

Elina Leskinen

Olkalisäkkeen alainen kipu

Kirjallisen potilasoppaan tuottaminen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (AMK)

Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

5.3.2018

Tekijä Otsikko	Elina Leskinen Olkalisäkkeen alainen kipu: Kirjallisen potilasoppaan tuottaminen
Sivumäärä Aika	31 sivua + 3 liitettä Kevät 2018
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaajat	Anu Valtonen, yliopettaja Ulla Härkönen, lehtori
<p>Olkalisäkkeen alainen kipu on yleinen vaiva, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä sekä miehillä että naisilla. Vaivan tyypillinen oire on kipu olkavarren yläosassa ja lateraalisyryllä. Yläraajan nostot ovat kivuliaita, ja yösärkyä voi esiintyä. Olkalisäkkeen alaisen kivun hoitona on käytetty yleisimmin leikkaushoitoa sekä fysioterapeuttisia hoitoja. Viime aikoina leikkaushoitojen käyttöaiheita on kuitenkin alettu kyseenalaistaa, ja vaivan ensisijaiseksi hoidoksi on suositettu fysioterapeuttista harjoittelua.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kirjallinen potilasopas olkalisäkkeen alaisesta kivusta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin käyttöön. Työn tavoitteena oli tukea konservatiivista hoitolinjaa tarjoamalla potilaalle tietoa olkalisäkkeen alaisesta kivusta ja sen fysioterapeuttisesta hoidosta. Tarkoituksena on, että terveydenhuollon ammattilainen voi antaa oppaan potilaalle esimerkiksi vastaanotokäynnin yhteydessä. Oppaan avulla potilas voi kerrata vastaanotolla läpi käytyjä asioita kotona ja perehtyä konservatiiviseen hoitolinjaan jo ennen fysioterapiaan hakeutumista.</p> <p>Potilasopas toteutettiin vuoden 2017 aikana. Oppaan tietoperustana tarkasteltiin olkalisäkkeen alaiseen kipuun ja sen fysioterapeuttiseen hoitoon liittyvää kirjallisuutta. Sisällön lisäksi huomiota kiinnitettiin oppaan ulkoasuun ja kieleen ymmärrettävyyden ja luettavuuden parantamiseksi. Laadittua opasta arvioitiin keräämällä palautetta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta, että alalla työskentelemättömiltä henkilöiltä. Oppaan lopullinen versio muotoutui kerätyn palautteen, yhteistyökumppaneiden toiveiden sekä kirjallisuuden perusteella. Potilasoppaan pääteemoiksi nousivat olkapään rakenne ja toiminta, olkalisäkkeen alainen kipu sekä sen hoito alkuvaiheessa ja vaivojen pitkittyessä.</p> <p>Potilasoppaan laatiminen avasi näkökulmia olkalisäkkeen alaisen kivun hoitoon sekä potilasohjauksen kehittämiseen tulevaisuudessa. Harjoitteluterapian vaikuttavuudesta on saatu paljon näyttöä, ja tulevaisuudessa tieto harjoittelun optimoimiseksi lisääntynee edelleen. Potilasohjauksen kehitysalueena lienee tulevaisuudessa huomion suuntaaminen psykologisiin tekijöihin, jotka näyttäisivät olevan yhteydessä olkapääkipuisen potilaan hoidon lopputulokseen.</p>	
Avainsanat	olkalisäkkeen alainen kipu, kirjallinen potilasohjaus, fysioterapia

