

## Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet yleisin sairauslomien syy

*Vain aktiivisesta kuntoutuksesta on näyttöä kroonisissa selkä- ja niskasairauksissa*

Timo Pohjolainen ja Jari Ylinen

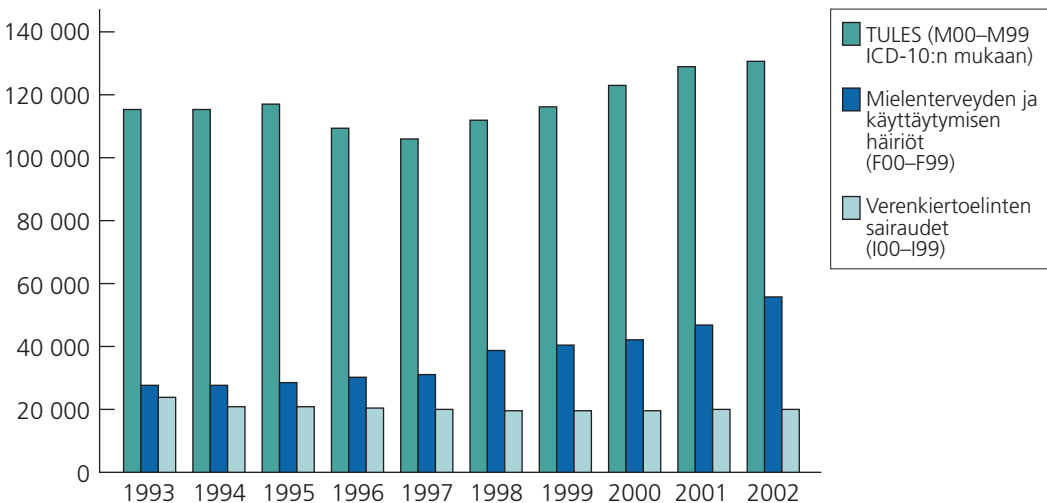
Sairauspäivärahamenot ovat Suomessa huolestuttavasti lisääntymässä ja saavuttamassa lamaa edeltäneen 400 000 sairauspäiväraha-kauden määrän vuodessa. Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet (TULE-sairaudet) sekä mielenterveyden häiriöt ovat maassamme merkittävimmät ja yhä enemmän sairausloman tarvetta aiheuttavat tautiryhmät. Niiden takia aiheutuu yli puolet kaikista sairauspäiväraha-kausista (kuva). TULE-sairauksista alaselän ja niska-hartiaseudun sairaudet ja kiputilat ovat selvästi yleisimmät sairauspoissaolojen syyt.

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan selkä- ja niskasairaudet eivät ole lisääntyneet 20 vuotta

sitten tehtyyn Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna. Ensin mainitussa tutkimuksessa todettiin, että kroonisen niskakivun esiintyvyys Suomessa on nykyisin naisilla 7 % ja miehillä 5 %. Pitkäaikainen selkävivun esiintyvyys on naisilla 10 % ja miehillä 11 % (Aromaa ja Koskinen 2002). Kroonista niska- ja selkäkipua sairastavien määrä on puoliintunut aikaisempaan tutkimukseen verrattuna.

Valtaosa niska- ja selkäsairauksista hoidetaan konservatiivisesti (Malmivaara ym. 2001, Hoitosuositusryhmä 2002). Selkävivun kuntoutuksesta on viime vuosina ilmestynyt varsin runsaasti tasokkaita tutkimuksia ja katsauksia

Sairauspäiväraha-kausia



Kuva. Vuosina 1993–2002 alkaneet sairauspäiväraha-kaudet jaoteltuina yleisimpien sairausryhmien mukaan.

(ACC and the National Health Committee 1997, van Tulder ym. 2000, Malmivaara ym. 2001). Ne eivät tue nykyistä suuntausta lisääntyvään sairauslomien määräämiseen.

