

Mini-interventio pitkittyneen selkävivun hoidossa Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus

Lähtökohdat

Onko mini-interventio kustannusvaikuttava tapa hoitaa pitkittyntä, konservatiivisesti hoidettavaa epäspesifistä selkäkipua?

Menetelmät

164 potilasta satunnaistettiin (A) mini-interventio- tai (B) työpaikkakäyntiryhmään taikka (C) tavanomaiseen hoitoon. A-ryhmän potilaat kävivät Työterveyslaitoksessa yhteensä 2,5 tuntia kestäneillä lääkärin ja fysioterapeutin vastaanotoilla. B-ryhmälle fysioterapeutti teki mini-intervention lisäksi työpaikkakäynnin. Potilaita seurattiin kyselylomakkein 3, 6, 12 ja 24 kuukauden välein. Tulostittareina olivat selkäkipuun ja toimintakykyyn sekä elämänlaatuun liittyviä muuttujia. Lisäksi selvitettiin selkävivusta aiheutuneet kustannukset ja sairauslomat. Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin seurannassa.

Tulokset

Kahden vuoden seuranta-aikana mini-interventio vähensi päivittäisen kivun esiintymistä, (A vs. C, $p = 0,01$), kivun häiritsevyyttä (A vs. C, $p < 0,05$) ja lisäsi hoitotyytyväisyyttä. Selkävivun hoidosta aiheutui A-ryhmässä vähemmän kustannuksia (4 670 euroa) kuin B-ryhmässä (5 990 euroa) ja C-ryhmässä (9 510 euroa). Sairauslomapäiviä oli A-ryhmässä keskimäärin 30, B-ryhmässä 45 ja C-ryhmässä 62. Tavanomaiseen hoitoon verrattuna A- ja B-ryhmien hoidot lievittivät merkittävästi enemmän niiden potilaiden kipua, joiden oma arvio paranemisestaan oli huono.

Päätelmät

Mini-interventio on vaikuttavaa ja kustannuksia säästävää pitkittyneen selkäkipupotilaan hoitoa, ja se soveltamista osaksi normaalia potilastyötä tulisi edistää. Lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyönä toteutettu mini-interventio vähentää potilaan sairauspoissaoloja ja päivittäisiä kipuoireita sekä lisää potilastyytyväisyyttä tavanomaiseen hoitoon verrattuna.

Kaija Karjalainen - Antti Malmivaara - Timo Pohjolainen, Risto P. Roine - Pertti Mutanen



Äkillisen alaselkävivun ennuste on yleensä hyvä, mutta osalla potilaista selkäkipu pitkittyy, työhön paluu vaikeutuu (1) ja oireisto muuttuu krooniseksi (2). Kroonistuessaan selkäkipu aiheuttaa paljon inhimillistä kärsimystä ja - pääosin sairauslomien ja eläkkeelle siirtymisen kautta - huomattavia kansantaloudellisia kustannuksia (3). Vuonna 2001 maassamme maksettiin selkäsairauksien vuoksi eläkkeitä noin 400 miljoonaa euroa. Lisäksi terveydenhuollon kustannuksiin ja lääkkeisiin kuuluu vuosittain arviolta 200 miljoonaa euroa, ja Kela korvaa selkäsairauksista johtuvia sairauslomia noin 90 miljoonalla eurolla vuodessa (4).

Taudin muututtua krooniseksi on itse kipuun ja sairauslomiin vaikea vaikuttaa. Ainoastaan varsin raskaider moniammatillisten kuntoutusinterventioiden vaikuttavuudesta on näyttöä kroonisen selkävivun lievittämisessä ja toimintakyvyn paranemisessa (5). Jonkin verran näyttöä on siitä, että moniammatillinen kuntoutus auttaa potilaita palaamaan varhaisemmassa vaiheessa työhön ja parantaa heidän toimintakykyään selkävivun subakuutissa vaiheessa. Työpaikkakäynti tuntuu lisäävän kuntoutuksen vaikuttavuutta, mutta vahvaa näyttöä asiasta ei ole (6,7,8,9,10). Viimeaikaisten tutkimusten valossa voidaan olettaa, että myös halvalla ja yksinkertaisella interventiolla, joka tähtää potilaan selkävivusta aiheutuneen pelon poistamiseen, voitaisiin vähentää pitkittyneestä selkävivusta kärsivien sairauslomapäiviä (7,11,12,13,14).