Author Title	Elina Leskinen Subacromial Pain: Developing a Written Patient Information Guide
Number of Pages Date	31 pages + 3 appendices Spring 2018
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Degree Programme in Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructors	Anu Valtonen, Principal Lecturer Ulla Härkönen, Senior Lecturer
<p>Subacromial pain is a common disorder with the incidence increasing with age in both men and women. Typically, the pain is localized in the top and the lateral part of the upper arm. Lifting the arm is painful and pain at night can occur. In most cases, subacromial pain has been treated with surgery or physiotherapeutic interventions. Due to the recent research findings, the indications of surgical treatment have been questioned and physiotherapeutic exercise has been recommended to be the primary base for the treatment.</p> <p>The purpose of this thesis was to produce a patient information guide about subacromial pain for use in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, Finland. The objective was to support conservative management of subacromial pain by providing the patients with written information about the disorder and its physiotherapeutic treatment. The leaflet can be used to support spoken information; it can help the patient to revise the verbal information received during the doctor's practice and to familiarize with the conservative treatment of the disorder even before seeking physiotherapy.</p> <p>The patient information guide was developed during 2017. Literature review of subacromial pain and its physiotherapeutic treatment was used as a base for the leaflet. In addition to the content, layout and language were also addressed to improve comprehension and readability. The leaflet was reviewed by gathering feedback from both healthcare professionals and people not working in the field of healthcare. The final version of the leaflet was formed based on the feedback, the requests of the collaborating professionals and the current literature. There were three key topics emphasized in the leaflet: a brief overview of shoulder function and structure, subacromial pain and its symptoms, and the conservative treatment of subacromial pain.</p> <p>Developing the leaflet offered viewpoints to the current care of subacromial pain and the potential future of patient guidance. There is an increasing amount of evidence considering the effectiveness of exercise therapy in treating subacromial pain, and the knowledge how to optimize the treatment is likely to grow in the future. In patient guidance, the challenge in the future will probably be how to address psychological factors better. The outcome of physiotherapy seems to be consistently associated with these factors for patients with shoulder pain.</p>	
Keywords	subacromial pain, written patient guide, physiotherapy

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	2
3	Olkalisäkkeen alainen kipu	3
4	Olkalisäkkeen alaisen kivun fysioterapia	6
4.1	Alkuvaiheen hoito	14
4.2	Fysioterapeuttinen harjoittelu	14
5	Potilasoppaan toteutus	16
5.1	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	16
5.2	Potilasoppaan kirjoittaminen	17
5.3	Palautteen kerääminen oppaasta	18
5.4	Palautteen analysointi	19
6	Pohdinta	22
	Lähteet	26
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje palautteen keräämiseksi potilasoppaasta	
	Liite 2. Palautekyselylomake potilasoppaasta terveydenhuollon ammattilaisille	
	Liite 3. Potilasopas olkalisäkkeen alaisesta kivusta	

1 Johdanto

Olkapääkipu on yleinen vaiva. Suomalaisen Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -raportin mukaan miehistä 29 % ja naisista 26 % oli kokenut olkapääkipua viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Niin miehillä kuin naisillakin olkapään alueen kivut yleistyvät iän myötä. (Viikari-Juntura – Heliövaara – Solovieva – Shiri 2012: 92.) Yleisin olkapään kiputiloista on olkalisäkkeen alainen kipu, johon lukeutuvat kiertäjäkalvosimen tendinopatiat, impingement, olkalisäkkeen alainen bursiitti sekä kiertäjäkalvosimen repeämät (Mitchell – Adebajo – Hay – Carr 2005).

Olkalisäkkeen alaisen kivun hoidossa yleisimpinä hoitomuotoina käytetään leikkaushoitoa sekä fysioterapeuttisia hoitoja. Leikkaushoitona on yleisesti käytetty olkalisäkkeen avarrusleikkausta, joita Suomessa tehdään yli 4000 vuodessa. (Ketola 2016a.) Viime vuosina leikkaushoidon käyttöaiheita on alettu kyseenalaistaa (Ketola 2016a; Beard ym. 2017), ja konservatiivista hoitolinjaa fysioterapeuttisen harjoittelun menetelmin on suosittu vaivan ensisijaiseksi hoidoksi (Ketola 2016a; Haik – Albuquerque-Sendín – Moreira – Pires – Camargo 2016; Björnsson Hallgren ym. 2017).

Fysioterapian osalta erityisesti nousujohteisen kotiharjoittelun vaikuttavuudesta on saatu näyttöä. Harjoittelulla on voitu vaikuttaa niin kipuun kuin olkapään seudun toimintaan ja liikelaajuuksiinkin (Björnsson Hallgren ym. 2017; Ketola 2016a; Haik ym. 2016). Potilas on itse keskeisessä asemassa kuntoutumisessaan toteuttaen fysioterapeutin ohjaamaa harjoitteluohjelmaa lähiympäristössään. Fysioterapeutti valvoo harjoittelun etenemistä vastaanottokäytien yhteydessä ja voi antaa opastusta esimerkiksi vaivan luonteesta, sopivan kuormituksen valitsemisesta sekä ryhdin ja työasentojen korjaamisesta. (Ruotsalainen 2017, Ketola 2016b: 38-41; Mulligan – Huang – Dickson – Khazzam 2016.)