Akuutin selkävivun paranemistaipumus on hyvä (Malmivaara ym. 1995, ACC and the National Health Committee 1997, van Tulder ym. 2000). Noin 90 % alaselkäkipupotilaista paranee työkykyiseksi alle kahden viikon kuluessa. Vuodelepo ei ole vaikuttava hoito alaselkäkivussa eikä välilevytyrässä. Akuuttivaiheessa potilasta tulee kehottaa välttämään vuodelepoa ja häntä tulee rohkaista jatkamaan tavanomaisia päivittäisiä toimintoja tai palaamaan niihin ja työhön niin pian kuin on mahdollista (ACC and the National Health Committee 1997, van Tulder ym. 2000, Malmivaara ym. 2001). Liikeshoidot eivät nopeuta akuutin alaselkäkivun häviämistä (Malmivaara ym. 1995). Kevyttä liikuntaa, kuten kävelyä, voidaan suositella. Kipulääkityksen tulee olla akuutissa alaselkäkivussa tehokas. Potilaalle on syytä kertoa hyvästä ennusteesta ja taudin hyvänlaatuisesta kulusta (ACC and the National Health Committee 1997, Malmivaara ym. 2001).

Subakuutin eli pitkittyneen alaselkäkivun (kesto 6–12 viikkoa) hoidosta ja kuntoutuksesta on aikaisemmin ollut käytettävissä varsin vähän tutkimustietoa, mutta varsinkin suomalaiset Cochrane-katsaukset ja tutkimukset ovat viime aikoina tuoneet asiasta lisätietoa (Karjalainen ym. 2001 ja 2003). Suomalaisen tutkimuksen mukaan kahden viikon kuluessa lähteen kirjoittamisesta suoritettu huolellinen erikoislääkärin konsultaatio ja fysioterapeutin ohjaus vähentävät tehokkaasti sairauslomia ja kustannuksia (Karjalainen ym. 2003). Hyvän kliinisen tutkimuksen lisäksi potilaan pelon ja huolen vähentäminen asianmukaisella informaatiolla ja fyysiseen aktiivisuuteen rohkaisulla sekä päivittäisten toimintojen ohjaaminen ovat kustannustehokkaita keinoja (Karjalainen ym. 2003). On myös osoitettu, että subakuutissa selkävivussa moniammatillinen kuntoutus, johon sisältyy työterveyshuollon tekemä työolosuhteiden ja työskentelytapojen kartoitus, nopeuttaa työhön paluuta, vähentää sairauslomia ja parantaa koettua toimintakykyä (Loisel ym.

1997). Moniammatillinen kuntoutus voidaan toteuttaa pääosin työterveys- ja perusterveydenhuollossa, joissa ohjaus- ja neuvontapalvelujen antajana kannattaa käyttää ns. kuntoneuvolaa.

Selkävivun kroonistuessa eli kestänyt yli 12 viikkoa kuntoutus on vaativaa, pitkäkestoista ja kallista. Vahvaa näyttöä on saatu siitä, että intensiivinen, pitkäkestoinen (yli 100 tuntia) moniammatillinen kuntoutus, joka sisältää psykologisia, sosiaalisia, toiminnallisia ja fyysisiä toimintakykyä parantavia harjoituksia, vähentää kipua, nopeuttaa työhönpaluuta, helpottaa päivittäisiä toimintoja ja vähentää sairauslomia (Guzman ym. 2001). Kohtalaisen vahvaa näyttöä on myös työympäristössä toteutetun ns. selkäkoulun hyödyllisyydestä toistuvassa ja kroonisessa alaselkäkivussa (van Tulder ym. 2000). Alaselkäkivussa vähemmän intensiivisten ja passiivisten hoitomuotojen pitkäaikaisesta vaikutavuudesta ei ole näyttöä.