Tavoitteenamme oli selvittää satunnaistetussa kontrolloidussa hoitokokeessa mini-intervention vaikuttavuus ja kustannukset. Halusimme myös tutkia, lisääkö mini-intervention jälkeinen työpaikkakäynti hoidon kustannusvaikuttavuutta tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Lisäksi pyrimme tunnistamaan tärkeimmät hoitotulosta muovaavat tekijät.

Tutkimuksen päärahoittaja oli Kansaneläkelaitos, ja tutkimus toteutettiin Työterveyslaitoksella.

AINEISTO

Tutkimusaineisto (n = 164) koostui pääkaupunkiseudun 36 terveysaseman potilaista, jotka oli ohjattu tutkimukseen pitkittyneen, päivittäistä työkykyä haittaavaan selkävivun takia (taulukko 1). Terveysasemilla toimi 350 lääkäriä, jotka oli koulutettu valitsemaan ja lähettämään potilaita tutkimukseen. Lääkäreistä 105 lähetti tutkimukseen potilaita (14).

Tutkimukseen mukaanottokriteerit olivat: 2560 vuoden ikä, voimassa oleva työsuhde, 412 viikkoa kestänyt (subakuutti) työtä haittaava päivittäinen selkävaiva, ei yli kolmen kuukauden pituista yhtäjaksoista sairauslomaa selkävivun takia 12 viime kuukauden aikana, mahdollisuus tehdä työpaikkakäynti potilaan työpaikalle ja potilaan halukkuus osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen ei otettu potilaita, joilla oli leikkaushoitoa vaativa lanneselkäkipu, spesifinen selkäsairaus (kasvain, infektio, murtuma, selkärankareuma), jotka olivat raskaana, jotka olivat olleet Kelan kustantamassa selkäkuntoutuksessa edeltävän kolmen vuoden aikana, joille oli anottu tai myönnetty vielä toteutumaton selkäkuntoutus tai joilla oli jokin muu este interventiolle.

MENETELMÄT

Kaikki tutkimukseen sopivat potilaat kutsuttiin Työterveyslaitokselle, jossa heille esiteltiin tutkimus (15) ja annettiin selkävivusta kertova vihkonen (16). Samalla potilaat täyttivät alkukyselylomakkeet ja heidät satunnaistettiin (A) mini-interventio-, (B) työpaikkakäynti- tai (C) verrokkiryhmään.

A- ja B-ryhmille toteutettiin Työterveyslaitoksella lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyönä identtinen mini-interventio, ja B-ryhmälle tämän lisäksi työpaikkakäynti mahdollisimman pian konsultaatiokäynnin tai työhön paluun jälkeen. Lääkärin vastaanotto kesti 45 minuuttia. Sitä seurasi 15 minuuttia kestänyt lääkärin, fysiatriin ja fysioterapeutin yhteisvastaanotto, jonka jälkeen potilas ja fysioterapeutti jatkoivat selkävaivan käsittelyä yhdessä vielä 6090 minuuttia. Lääkäri tai fysioterapeutti eivät tieneet ennen vastaanoton päätymistä tullaanko työpaikkakäynti tekemään vai ei.

Erikoistuvan lääkärin vastaanotto (45 min)

Lääkäri haastatteli potilaan ja pyysi tätä kuvaamaan kuinka ja koska alaselkäkipu oli alkanut. Potilaalta kysyttiin oliko hänellä ollut aikaisempia kipujaksoja tai alaselkäleikkauksia, mitä aikaisempia hoitoja hän on saanut ja mikä niiden vaikutus oli ollut. Lisäksi keskusteltiin kipua lisäävistä ja helpottavista seikoista, kartoitettiin potilaan liikuntaharrastukset, yleinen terveydentila, muut sairaudet ja lääkitys sekä keskusteltiin koti- ja työolosuhteista sekä selkävun vaikutuksesta niihin.

