikea psykomotorinen hitaus tai kiihtyneisyys on yleensä haastattelutilanteessa selvästi

Taulukko 6 Kysymyksiä, joilla potilasta pyydetään kuvaamaan omaa toimintaansa.

Kerro lyhyesti omin sanoin tavallisesta arkipäivästäsi viime aikoina. Kuva myös päivän aikataulu, ainakin suurin piirtein. Kerro mielellään jotakin seuraavista asioista:

- Nukkuminen
- Syöminen ja juominen
- Päihteiden käyttö
- Puhtaudesta huolehtiminen
- Kotityöt
- Työt kodin ulkopuolella
- Toisista – ihmisistä tai eläimistä – huolehtiminen
- Yhteydenpito muihin ihmisiin
- Liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella
- Asiointi – laskujen maksu tai ajanvaraus lääkärille
- Harrastukset – lehtien luku, kirjat, radio, televisio, internet

Mainitse myös, mitä tavallisia päivittäisiä askareita et ole jaksanut viimeisten kahden viikon aikana tehdä mielialaongelmasi vuoksi.

havaittavaa, samoin selvä kognitiivinen hidastuneisuus tai keskittymisvaikeudet. Toisaalta keskivaikkeistakin oireista kärsivä masennuspotilas pyrkii usein hallitsemaan tunnetilaansa myös lääkärin haastattelussa, eikä depressiivinen mieliala aina ilmene kovin selvästi tai nopeasti haastattelun aikana.

Potilaan puolison tai muun omaisen haastattelu potilaan luvalla antaa yleensä merkittävää lisätietoa hänen tilastaan ja toimintakyvystään. Erityisesti puolison tapaaminen on yleensä hyödyllistä. Muiden tietolähteiden käyttöä on kuvattu tarkemmin kohdassa Työkyvyn arviointi.

Toimintakyvyn kuvaaminen SOFAS-asteikon avulla

Toimintakyvyn kuvaamisessa tarvitaan kommunikatiota helpottavia työvälineitä, jotka auttavat tiivistämään toimintakykyä koskevaa tietoa helposti käsiteltävään ja ymmärrettävään muotoon. Toimintakyky on luonteeltaan moniulotteinen ilmiö, ja eri ihmisten elämänpiiri on erilainen. Siksi kaikissa mittaamisen keinoissa on merkittäviä teoreettisia ja käytännöllisiä rajoituksia. Näistä huolimatta arviointiasteikkojen käyttö on käytännössä hyödyllistä ja tarpeen.

Mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn kuvaamisessa on suositeltavaa käyttää SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale) (taulukko 7). Sen avulla kokonaisarvio ajankohtaisesta toimintakyvystä on mahdollista tiivistää numeroarvoksi asteikolla 0–100. Arvo 80–90 kuvaa normaalia hyvää toimintakykyä. Asteikko on siis tarkoitettu lähinnä heikentyneen toimintakyvyn, ei toimintakyvyn vahvuuksien kuvaamiseen. Se soveltuu hyvin toistuvaan arviointiin, ja sitä voidaan käyttää myös takautuvasti kuvaamaan sairastumista edeltänyttä toimintakykyä. Arvioinnissa ei kiinnitetä huomiota oireisiin (psyykisiin tai somaattisiin), ainoastaan potilaan kykyyn toimia elinympäristössään. Pitkittäisarvioissa voidaan kuvata esimerkiksi, että ennen sairastumista potilaan toimintakyky oli ollut normaali (SOFAS 80–90), pitkän masennusjakson aikana se oli ajoittain vaihtelevan vakavasti heikentynyt (SOFAS 45–60) ja että nyt, toiminnassa esiintyy vielä osittaisen toipumisen vuoksi lieviä vaikeuksia (SOFAS 70) eikä potilas siten ole vielä saavuttanut entistä toimintakykyään, vaikka hän onkin jo työkykyinen. SOFAS-pistemäärien kirjaaminen sairauskertomukseen osana hoitorutiinia samaan tapaan kuin oiremittareiden pistemäärät antaa mahdollisuuden luoda tarkka kokonaiskuva toimintakyvystä ja sen vaihtelusta hoidon aikana.

SOFAS-asteikon käyttöä helpottamaan on tässä suosituksessa luotu sen käyttöä havainnollistavat ohjeet (taulukko 8). Niissä on kuvattu toimintakyvyn kannalta neljä keskeistä

elämänaaluetta: vapaa-aika, työ tai opiskelu, perhe-elämä ja ihmissuhteet sekä itsestä huolehtiminen. Arvioinnissa tarkastellaan potilaan toimintakykyä hänen elämäntilanteensa kannalta keskeisiä osa-alueita painottaen. Jos jokin osa-alue ei ole lainkaan tai kovin relevantti (esimerkiksi työssä käytävillä pienten lasten vanhemmilla on hyvin vähän omaa vapaa-aikaa tai työttömällä ei työtä), arvioidaan vain niitä alueita, jotka potilaan elämäntilanteessa ovat olennaisia. Potilaan kyky huolehtia omasta hyvinvoinnista ja itsenäisestä elämästä arvioidaan aina. Saatua pistemääriä voidaan käyttää lähtökohtana kokonaispistemäärää arvioitaessa, ei mekaanisesti keskiarvoja laskien, vaan olennaisia alueita painottaen.

Toimintakyvyn ennuste

Potilaan toimintakyvyn ennusteen arvioinnissa tulee huomioida sekä sairauteen liittyvät että muut toimintakyvyn vaikuttavat tekijät. Sairaustekijöistä keskeisimpiä sairauden ennustetta kuvaavia ovat ajankohtaisen tilan ja toimintakyvyn ohella aiempien sairausjaksojen määrä, vaikeusaste ja toistuvuus sekä sairausjaksojen välisen toipumisen täydellisyys ja saavutettu toimintakyky. Psykiatrinen ja somaattinen monihäiriöisyys muodostavat toisen ryhmän keskeisiä ennustekijöitä. Aiempien hoitointerventioiden kesto ja asianmukaisuus, potilaan sitoutuminen hoitoon ja hoidon vaikuttavuus niin sairauteen kuin toimintakykyyn antavat realistisen lähtökohdan arviolle. Muita ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä etenkin työkyvyn suhteen ovat työn vaativuus, työ-, poissaolo- ja työkyvyttömyyshistoria sekä potilaan oma ja hänen työympäristönsä arvio nykyisestä työkyvystä. Lisäksi ennusteeseen vaikuttavat muun muassa potilaan ikä, hänen käytettävissään olevat voimavarat ja selviytymiskeinot verrattuna tuen tarpeeseen.

Työkyvyn arviointi

Työkyvyn arvioinnissa potilaan toimintakyky suhteutetaan sekä hänen nykyisen työnsä että työelämän yleensä asettamiin vaatimuksiin. Arvio ei siis ole puhtaasti sairauslähtöinen. Suhteutettaessa mielialahäiriöpotilaan yleistä toimintakykyä työkykyyn pääsääntö on, että kohtalainen selviytyminen muun arkielämän vaatimuksista on käytännössä myös työkyvyn edellytys. Siksi esimerkiksi kotitöistä selviytyminen ja affektien hallinta kuvaavat myös työkyvyn kannalta olennaisia edellytyksiä. Terveystilaa koskevien tietojen ohella työkyvyn arvioinnin perustana on tieto tutkittavan koulutuksesta, työhistoriasta, osaamisesta ja ammatillisesta identiteetistä (esimerkiksi onko hänellä vakiintunutta ammattia). Nykyisen työn kartoittaminen on tarpeellista. Siihen liittyvät keskeiset fyysiset ja psyykkiset vaatimukset ja altisteet, näissä ja työyhteisössä tapahtuneet

Taulukko 7
DSM-IV:ään sisältyvä SOFAS-asteikko

Koodi ¹	Merkitys
	¹ Jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.
	Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentyneisyydet, jotka johtuvat fyysisistä tai henkisistä rajoitteista. Vain suoraan henkisistä ja fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon; mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänaalueilla.
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänaalueilla; ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas.
71–80	Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi harvinainen ihmissuhderiita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä).
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita.
51–60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi vain vähän ystäviä tai esiintyy ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa).
41–50	Vakava heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa).
31–40	Merkittävä heikentyneisyys useilla elämänaalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esimerkiksi masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa).
21–30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämänaalueilla (esimerkiksi pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia tai ystäviä).
11–20	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti.
1–10	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esimerkiksi hoitoa tai valvontaa).
0	Riittämättömät tiedot.

Taulukko 8 SOFAS-asteikon käyttö:

Potilaan toimintakyvyn arviointia helpottaa elämän eri alueiden arviointi erikseen. Vasta tämän jälkeen arvioidaan kokonaispistemäärä. Huomaa, että tarkastelu tehdään jokaisen alueen osalta jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Eri alueiden pistemääristä ei lasketa keskiarvoja tms., vaan saadut tulokset sopeutetaan varsinaiselle SOFAS-asteikolle. Toisin sanoen hyvin pieni pistemäärä jollain alueella ei välttämättä tarkoita hyvin pientä kokonaispistemäärää (esim. pitkällä sairauslomalla oleva voi olla erinomainen perheenjäsen).

Vapaa-aika	Työ tai opiskelu	Perhe-elämä ja ihmissuhteet	Itsestä huolehtiminen
<p>100 Harrastaa aktiivisesti ja hakee uusia harrastuskohteita.</p> <p>90 Harrastaa aktiivisesti itselleen mieluisia asioita.</p> <p>80 Harrastaa itselleen mieluisia asioita jaksamisensa mukaan.</p> <p>70 Jättää toisinaan harrastuskertoja pois.</p> <p>60 Jättää toistuvasti harrastuskertoja pois.</p> <p>50 Ei jaksaa harrastaa mitään.</p>	<p>100 Selviytyy erinomaisesti työstään tai opiskelustaan.</p> <p>90 Selviytyy hyvin työstään tai opiskelustaan.</p> <p>80 Vain vähäistä tai tilapäistä heikentymistä työssä tai opiskelussa.</p> <p>70 Lieviä vaikeuksia työssä tai opiskelussa. Yleensä selviytyy tehtävistään hyvin.</p> <p>60 Työn tai opiskelun edellyttämä toimintakyky heikentynyt kohtalaisesti.</p> <p>50 Vakavia vaikeuksia selvittää työstä tai opiskelusta.</p> <p>40 Useimmiten työkyvytön.</p>	<p>100 Perhe-elämä sujuu erinomaisesti. Perheetön tapaa ystäviään ja solmii uusia ystävyyssuhteita aktiivisesti.</p> <p>90 Perhe-elämä sujuu hyvin. Perheetön tapaa aktiivisesti ystäviään.</p> <p>80 Vähäisiä vaikeuksia perhe-elämään osallistumisessa, mutta yleensä jaksaa olla kaikessa mukana. Perheetön tapaa usein ystäviään.</p> <p>70 Perhe-elämään osallistuminen on ajoittain rasittavaa. Perheetön tapaa ystäviään, mutta ajoittain ei jaksaa osallistua kaikkiin tapaamisiin.</p> <p>60 Perhe-elämään osallistuminen on rasittavaa; riitoja ajoittain. Perheetön ei useimmiten jaksaa tavata ystäviään.</p> <p>50 Perhe-elämä on hyvin rasittavaa tai riitoja esiintyy usein. Perheetön ei tapaa ystäviään.</p> <p>40 Vaikeuksia olla perheen kanssa tai riitoja tulee päivittäin. Perheetön välttelee ystäviään.</p> <p>30 Eristäytyy perheestä tai ystävistään.</p>	<p>100 Huolehtii itsestään esimerkillisen hyvin.</p> <p>90 Huolehtii itsestään erinomaisesti.</p> <p>80 Huolehtii itsestään hyvin.</p> <p>70 Itsestä huolehtiminen raskasta, mutta suoriutuu siitä.</p> <p>60 Itsestä huolehtimisessa harvoin puutteita.</p> <p>50 Itsestä huolehtimisessa ajoittaisia puutteita.</p> <p>40 Itsestä huolehtimisessa toistuvia puutteita.</p> <p>30 Itsestä huolehtimisessa jatkuvasti puutteita. Pysyttelee vuoteessa.</p> <p>20 Itsestä huolehtiminen ylivoimaista.</p> <p>10 Ei pysty huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan lainkaan.</p>

mahdolliset ajankohtaiset muutokset sekä kuormitustekijät (esim. työyhteisöongelmat) auttavat hahmottamaan myös sairauden merkitystä kokonaisuudessa.