Suullisen neuvonnan tukena voidaan käyttää kirjallista potilasohjausta. Sen avulla potilas voi syventää ja kerrata saamaansa opastusta sekä orientoitua tuleviin tilanteisiin (Torkkola – Heikkinen – Tiainen 2002: 25; Forth Valley Primary Care NHS Trust 2003.) Kirjallinen ohjaus voi auttaa ymmärtämään ja muistamaan vastaanotolla läpikäytyjä asioita, vähentää pelkoa sekä lisätä tyytyväisyyttä hoitoon. Nämä seikat puolestaan helpottavat keskustelua terveydenhuollon ammattilaisen kanssa tulevilla hoitokäynneillä. (Landler ym. 2017: 4-5.) Onnistuneella potilasohjauksella voidaan parhaimmillaan vähentää sairaanhoitokäytien tarvetta ja määrää sekä hoitoaikoja (Torkkola ym. 2002: 24).

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa kirjallinen opas potilaille, joilla on olkalisäkkeen alaista kipua. Oppaassa selvitetään potilaalle, mitä olkalisäkkeen alainen kipu on. Lisäksi tuodaan esille fysioterapian tärkeys ja sisältö kuntoutumisessa. Kokonaiskuvan hahmottamisen tueksi oppaassa käydään läpi myös olkapään alueen rakennetta ja toimintaa.

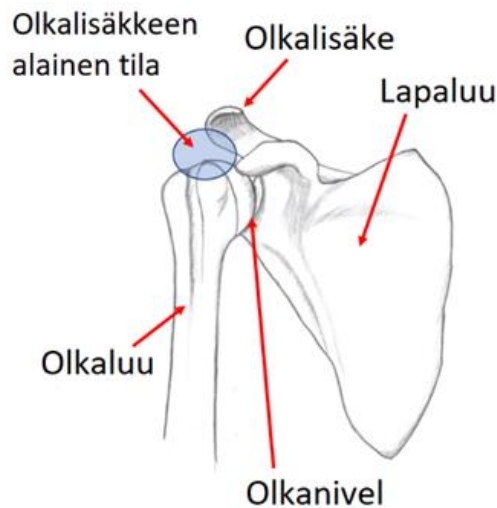
Opinnäytetyön tavoitteena on osaltaan tukea olkalisäkkeen alaisen kivun konservatiivista hoitoa. Opas laaditaan siten, että terveydenhuollon ammattilainen voi antaa sen potilaalle; esimerkiksi lääkäri voi antaa oppaan potilaalle vastaanoton yhteydessä kotiin luettavaksi. Oppaan avulla potilaan on mahdollista kerrata ja syventää vastaanotolla läpi käytyjä asioita kotona ja perehtyä konservatiiviseen hoitolinjaan jo ennen fysioterapiaan hakeutumista.

Suomalaisessa Olkapään jännevaivojen Käypä hoito -suosituksessa (2014) olkalisäkkeen alainen kipu esitetään yleisnimitykseksi tendinopatialle, impingementille, ahdas olka -oireyhtymälle, hankausoireyhtymälle, kipukaarioireyhtymälle, pinneoireyhtymälle sekä bursiitille. Hollantilaisessa suosituksessa olkalisäkkeen alaiseksi kivuksi on puolestaan määritetty kaikki ei-traumaperäiset, olkalisäkkeen alueelle paikantuvat olkapään vaivat, jotka tuottavat kipua. Kliiniset ja/tai radiologiset termit, kuten bursiitti, jännekalkki, supraspinatuksen tendinopatia, osittainen kiertäjäkalvosimen repeämä, hauiksen jänneen tendiniitti ja jänneen degeneraatio lukeutuvat kaikki olkalisäkkeen alaiseen kipuun. (Diercks ym. 2014: 314).

Tässä raportissa käytetään Käypä hoito -suosituksen (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014) mukaisesti nimitystä olkalisäkkeen alainen kipu. Sillä korvataan kaikki alkuperäisissä lähteissä käytetyt termit (muun muassa impingement, kiertäjäkalvosinoireyhtymä, ahdas olka -oireyhtymä). Näin pyritään parantamaan raportin johdonmukaisuutta sekä selkeyttä.