Potilaan lannerangan röntgenkuvasta lääkäri osoitti löydökset kuvaillen normaalin ja epänormaalin löydöksen välistä eroa ja varmuudeksi vielä luki radiologin lausunnon potilaalle siten, että tämä ymmärsi sen. Vähentääkseen potilaan selkävun aiheutunutta pelkoa lääkäri kertoi potilaalle, että radiologisilla löydöksillä on vain vähän merkitystä kivun syyn arvioinnissa ja että kulumamuutokset selkärangassa johtuvat yleisimmin normaalista ikääntymisestä eivätkä välttämättä aiheuta kipua. Lisäksi keskustelussa sivuttiin sitä, että esimerkiksi magneettikuvauksessa oireettomiltakin henkilöiltä löytyy usein epänormaaleja löydöksiä, kuten välilevyn pullistumia, ja että kivun täsmällistä syytä voidaan harvoin luotettavasti osoittaa. Lääkäri myös kertoi potilaalle alaselkävun termeihin, diagnostiikkaan ja hoitoihin liittyviä asioita lääketieteelliseltä kannalta. Apuna lannerangan anatomian, fysiologian ja radiologisten löydösten selvittämiseen käytettiin muovista selkärangamallia, piirroksia tai anatomian kirjaa.

Potilaalta kysyttiin myös hänen omaa näkemystään selkävun syystä ja siitä, mitä hänelle aikaisemmin oli kerrottu selkävun aiheuttamasta. Lääkäri kannusti potilasta jatkamaan selkävun huolimatta niin jokapäiväistä elämää kuin mahdollista.

Kliinisen tutkimuksen aikana lääkäri selitti potilaalle mitä rakennetta milloinkin testataan ja mikä on löydösten merkitys. Diagnoosi määritettiin esitetietojen, oireiden ja kliinisten löydösten mukaan. Mahdollisen hermopuristusoireen taso selitettiin potilaalle kuvan avulla.

Lääkärien ja fysioterapeutin yhteisvastaanotto (15 min)

Välittömästi lääkärin tekemän haastattelun ja kliinisen tutkimuksen jälkeen osallistuivat fysiatrian erikoislääkäri ja fysioterapeutti potilaan tutkimiseen. Lääkäri tiivistä haastattelun ja kliinisen tutkimuksen löydökset heille ja erikoislääkäri täydensi tarvittaessa kliinistä tutkimusta. Fysioterapeutin kanssa tarkastettiin potilaan selän mahdolliset virheasennot, lihastasapainon poikkeamat ja liikkeet. Potilas ja lääkärit arvioivat sairausloman tarpeen. Lääkärit painottivat potilaalle vuodelevon välttämisen tärkeyttä, aktiivisuuden säilyttämisen merkitystä pahenemisvaiheista huolimatta, selän oikeaoppisen käytön merkitystä sekä selkävun yleensä myönteistä ennustetta.

Lääkärit antoivat tärkeimmät suuntaviivat fysioterapiaohjaukselle. Potilasta kannustettiin jatkamaan arkielämässä ja työtään niin normaalisti kuin mahdollista. Kieltoja ja rajoituksia vältettiin mahdollisimman paljon, niiden sijasta keskityttiin toimintatapoihin, joihin potilaan toivottiin jatkossa suuntaavan huomionsa. Tarvittaessa potilaalle annettiin yksilöllisiä erityissuosituksia mm. tukiliivin käytöstä tai liikuntaharrastuksista. Myös lääkityksestä keskusteltiin, ja tarvittaessa potilaalle kirjoitettiin lääkeresepti. Yhdessä potilaan kanssa tehtiin suunnitelma siitä, miten hän tulee jatkossa toimeen selkävunsa kanssa ja missä määrin hän voi liikkua ja tehdä harjoitteita. Potilas, lääkärit ja fysioterapeutti sopivat yhdessä kuntoutumissuunnitelman suuntaviivat. Yksilölliset suositukset tarvittavista diagnostisista lisätesteistä, hoidosta ja työhön liittyvistä asioista (taulukko 2) sisällytettiin kirjalliseen palautteeseen, jonka lääkäri lähetti potilaan omalle terveyskeskuslääkärille. Oma terveyskeskuslääkäri koordinoi tarvittavia jatkotoimia.

Fysioterapeutin vastaanotto (60-90 min)

Fysioterapeutti keskittyi potilaan kuuntelemiseen, ongelmatilanteiden selvittämiseen, myönteisten asioiden huomioimiseen, liikkumisen arviointiin ja yksilölliseen opastukseen. Potilaan kanssa kerrattiin tärkein lääkärin antama palaute ja keskusteltiin selkävaiivasta ja saadun palautteen vaikutuksesta potilaan arkeen. Ohjaustilanteessa selän toimintaa havainnollistettiin piirtämällä potilaalle kuvat selkärangasta, syvästä selkälihaksista, alaselän ojentajalihaksista ja poikittaisista sekä suorista vatsalihaksista. Lisäksi selvitettiin eri rakenteiden päätehtävät ja lihasten vaikutus selän hyvinvointiin.