Työkykyä arvioitaessa on hyvä pohtia, mikä suoriutumisen ongelmassa on olennaisinta. Onko kyse ulkoisten edellytysten puutteesta (ei voi, esimerkiksi lapset pieniä tai sairaat vanhemmat hoidettavana), taidon puutteesta (ei osaa), tiedon puutteesta (ei tiedä, koulutus vanhentunut tai ei ole), motivaatiosta (ei halua), tulkinnasta (ei ymmärrä, ei mielestään ole riittävän hyvä), fyysisestä kyvyttömyydestä (ei jaksa, kykene, pysty, on täysin uupunut) vai psyykkisestä pitkäjänteisyyden ja tarkkaavuuden ongelmasta (ei pysty toimimaan pitkään keskittyneesti eri asiat huomioiden)? On syytä myös arvioida, onko toimintakyvyssä työssä ja muilla elämänalueilla ristiriitaa. Depression oirekuvaan liittyvä kiinnostuksen ja mielihyvän puute koskee yleensä laaja-alaisesti kaikenlaista toimintaa. Sen sijaan kapea-alainen motivoitumattomuus, joka koskee vain työtä, mutta ei esimerkiksi harrastuksia, kertonee enemmän muista ongelmista kuin depressiosta.

Työterveyshuollon rooli toiminta- ja työkyvyn arvioinnissa on merkittävä. Työterveyshuollolla on yleensä toimivin yhteys työpaikkaan ja työnantajaan, ja se voi siksi puuttua ongelmiin jo niiden alkuvaiheessa. Esimieheltä saatu kuvaus työssä selviytymisestä antaa lisätietoa, jonka pitäisi olla myös arvioitavan tiedossa. Työstä poissaolojen määrät ja syyt on aiheellista kartoittaa. Työterveysneuvottelujen pohjalta työnkuvaan tehdyt muutokset ja työtehtävien sopeuttaminen voivat helpottaa työhön paluuta. Onko tällainen sopeuttaminen ja joustavuus käytännössä mahdollista, ja ovatko mahdollisesti jo toteutetut interventiot olleet työkyvyn säilyttämisen kannalta tuloksellisia, ovat arvioinnin kannalta tärkeää tietoa.

Vaativissa työkyvyn arvioinnin erityistilanteissa hyödynnetään usein erilaisia lisätutkimuksia kliinisen arvion tueksi. Lääketieteen erikoisalojen konsultaatioita tarvitaan usein osana kokonaisarviota potilaiden somaattisen monihäiriöisyyden ja erotusdiagnostisten ongelmien vuoksi. Kliinisen psykologin testaukseen ja haastatteluun perustuva arvio persoonallisuuden piirteistä ja älyllisestä suoritumisesta tarkentaa usein kokonaiskuvausta. Neuropsykologisella tutkimuksella on saatavissa kognitiivisesta suoriutumisesta olennaista lisätietoa työ- ja toimintakyvyn arvion tueksi joissakin ongelmatilanteissa, erityisesti orgaanisen aivosairauden mahdollisuutta arvioitaessa. Vaikka vaikeista ja toistuvista mielialahäiriöistä kärsivillä esiintyy monenlaisia neuropsykologisia toimintahäiriöitä esimerkiksi toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden ja prosessointinopeuden suhteen, on yksittäisen neuropsykologisen testauksen merkitys työkykyarvioissa rajallinen.

Diagnostisesti tai toimintakykyarvion suhteen **ristiriitaisissa ja epäselvissä**, usein pitkittyvissä arvioinnin tilanteissa on usein parasta tehdä työkyvyn arviointi siihen erikoistuneessa yksikössä päiväsaaraalaolosuhteissa tai kokovuorokausiosastolla. Tällöin arvioinnin tekee moniammatillinen työryhmä, jolla on myös mahdollisuus kartoittaa potilaan tilaa päivittäin tutkimusjakson aikana. Toimintaterapeutin arvio toimintakyvystä antaa usein tärkeää ja konkreettista tietoa toimintakyvystä tutkimuksen aikana.

Toimintakyvyn kuvaaminen lääkärinlausunnossa

Valtaosa sosiaalivakuutusetuksista perustuu **toimintakyvyn arviointiin**. Sosiaalivakuutusratkaisua tehtäessä keskeistä on potilaan subjektiivisten oireiden ja lääkärin tutkimuksessa todettavien objektiivisten havaintojen yhtäpitävyyden varmistaminen sekä sairauden toimintakyvylle aiheuttaman haitan kuvaaminen erilaisissa lääkärinlausunnoissa. Toimintakyky arvioidaan lääketieteen menetelmin ja sosiaalivakuutusetudet määräytyvät lainsäädännön ja vakiintuneen korvauskäytännön mukaan. Hyvä lausunto toimii myös hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisen tukena. On hyvä huomata, että työkyvyn käsite määritellään sosiaalivakuutuksen eri etuuskien yhteydessä hieman eri tavoin.

Mielialahäiriöiden yhteydessä yleisimmät haettavat sosiaalivakuutusetudet ovat sairauspäiväraha, kuntoutustuki ja työkyvyttömyyseläke, lääkinnällinen kuntoutus (muun muassa psykoterapia) ja ammatillinen kuntoutus. Näitä haettaessa tarvitaan B-lääkärinlausunto. Joskus myös vammaisetudet tulevat kyseeseen, ja tällöin käytetään yleisimmin C-lääkärinlausuntoa. Myös työhallinnolla on tarjottavanaan ammatillisen kuntoutuksen toimenpiteitä vajaakuntoisille työnhakijoille. Niiden piiriin pääseminen edellyttää lähes aina lääkärinlausuntoa, joka voi olla vapaamuotoinen.

Lausuntojen laajuus ja seikkaperäisyys vaihtelevat käyttötarkoituksen mukaan. Lyhyttä sairausloma varten laadittu lausunto voi olla suppeakin. A-todistuksen tulee sisältää tiedot diagnoosista, potilaan ammatista ja alustava arvio mahdollisesta kuntoutustarpeesta. Jos sairausloma pitkitty yli 2–3 kuukauden, mutta toipuminen edistyy erittäin todennäköisesti hoidon myötä niin, että potilas kykenee palaamaan työhönsä ilman kuntoutustoimenpiteitä, B-lausuntoon riittävät suppeat psykiatriset esitiedot, kuvaus nykysairaudesta, sen vaikeusasteesta ja potilaan toimintakyvystä (myös oireimittarein ja SOFAS-asteikolla), hoitosuunnitelma, ennuste ja arvio työhönpaluun ajankohdasta.

Pitkittyvään työkyvyttömyyteen tai työkyvyttömyyden uhkaan (= uhka joutua työkyvyttömyyseläkkeelle kyseisen sairauden vuoksi noin viiden vuoden kuluessa) liittyviä

etuksia varten laaditun B-lääkäriinlausunnon tulee olla kattavampi. Tällöin työkyvyttömyyden perusteella haetaan pitkää sairauspäivärahakautta (enintään 300 päivää), kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. Työkyvyttömyyden uhan perusteella voidaan hakea ammatillista kuntoutusta sekä työeläkevakuuttajalta että Kelalta.

Ennen työkyvyttömyyseläkkeen harkintaa tulee kartoittaa ja mahdollisuuksien mukaan kokeilla ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuudet. Ammatillisen kuntoutuksen myöntämisen yhtenä edellytyksenä puolestaan on, että hoidon ja lääkinällisen kuntoutuksen keinot on käytetty optimaalisesti. Lisäksi suunnitellun kuntoutuksen tulee olla tarkoituksenmukaista, eli työura todennäköisesti pitkittyy kuntoutustoimenpiteen avulla. Työeläkekuntoutus edellyttää kiinteää suhdetta työelämään ja Kela kuntouttaa vähäisen tai olemattoman työuran omaavia.

Mielialahäiriöpotilaiden yleisin työeläkekuntoutusmuoto on paluu omaan työhön työkokeilun kautta pitkän sairausloman jälkeen. Vain harvoin tulee kyseeseen ammatinvaihto. Kela kustantaa ammattikoulutusta, kuntoutustarpeen selvityksiä, kuntoutustutkimuksia, työ- ja koulutuskokeiluja sekä työhönvalmennusta. Kelan lääkinällisen kuntoutuksen edellytyksenä on sairauden aiheuttama uhka työ- tai opiskelukyvylle, kuntoutustoimenpiteen sopivuus ja kuntoutustoimenpiteen avulla odotettavissa oleva työ- tai opiskelukyvyn palautuminen tai säilyminen. Mielialahäiriöissä käytetään lääkinällisenä kuntoutuksena yleisimmin psykoterapiaa ja erilaisia kuntoutuskursseja. Työeläkevakuuttajat eivät kustanna lääkinällistä kuntoutusta.

Lääkäriinlausunnon käyttötarkoitus vaikuttaa myös sen painotuksiin ja näkökulmaan. Kuntoutusta varten laadittavassa lausunnossa on tarpeen tuoda esiin sairauden toimintakyvylle aiheuttaman haitan lisäksi riittävä jäljellä oleva toimintakyky, joka on edellytys kuntoutuksen onnistumiselle. Työkyvyttömyyseläkettä varten laadittavassa lausunnossa on dokumentoiva puutteet, jotka ovat jääneet toimintakykyyn saadusta hoidosta ja kuntoutuksesta huolimatta. Vammaistukea haettaessa toimintakyvyn objektiivinen kuvaus on välttämätön edellytys muun muassa tapaturmavakuutuslain mukaisen haittaluokan määrittämiseksi. Eläkettä saavan hoitotuessa korostuu sairauden tai vamman aiheuttama avun, ohjauksen tai valvonnan tarve päivittäistoimissa.

Taulukossa 9 on esitetty kattavan psykiatrisen lausunnon sisältö. Taulukossa 10 on esitetty ne lisätiedot, joita tarvitaan erityisesti ammatillista kuntoutusta haettaessa ja työkyvyttömyyseläkkeestä päätettäessä.

Taulukko 9 Mielialahäiriöpotilaan kattavan lääkäriinlausunnon psykiatrisen sisältö

- Tautiluokituksen mukainen diagnoosi
- Tiivis kuvaus miten ja milloin potilas on päätenyt allekirjoittaneen tutkittavaksi, tapaamisten määrä
- Kuvaus potilaan elämänvaiheista (mielellään tiivis)
- Nykyinen elämäntilanne (perhe, asuminen, ammatillinen ja taloudellinen tilanne)
- Sairauden aiempi kulku
- Nykysairaus: alkun, pahin vaihe, toteutunut hoito, hoitovaste, nykytila
- Mielialahäiriössä oiremittarin pistemäärät pahimmassa vaiheessa ja nyt
- Muut samanaikaiset sairaudet ja lääkitykset
- Kliininen tila (miltä potilas näyttää ja kuulostaa)
- Potilaan oma kuvaus toiminnastaan
- Sairauden aiheuttama toiminnallinen haitta ja vaikutus jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen (työ tai opiskelu, perhe ja ihmissuhteet, itsestä huolehtiminen, vapaa-aika)
- SOFAS-pistemäärä
- Jäljellä oleva toimintakyky
- Hoitosuunnitelma aikatauluineen
- Kuntoutussuunnitelma aikatauluineen
- Ennuste

Taulukko 10 Laajemmat työhön liittyvät tiedot haettaessa ammatillista kuntoutusta tai työkyvyttömyyseläkettä

- Koulutus- ja työhistoria
- Työsuhteissa/opiskelussa selviytyminen
- Työsuhteiden vaihdon syyt
- Nykyisen työsuhteen/opiskelun/työttömyyden kesto
- Nykyisen työn/opiskelun kuvaus, altisteet ja kuormitustekijät/työajat/muutokset
- Nykyisen työympäristön ja sen muutosten kuvaus
- Nykyisessä työssä/opiskelussa/työhaussa esiintyneet ongelmat
- Sairauden aiheuttaman toiminnallisen haitan yhteys työssä/opiskelussa selviytymiseen/kykyyn siirtyä avoimille työmarkkinoille
- Työterveyshuollon tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset (työterveysneuvottelut, työn muutokset, kuntoutukset)
- Työnantajan/työvoimatoimiston tekemät toimenpiteet ja niiden vaikutukset

Kirjallisuutta

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 1993; 150(4 Suppl):1–26

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) guidelines for the management of patients with bipolar disorder: consensus and controversies. Bipolar Disord 2005;7(Suppl.3):5–69.

Isometsä ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. Am J Psychiatry 2000;157:1869–1872.

Isometsä E, Katila H. Mielialahäiriöt. Kirjassa: Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. E Marikainen, T Aro, A Huunan-Seppälä, J Kivekäs, S Kujala, S Tola, toim. Duodecim, Helsinki 2004:134–143.

Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ, Paulus M, Leon AC, Maser JD, Endicott J, Coryell W, Kunovac JL, Mueller TI, Rice JP, Keller MB. Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2000;57:375–380.

Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. Arch. Gen. Psychiatry 1992;49: 761–768

Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997;349:1436–1442

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 38. (www.nice.org.uk, published in July 2006)

Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. J Nerv Ment Dis 2006;194:570–576.

Rytsälä HJ, Melartin TK, Leskelä US, Sokero P, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Predictors of long-term work disability in major depressive disorder: A prospective study. Acta Psychiatr Scand 2007;115:206–213.

Salminen JK, Saarijärvi S, Raitasalo R: Depression and disability pension in Finland. Acta Psychiatr Scand 1997;95:242–243.

Salminen JK, Saarijärvi S, Tikka J, Raitasalo R, Rissanen S, Toikka T, Puukka P. Vakavan masennuksen hoidossa puutteita Suomen Lääkärilehti 1999;54:1059–1063.

Sorvaniemi M, Helenius H, Salokangas RK. Factors associated with being granted a pension among psychiatric outpatients with major depression. J Affect Disord 2003; 75:43–8

Suomen Psykiatriyhdistys ja Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Depressio. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2004;120:742–764.

Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ: Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004; 184:386–92

Puheenjohtaja

Erkki Isometsä, psykiatrian professori, ylilääkäri, HYKS Psykiatrian klinikka

Jäsenet

Elina Kinnunen, psykiatrian erikoislääkäri, Petrea
Heini Ahveninen, työterveyslääkäri,
Suomen Terveystalo

Kari Eskola, terveyskeskuslääkäri,
Keuruun terveysasema

Heli Koivumaa-Honkanen, dosentti, KYS
Outi Poutanen, LT, apulaisyllilääkäri, TAYS
Heikki Rytsälä, LT, apulaisyllilääkäri, HYKS,
Peijaksen sairaala

Jouko Salminen, dosentti, Kansanterveyslaitos

Ilkka Seppälä, ylilääkäri, Tuusulan terveyskeskus

Jyrki Varjonen, apulaisyllilääkäri, Työterveyslaitos

Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö, Facultas (toimittaja)

Suuret nivelet

Tämä suositus on laadittu lääkäreille oppaaksi toimintakyvyn arviointia ja asianmukaisen todistuksen kirjoittamista varten. Tässä osiossa tarkastellaan ongelmaa suurten nivelten osalta ja käsitellään olkapäätä, kyynärniveltä, lonkkaa ja polvea. Nämä nivelet ovat rakenteeltaan ja biomekaanisilta ominaisuuksiltaan erilaisia, ja myös niiden erilaiset toimintakyvyn kriteerit ovat erilaiset.

Ydinasiat

- Suurten nivelten toimintakykyyn vaikuttavat monet varsin erilaiset tekijät, kuten nivelen sairaus, tapaturman aiheuttama epämuotoisuus ja vajaatoiminta sekä potilaan yleistila.
- Hoidon lähtökohtana on asianmukainen diagnostiikka, joka perustuu nimenomaan anamnesiin ja kliiniseen tutkimukseen.
- Kuvantaminen tarkentaa diagnostista osuvuutta ja tilan ennustetta.
- Suurten nivelten toimintahäiriöiden hoito on pitkäkestoista. Hoitoketju koostuu toisistaan riippuvaisista tekijöistä, kuten leikkauksesta, kuntoutuksesta ja lääkehoidosta.
- Suurten nivelten vajaatoimintaan ja kipuun liittyviä ongelmia, kuten mielialan laskua ja unihäiriötä, hoidetaan aktiivisesti, jotta hoidon toiminnallinen tulos olisi optimaalinen.
- Toimintakyvyn lääketieteellisiä mittausten menetelmiä on runsaasti, mutta niiden käyttö on vakiintumatonta ja epäyhtenäistä. Suosituksen tarkoituksena on opastaa toimintakyvyn arvioinnissa ja asianmukaisen lääkärintodistuksen laatimisessa.

Olkanivel

Yleinen anatomia

Olkanivel on rakenteellisesti ihmisen nivelistä liikkuvin ja täten myös alttein rakenteellisille, ikääntymiseen liittyville ja tapaturman jälkeisille muutoksille. Muutokset heijastuvat olkanivelen vajaatoimintana, lisääntyvänä kipuna ja epävakauteena.

Olkanivel muodostuu kolmesta eri nivelestä ja kahdesta erillisestä liukupinnasta. Nivelistä kliinisesti merkittävien on kuulomainen olkanivel (gleno-humeraalinivel). Kaksi muuta ovat olkalisäke-solisluunivel (akromioklavikulaarinenivel), AC-nivel ja rintalasta-solisluunivel (sternoklavikulaarinenivel). Tärkeimmät liukupinnat ovat subakromiaalinen tila sekä lapaluun ja rintakehän välinen liukupinta.

Olkanivelen toimintaan vaikuttaa kolme eri lihasryhmä: lihakset, jotka kulkevat rintakehästä ja yläselästä

yläraajaan, rintarangasta lapaluuhun sekä lapaluusta yläraajaan. Lihakset, jotka kulkevat lapaluusta olkavarren yläosaan, muodostavat yhteisen kiertäjälkälvosimen. Kiertäjälkälvosimen pinnetilä ja subakromiaalisen tilan limapussin tulehdus ovat olkakivun tavallisimmat syyt.

Olkanivel on epäsymmetrinen, sillä olkavarren pää on neljä kertaa suurempi kuin vastaava lapaluun nivelkuoppa. Tämä takaa olkanivelen suuren liikelaaajuuden, mutta asettaa samalla tiettyjä vaatimuksia olkanivelen pehmytkudoksille stabiliteetin ylläpitämiseksi ja tehokkaan liikeradan takaamiseksi. Anatomisen rakenteensa takia olkanivel on hyvin altis rappeumaperäisille ja ikääntymiseen liittyville muutoksille sekä tapaturman jälkeisille kudosvaurioille.

Olkavarren yläosan ja lapaluun nivelkuopan murtumat aiheuttavat merkittävän biomekaanisen muutoksen, varsinkin, jos murtuma luutuu virheasentoon tai olkanivel jää epävakaaksi. Muutos heikentää olkanivelen toimintakykyä, lisää olkanivelen pehmytkudosten kulumista ja aiheuttaa toimintaa merkittävästi rajoittavia kiputiloja.

Kiertäjälkälvosimesta johtuva kiputila ja vajaatoiminta

Ahdas olka -oireyhtymän (impingement-syndrooman) ja kiertäjälkälvosimen repeämän syntymiseen vaikuttaa monta eri tekijää: jänteen ja jänne-lihasyksikön degeneraatio, mekaaninen kuluminen ja tapaturmat. Kiertäjälkälvosimen oireyhtymä ei ole tarkoin määritelty kokonaisuus, vaan siihen lasketaan monta olkanivelen toimintakykyä heikentävää tilaa. Pitkään on keskusteltu siitä, millä tekijällä on suurin vaikutus kiertäjälkälvosimen kroonisen kivun ja vajaatoiminnan syntymiseen. 1950-luvulla huomio kiinnitettiin jänteen muuttuneeseen venenkiertoon, joka altistaa jänteen heikkenemiselle. Neer totesi laajojen vainajilla tehtyjen tutkimusten perusteella, että kiertäjälkälvosimen yläosa hankautui olkalisäkkeen etuosaan, ligamentum coracoacromialeen ja AC-niveleen. Neerin mielestä 95 % kiertäjälkälvosimen repeämistä johtuu siitä, että kalvosin on pinteessä olkanivelen kattorakennelmaa vasten ja hankautuu rikki. 1990-luvulla katsottiin, että repeämän tavallisin syy on itse jänteen kuluminen ikääntymisessä. Jänteen koostumus todettiin histologisissa tutkimuksissa muuttuneeksi siten, että sen mekaaninen vastustuskyky heikkeni. Tuloksena oli jänteen tulehdus ja lopulta repeämä.

Kiertäjälkälvosimen tapaturmainen repeämä syntyy ulkoisen voiman vaikutuksesta esimerkiksi kaatumisen tai riippumaan jäämisen yhteydessä. Taustalla saattaa olla jo ennestään rappeutunut, mutta oireeton jänne.

Sekundaarinen ahdas olka syntyy nuorilla epävakaan olkanivelen yhteydessä. Kiertäjälkälvosimen sisäinen ahtauma on osa ”heittäjän olkapään” ongelmaa.

On epäselvää, miksi jotkin impingement-tilat ovat oireettomia. Yksi mahdollinen selitys on, että kliiniseen tilaan liittyvä limapussitulehdus aiheuttaa kyseisen lepo- ja yösäryn, sillä tiedetään, että nimenomaan limapussin seinä-mässä on eniten kipua rekisteröiviä hermonpäätteitä.

Ahdas olka -oireyhtymään liittyy yleensä lepo- ja yösäryä sekä rasituskipua tai liikearkuutta ja myöhemmin lihasheikkoutta ja -jäykkyyttä. Tarkka anamneesi ja huolellinen kliininen tutkimus johtavat useimmiten oikeaan diagnoosiin. Niitä voidaan täydentää olkanivelen röntgenkuvauksella, kaikukuvauksella ja varjoainetehosteisella magneettitutkimuksella.

On olemassa lukuisia kliinisiä provokaatiotestejä, joilla pyritään osoittamaan kivun alkuperäinen syy. Niiden luotettavuus ja toistettavuus on suuri ongelma. Kirjallisuuden mukaan luotettavimmat ovat Neerin ja Hawkinsin testit. Testit perustuvat siihen, että niissä aiheutetaan ärtyneen kiertäjäkavlosimen ja limapussin painamista olkanivelen kattoa vasten, jolloin mekaaninen puristus ilmenee kipuna.

Kiertäjäkavlosimen repeämä on usein oireeton tai piiloutuu laajakirjoisen kliinisen kuvan taakse. Tavallisimpia löydöksiä ovat tyypillisen kivun lisäksi kiertäjäkavlosimen lihasten surkastuminen, abduktion, sisään-ulos-kierron heikkous sekä nivelen jäykkyys. Potilaat eivät kykene vastustettuun abduktioon tai uloskiertoon. Vaurioitunut kiertäjäkavlosin ei kykene keskittämään olkavarren päätä nivelkuoppaan, jolloin hartialihäs ei jaksa nostaa olkapäätä. Hertelin kuvaama ns. pudotustesti (lagtesti, droptesti) korreloi hyvin repeämän koon sekä lihaksen kunnan kanssa. Sisäänkiertäjän, eli muun muassa subscapulariksen luotettavimmat kliiniset testit ovat ns. lift-off-testi ja Napoleon-testi.

Kiertäjäkavlosimen vaurion ja repeämän vaikutus toimintakykyyn

Kiertäjäkavlosimen tärkeimmät tehtävät ovat keskittää olkavarren pää lapaluun nivelkuoppaan ja tukea niveltä liikkeen yhteydessä. Jos kiertäjäkavlosimessa on repeämä tai se on kulumisen seurauksena huonokuntoinen, olkavarren pää ei keskity lapaluun nivelkuoppaan. Tällöin nosto- tai kierto liikkeen suunta muuttuu yleensä ylöspäin ja aiheuttaa tyypillisen deformiteetin. Olkanivelen liikerytmi häiriintyy, ja pahimmassa tapauksessa olkanivel on parettinen, kivulias ja voimaton. **Potilaat eivät kykene nostamaan, työntämään, vääntämään tai tekemään toistoliikkeitä yläraaja vaakatasossa.**

Kiertäjäkavlosimen vajaatoiminnan hoidon periaatteet

Olkannivelen pitkään jatkuneen olkannivelen kiputilan hoito on aluksi konservatiivinen. Se koostuu lapaluuta tukevien lihasten ja itse kiertäjäkavlosimen lihasten vahvistamisesta. Tällöin korjaantuu lapaluun mahdollinen virheasento ja olkannivelen biomekaaniset edellytykset luontevaan ja vahvaan liikkeeseen palautuvat. Työergonomian tarkastus ja korjaaminen on keskeinen rasitusta vähentävä toimenpide. Kortisoni-puuduteruiske subakromiaalitalaan vähentää limapussin tulehdusta. Puudutuksen voi muutaman kuukauden jälkeen toistaa. Ellei muutaman kuukauden aktiivinen ja omatoiminen kuntoutus ole tuloksellinen ja kliininen tutkimus viittaa edelleen ahdas olka -oireyhtymään, diagnoosi varmistetaan esimerkiksi varjoainetehosteisella magneettitutkimuksella ja harkitaan kirurgista toimenpidettä. Leikkaushoidon päämääränä on avartaa subakromiaalitalaa ja puhdistaa tai korjata mahdollinen kiertäjäkavlosimen repeämä. Leikkausta seuraa aina pitkä kuntoutusjakso.