3 Olkalisäkkeen alainen kipu

Olkalisäkkeen alainen kipu on nimensä mukaisesti peräisin olkalisäkkeen alaisesta tilasta (British Orthopaedic Association 2014: 2). Sen rajaavat olkapään luiset ja pehmytkudosrakenteet. Alhaalta tilan rajaa olkaluun pää, ylhäältä puolestaan korakoakromiaalinen kaari, eli olkalisäke, akromioklavikulaarinivel, korppiolkalisäkeside ja korppilisäke. Olkalisäkkeen alaisessa tilassa kulkevat kiertäjäkalvosimen jänteet sekä hauislihaksen pitkän pään jänne. (Gumina 2017: 25.) Jänteiden lisäksi olkalisäkkeen alaisessa tilassa sijaitsee limapussi (Maruvada – Bhimji 2017), joka toimii liukupintana korakoakromiaalisen kaaren ja jänteiden välillä (Arokoski ym. 2015).



Kuvio 1. Olkalisäkkeen alainen tila sijoittuu olkalisäkkeen ja olkaluun väliin muodostuvaan tilaan. (Piirros: Elina Leskinen)

Olkalisäkkeen alaisen kivun tyypillinen oire on toispuolinen kipu olkapään alueella. Kipu ilmenee usein olkavarren yläosassa ja lateraalisivulla ja on peräisin olkalisäkkeen alaisesta tilasta. Kipu pahenee usein yläraajaa nostettaessa tai nostamisen jälkeen. Lisäksi myös yö särkyä voi esiintyä. (Diercks ym. 2014: 314; Kulkarni ym. 2015.) Yläraajan aktiiviliikkeet voivat olla rajoittuneita, mikä haittaa pukeutumista ja esineiden kurottamista (Shamus 2015: 796; Pohjolainen 2015). Passiiviliikkeissä ei sen sijaan yleensä ilmene rajoituksia (Kulkarni ym. 2015). Olkalisäkkeen alaisen kivun oirekuvaan voivat kuulua myös tulehdus, turvotus ja krepitus (Kornusky – Smith 2017).

Olkalisäkkeen alaisen kivun etiologia on moninainen, ja sitä voidaan tarkastella erilaisista näkökulmista. Usein etiologiset tekijät jaetaan jänneen sisäisiin ja ulkoisiin syihin.

Syiden tunnistaminen kivun taustalla voi auttaa tehokkaan hoidon toteuttamisessa (Seitz – McClure – Finucane – Boardman – Michener 2011: 1; Escamilla - Hooks – Wilk 2014).

Sisäiset syyt olkalisäkkeen alaiseen kipuun ovat peräisin jänteestä; sen rakenteellisista tekijöistä, suorituskyvystä (esim. kuormituksen kesto) ja degeneratiivisista muutoksista. Kivun etiologiaan voivat vaikuttaa jänteen verisuonitus, biologiset tekijät kuten kollageeni-pitoisuus, jänteen rakenne sekä geneettiset tekijät. Jänteen *ulkopuoliset syyt* ovat nimensä mukaisesti peräisin jänteen ulkopuolelta, ja käsittävät niin anatomisia kuin biologisia tekijöitä. Niihin lukeutuvat muun muassa olkalisäkkeen muoto, lapaluun ja kiertäjäkalvosimen lihasten toiminta, glenohumeraalinivelen kapselin joustavuus sekä rintarangan liikkuvuus. (Seitz ym. 2011: 1,3.) Myös ulkoiset äkilliset voimat (esim. kaatuminen suoralle kädelle) tai pitkään jatkuva kuormitus voivat aiheuttaa jänteen kudosaaurion syntymisen (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014).

Sisäisten ja ulkoisten syiden lisäksi olkalisäkkeen alaista kipua voidaan tarkastella toiminnallisesta ja rakenteellisesta näkökulmasta. Nykyisin vaivan etiologiassa korostetaan dynaamisia ja degeneratiivisia tekijöitä; esimerkiksi heikentynyttä lihasten voimaa, hallintaa ja kontrollia. Rakenteellisista syistä johtuvaa olkalisäkkeen alaisen tilan ahtautumista pidetään harvinaisena, ja rakenteellisten tekijöiden merkitys olkalisäkkeen alaisen kivun taustalla on kyseenalaistettu (Ketola 2016b: 36; Björkenheim – Paavola 2012: 318; McFarland ym. 2013.)