Niskakipupotilaan hoito on ollut tähän saakka tieteellisen tutkimustiedon osalta katvealuetta. Niskaoireiden hoito on käsittänyt lähinnä passiivisia fysikaalisia hoitoja, lääke- ja manipulaatiohoitoja sekä muita lääketieteeseen tai »vaihtoehtolääkintään» kuuluvia menetelmiä. Niskaoireiden hoitoa ja kuntoutusta koskevat tutkimukset ovat olleet heikkotasoisia, ja näyttö niiden vaikuttavuudesta on ollut niukka (Hoitosuositusryhmä 2002). JAMA:ssa toukokuussa 2003 julkaistu suomalainen tutkimus osoitti kuitenkin selkeästi aktiivisen niskakuntoutuksen vaikuttavuuden (Ylinen ym. 2003). Sen aineistoon kuului 180 kroonisesta epäspesifisestä niskakivusta kärsivää, toimistotyötä tekevää naista. Potilaat satunnaistettiin kolmeen ryhmään: voimaharjoitus-, kestävyysharjoitus- ja verrokkiryhmään. Molemmissa aktiiviryhmissä kipuoireet vähenivät ja toimintakyky parani merkitsevästi verrokkeihin nähden. Myös lääkärissä käyntien määrä, kipulääkkeiden käyttö ja erilaisten hoitojen tarve niskakipujen takia väheni verrokkeihin nähden merkitsevästi. Voimaharjoitusryhmässä kaularangan koukistajalihasten voima kaksinkertaistui ja kaularangan liikkuvuus lisääntyi merkitsevästi. Kestävyysharjoitusryhmässä vastaava voimataso nousi noin 30 % ja myös liikkuvuus lisääntyi. Aikaisem-

min on todettu kroonisten niskakipujen ja kaularangan lihasvoimien heikkouden olevan yhteydessä toisiinsa, mutta nyt osoitettiin ensimmäistä kertaa, että niskakipupotilailla aktiivinen harjoittelu ja sen ohjaus ovat tehokasta hoitoa.

Sekä alaselkä- että niskakivun osalta tiedot aktiivisen kuntoutuksen vaikuttavuudesta ovat suoraan sovellettavissa suomalaisen hoito- ja kuntoutusjärjestelmään. Koska käytettävissä olevat voimavarat ovat rajalliset, tietoa vaikuttavuudesta tulee soveltaa mahdollisimman nopeasti käytäntöön ja kaikkien kuntoutuksesta

vastaavien järjestelmien tulee ottaa vaikuttaviksi osoitetut menetelmät käyttöön. Tämä tarkoittaa myös sitä, että passiivisia menetelmiä, joiden vaikuttavuudesta niska- ja selkäkivun hoidossa ei ole näyttöä, tulisi käyttää rajoitetusti ja harkiten. Nykytiedon mukaan lääkärin tulee lähettää potilaansa aktiiviseen ja aktivoivaan hoitoon ja kannustaa häntä itse kuntoutukseen. Vuonna 2002 tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyi yli 4,5 miljoonan sairauspäivärahopäivää. Jo tämä on niin kallista, että meillä ei ole enää varaa tehottomiin hoitoihin!

TIMO POHJOLAINEN, dosentti, erikoislääkäri,  
asiantuntijalääkäri  
Kansaneläkelaitos, terveys- ja toimeentuloturvaosasto,  
kuntoutuslinja  
PL 78, 00381 Helsinki

JARI YLINEN, LL, erikoislääkäri, ylilääkäri  
Keski-Suomen keskussairaala, fysiatrian klinikka  
Keskussairaalantie 19, 40620 Jyväskylä

## Kirjallisuutta

- ACC and the National Health Committee. New Zealand acute low back pain guide. Wellington, New Zealand, 1997.
- Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002.
- 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.
- Hoitosuositusryhmä. Niskakivun hoito. Käypä hoito -suositus. *Duodecim* 2002;118:1713–25.
- Hoitosuositusryhmä. Alaselän sairaudet [online]. Käypä hoito -suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2001 [päivitetty 6.4.2001]. Saatavilla: [www.duodecim.fi/kh](http://www.duodecim.fi/kh).
- Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T, ym. Mini-intervention for subacute low back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2003;28(6):533–41.
- 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(3):262–9.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, ym. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997;22(24):2911–8.
- 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(6):351–5.
- van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000;25(21):2784–96.
- Ylinen J, Takala E-P, Nykänen M, ym. Active neck muscle training in the treatment of chronic neck pain in women. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2509–16.