Olkannivelen epävakaas

Olkannivel on suurimman liikelaajuuden omaava nivel. Luiset rakenteet antavat mahdollisuuden hyvälle liikkuvuudelle: lapaluun puoleinen nivelpinta peittää olkaluun pästä kerrallaan vain noin neljänneksen. Olkannivelen suuri liikelaajuus asettaa vaatimuksia pehmytkudoksille vakauden ylläpitämiseksi olkannivelen eri asennoissa. Koska lapaluun kiinnitys rintakehään on liikkuva, lapaluu pystyy mukautumaan liikkeeseen siten, että sen nivelkuoppa on koko ajan olkavarren päätä vasten ja varmistaa näin olkannivelen vakauden. Anatomisten rakenteiden takia olkannivelen vakaus on altis vaurioitumaan erilaisissa tapaturmissa.

Luokitus

Olkannivelen epävakaas (instabiliteetti) luokitellaan suunnan (eteen, taakse ja monisuuntainen), etiologian (tapaturmainen tai rakenteellinen), ajan (akuutti, toistuva, pysyvä) ja suuruuden (luksaatio tai sublukaatio) mukaan. Tapaturmainen sijoiltaanmeno on tavallinen. Kaikista nivelen sijoiltaanmenoista olkannivelen osuus on noin puolet. Olkannivelen traumaattisen sijoiltaanmenon esiintyvyyden on arvioitu olevan noin 2 % koko väestössä ja kontaktiurheilijoilla jopa 8 %. Nuorilla miehillä sijoiltaanmeno on kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla. Yli 50-vuotiaiden ryhmässä naiset ovat enemmistönä. Olkannivelen sijoiltaanmenoista yli 90 % on suuntautunut eteen ja alaspäin. Loput suuntautuvat taaksepäin tai ovat luonteeltaan monisuuntaisia. Kliinikon on tärkeää erottaa nivelen normaali löysyys tavanomaisesta sijoiltaanmenosta. Magneettikuvien perusteella luokitusta ei tehdä.

Patofysiologia

Olkanivelen sijoiltaanmenoon voi liittyä hermo- tai verisuonirakenteiden vaurioita samoin liitännäismurtumia sekä olka- että lapaluun puolella. Tavallisimmat kudosvauriot kohdistuvat nivelkapselin rakenteisiin ja lapaluun nivelpinnan pehmytkudoksen labrumiin (rustorengas). Alle 30-vuotiailla potilailla olkanivelen ensimmäiseen tapaturmaiseen sijoiltaanmenoon liittyy yli 95 % tapauksissa lapaluun rustorengaan ja kapselin vaurio.

Olkanivelen sijoiltaanmenon ensiapuna on luonnollisesti nivelen repositio. Sijoiltaanmenon yhteydessä syntynyt kudosvaurio altistaa nivelen myöhemmälle sijoiltaanmenolle. Epävakauden oireena voivat olla toistuvat sijoiltaanmenot tai oireiset muljahdukset sekä kipu uloskierron yhteydessä. Ennusteen kannalta potilaan ikä on keskeinen tekijä. Alle 20-vuotiaista jopa 90 % saa uuden sijoiltaanmenon. Residiivit ilmaantuvat varhain ensimmäisen tapaturman jälkeen. Iän myötä uusiutumiskiriski vähenee, jolloin kiertäjälavosimen mahdollinen liitännäisvamma on avainasemassa.

Diagnoosi

Tapaturmaisen sijoiltaanmenon diagnoosi on helppo, mutta myöhäisemmän epävakauden osoittaminen on vaikeampaa. Huolellinen anamneesi ja tarkka kliininen tutkimus ovat diagnoosin kulmakivet. Kliinisistä testeistä apprehension-koee ja relokaatiotestit ovat osoittautuneet luotettaviksi, ja niiden toistettavuus on hyvä. Monisuuntainen epävakaas manifestoituu kliinisesti ”sulcus sign”-testin positiivisena tuloksena, mutta sitä esiintyy myös potilailla, joilla on oireeton rakenteellinen nivelen löysyys. Varjoainetehosteinen magneettitutkimus osoittaa luotettavasti nivelensisäiset kudosmuutokset. Tulkinta ei ole aina yksiselitteinen, sillä varsinkin rustorengaan ja nivelkapselin anatominen vaihtelu on suhteellisen suurta. Magneettitutkimuksen tulosta onkin aina verrattava potilaan ikään, anamneesiin ja kliinisen tutkimuksen tulokseen.

Epävakauden vaikutus olkanivelen toimintaan

Olkanivelen muljahtelu aiheuttaa usein epämukavan tunteen, jolloin **kurotus, nopea kiertoliike ja nostaminen tulevat hankaliksi**. Jos tila jatkuu pitkään, lisääntyy kiertäjälavosimen kohdistuva rasitus, mikä aiheuttaa sekundaarista lepo- ja yö särkyä ja olkanivelen voimattomuutta.

SLAP-muutokset

Lapaluun rustorengaan vaurio yhdistetään yleensä olkanivelen epävakauteen. Snyder kuvasi vuonna 1985 muutoksia hauislihaksen jänteen kiinnityksessä ja katsoi, että vamma ulottuu myös rustorengaan yläosaan. Olkanivelen artroskopia yleistyivät saman aikaan, ja tällöin luotiin käsite SLAP-vau-

rio (superior labral anterior to poster). Vieläkään ei tarkoin tiedetä, miten muutos syntyy ja mikä on sen kliininen merkitys. Ongelma on myös hyvän, luotettavan ja helposti tulkittavan kliinisen testin puuttuminen. Suomessa käytetyin kliininen testi on hauislihaksen pitkän pään jännettä venyttävä O’Brienin testi vuodelta 1998. Valitettavasti sen tulos on hyvin vaikeasti tulkittavissa. Lisäksi olkanivelen magneettitutkimuksessa todetaan usein rustorengaan yläosassa muutoksia, jotka tulkitaan SLAP-vaurion kaltaisiksi. Näin ollen kyseinen löydös on mitä luultavimmin Suomessa yli-diagnosoitu. SLAP-vaurion todellinen vaikutus olkanivelen toimintaan on edelleen selvittämättä.

Olka- ja AC-nivelen nivelrikko

Olkapään kiputilat liittyvät yleensä alueen jänteiden, limapussien ja nivelsiteiden degeneratiivisiin tai tapaturmaisiin muutoksiin. Kipu ja vajaatoiminta, jotka johtuvat kulu-neesta olkanivelestä, ovat huomattavasti harvinaisempia kuin alaraajan suurissa kantavissa nivelissä. Olkanivelen nivelrikko onkin tapaturman, taudin – kuten reuman – tai verenkiertohäiriön seurasta. Olkanivel kipeytyy ja jäykistyy, ja olkapään voimat hupenevat. Röntgenkuvassa näkyvät tyypillisesti olkavarren pään muodonmuutos, nivelpintojen häviäminen ja sekundaaristen rustojen syntyminen. Jos nivelen muutoksen syy on reuma, tauti vaurioittaa muitakin niveliä. **Nivelen tuhoutuminen estää toistoliiikkeet sekä nostamisen, työntämisen ja vääntämisen.**

Olkanivelen tekonivelleikkauksen pääaihe on kipu. Leikkauksen onnistuminen edellyttää hyvää ja vahvaa kiertäjälavosinta. Toimintakyky riippuu nimenomaan olkanivelen pehmytkudosten kunnosta, mutta **yleensä potilas, jolla on olkanivelen tekonivel, ei kykene ras-kaaseen fyysiseen työhön. Tekonivelpotilas ei pysty vääntämään, kääntämään tai heittämään, mutta sallii nostamisen ja kantamisen.**

Olkanivelen murtuma ja sen jälkitila

Murtuman virheasento ja muuttunut anatomia vaikuttavat suoraan olkanivelen biomekaaniseen käyttäytymiseen. Varusvirhekulmassa oleva olkavarren pää estää aktiivisen liikkeen, ison olkakyhmyin kohoasento hiertää kiertäjälavosimen rikki ja aiheuttaa ahdas olka -oireyhtymän kaltaisen kiputilan. Murtuman jälkeinen olkanivelen jäykkyys ja voimattomuus on tavallista.

Olkapään toimintakyvyn arviointi

Olkanivelen toimintakyky koostuu nivelen riittävästä liikeradasta, voimasta ja vakaudesta, jotka sallivat potilaan tehdä yläraajallaan muun suorituskykynsä mahdollistamat päivittäiset toiminnot. Toimintakyvyn arviointi sisältää näin ollen riittävät tiedot olkanivelen liikelaajuuksista (asteina

neutraaliasennosta), voimasta loitonnuksen, uloskiertoon, sisäänkiertoon ja etuelevaatioon (prosentteina vastakkaisesta puolesta tai arvioidusta normaalista) sekä vakaudesta, joka pitää olkaluun pään paikallaan kuormitettaessa. Toimintakyvyn arviointiin liittyvät oleellisesti toimintakyvyn mittausta ja potilaan oma arvio ja nämä tulee erottaa toisistaan laadittaessa lausuntoa tai arviota olkanivelen toimintakyvystä. Olkanivelen toimintakyky voidaan arvioida seuraavana esitettävien kriteereiden ja testien perusteella (taulukot 1–4).

Taulukko 1. Olkanivelen toimintakyvyn arviointi

Olkapään objektiivinen (mitattu) toimintakyky

- Constant-score (liite 1), (www.secec.org/fileviewer.aspx?fileid=a6f76c04-31be-4b9b-be59-afeaf934af4d)
- Olkapään liikelaaajuus (loitonnuksen, etuelevaatio, sisäänkierto [kuinka pitkälle saa käden selän taakse, esim. Th-ls-tasolle], uloskierto)
- Voima loitonnuksen sekä sisään- ja uloskiertoon prosentteina vastakkaisesta puolesta

Potilaan kokemaa toimintakykyä

- Simple Shoulder Test (liite 2), (www.orthop.washington.edu/uw/shoulder/tabID__3376/ItemID__186/PageID__357/Articles/Default.aspx)
- Potilaan arvio Likertin-asteikolla tai VAS-janalla (liite 3)
- Sanallinen kuvaus siitä missä toiminnoissa olkapää aiheuttaa hankalimpia rajoitteita ja mitä potilas pystyy tekemään

Tiivistelmä

Tiivistelmään lääkärin tulee koota merkityksellinen sanallinen arvio potilaan mitatusta toimintakyvystä sekä käytettyjen sairausspesifisten testien että muiden tutkimushavaintojen osalta. Tähän tulee liittää potilaan subjektiivinen arvio omasta toimintakyvystään. Toimintakykyarviossa pitää erottaa objektiiviset ja potilaan subjektiiviset arviot ja on myös huomioitava ristiriidat näiden välillä.

Taulukko 2.

Olkanivelen toimintakyvyn kliiniset testit

Neerin testi

Tutkija nostaa nopeasti potilaan yläraajan etukautta ylös. Jos mm. supraspinatuksen jänne on pinteessä, liike aiheuttaa kivun ison olkakaryhmän kohdalla.

Hawkinsin testi

Potilaan yläraaja viedään 60 asteen abduktioon ja lievään pronatation. Tutkija painaa kevyesti käden alas, jolloin potilas vastustaa liikettä. Testitulokset positiivinen, jos potilas tuntee kipua olkapäässä, kun ärtynyt kiertäjälkalvosin jännittyy.

Apprehension-testi

Tutkija on potilaan takana. Kun potilaan yläraaja on 90 asteen abduktiossa ja kyynärniveli 90 asteen fleksiossa, tutkija kiertää kevyesti yläraajan uloskiertoon. Testitulokset positiivinen, jos potilas tuntee muljahduksen ja jännittää tällöin lihaksensa. Pelkkä kipu ilman muljahduksen tunnetta ei viittaa epävakauteen.

Relokaatiotesti

Potilas on makuulla yläraaja 90 astetta abduktiossa ja kyynärniveli 90 asteen fleksiossa. Tutkija kääntää potilaan yläraajaa uloskiertoon, joka yleensä jää vakaaksi ja potilas tuntee muljahduksen. Tutkija tukee edestä potilaan olkapäätä ja uusii tutkimuksen. Testitulokset positiivinen, jos uloskierto kasvaa ja muljahdus jää pois.

Pudotustesti

Tutkija vie potilaan käsivarren abduktioon, fleksioon ja uloskiertoon. Tutkija päästää otteen potilaan käsivarresta. Testitulokset positiivinen, jos yläraaja ei pysy asennossa, vaan putoaa alas.