Olkalisäkkeen alaisen kivun *esiintyvyyttä lisääviä tekijöitä* ovat ikääntyminen, ylipaino, metabolinen oireyhtymä sekä diabetes (Rechartt ym. 2010). Lisäksi olkapään, käden tai ranteen toistoliikkeet, yliolan liikkeitä sisältävät harrastukset (esim. mailapelit, heittolajit, uinti), yläraajan toistuvat kohoasennot, tärinälle altistava työ, huonot työasennot sekä suuri psykososiaalinen kuormitus suurentavat olkalisäkkeen alaisen kivun riskiä (Diercks ym. 2014: 316; Taimela – Asklöf 2002: 64; Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014). Olkapäävaivojen ennaltaehkäisemiseksi tulisi kiinnittää huomiota oikeanlaisiin työasentoihin, työn tauottamiseen sekä kuormituksen säätelyyn. Monipuolinen liikunta lisää kudosten kestävyyttä, ja hyvä ryhdin ja keskivartalon hallinta auttavat olkanivelen toiminnassa. Harrastuksissa vaivoja voidaan ehkäistä huomioimalla riskit valmennuksessa ja harjoittelun suunnittelussa. (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014.)

Olkalisäkkeen alaisen kivun *ennusteesta* ei ole tarkkoja tietoja. Noin puolet olkapään kiputiloista paranee 2-3 kuukauden kuluessa itsestään, ilman erityisiä hoitoja. (Braun –

Hanchard – Batterham – Handoll – Betthäuser 2016; Arokoski ym. 2015.) Toisaalta vaiva voi myös kroonistua, ja oireiden pidentyneen keston on todettu ennustavan hoidon heikompa tulosta (Reilingh – Kuijpers – Tanja-Harfterkamp – van der Windt 2008). Oireet voivat olla myös luonteeltaan aaltoilevia (Arokoski ym. 2015). Ennustetta parantaviksi tekijöiksi on esitetty muun muassa nuori ikä (alle 42 vuotta), matalampi painoindeksi (alle 23,5kg/m²), lyhyt oireiden kesto (alle 3kk) ennen hoidon aloittamista sekä toiminnallisten rajoitteiden puuttuminen (Ertan ym. 2015). Potilaan asenteella voi myös olla vaikutusta ennusteeseen. Chester, Jerosch-Herold, Lewis & Shepstone (2016) havaitsivat tutkimuksessaan, että hoidon lopputulos oli parempi potilailla, jotka uskoivat paranevansa fysioterapian avulla. Näin ollen tutkijat kannustavat fysioterapeutteja ja lääkäreitä vahvistamaan potilaan positiivisia odotuksia hoidolle fysioterapialähetteen tekemisen yhteydessä. (Chester ym. 2016.)

4 Olkalisäkkeen alaisen kivun fysioterapia

Käsitykset olkalisäkkeen alaisesta kivusta ja sen hoidosta ovat muuttuneet merkittävästi ajan saatossa. Alkujaan vaivan ajateltiin johtuvan pitkälti rakenteellisista syistä, kuten kiertäjäkalvosimen jänneiden puristumisesta olkalisäkkeen etuosaa vasten. Vaivan kuvattiin etenevän akuutista tendiniitistä läpäisevään jänteen repeämään. Konservatiiviseksi hoidoksi esitettiin levon ja tulehduskipulääkityksen lisäksi jäykkyyttä vähentäviä harjoitteita ja leikkaushoitona käytettiin akromioplastiaa. (Neer 1972: 49-50; Neer 1982: 71-73, 77.) Nykyisen tutkimustiedon mukaan olkalisäkkeen alaisen kivun taustalla olevat syyt ovat kuitenkin huomattavasti moninaisemmat (Seitz ym. 2011: 3), mikä on johtanut myös hoidon monipuolistumiseen.

Olkalisäkkeen alaisen kivun konservatiivinen hoito järjestetään pääasiallisesti perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Hoidon tavoitteena ovat kivun lievittyminen sekä toiminta- ja työkyvyn palauttaminen tai ylläpitäminen. Hoidossa tulisi huomioida kunkin potilaan erityispiirteet, kuten ikä sekä toiminnalliset vaatimukset työssä ja vapaaajalla. Hoitolinjaa valittaessa potilaat, jotka kärsivät epäspesifistä olkalisäkkeen alaisesta kivusta, tendinopatiasta tai osittaisesta jänteen repeämästä, ohjataan ensisijaisesti konservatiiviseen hoitoon. Leikkaushoitoa harkitaan läpäisevissä jänteen repeämissä, jotka ovat syntyneet tapaturman seurauksena tai joissa asianmukaisesti toteutettu konservatiivinen hoito ei ole tuottanut tulosta. (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014.)