Potilas ja fysioterapeutti keskustelivat erilaisista työhön ja vapaa-aikaa liittyvistä selän kannalta hankalista käytännön tilanteista. Jokaisen potilaan kanssa harjoiteltiin arkiliikkumisen perusasiat, kuten istuminen, seisominen, seisomaan nousu ja istuutuminen sekä nostaminen (taulukko 2). Virheellisen suoritustavan käsittelyn tai kokeilun jälkeen palattiin lopuksi aina oikeaan suoritukseen jotta juuri se jäisi potilaan mieleen. Potilaan omia työliikkeitä kokeiltiin perusharjoittelun lomassa ns. kuivaharjoituksena. Mikäli työssä ilmeni toistuvaa epäsymmetristä kuormitusta, esimerkiksi jatkuvaa kiertoa vain yhteen suuntaan, potilasta opastettiin sen kompensoimiseen symmetrisen rasituksen takaamiseksi.

Jos potilaalle oli suositeltu tukiliiviä fysioterapeutti opasti sen käytössä, mutta kehotti potilasta keskittymään myös omien lihasten aktivointiin, todeten että liivin tarkoituksena on ennen kaikkea muistuttaa hyvästä asentokontrollista.

Mikäli lääkäri oli todennut potilaalla selvän alaraajojen pituuseron ja tällä oli pystyasennossa lisääntyviä kipuja, kokeiltiin potilaan lyhyemmän jalan alle korotusta, varsinkin jos hän käveli tai seiso i päivittäin paljon. Jos tästä tuntui olevan apua, potilasta neuvottiin laittamaan esim. ylimääräinen pohjallinen lyhyemmän alaraajan kenkään, tunnustelemaan korotuksen vaikutusta ja jättämään se tarpeen mukaan pois.

Potilaalle mielekkäin ja realistisin tapa harrastaa säännöllisesti liikuntaa määriteltiin korostamalla erityises hyötyliikunnan merkitystä. Samalla todettiin, että kolmekaan säännöllistä liikuntakertaa viikossa ei välttämättä auta, mikäli päivittäisissä rutiineissa ilmenneitä haitallisia kuormitustottumuksia ei muuteta. Potilaalle laadittiin noin kahden kuukauden yksilöllinen kotivoimisteluo hjelma tai kuntosaliohjelman täydennysosa, jos potilas halusi ja uskoi pystyvänsä noudattamaan sitä. Näiden tavoitteena oli aktivoida ja vahvistaa selän hallintaan osallistuvia lihaksia sekä venyttää niitä kireitä lihaksia, jotka olivat mahdollisesti esteenä luonnolliselle liikkumiselle. Työfysioterapeutti kannusti potilasta noudattamaan harjoitusohjelmaa tunnollisesti erityisesti ensimmäisen kahden kuukauden ajan, jotta liikkuminen ja selän hallinta normalisoituvat. Tämän jälkeen ohjelmaa voi tehdä tarvittaessa.

Lopuksi potilaalle annettiin mukaan yksilöllisesti valitut kirjalliset 13-sivuiset ohjeet fysioterapiavastaanoto ydinkohdista ja jatkosuosituksista.

Työpaikkakäynti

Työfysioterapeutti teki työpaikkakäynnin noin kahden viikon sisällä vastaanotosta tai kun potilas oli palannut työhön. Työpaikkakäynnille kutsuttiin potilaan lisäksi hänen esimiehensä sekä työterveyshuollon työterveyshoitaja, työfysioterapeutti ja/tai työterveyslääkäri.