Taulukko 3.

Olkanivelen magneettitutkimuksen edellytykset ja aiheet

Tehdään aina varjoainetehosteinen magneettikuvaus. Vaatii hyvän kliinisen tutkimuksen ja selkeän kysymyksenasettelun. Ei korvaa olkanivelen nativiröntgenkuvausta.

Aiheet:

- pitkittynyt epämääräinen kiputila
- monisuuntainen epävakausta
- SLAP-vamman selvittäminen
- kiertäjälkalvosimen repeämän tarkempi diagnoosi

Liite 1. CONSTANT-score

Arviointikohde	Pisteitä	
Kipu		
Ei kipua	15	
Lievä	10	
Kohtalainen	5	
Kova	0	
	____/15	
Yläraajan käyttö jokapäiväinen		
Aktiivisuustaso		
Täysipainoinen työ	4	
Täysipainoinen vapaa-ajan toiminta	4	
Häiriötön uni	2	
	____/10	
Millä korkeudella kykenet käyttämään yläraajaa?		
Vyötärötasolla	2	
Ylävatsan tasolla	4	
Kaulan korkeudella	6	
Pään tasolla	8	
Pään yläpuolella	10	
	____/10	
Liike		
	Elevaatio	Abduktio
0–30	0	0
31–60	2	2
61–90	4	4
91–120	6	6
121–150	8	8
151–180	10	10
	____/10	____/10
Uloskierto		
Käsi pään taakse kyynärpää edessä	2	
Käsi pään taakse kyynärpää takana	2	
Käsi pään päälle kyynärpää edessä	2	
Käsi pään päälle kyynärpää takana	2	
Täysi ojennus ylös viimeisestä asennosta	2	
	____/10	
Sisäänkierto		
Kämmenselkä reiden sivulle	0	
Kämmenselkä pakaraan	2	
Kämmenselkä lumbosakraalitasoon	2	
Kämmenselkä lantion tasoon (L3-nikama)	2	
Kämmenselkä Th12-kaman tasolle	2	
Kämmenselkä lapojen väliin	2	
	____/10	
Voima		
Abduktiovoima 90 asteeseen mitattuna punnuksella tai kalavaa'alla.		
Pisteet lasketaan kaavalla (kg - määrä ad 12 / 12 kg) x 25 eli 12 kg tuottaa täydet	____/25	
Kokonaispisteet	____/100	

Taulukko 4.

Syitä, joiden vuoksi olkapääpotilas lähetetään erikoislääkärille

Pitkittynyt (yli 3 kk kestänyt) kiertäjälavosimen kiputila, johon potilas on saanut asianmukaisen konservatiivisen hoidon.

- Kliinisesti selvä kiertäjälavosimen repeämä
- Olkanivelen toistuva epävaka
- Olkanivelen instabiliteetin jälkeinen kova kipu
- Olkanivelen kliinisesti merkittävä nivelrikko
- Olkavarren yläosan pirstaleinen tai dislokoitunut murtuma

Liite 2. Simple Shoulder Test (SST)

	Kyllä	Ei
1. Onko olkapääsi kivuton levossa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Saatko nukkua olkapään osalta ongelmitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Saatko työnnettyä paidan housuihin selän takana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Saatko laitettua kämmenen takarivolle kyynärpään osoittaessa sivulle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Saatko nostettua kätesi olkatasoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Saatko nostettua kädelläsi 0,5 kg painoisen esineen olkatasolle (esim. 0,5 l virvoitusjuomapullo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saatko nostettua kädelläsi 4 kg painoisen esineen olkatasolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pystytkö kantamaan esim. 10 kg painoista kassia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Luuletko pystyväsi heittämään palloa alakautta 10 m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Luuletko pystyväsi heittämään palloa yläkautta 20 m?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Saatko kätesi vastakkaisen olkapään päälle etukautta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Salliiko olkapääsi normaalin toiminnan työssäsi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyllä-vastauksia: _____ / 12		

Liite 3. Potilaan oma-arvio olkapään toimintakyvystä (sopii myös kyynärpäähän, lonkkaan ja polveen)

Mikä on olkapääsi terveydentila tällä hetkellä? Ympyröi vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten tilannetta tällä hetkellä.

1. Olkapääni on täysin terve, ei minkäänlaisia oireita.
2. Olkapääni on erittäin hyvä, ainoastaan satunnaisia lieviä oireita.
3. Olkapääni on varsin hyvä, ainoastaan lieviä oireita kovassa rasituksessa.
4. Olkapääni on melko hyvä, ainoastaan lieviä oireita päivittäisissä toimissani.
5. Olkapääni on välttävä, melko paljon lähes päivittäisiä oireita, satunnaisia lepopkipuja.
6. Olkapääni on varsin huono, jatkuvia päivittäisiä oireita.
7. Olkapääni on erittäin huono, runsaasti hankalia päivittäisiä oireita rasituksessa ja levossa.

Aiheuttaako olkapääsi tilanne tällä hetkellä rajoituksia elämässäsi? Merkitse rastilla arviosi alla olevalle janalle.
10 = Aiheuttaa erittäin merkittäviä rajoituksia.
0 = Ei aiheuta mitään rajoituksia.

0 10

Kyynärpää

Kyynärpää poikkeaa muista nivelistä siinä mielessä, että kliininen tutkimus on hankalampi, koska luotettavia epävakautta osoittavia kliinisiä tutkimuksia ei ole olemassa. Anamneesin arvo korostuu täten kyynärnivelen toimintaa arvioitaessa.

Toiminnallinen anatomia

Ihmisen suurista nivelistä kyynärnivel tunnetaan ehkä huonoimmin. Se poikkeaa rakenteensa vuoksi toiminnaltaan muista nivelistä. Kyynärnivel koostuu kolmesta eri nivelestä, sillä olkavarsi niveltyy sekä kyynärluuhun että varttinäluuhun, jotka vielä niveltyvät keskenään. Luisen anatomisen rakenteen vuoksi kyynärnivel on varsin tukeva saranatyyppinen nivel.

Kyynärnivelellä on yksi yhteinen nivelkapseli. Nivelkapselissa on sekä lateraalinen että mediaalinen vahvistus, jotka toimivat nivelsiteinä. Nivelsiteet kulkevat ulko- ja sisäsivunastasta kyynär- ja varttinäluuhun. Nämä nivelsi-

teet varmistavat kyynärnivelen sivuttaisen liikkeen ja estävät varus- ja valgus-epävakaan. Ligamentum anulare radii ympäröi caput radiita ja tukee varttinäkyynärniveleltä. Varttinä- ja kyynärnivelellä ei ole erityistä omaa nivelsidettä.

Kyynärnivelen kliininen tutkimus (taulukko 5)

Kyynärnivelen toimintaa arvioitaessa kliinisen tutkimuksen ja anamneesin merkitys korostuu. Kliinisessä tutkimuksessa selvitetään liikeradat, jolloin koukistus on toimintakyvyn kannalta ojennusta tärkeämpi. Pro-supinaatioliike mittaa caput radiin ja capitellum humerin välisen nivelen toimintaa. Kyynärnivelen vakausta arvioidaan AP- ja sivusuunnassa ja rekisteröidään mahdollisen epävakaan suunta ja aste. Samalla rekisteröidään kyynärnivelen liikkeenvoima ja kliiniseen tutkimukseen liittyvä kipu.

Radiologinen selvitys

Tavallinen röntgentutkimus, joka sisältää kuvan AP- ja sivusuunnassa, on yleensä riittävä. Ellei ongelmaa voida ratkaista kliinisellä ja natiiviröntgenkuvauksella, potilas lähetetään erikoislääkärille lisäselvityksiä varten. Tietokonetomografia ja kolmiulotteiset rekonstruktio kuvat parantavat murtuman tai virheasennon diagnostiikkaa. Magneettitutkimuksella voidaan mahdollinen nivelsidevaurio selvittää paremmin. Tämän tutkimuksen merkitys ei ole yhtä keskeinen kuin esimerkiksi olkapään tai polven tilaa selvitettäessä.

Kyynärnivelen toiminta

Kyynärnivel kykenee ojentumaan ja koukistumaan, ja sen kautta tapahtuu käden kiertoliike (pronaatio ja supinaatio). Kyynärnivel mahdollistaa syömisen, pukeutumisen ja työskentelyn vartalon edessä. Kyynärnivelen supinaatio ja prosupinaatio takaavat käden liikkuvuuden kaikkiin suuntiin.

Kyynärnivelen vauriot liittyvät kaatumiseen tai erillisiin vääntövammoihin. Kyynärnivelen rakenteen vuoksi tapaturman tavallisin yksittäinen kliininen ja toimintakykyyn vaikuttava seuraus on nivelen jäykkyys.

Kyynärnivelen epävakausta

Kyynärnivelen epävakausta on harvinainen. Se syntyy usein tapaturmaisesti kapselin ja nivelsiteiden vaurion tai itse murtuman aiheuttamana. Tavallisin suunta on taaksepäin, eli kyynärliisäke (olecranon) siirtyy paikoiltaan posteriorisuuntaan. Sivusuuntainen ja valgus- tai varus-epävakausta ovat harvinaisempia ja liittyvät joko caput radiin tai corodeus ulman murtumaan ja vastaavan kapselin repeämään. Vakautta voidaan tutkia kolmella yksinkertaisella testillä, jotka valottavat kliinistä tilaa (taulukko 5).

Taulukko 5. Kynärnivelen vakaustestit

Varustesti (adduktiotesti)

Potilaan kyynärpää on 20 asteen fleksiassa ja käsi supinaatiossa. Tutkija tukee toisella kädellään olkaluun sisäisivunastan ja painaa toisella kädellään ranteen kohdalta kättä ulospäin. Testi mittaa lateraalisen nivelsiteen toimintaa, ja tulos on positiivinen, jos varuskulma lisääntyy.

Valgustesti (abduktiotesti)

Potilaan kyynärpää on 20 asteen fleksiassa ja käsi pronaatiossa. Tutkija tukee toisella kädellään olkaluun ulkosivunastan ja painaa toisella kädellään ranteen kohdalta kättä ulospäin. Testi mittaa mediaalisen nivelsiteen toimintaa, ja tulos on positiivinen, jos valgusvirheasento lisääntyy.

Posteriorisen vakauden testi

Potilaan kyynärpää on 90 asteen kulmassa. Tutkija vakauttaa toisella kädellään olkavarren ja vetää toisella kädellään kyynärvarrtta itseään päin. Testituloksena on positiivinen, jos ilmenee ylimääräinen taaksesuuntautuva liike, joka kuvaa nivelkapselin repeämää.

Kynärnivelen murtuma

Kyynärliisäkkeen murtuma on tavallisin kyynärnivelen murtumista. Se syntyy kaatumisen yhteydessä. Ojennuskyky ja voima puuttuvat, ja kyynärliisäkkeen kärki vetäytyy kolmipäisen olkalihakseen vetämänä olkavarren puolelle. Muut murtumat vaikuttavat suoraan nivelen vakauteen. Processus coronoideus ulmaan, murtumaan liittyy ojentaessa luksaatiotaipumus, ja väärttinäluun pään murtumissa potilas menettää supinaatio- ja prosupinaatiokykynsä ja kyynärpää on sivusuunnassa epävakaa. Olkavarren alaosan murtuma syntyy kaatumisen seurauksena ja vaikuttaa aina merkittävästi kyynärnivelen toimintaan.

Kyynärnivelen jäykkyys

Kyynärnivelen murtuman jälkitila aiheuttaa jäykkyyden, virheasennon, nivelrikon tai epävakauden. Jokainen muoto saattaa olla kivulias ja estää kyynärnivelen normaalin toiminnan. Koukistamisen puutos on toiminnan kannalta pahempi kuin ojennuksen rajoittuminen. Röntgenkuvista arvioidaan murtuman aiheuttama virheasento ja trauman jälkeisen nivelrikon vaikeusaste ja tarkistetaan, onko nivelissä mekaanista lukittumista aiheuttavia irtokappaleita tai jäykistääkö heterotooppinen luutumisen niveltä. Erityistapauksissa tehdään tietokonetomografia ja kolmiulotteinen rekonstruktiokuvaus.

Milloin jatkotutkimuksiin?

Kyynärnivelen toimintakykyä arvioitaessa perusteellinen kliininen tutkimus on diagnoosin kannalta erityisen tärkeä. Ortopedia on syytä konsultoida, jos potilaalla on selkeä mekaaninen lukko, joka estää kyynärnivelen liikkumisen, tai kyynärnivelen virheasennossa. Mikäli potilaalla on pitkittynyt epikondyliitti tai kyynärnivelen krooninen kiputila, joka ei reagoi asianmukaiseen kuntoutukseen tai jonka tarkempi diagnoosi puuttuu, hänet ohjataan jatkotutkimuksiin.