Tätä opinnäytetyötä varten kerättiin tietoa olkalisäkkeen alaisen kivun fysioterapeuttisesta hoidosta. Lähdeaineistona käytettiin Käypä hoito -suositusta (Olkapään jännevaivat 2014), lääkäreille suunnattua aineistoa (Vastamäki 2016), yhteistyötahoilta saatua perusterveydenhuollon potilasohjausmateriaalia sekä uutta tutkimustietoa. Tutkimuksissa on viime aikoina painotettu erityisesti fysioterapeuttista harjoittelua, joka on osoittautunut vaikuttavaksi hoitokeinoksi niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä tarkasteltuna. Harjoitteluterapialla on saavutettu vastaavanlaiset tai paremmat hoitotulokset kuin leikkaushoidolla. Lisäksi fysioterapeuttisen harjoittelun etuna leikkaushoitoon nähden ovat helpompi järjestettävyyys, kustannustehokkuus sekä vähäisemmät riskit. (Ketola 2016a; Björnsson Hallgren ym. 2017; Haik ym. 2016; Abdulla ym. 2015.) Passiivisista fysioterapian hoitokeinoista, kuten teippauksesta, laser-, sähkö- tai ultraäänihoidoista ei näyttäisi olevan hyötyä olkalisäkkeen alaisen kivun hoidossa (Haik ym. 2016; Gebremariam – Hay – van der Sande – Huisstede 2013: 5).

Fysioterapeuttista harjoittelua koskevia tutkimuksia on esitelty tämän luvun yhteydessä taulukossa 1. Siinä esitetään kunkin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusasetelma, tutkittavat, keskeiset tulokset sekä käytetyt fysioterapeuttiset harjoittelumenetelmät ja fysioterapia-käyntien määrä, mikäli ne on kuvattu tutkimuksessa. Kyseessä ei ole systemaattinen katsaus, vaan taulukkoon on kerätty tutkimuksia, joissa on hyödynnetty erilaisia harjoittelustrategioita. Lisäksi taulukossa esitellään uusia katsausartikkeleita.