Potilas kertoi voinnistaan sekä kokemuksestaan Työterveyslaitoksella ja antoi palautetta siitä, miten hän oli voinut soveltaa ohjeita käytäntöön. Esimies ja työterveyshuollon edustaja kertoivat oma-aloitteisesti mitä työntekijän tai työyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi voidaan tehdä. Työntekijä näytti työtekniikkaansa, jota arvioitiin yhdessä, ja kertoi miten hänen työtapansa nyt mahdollisesti erosi aikaisemmasta. Paikan päällä toteutettavat ergonomiset parannukset tehtiin työpaikalla heti ja työfysioterapeutti kirjasi jatkoehdotuksia varten ylös asiat, jotka onnistuvat jo hyvin ja ne, joita työntekijän kannattaa vielä erityisesti harjoitella sekä muut realistiset kehittymismahdollisuudet. Työfysioterapeutti ei ehdottanut kustannuksia aiheuttavia hankintoja. Esimiestä ja työntekijää kannustettiin yhteistyöhön työterveyshuollon kanssa, jotta he jatkossa saisivat mahdollisissa ongelmatilanteissa asiantuntevaa tukea mahdollisimman pian.

Työterveyslaitoksen työfysioterapeutti lähetti kirjallisen yhteenvedon työpaikkakäynnistä potilaalle, työterveyshuollolle, terveyskeskuslääkärille ja potilaan välityksellä tämän esimiehelle.

Tavanomainen hoito

Verrokkiryhmän potilaat hoidettiin terveyskeskuksessa normaalin käytännön mukaisesti tai he hakeutuivat itse haluamalleen taholle ilman tutkijoiden erityisohjeita.

SEURANTA

Seuranta suoritettiin kyselylomakkein 3, 6, 12 ja 24 kuukauden kuluttua satunnaistamisesta. Päätulostittareina olivat selkäkivun voimakkuus (kokonaislukuasteikolla 010), kivun häiritsevyys, haitta sekä potilaan itsensä kokema toimintakyky, jota mitattiin Oswestry-indeksillä (OSW), terveyteen liittyvä elämänlaatu (15D) ja hoitotyytyväisyys (kokonaislukuasteikolla 010). Lisäksi selvitettiin selkäkivusta aiheutuneet kustannukset ja sairauslomien.

Tilastoanalyysit

Seurantatulokset analysoitiin kahdessa aikajaksossa: vuoden (14) ja kahden vuoden kuluttua satunnaistamisesta (7). Kliiniset tulostittarit, kuten kipua, toimintakykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua kuvaavat muuttujat sekä potilaan tyytyväisyys hoitoon, analysoitiin toistomittausanalyysillä. Sairauslomat ja kustannukset analysoitiin kumulatiivisina muuttujina molemmissa seurannoissa (7,14).

Hoitotulosta muovaavien tekijöiden analyysissä hyödynnettiin satunnaistetun kontrolloidun hoitokokeen potilaiden antamaa alkutilanteen tietoa ja seurantatuloksia. Analyysiin mukaan otettavat hoitotulosta muovaavat tekijät valittiin hyödyntäen vallalla olevia käsityksiä merkittävistä tekijöistä, jotka voisivat vaikuttaa toipumiseen eri hoitoryhmissä. Analyysi tehtiin kaksivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa analysoitiin yksittäin kunkin valitun alkutilanteen tekijän kyky muovata tutkimusryhmän vaikutusta yhdeksään päätulosmuuttujaan. Toisessa vaiheessa monimuuttujamalliin otettiin mukaan kaikki ne tekijät, jotka vaikuttivat hoitotulokseen merkitsevästi ($p < 0,05$) yhdessä tai useammassa tulostuuttujassa vaiheessa 1. Monimuuttujamalli tehtiin kaikkien yhdeksän tulostuuttujan kohdalla. Analyysit suoritettiin SPSS- ja SAS-tilasto-ohjelmistoilla (7,14).

TULOKSET

Elokuun 1998 ja toukokuun 2000 välisenä aikana tutkimukseen satunnaistettiin 164 potilasta; (A) mini-interventoryhmä ($n = 56$), (B) työpaikkakäyntiryhmä ($n = 51$), (C) tavanomaisen hoidon ryhmä ($n = 57$) (taulukko 1). Työpaikkakäynti toteutui keskimäärin 38 päivän kuluttua mini-interventiosta. Tutkimuksessa tehtiin 49 työpaikkakäyntiä.

Työterveyslaitoksella toteutettu interventio oli identtinen A- ja B-ryhmien välillä. sairauslomia määrättiin keskimäärin 11 päivää mini-interventoryhmän ja 12 päivää työpaikkakäyntiryhmän potilaille. Muut suositukset toteutuivat taulukon 2 mukaisesti.