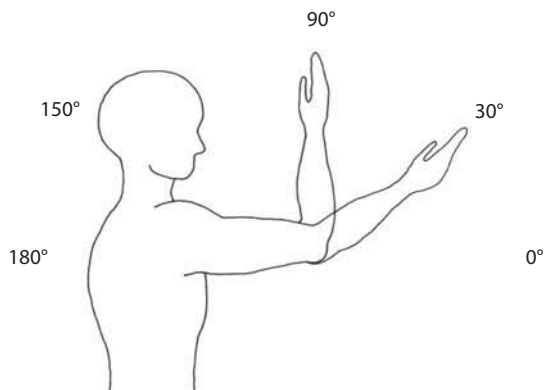
Kyynärnivelen sairaudet ja niiden vaikutus toimintakykyyn

Kyynärnivelen sairaudet vaikuttavat nivelen nivelrikon kehittymiseen ja rajoittavat nivelen toimintaa.

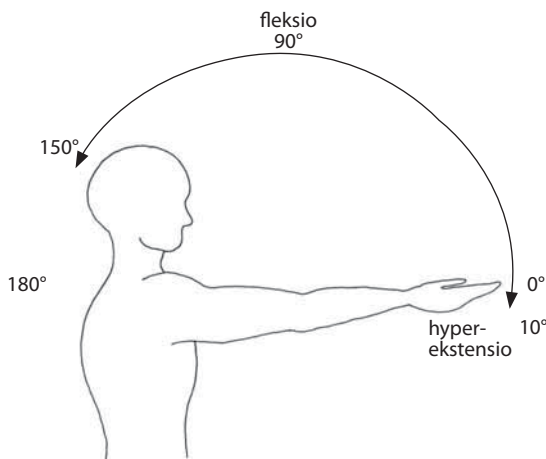
Reuman runtelema nivel on jäykkä ja luuaines on siinä haurasta ja jänteiden kiinnitys heikentynyt. **Reumaattinen kyynärnivelen estää työntämisen ja nostamisen.** Jäykkyys vaikuttaa koko yläraajan motoriikkaan. Jänteiden heikkous rajoittaa käden puristusvoimaa ja sorminäppäryyttä.

Epikondyliitit ovat varsin tavallinen riesa, koska jännetupet ja jänteiden kiinnitykset kipeytyvät herkästi. Tavallisin muoto on lateraalinen epikondyliitti. Siinä arkuus paikantuu olkaluun ulkosivunastan kohdalle. Kipu lisääntyy ranteen passiivisessa koukistuksessa sekä ranteen ja sormien vastustetussa aktiivisessa dorsifleksiassa (= provokaatiotestit). Mediaalipuolella taas kipu tuntuu sisäisivunastan seudussa, erityisesti yhtäaikaisessa käden puristusotteessa ja vastustetussa pronaatiossa. Epikondyliitit heikentävät yläraajojen rasituksensietoa ja voimaa. **Erityisesti yläraajojen staattinen kuormittaminen hankaloituu** (taulukko 6). Yhteistä epikondyliiteille on, että niitä koskeva objektiivinen luotettava toimintatesti puuttuu. **Tila on yleensä ohimenevä, eikä parannuttuaan rajoita toimintakykyä.**

Kyynärnivelen nivelrikko on yleensä tapaturman seurauksena. Kliinisesti jäykkyys ja rasituksensiedon heikkous



Taulukko 6.
Kyynärnivelen toiminnan arvioiminen SECEC
www.secec.org/assessments



ovat tavallisimmat oireet. **Potilas ei pysty nostamaan, vääntämään tai tekemään toistuvia ojennus- ja koukistusliikkeitä kivun, turvotuksen ja lihasteikkouden takia. Bicepsin distaalipään repeämä** on yleensä tapaturmainen. Repeämä rajoittaa kyynärnivelen toimintaa, koska liike estää vääntämisen, kääntämisen ja heittämisen.

Mayo Elbow Performance Score

Arviointikohde	Pisteet
Kipu (max 45 pistettä)	
Ei kipua	(45 pistettä)
Lieväkipu	(30 pistettä)
Kohtalainenkipu	(15 pistettä)
Kovakipu	(0 pistettä)
Liikelaajuus (max 20 pistettä)	
Liikerata > 100 astetta	(20 pistettä)
Liikerata 50–100 astetta	(15 pistettä)
Liikerata < 50 astetta	(5 pistettä)
Stabiiletti (max 10 pistettä)	
Stabiili	(10 pistettä)
Lievä epästabiiletti	(5 pistettä)
Epästabiili	(0 pistettä)
Toiminta (max 25 pistettä)	
Pystyy kampaamaan hiukset	(5 pistettä)
Pystyy ruokailemaan itsenäisesti	(5 pistettä)
Pystyy huolehtimaan henkilökohtaisesta hygieniastaan	(5 pistettä)
Pystyy pukemaan paidan ylleen	(5 pistettä)
Pystyy pukemaan kengät jalkaan	(5 pistettä)
Yhteensä enintään 100 pistettä	

Mitä pienempi pistemäärä, sitä huonompi toimintakyky.

Lonkkanivel

Anatomia

Lonkkanivel on toiminnaltaan ja rakenteeltaan pallonivel, jonka toiminnallisesti tärkeimmät liikkeet ovat kierrot sekä ojennus ja taivutus. Reisiluun pää niveltyy syvään lonkkamaljaan. Nivelen vakautta vahvistaa vielä vahva kapseli, minkä takia lonkkanivelen sijoiltaanmeno on harvinaisen. Lonkan vakautta vahvistavat myös lonkkaniveltä ympäröivät vahvat lihakset ja selkeä rustorengas, labrum. Reisiluun pään venekierto tulee kapselin kautta kulkevan arteria circumflexa femoriksen välityksellä. Reisiluun päässä on lisäksi paksu nivelside (ligamentum capitis femoris), jota kautta lapsilla tapahtuu merkittävä osa verenkierrasta.

Kehon kuormitus välittyy lonkan ja reisiluun pään ja kaulan kautta, joten kyseiseen alueeseen kohdistuu suuri fyysinen rasitus. Kääntymisliikkeessä kyseinen alue heikkenee ja altistaa reisiluun kaulan murtumalle.

Lonkkanivelestä johtuva kiputila ja vajaatoiminta

Koska lonkka on kantava nivel, sen tavallisin sairaus on nivelrikko. Nivelrikko on koko nivelen sairaus, jonka perimmäistä syytä ei tiedetä. Se aiheuttaa muutoksia niin

nivelrustossa, luussa kuin nivelkapselissakin. Suomessa kliinisen lonkkanivelriikon ikävakiointu esiintyvyys on yli 30-vuotiailla miehillä 5,7 % ja naisilla 4,6 %. Radiologisen ja kliinisen lonkkanivelriikon esiintyvyys lisääntyy ikäännyessä niin miehillä kuin naisillakin. Lonkan nivelrikko syntyy kulumisen, murtuman aiheuttaman virheasennon ja verenkiertohäiriön pohjalta. Lonkan nivelrikko liittyy myös erilaisten nivelsairauksiin. Se on hitaasti etenevä tila, joka aiheuttaa sekä rasisus- että leposärkyä ja johtaa lonkkanivelen jäykistymiseen. Tällöin **kiipeäminen, kyykistyminen, ponnistaminen ja ketteryyttä vaativa liikkuminen on hankalaa ja kävely muuttuu epävarmaksi. Myös pitkään istuminen ja autolla ajo on hankalaa.** Nuoremmilla henkilöillä lonkan dysplasia aiheuttaa sekundäärisen artroosin ja jo varhain siihen liittyvät oireet. Dysplasia johtaa myös lonkan nivelrikkoon.

Diagnoosi

Lonkan nivelrikolle ei ole olemassa yksiselitteistä ja yleisesti hyväksyttyä diagnoosikriteeristöä. Diagnoosi perustuu:

1. potilaan kuvaamiin oireisiin
2. kliinisen tutkimuksen nivellätyönsiinä
3. radiologisiin löydöksiin

Lonkan nivelrikon ensioire on kipu. Alkuun kipu esiintyy rasituksen yhteydessä, mutta arthroosin edetessä alkaa esiintyä leposärkyä. Kipu paikantuu tavallisesti nivustaipeseen, mutta voi heijastua koko reiden alueelle polveen saakka. Nivel kivun vaikeusaste tulisi määrittää VAS-kipumittarilla, jota voidaan kliinisessä työssä käyttää myös hoitovasteen seurannassa. Osalla potilaista esiintyy lonkan aamujäykkyyttä ja liikkeellelähtöjäykkyyttä esimerkiksi pitempään istumisen jälkeen.

Manuaalinen tutkiminen on tärkeää. Lonkasta tutkitaan passiivinen sisään- ja uloskierto, koukistus ja ojennus. Samalla huomioidaan liikkeeseen liittyvä kipu (taulukko 7).

Lonkkien röntgenkuvat otetaan mahdollisuuksien mukaan seisten etu-takasuunnassa (AP-kuva). Erotusdiagnostiikkaa ajatellen kuvausta voidaan täydentää lonkan sivukuvalla tai Lauensteinin projektiolla. Lonkan nivelrikon radiologisen vaikeusasteen määrittämisessä käytetään Kellgrenin ja Lawrencin luokitusta (taulukko 8). Ensimmäinen viite lonkan nivelrikosta on nivelraon kaventuminen.

Magneettitutkimus on harvoin tarpeen, kun epäillään lonkan nivelrikkoa. Sen sijaan reisiluun pään avaskulaarinen nekroosi – esimerkiksi tapaturman jälkeinen – näkyy hyvin magneettitutkimuksessa. Lonkan rustorenkään vauriot voidaan selvittää magneettitutkimuksella. Näistä rustorenkään vaurio nuorilla (impingement) oireilee kivuliaana ja napsahdelevana tuntemuksena, joka estää nopeat liikkeet.

Hoito

Nivelrikon hoidon tavoitteena on lievittää kipua ja ylläpitää toimintakykyä. Lonkka-arthroosin hoito on alkuvaiheessa oireenmukainen. Ensisijainen kipulääke on parasetamoli. Siihen voidaan lisätä tulehduskipulääke. Yleensä lääkahoito on pitkäkestoista ja tulehduskipulääkkeiden haittavaikutukset saattavat korostua. Uudet COX-2-selektiiviset kipulääkkeet aiheuttavat vähemmän suolistoon kohdistuvia haittavaikutuksia, mutta ne ovat kalliimpia. Lonkkaniveleen ei suositella ruiskeita oireenmukaisena hoitona. Glukosamiinin teho lonkan nivelrikossa on edelleen epäselvä. Sen sijaan ohjattu liike- ja liikuntahoito mahdollisesti vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä.

Milloin jatkotutkimuksiin?

Potilas, jonka oireet korostuvat ja uhkaavat työkykyä tai rajoittavat päivittäisiä toimintoja, on syytä lähettää ortopedille artroplastin harkintaan. Kliinisen kokemuksen ja tutkimustulosten perusteella tiedetään, että tekonivelleikkaus vähentää kipua ja parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Lonkka-protteesin pysyvyystulokset ovat hyvät 10–15 vuoden seurannan aikana.

Taulukko 7. Lonkan toimintakyvyn kliiniset testit

Anatomisesta rakenteesta johtuen lonkkanivel on varsin stabiili, nivelen liikkuvuus on toimintakyvyn paras mittari.

Kiertoliikkeet

Polvi 90 asteen fleksiossa ja lonkkaa koukistaen suoritetaan lonkan ulko- ja sisäkierto. Tulos verrataan aina toiseen puoleen. Selkä-, ulko- ja sisäkierron puoliero viittaa aina lonkan nivelrikkoon.

Koukistaminen ja ojentaminen

Vastaavasti verrataan molempia lonkkia toisiinsa. Astemäärä merkataan ja mahdollinen puoliero viittaa lonkan nivelrikkoon. Jos kyseessä on molempien lonkkien nivelrikko, liike on vastaavasti jäykistynyt.

Lonkan impingement -testi

Kiertämällä koukistettua lonkkaa ulko- ja sisäkiertoon, tuntuu napsahdus ja potilas tuntee samalla kivun.

Taulukko 8. Lonkkanivelrikon röntgenkuvauksen perustuva Kellgrenin ja Lawrencin (1958) luokitus.