Taulukko 1. Olkalisäkkeen alaisen kivun potilasoppaan taustatietona käytettyjä tutkimuksia. Lyhenteet selvitetty taulukon jälkeen.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Abdulla ym. 2015	Määritellä harjoittelun tehokkuus olkapääkivussa.	Systemaattinen kirjallisuus katsaus Katsauksessa 11 RCT-tutkimusta, joissa harjoittelua verrattiin muihin interventioihin olkapääkivussa.		Nousujohteinen valvottu kotiharjoittelu, joka perustuu kiertäjäkalvosimen ja lavan seudun vahvistus- ja venytysharjoitteisiin näyttäisi olevan vaikuttavaa olkapään pinnetilojen hoidossa. Valvotun kotiharjoittelun todettiin johtavan sitkeistä oireista kärsivillä potilailla yhtäläisiin hoitotuloksiin kuin leikkaushoidolla ja sen jälkeisellä kuntoutuksella.
Björnsson Hallgren ym. 2017	Verrata aikaisemmissa tutkimuksissa (Björnsson Hallgren ym. 2014; Holmgren ym. 2012) saatujen tulosten pysyvyyttä 5 vuotta tutkimuksen aloittamisen jälkeen kyselyiden avulla. Lisäksi vertailaan leikkaushoidon ja konservatiivisen hoidon tuloksia.	Prospektiivinen tutkimus; seuraa tutkijoiden aikaisempien tutkimustulosten (2012, 2014) pysyvyyttä. N=91, jotka mukana myös aiemmissa tutkimuksissa (Björnsson Hallgren ym. 2014; Holmgren ym. 2012)		Spesifi harjoittelu vähensi tarvetta leikkaushoidolle potilailla, joilla oli olkalisäkkeen alaista kipua. Potilaat, jotka eivät saa vastetta spesifeistä harjoitteista, voivat saada samantyyppisiä hyviä tuloksia leikkaushoidolla.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Blume ym. 2015	Verrata eksentristä ja konsentrista nousujohteista vastusharjoittelua potilailla, joilla on olkalisäkkeen alainen pinneoireyhtymä.	<p>Satunnaistettu kliininen tutkimus</p> <p>N(eksentrisen harjoittelun ryhmä)=18</p> <p>N(konsentrisen harjoittelun ryhmä)=16</p> <p>Interventioiden kesto 8 viikkoa. Seuranta viikoilla 5 ja 8.</p>	<p>Harjoittelu 8 viikon ajan: 2x/vko fysioterapeutin kanssa, lisäksi itsenäinen kotiharjoittelu. Viikot 1-2 tutustumista harjoitteluun, harjoitusohjelmat viikoilla 3-8.</p> <p>Harjoitteet: 1) "full can" istuen 2) olkanivelen sisäkierto kylkimakuulla 3) olkanivelen ulkokierto kylkimakuulla 4) lapojen protrakatio selin makuulla 5) olkanivelen abduktio kylkimakuulla 6) olkanivelen horisontaaliabduktio kylkimakuulla 7) olkanivelen ekstensio päin makuulla neutraaliasennossa. Annostelu 3x12, vastus 70-80% 1RM:sta.</p> <p>→ Kaikki harjoitteet käsipainon kanssa, kivuttomalla liikeradalla. Kuormituksen lisääminen submaksimaalisen toistotestin perusteella.</p> <p>→ Fysioterapeutti avusti eksentrisen harjoitteluryhmän osallistujia harjoitteiden konsentrisissa työvaiheissa, ja konsentrisen ryhmän osallistujia eksentrisissä työvaiheissa.</p> <p>→ Kaikilla osallistujilla sama kotiharjoitteluohjelma sisältäen: venytykset (pectoralis minor, olkapään takaosa), rintarangan itsemobilisointi ekstensioon, kivuttomat aktiiviliikkeet (olkapään fleksio, abduktio). Annostelu 1x/pvä.</p>	<p>Sekä submaksimaalinen eksentrisen, että konsentrisen harjoittelu johti parantuneeseen toimintaan, liikelaajuuksiin ja voimaan pinneoireyhtymäpotilailla.</p> <p>Tuloksissa ei ollut eroa konsentrisen ja eksentrisen harjoitteluohjelman välillä.</p>
Chaconas ym. 2017	Verrata olkapään ulkokiertäjien eksentrisen harjoitusohjelman ja yleisen harjoitusohjelman tuloksia henkilöillä, joilla on diagnosoitu olkalisäkkeen alainen kipu.	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, RCT</p> <p>N(koeryhmä)=25</p> <p>N(kontrolliryhmä)=23</p> <p>Kaikilla tutkittavilla krooninen olkapääkipu ja olkalisäkkeen alaisen kivun kliininen diagnoosi.</p> <p>Intervention kesto 6 viikkoa; seuranta 3 ja 6 viikon sekä 6 kk jälkeen.</p>	<p>Koeryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eksentrisen olkapään ulkorotaatio (3s eksentrisen vaihe) vastuskuminauhalla: 3x15 toistoa, 1x/pvä - lapaluiden retraktio vastuskuminauhalla: 2x10 toistoa, 1x/pvä - Olkapään takaosan venytys seisten: 3x30-45s, 1x/pvä <p>Mikäli harjoitteet lisäsivät kipua, vähennettiin vastusta.</p> <p>Kontrolliryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Olkapään aktiiviliikkeet seisten ilman vastusta (fleksio ja abduktio): 2x10 toistoa kumpaakin, 1x/pvä - lapaluiden retraktio vastuskuminauhalla: 2x10 toistoa, 1x/pvä - Olkapään takaosan venytys seisten: 3x30-45s, 1x/pvä <p>Fysioterapiakäynnit: 4krt 6 viikon aikana.</p>	<p>Olkapään ulkokiertäjiin kohdistuva eksentrisen harjoitusohjelma vaikutti paremmin voimaan, kipuun ja toimintaan 6kk seurannassa kuin yleinen harjoitusohjelma.</p> <p>Löydösten perusteella eksentrisen harjoittelu voi olla tehokasta parantamaan itsearvioitua kipua ja toimintakykyä potilailla, joilla on olkalisäkkeen alaista kipua.</p>