Ensimmäisen vuoden seurannassa 98 % (8) ja kahden vuoden seurannassa 95 % kaikista satunnaistetuista potilaista palautti seurantakyselylomakkeen. Jokaisesta kolmesta hoitoryhmästä kaksi potilasta ilmoitti, että heille oli tehty selkäleikkaus seuranta-aikana.

Toistomittausanalyysillä ryhmien välillä ei ollut eroa kivun intensiivisyydessä (järjestyslukuasteikko 0-10), toimintakyvyssä (Oswestry-indeksi) tai elämänlaadussa (15D).

Ensimmäisen vuoden aikana mini-interventioryhmän (A) ja työpaikkakäyntiryhmän (B) potilailla oli kuitenkin vähemmän päivittäisiä oireita kuin tavanomaista hoitoa saaneen ryhmän (C) potilailla (A vs. C, $p = 0,002$) (B vs. C, $p = 0,030$) (taulukko 3). Mini-interventioryhmässä selkäkipu häiritsti vähemmän (A vs. C, $p = 0,032$) (B vs. C, n.s.) ja se aiheutti päivittäisessä elämässä vähemmän haittaa kuin verrokkiryhmässä (A vs. C, $p = 0,040$) (B vs. C, n.s.) (taulukko 3). Mini-interventioryhmän potilaat olivat vuoden aikana sairauslomalla keskimäärin 19 päivää, työpaikkakäyntiryhmän potilaat 28 päivää ja tavanomaisen hoidon ryhmän potilaat 41 päivää (A vs. C, $p = 0,019$) (B vs. C, n.s.) (kuvio1). Sekä mini-interventio- että työpaikkakäyntiryhmän potilaat olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin verrokki (A vs. C, $p < 0,01$) (B vs. C, $p < 0,01$) (taulukko 3).

Toisena seurantavuonna (7) ryhmien väliset erot päivittäisten oireiden sekä häiritsevän ja haittaavan kivun esiintymisessä tasoittuivat, mutta toistomittausanalyyseissä niiden esiintyminen koko seuranta-aikana oli tilastollisesti merkitsevästi vähäisempää mini-interventioryhmässä kuin tavanomaisen hoidon ryhmässä (taulukko 3). Sairauslomia oli selkävaurion vuoksi kertynyt kahden vuoden seurannassa mini-interventioryhmässä keskimäärin 30 päivää, työpaikkakäyntiryhmässä 45 päivää ja tavanomaisen hoidon ryhmässä 62 päivää (kuvio 1). Sekä mini-interventioryhmän (A) että työpaikkakäyntiryhmän (B) potilaat olivat edelleen tyytyväisempiä hoitoonsa kuin tavanomaisen hoidon ryhmän potilaat (taulukko 3).

Kustannuksia kertyi kahden vuoden aikana lääkäri-, fysioterapia- ja hoitajakäynneistä sekä tutkimuksista, sairaalahoidosta, kuntoutuksesta, lääkityksestä sekä työssä poissaoloista (130 euroa päivää kohden). Kustannukset mini-interventioryhmässä olivat 4 673 euroa (vaihteluväli 152-81 112 euroa), työpaikkakäyntiryhmässä 5 988 euroa (vaihteluväli 209-80 151 euroa) ja tavanomaisen hoidon ryhmässä 9 512 euroa (vaihteluväli 0-80 773 euroa) (A vs. C, $p = 0,043$) (B vs. C, n.s.).

Hoitotulosta muovaavien tekijöiden analyysi osoitti, että potilaan alkutilanteen arvio paranemisestaan oli tärkein hoitotulosta muovaava tekijä (7). Verrattaessa tavanomaiseen hoitoon sekä mini-interventio- että työpaikkakäyntiryhmässä kivun intensiivisyys (0-10) oli seuranta-aikana merkitsevästi pienempi niillä potilailla, joilla alkutilanteessa itse koettu riski siitä ettei parane, oli suuri.

POHDINTA

Mini-interventio eli varhainen perusteellinen lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyönä toteutettu kaksi ja puol tuntia kestävä konsultaatio vähentää pitkäkestävää selkäkipua sairastavien potilaiden sairauspoissaoloja, päivittäisiä kipuoireita sekä lisää potilastyytyväisyyttä tavanomaiseen hoitoon verrattuna.