Luokka	Radiologinen löydös
1.	Nivelraon mahdollinen kaventuminen ja mahdolliset reisiluun pään osteofyytit
2.	Nivelraon selvä kaventuminen, selvät osteofyytit ja lievä skleroosi
3.	Nivelraon merkittävä kaventuminen, sekä reisiluun pään ja lonkkamaljan deformiteetti
4.	Nivelrako hävinnyt, skleroosia ja kystia, reisiluun pään ja lonkkamaljan merkittävä deformiteetti ja isot osteofyytit

Tekonivelen vaikutus lonkan toimintakykyyn

Lonkan tekonivelleikkauksen aiheet ovat kipu, joka ei ole hallittavissa lääkkein, ja toimintakykyyn olennaisesti vaikuttava liikevajausta tai virheasento. Pitkäaikaistuloksista tiedetään, että lonkkanivelen toimintaan vaikuttavat lonkkaan kohdistuva rasitus ja toistuvat äärioliikkeet. **Tekonivelleikkauksen jälkeen potilas ei sovellu raskaaseen fyysiseen työhön, kuten kiipeämiseen ja epätasaisessa maastossa liikkumiseen.** Tekonivelen luksaation mahdollisuuden takia **ei suositella työtä, jossa lonkka joutuu ääriasentoon.** Lisääntynyt rasitus johtaa kliinisten oireiden lisääntymiseen sekä tekonivelen kulumiseen, irtoamiseen ja luksaatioon.

Reisiluun yläosan murtuma, joka kulkee sarvennoisten kautta, hoidetaan joko liukuruuvilla (DHS) tai reiden yläosan ydinnalauksella. Jos luutuminen tapahtuu normaalisti, toiminnalliset rajoitukset ovat vähäisiä.

Ammatillinen kuntoutus

Ammatilliset kuntoutustoimenpiteet tulisi käynnistää, kun potilaan työkyky ja ansiomahdollisuudet ovat olennaisesti heikentyneet lonkan nivelrikon tai tapaturman vuoksi. Tällöin kliininen tila, joka heijastaa toimintakykyä, on avainasemassa. Vaativassa toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää apuna Hip dysfunction and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) www.koos.nu.

Polvinivel

Anatomia

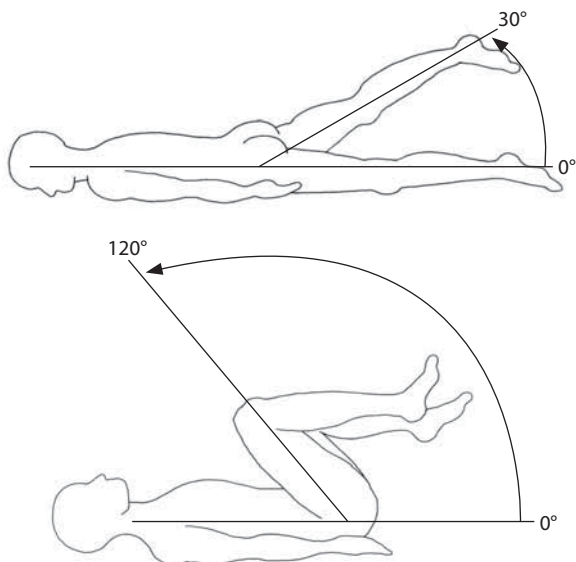
Polvi on ihmisen suurin nivel. Se on rakenteeltaan sekä sarana- että liukunivel. Sarananivel muodostuu sääriluun koverasta yläosasta ja reisiluun kuperasta alaosasta. Polvilumpio, joka on osa nelipäisen reisilihaksen nivelsiderakennetta, liukuu pitkin reisiluun vastaavaa uraa. Polvea vakauttavat sen staattiset rakenteet eli nivelsiteet ja kierukat yhdessä polvea ympäröivien dynaamisten lihasten kanssa. Polvi on kantavana nivelenä jatkuvan kuormituksen kohteena. Lisäksi polvinivelen suuri liikelaajuus vaikuttaa siihen, että nivel on alttiina jatkuvalla rasitukselle ja vammoille. Polven nivelsiteiden, kierukoiden ja nivelruston vauriot ovatkin yleisiä polven ruhje-, vääntö- ja kierto- vammoissa. Nivelkierukan repeämä on nuorten ja keski-ikäisten miesten yleisin polvivamma. Ikääntyessä ja lihoessa degeneratiivisten rustovaurioiden määrä ja nivelen yleinen kuluminen lisääntyvät ja kehittyvät nivelrikko.

Työtapaturmat, liikenneonnettomuudet ja vapaa-ajan onnettomuudet aiheuttavat usein polven seudun murtumia, jotka omalta osaltaan vaikuttavat polven toimintaan.

Polvinivelestä johtuva kipu ja vajaatoiminta

Polvi on, samoin kuin lonkka, kantava nivel ja sen tavallisin sairaus on nivelrikko. **Nivelrikko** aiheuttaa muutoksia niin nivelrustossa, luussa kuin nivelkapselissa ja nivelsiteissä. Nivelen hyaliinirusto on hermotonta ja verisuonetonta kudosta, ja se koostuu interstitiaalinnesteestä, matriksimolekyyleistä ja kollageeneista. Rusto kiinnittyy luuhun subkondraalisella luulevyllä, josta rusto saa ravintonsa. Ruston verisuonettomuuden vuoksi ruston paranemiskyky on huono. Rustovaurioiden etiologiset syyt ovat laajat.

Polven nivelrikko on yleinen iäkkäämmässä väestössä. Trauma on nivelrikon yleisimpiä sekundaarisia syitä, mutta myös polven epävakaus, irtokappaleet ja hoitoperäiset syyt



Tapaturmat

Lonkkamurtuma on tyypillisesti vanhuksen osteoporoottinen murtuma, jota esiintyy Suomessa vuosittain noin 7 000. Viime aikoina lonkkamurtuman esiintyvyys on pienentynyt. Työikäisillä potilailla lonkkamurtuma on suhteellisen harvinainen ja seurausta runsasenergisestä vammasta, joka syntyy esimerkiksi liikenneonnettomuudessa tai putoamisessa.

Reisiluun kaulan murtuman hoitolinja riippuu dislokaation asteesta. Jos murtuma on dislokoitumaton tai minimaalisesti dislokoitunut (Garden I-II) se on vakaa. Tällöin reisiluun pään venekierto on yleensä säilynyt ja murtuman hoitoon käytetään ruuvikiinnitystä. Jos murtuma on epävakaa ja dislokoitunut (Garden III-IV) kaputnekroosin riski on kasvanut. Nuorilla potilailla dislokoitunutkin murtuma hoidetaan ruuvikiinnityksellä siltäkin riskillä, että venekierto tyrehtyy ja reisiluun pää menee kuolioon. Yli 60-vuotiaiden dislokoitunut murtuma hoidetaan puoliproteesilla.

Toipuminen reisiluun kaulan murtuman leikkauksesta riippuu potilaan iästä. **Jos murtuma luutuu hyvin, potilas voi palata aikaisempaan työhönsä, eikä rajoituksia rasituksen suhteen aseteta. Puoliproteesileikkauksen jälkeen lonkan rasitusta ja voimakasta kiertoliikettä on syytä välttää.**

voivat aiheuttaa kulumaa. Lisäksi polvinivel kuluu murtuman aiheuttaman virheasennon ja suoran rustovaurion sekä verenkiertohäiriöiden ja erilaisten nivelen sairauksien pohjalta. Polven nivelrikko liittyy myös erilaisiin nivelsairauksiin. Samoin kuin lonkan nivelrikko, myös polven nivelrikko on hitaasti etenevä tila, joka aiheuttaa sekä rasitus- että leposärkyä ja johtaa polvinivelen jäykistymiseen. **Tällöin kiipeäminen, kyykistyminen, ponnistaminen, juokseminen ja ketteryttä vaativa liikkuminen on hankalaa ja kävely on epävarmaa.**

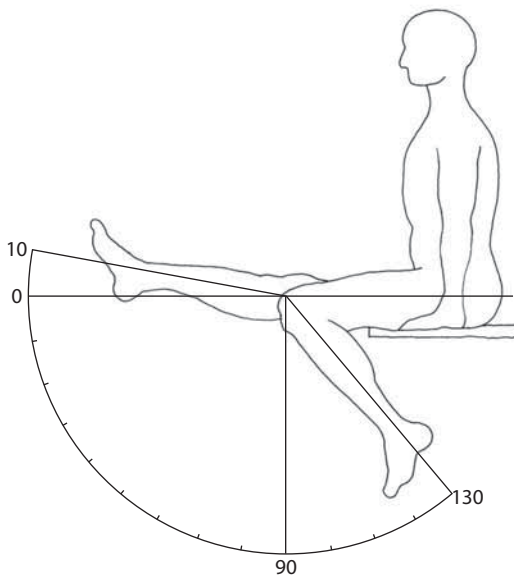
Kondromalasia (rustonpehmentymä) ja mahdollisen **ruhjevamman jälkitila** altistaa polvikivulle. Tällöin **kyykistyminen, polvistuminen, polvillaan työskentely ja pitkään istuminen vaikeutuu**. Polvilumpion päällä olevan limapussin tulehdus (bursiitti) aiheuttaa samankaltaisia ohimeneviä oireita. Polvinivel turpoaa herkästi ja turvotus näkyy selvästi nivelen inspektiossa.

Polvinivelen rakenteen vuoksi polveen kohdistuva vääntö vaurioittaa ristisiteitä ja kierukoita. Tästä seuraa kipua ja jopa polvinivelen lukkiutuminen, samalla polven vakaus häiriintyy. Kliinisen tutkimuksen avulla selvitetään ligamenttivamman toiminnallinen merkitys ja tämän perusteella laaditaan hoitosuunnitelma.

Kliininen tutkimus

Polven toimintaa arvioidessa anamneesi ja kliininen tutkimus ovat avainasemassa. Diagnoosi perustuu

- potilaan kuvaamiin oireisiin ja mahdolliseen tapaturmaan,
- kliinisen tutkimuksen nivellätyöskentelyyn ja
- radiologisiin löydöksiin.



Säärtä valgisovat sekä ulos- tai sisäänpäin kiertävät vammat aiheuttavat vaikeita nivelsidevaurioita. Polvinivelen nivelside- ja kierukkavamman ja nivelrikon ensioireita ovat kipu, turvotus sekä nivelen epävakaas ja jäykkyys. Kipu paikantuu polveen ja on asennosta riippuvainen. Polvi pettää rasituksessa ja nopeasta liikkeestä, jos taustalla on ristisidevaurio. Ristisiteistä eturistiside vammautuu takaristisidettä tavallisemmin.

Manuaalinen tutkimus on tärkeä (taulukko 9). Kliinissä tutkimuksessa selvitetään polven liikelaajuus ja vakaus. Lachmannin testillä ja vetolaatikko-koelalla osoitetaan eturistisiteen vaurion mahdollisesti aiheuttama etusuuntainen löysyys. Eturistisiteelle spesifinen testi on niin kutsuttu pivot shift -koe, joka mittaa eturistisiteen vammaan liittyvää rationaalista löysyyttä. Polven meneminen yliojennukseen on viite takaristisiteen vammasta. Kierukkavamman kliininen osoittaminen perustuu pitkälti tietoon tapaturmasta sekä mahdolliseen ojennuslukkoon ja nivelrakoon kohdistuvaan napsahteluun ja kipuun. Polvilumpion vammat aiheuttavat usein polven etuosan kivun ja kivuliaisuuden liikutellessa polvilumpiota reisiluuta vasten.

Akuuteissa tapaturmissa polvi turpoaa niin kutsutuksi veripolveksi, eikä polvi tällöin siedä rasitusta. Murtuma aiheuttaa tyyppillisen virheasennon. Polven nivelside- ja kierukkavammoihin liittyvä rustovaurio kasvaa suhteessa polven tapaturmavamman suuruuteen. Tällöin polvi on aina erityisen kivulias ja polven parantuminen saattaa olla hidasta.

Jokainen kivulias polvi on syytä kuvata. Nivelrikkopotilaan polven röntgenkuva otetaan seisten taka-etusuunnassa (PA-kuva) niin, että molemmat polvet tulevat samaan kuvaan. Lievässä fleksiassa seisten otettu polven etusuuntainen röntgenkuva näyttää nivelraon kaventumisen aiemmin kuin suorin polvin otettu kuva. Polvilumpion ja patellofemoraaalivivelen muutokset saadaan selkeästi esiin niin sanotun skyline-projektion avulla, jolloin kuva otetaan ylä-alasuunnassa polvi 30 asteen fleksiassa. Suomalaisen Käypä hoito -suosituksen mukaisen polvinivelrikon radiologisen vaikeusasteen luokittelu on esitetty taulukossa 10.

Polvea ympäröivät jänteet voivat tulehtua tai aiheuttaa hankauskipuja. Nämä vaivat erotetaan hyvällä kliinisellä tutkimuksella polvensisäisistä kiputiloista (taulukko 11).

Magneettitutkimus on harvoin tarpeellinen, kun epäillään polven nivelrikkoa. Sen sijaan polven nivelside- ja rustovauriot sekä kierukkavammat voidaan selvittää magneettitutkimuksella.

Polvinivelen tähytys eli artroskopia on yleisin ortopedinen toimenpide useimmissa länsimaissa. Diagnostinen artroskopia on alkuaajoista huomattavasti vähentynyt, ja suurimpaan osaan tähytyksistä liittyy nykyään jokin toimenpide.

Polven nivelrikon hoito

Nivelrikon hoidon tavoitteena ovat kivun lievittäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Kuten lonkassa, hoito on aluksi oireenmukainen. Ensisijainen kipulääke on parasetamoli, jonka rinnalle voidaan lisätä tulehduskipulääke. Kortisonipuudutus vähentää polvinivelen painetta ja rauhoittaa niveltulehduksen. Glukosamiinin teho polven nivelrikossa on edelleen epäselvä. Ohjattu liike- ja liikuntahoito ja tarvittaessa laihdutus vähentävät kipua ja parantavat polven toimintaa. Potilalle tule painottaa omatoimisen, aktiivisen ja säännöllisen lihaskuntoutuksen merkitystä.

Milloin jatkotutkimuksiin?

Potilas, jonka nivelrikon oireet korostuvat ja uhkaavat työkykyä tai rajoittavat päivittäisiä toimintoja, on syytä lähettää ortopedin vastaanotolle osteotomian tai artroplastian harkitsemista varten. Jokainen epävakaasta polvesta kärsivä on myös syytä lähettää ortopedille lisäselvityksiä ja hoidon suunnittelua varten. Polven magneettitutkimus tehdään, kun todetaan kliinisesti epävakaat polvi ja suunnitellaan leikkausta. Oireinen kierukkarepeämä ei vaadi magneettitutkimusta diagnoosin varmistamiseksi, vaan nämä potilaat lähetetään eteenpäin artroskopian harkitsemista varten. Polvilumpion sijoiltaanmenot, moninivelsidevamat ja murtumat eivät kuulu perusterveydenhuollon piiriin.

Tekonivelen vaikutus polven toimintakykyyn

Kliinisen kokemuksen ja prospektiivisten tutkimusten perusteella on ilmeistä, että **tekonivelleikkaus vähentää kipua ja parantaa potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua**, mutta kontrolloitujen tutkimusten tuottamaa näyttöä tästä ei ole. Polviproteesin pysyvyystulokset ovat hyviä 10–15 vuoden seurannan aikana. Pidemmälle edenneissä kulumissa leikkauksesta saatava toiminnallinen hyöty ja kivun lievitys ovat paremmat kuin taudin lievemmissä muodoissa. Polven tekonivel mahdollistaa lähes normaalin liikkumisen ulkona, porraskävely onnistuu paremmin ja potilaan rasituksensieto lisääntyy. Sen sijaan **tekonivelen saaneille ei suositella nopeita, voimaa, vaativia ja toistuvia ponnistuksia, kuten toistuvaa kyykkyyntä menoa taikka pitkään portaissa tai kaltevalla alustalla liikkumista**.

Nivelsidevaman vaikutus polven toimintakykyyn

Eturistisidevaman seuraus on polven epävakaas, joka turvotuksen, polven pettämissä ja kivun lisäksi aiheuttaa polven nivelruston ja kierukoiden kulumista. **Potilas ei kykene kyykistymään, liikkumaan portaissa eikä teke-**

mään nopeita ja voimaa vaativia liikkeitä. Tämän takia potilas on syytä lähettää erikoislääkärille polven toiminnan tutkimusta varten ja aloittaa polven kuntoutus ennen kirurgisia toimenpiteitä.

Murtumat

Reisiluun distaaliset ja säären proksimaaliset murtumat aiheuttavat usein polvinivelen sekundaarisen nivelrikon, jonka vaikutus toimintakykyyn on samankaltainen kuin artroosin yleinen vaikutus. Leikkaushoidolla pyritään palauttamaan anatominen rakenne ja luomaan kuntoutukselle edulliset olosuhteet ja täten palauttaa polven toimintakyky.

Taulukko 9. Polven toimintakyvyn kliiniset testit

Mediaalinen McMurrayn testi

Nivelrako tunnustellaan sormella, jolloin varusasenossa olevaa polvea koukistetaan ja ojennettaessa voi tuntua napsahdus. Tärkeämpi merkki nivelkierukan repeämästä on kipu polven ollessa syvään koukistettuna testiä tehdessä.

Lateraalinen McMurrayn testi

Lateraalinen nivelkierukka tutkitaan vastaavasti pitämällä sääri valguksessa ja ulkokierrossa.

ACL-testi / Lachmann

Testi tehdään polvi noin 30 astetta koukistettuna painamalla oikealla kädellä reisiluuta taaksepäin ja vetämällä vasemmalla kädellä (vasen polvi) sääriluuta eteenpäin. Eturistiside on revennyt, jos testissä saadaan esiin selkeä puoliero toiseen polveen verrattuna.

ACL-testi / Pivot shift

Tässä testissä polveen kohdistetaan valgus-vääntö ja sisäkierto samalla, kun polvea viedään koukistuksesta ojennukseen. Jos eturistiside on poikki, pohjeluun pää liikkuu tai hypähtää subluksaatioon polven ollessa lähes ojennuksessa.

PCI-testi

Polven ollessa rentona noin 90 astetta koukistettuna, voidaan sääriluun kyhyä katsomalla päätellä polven takaristisiteen mahdollinen vaurio. Jos sääriluun ”roikkuu” takana, eli sääriluun kyhmy ei ole kunnolla nähtävillä, on se viite takaristisiteen repeämästä.

MCL- ja LCL-repeämän testi

Sivustabiiliutta testataan mediaali- ja lateraalipuolelta sekä polvi suorana että lievästi koukistettuna (20–30 astetta). Jos täysin ojennettu polvi antaa periksi sivusiteiden vaurioiden lisäksi, on epäiltävä myös takakapselin tai ristisiteiden vauriota. Jos pelkkä sivuside on vaurioitunut, antaa polvi periksi ainoastaan lievässä koukistuksessa.

Taulukko 10. Polvinivelrikon röntgenkuvaan perustuva radiologinen Kellgrenin ja Lawrencen luokitus

Luokka	Löydökset
1.	Mahdollinen nivelraon kaventuminen ja mahdollinen reunaosteofyytti.
2.	Selvät osteofyytit ja nivelraon kaventuminen.
3.	Useita kohtalaisia osteofyyttejä, selvä nivelraon kaventuminen ja jonkin verran skleroosia ja mahdollinen luiden pään deformiteetti.
4.	Kookkaita osteofyyttejä, merkittävä nivelraon kaventuminen, vaikea skleroosi ja selvä luiden pään deformatiivisuus.

Taulukko 11. Polvikivun erotusdiagnoosi

Polvikivun syy Nivelen kuluma	Tila/sairaus Nivelrikko
Tapaturma	Murtuma, rustomurtuma, nivelside- ja kierukkarepeämä
Tulehdukselliset nivelsairaudet	Nivelreuma, kihti
Tendiniitit ja bursiitit	Prepatellaarinen bursiitti, hyppääjän polvi, janteen insertiotendiniitti
Muualta säteilevä kipu	Lonkan nivelrikko, säteilykipu iskiaksessa ja spinaalisten osissa
Muut syyt	Luukasvaimet, etäpesäkkeet

Ammatillinen kuntoutus

Ammatilliset kuntoutuksen toimenpiteet tulisi käynnistää, kun työ- ja toimintakyky ovat olennaisesti heikentyneet polven nivelrikon, epävakaan tai kroonisen kivun vuoksi. Ammatillisia kuntoutustoimenpiteitä harkitaan erityisesti silloin, kun potilaan työssä esiintyy toistuvaa kyykistelyä, nivelten ääriasentoja ja raskaiden taakkojen nostamista. Nivelrikkopotilas voidaan lähettää lääkärin B- tai E-lausunnoilla myös kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävään tutkimukseen Kansaneläkelaitoksen tai työeläkelaitoksen kautta. Tapaturma- ja liikennevakuutustapauksissa potilaat ohjataan Vakuutusalan kuntoutuskeskukseen (VKK). Vaativassa toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää apuna Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) www.koos.nu.

Toimintakykyyn vaikuttavat psyykkiset tekijät suurten nivelten sairauksissa

Monet psykososiaaliset tekijät voivat muokata potilaan toimintakykyä suurten nivelten sairauksissa. Jos toimintakyky ei palaudu odotusten mukaisesti, nämä tekijät on syytä pyrkiä tunnistamaan. Siinä päästään alkuun ottamalla sairastumiseen liittyvät elämäntilannetekijät potilaan kanssa aktiivisesti ja empaattisesti puheeksi.

Ohimenevinä masennus-, ahdistus- tai käytösoireina ilmeneviä sopeutumishäiriöitä voi esiintyä. Niiden ennuste on hyvä, mutta ne saattavat tilapäisesti hidastaa toimintakyvyn palautumista. Sopeutumishäiriön todennäköisyys on sitä suurempi, mitä äkillisempi ja odottamattomampi sairastuminen on ollut, mitä enemmän toimintakyky on heikentynyt aiempaan verrattuna ja mitä suurempi subjektiivinen merkitys sairastuneen nivelen moitteettomalla toiminnalla on potilaan elämässä ollut.

Vaikeammista psykiatrisista liitännäissairauksista erityisesti depressio, päihdeongelmat ja joskus somatisaatio voivat heikentää toimintakykyä merkittävästi ja pitkäaikaisesti. Psykiatrinen häiriö saattaa olla uusi, mutta somaattinen sairastuminen voi nostaa esiin myös aiemmin subkliinisen tai muutoin diagnosoimattoman mielenterveyshäiriön. Tarvittaessa potilas tulee ohjata psykiatriseen (tai päihdehuollon) konsultaatioon asianmukaista diagnostiikkaa, toimintakyvyn arviointia ja hoitoa varten. Potilasta on syytä valmistella konsultaatioon huolellisesti, jotta vältetään perussairauden liiallista psykiatrisoitumista ja potilaan leimautumista.

Kirjallisuutta

- Bauman B, Genning K, Böhm D, ym. Arthroscopic prevalence of pulley lesions in 1007 consecutive patients J Shoulder Elbow Surg 2008;17(1):14–20
- Björkenheim JM, Pajarinen J, Savolainen V. Internal fixation of proximal humeral fractures with a locking compression plate: a retrospective evaluation of 72 patients followed for a minimum of 1 year. Acta Orthop Scand 2004;75:741–5
- Boileau P, Brassart N, Watkinson DJ, Carles M ym. Arthroscopic repair of full-thickness tears of the supraspinatus: Does the tendon really heal? J Bone Joint Surg Am. 2005 Jun;87(6):1229–40
- Constant Cr, Murley Ah, A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orth Rel Res 1987;214:160–4
- Timo Järvelä. Kipeä polvi. Duodecim 2005;12:2105–12
- Polvi- ja lonkkanielirikon hoito. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2007;123:1759–60
- Lonkkamurtumapotilaiden hoito. Käypä hoito -suositus. Duodecim 2006;
- Remes V. Polven nivelirikon kirurginen hoito. Duodecim Aikakauskirja 2008;124:261–70
- Schlottzman SC, Groves JE, Weisman AD. Coping with Illness and Psychotherapy of the Medically Ill. Kirjassa: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH ym. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, 5th Edition. Philadelphia: Mosby 2004, s. 61–68.

Puheenjohtaja

Jan-Magnus Björkenheim, ortopedian ja traumatologian dosentti, HYKS

Jäsenet

Mats Grönblad, fysiatrian dosentti, ylilääkäri, HYKS
 Mikael Hedenborg, LT, työterveyshuollon erikoislääkäri, Fennia, Suomen terveystalo
 Terho Kainonen, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri (TYKS), HYKS
 Heikki Levón, fysiatrian erikoislääkäri, Mehiläinen
 Mika Paavola, LT, ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri, HYKS
 Hanna Salmenpohja, yleislääketieteen erikoislääkäri, Lohjan terveyskeskus, Roution terveysasema
 Timo Tuovinen, psykiatrian erikoislääkäri, Kuopion yliopistollinen sairaala
 Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö FACULTAS (toimittaja)