Tekemämme työpaikkakäynti ei lisännyt mini-intervention vaikuttavuutta. Osittain se saattoi johtua siitä, että potilaat sisäistivät työliikkeisiin ja vapaa-aikaan sovellettavan opastuksen jo mini-intervention yhteydessä Työterveyslaitoksella ja osasivat heti hyödyntää oppimaansa käytännössä. Mini-intervention lisänä työpaikkakäynti jäikin tutkimuksessamme lähinnä seurantakäynnin luonteiseksi eikä saamamme tutkimustuloksen perusteella voida poissulkea toisen tyyppisten työpaikkakäyntien vaikuttavuutta.

Tutkimuksemme vahvuutena oli kattava seurantaprosentti, interventioihin nähden riittävä seuranta-aika ja yksinkertainen asetelma. Suhteellisen yksinkertaisen tutkimusasetelman vuoksi tulokset voidaan yleistää ja vastaavanlainen mini-interventio voidaan helposti toteuttaa.

Positiivisiin tuloksiin voivat vaikuttaa intervention toteuttajien innokkuus ja osaaminen. Toisaalta myös tavanomaisen hoidon ryhmän tuloksiin saattoi vaikuttaa selkäkipupotilaan opaskirjanen (16), jolla jo sinänsä on osoitettu positiivinen vaikutus hoitotulokseen. Tutkimuksessamme intervention toteuttivat yhdessä erikoistuva lääkäri ja fysiatrian erikoislääkäri. Uskomme kuitenkin, että tulokset olisivat olleet samankaltaiset, vaikka lääkärinä olisi ollut fysioterapeutti tai selkäsairauksiin perehtynyt lääkäri yksin. Kahden lääkärin osallistuminen johtui päätutkijan opinnoista, jotka olivat tuolloin erikoistumisvaiheessa. Koska tutkimussuunnitelmassa oli luvattu erikoislääkäritasoinen konsultaatio, otettiin yhteisvastaanottoon mukaa erikoislääkäri.

Hoitotulosta muovaavien tekijöiden analyysi osoitti, että potilaan kokema riski siitä, ettei parane on tärkeä hoitotulosta muovaava tekijä. Erityisesti ne potilaat, jotka pelkäsivät kivun jäävän pysyväksi, hyötyivät selkeästi potilasinformaatiosta ja yksilöllisestä huomiosta. Havainto saattaa olla tärkeä oman työn apuväline mutta ennen sen soveltamista potilasvalintaan tulee löydös kuitenkin varmentaa jatkotutkimuksin. Tulos vahvistaa käsitystä siitä, että potilasta kannattaa ja pitää kuunnella ja hänelle tulee selkeästi kertoa mistä selkäkivussa on kyse. Jos havainto pitää paikkaansa, voidaan mahdollisesti tulevaisuudessa ohjata pessimistisesti toipumiseensa suhtautuvat potilaat kertaluontoiseen tarkempaan konsultaatioon kalliiden moniammatillisten kuntoutusprosessien sijaan. Useinhan juuri nämä potilaat, jotka eivät usko paranevansa leimataan toivottomiksi tapauksiksi.

Koska mini-interventiosta ei näytä aiheutuvan lisäkustannuksia, voisi subakuutista selkäkivusta kärsiviä potilaita ohjata erikoislääkärin konsultaatioon selvästi nykyistä varhaisemmassa vaiheessa, jolloin potilaita voi auttaa kevyimminkin toimenpitein. Näin voitaisiin lisätä tyytyväisyyttä hoitoon, mahdollisesti lyhentää erikoissairaanhoidon jonoja, vähentää potilaan oirehtimista, sekä vähentää yhteiskunnalle kalliita sairauslomia.

Lopuksi voidaan todeta, että tutkimamme mini-interventio näyttää olevan vaikuttava pitkittyneen selkäkivun hoitomuoto, jotta kannattaisi herkästi soveltaa normaalissa potilastyössä.

ENGLISH SUMMARY: MINI-INTERVENTION FOR PATIENTS WITH SUBACUTE LOW BACK PAIN

Background

Early specialist intervention together with a worksite visit could be an effective method for returning patient with low back pain (LBP) quickly to normal activity and to prevent chronicity in patients.

Methods

164 patients with subacute LBP were randomized into a mini-intervention (A, n = 56), a mini-intervention plus a worksite visit (B, n = 51) or usual care (C, n = 7). Mini-intervention consisted of a detailed assessment of the patients' history, beliefs and physical findings by a physician and a physiotherapist, followed by recommendations and advice. Patients in the usual care group received the conventional care. Pain, disability, health-related quality of life, satisfaction with care, days on sick leave, and consumption of health care services and costs were measured during a 24-month follow-up. Thirteen candidate modifiers were tested for each outcome.

Results

Mini-intervention decreased the occurrence of daily (A vs C, p = 0.01) and bothersome (A vs C, p < 0.05) pain and increased treatment satisfaction. Costs resulting from LBP were lower in the intervention groups (A 4 670 euros, B 5 990 euros) than in C group (C 9 510 euros) (A vs. C, p = 0.04 and B vs. C, n.s). The average number of days on sick leave was 30 in group A, 45 in B and 62 in C (A vs C, p = 0.03, B vs C, n.s). The perceived risk for not recovering was the strongest modifier of treatment effect.

Conclusions

Mini-intervention is an effective treatment for subacute LBP. It reduces days on sick leave, daily symptoms and LBP related costs. In alleviating pain the intervention was most effective among the patients with a high perceived risk of not recovering

Kirjoittajat

KAIJA KARJALAINEN
LT, erikoistuva lääkäri
Hus, fysiatrian yksikkö
kaija.karjalainen@hus.fi

ANTTI MALMIVAARA
dosentti, ylilääkäri
FinOHTA

TIMO POHJOLAINEN
dosentti, ylilääkäri
KuntoutusORTON

RISTO P. ROINE
dosentti, ylilääkäri
Hus, arviointiyksikkö

PERTTI MUTANEN
FM, systeemis suunnittelija
Työterveyslaitos, epidemiologian ja biostatistiikan osasto
Työfysioterapeutin menetelmäkuvaus: Helena Pahkajärvi

Kirjallisuutta

- 1 1 Jensen RC. Epidemiology of work-related back pain: A summary of job factors. *Top Acute Care Trauma Rehabil* 1988;2:1-15.
- 2 10 Loisel P, Abenhaim L, Durand P ym. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997;22(24):2911-8.
- 3 11 Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000;25(15):1973-6.
- 4 12 Indahl A, Haldorsen EH, Holm S, Reikeras O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998;23(23):2625-30.
- 5 13 Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. A randomized clinical trial. *Spine* 1995;20(4):473-7.
- 6 14 Karjalainen K, Malmivaara A, Pohjolainen T ym. Mini-intervention for subacute low back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2003;28(6):533-41.
- 7 15 World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000;284(23):3043-5.
- 8 16 Malmivaara A, Pohjolainen T. *Selkäkipuisen Käsikirja*: Suomen Selkäliitto ry 1996.
- 9 2 Waddell G. 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
- 10 3 Frymoyer JW, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991;22(2):263-71.
- 11 4 Pellinen M, Nyman H, Kyyrä T, Lindroos K, Maaniemi K, Ruhanen E. *Statistical yearbook of pensioners in Finland*. Helsinki: Hakapaino 2002.
- 12 5 Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *Br Med J* 2001;322(7301):1511-6.
- 13 6 Haldorsen EM, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. Multimodal cognitive behavioral treatment of patients sicklisted for musculoskeletal pain: a randomized controlled study. *Scand J Rheumatol* 1998;27(1):16-25.
- 14 7 Karjalainen K, Malmivaara A, Mutanen P, Pohjolainen T, Hurri H, Roine R. Mini-intervention for subacute low back pain: two year follow-up and modifiers of effectiveness. *Spine* 2004;29(10):1069-76.
- 15 8 Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M ym. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3.

- 16** Lindström I, Öhlund C, Eek C ym. The effect of graded activity on patients with subacute low back pain: a randomized prospective clinical study with an operant-conditioning behavioral approach. *Phys Ther* 1992;72(4):279-93.

Copyright Lääkäri-lehti

- 17** Artikkelin perustuu LT Kaija Karjalaisen väitöskirjatutkimukseen Multidisciplinary interventions for low back pain: Evaluation of effectiveness. Tutkimus on saanut sekä Suomen Lääkäri-lehden väitöskirjapalkinnon 2004 että Euroopan kuntoutusakatemia myöntämän Euroopan parhaan kuntoutuslääketieteen tutkimusraportin