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Diercks ym. 2014	Luoda hoitosuosituksia olkalisäkkeen alaiselle kivulle.	Monitieteellinen katsaus perustuen työryhmän (Hollannin ortopedinen yhdistys) asettamiin kliinisiin kysymyksiin.		<p>Olkalisäkkeen alainen kipu suositellaan hoidettavaksi konservatiivisesti. Harjoitteluterapiassa suositellaan intensiteetiltään matalia, usein toistettavia harjoitteita kivun sallimissa rajoissa. Harjoittelussa tulisi hyödyntää eksentrisiä ja paluuta stabiloivia harjoitteita, ja huomioita tulisi kiinnittää ryhtiin.</p> <p>Sitkeiden, yli 6 viikkoa kestäneiden oireiden yhteydessä työhön liittyvät interventiot todettiin hyödyllisiksi.</p>
Haik ym. 2016	Tarkoituksena tehdä yhteenveto tämänhetkisestä tutkimusnäytöstä koskien fysioterapian vaikutusta kipuun, toimintaan ja liikelaajuuksiin henkilöillä, joilla on olkalisäkkeen alaista kipua.	<p>Systemaattinen katsaus</p> <p>64 korkealaatuista RCT-tutkimusta olkalisäkkeen alaisen kivun fysioterapeuttisista hoitokeinoista sisällytettiin katsaukseen.</p> <p>Katsauksessa tarkasteltiin fysikaalisten hoitojen, harjoitteluterapian, manuaalisten tekniikoiden, teippauksen ja akupunktion vaikutusta.</p>		<p>Harjoittelun tulisi olla ensisijainen hoito olkalisäkkeen alaisessa kivussa vähentämään kipua, parantamaan toimintaa ja lisäämään liikelaajuutta. Manuaalisen terapian yhdistämisestä harjoitteluun saadaan lisähyötyä kivun vähentämisessä lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna.</p> <p>Pieniannoksista laserhoitoa (low-level laser therapy), pulsoivaa sähkömagneettista käsittelyä (pulsed electromagnetic field therapy) ja teippausta ei tulisi suositella.</p>

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Holmgren ym. 2012	Arvioida, parantaako kiertäjäkalvosimeen ja lapa-luuta stabiloiviin lihaksiin kohdistuva spesifi harjoittelu olkapään toimintaa ja kipua paremmin kuin epäspesifi harjoittelu potilailla, joilla on olkalisäkkeen alainen pinneoireyhtymä. Samalla tarkastellaan, vähentääkö tämä tarvetta leikkaushoidolle.	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, RCT</p> <p>N(koeryhmä)=51 N(kontrolliryhmä)=46</p> <p>Kaikilla tutkittavilla pitkään (yli 6kk) jatkunut olkalisäkkeen alainen pinneoireyhtymä, joka ei ole aiemmin helpottanut konservatiivisella hoidolla. Kaikki tutkittavat olivat jonotuslistalla leikkaushoitoon.</p> <p>Intervention kesto 12 viikkoa.</p>	<p>Ennen harjoittelun aloittamista molemmille ryhmille:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kortikosteroidi-injektio (2 viikkoa ennen harjoittelua) - ohjausta olkapään tilasta, ergonomiasta ja ryhdistä <p>Koeryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2x eksentrisen kiertäjäkalvosimen harjoite (supraspinatus, infraspinatus, teres minor); annostelu: 3x15 toistoa - 3x konsentrisen/eksentrisen harjoite lavan stabiloijille (trapeziuksen keski- ja alaosa, rhomboideus, serratus anterior); annostelu: 3x15 toistoa - olkapään takaosan venytys: 3x30-60s <p>Viikkoina 1-8 harjoitteet 2x/pvä, viikkoina 9-12 1x/pvä. Välineinä vastuskuminauha ja käsipainot, vastuksen lisääminen edistymisen mukaan.</p> <p>Harjoittelussa itsearvoitu kipu ei saanut ylittää 5 (asteikko 0-10)</p> <p>Osallistujia kannustettiin jatkamaan harjoittelua päivittäin vielä 2kk ajan 12 viikon harjoitusjakson jälkeen.</p> <p>Kontrolliryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - olkapään liikkeet: abduktio, retriaktio, elevaatio - niskan liikkeet: retriaktio - venytykset: trapeziuksen yläosa, pectoralis major <p>Annostelu: liikeharjoitteet: 10 toistoa, 2x/pvä; venytykset 3 toistoa, 2x/pvä</p> <p>Harjoittelu ilman välineitä; ei kuormituksen lisäämistä harjoittelujakson aikana.</p> <p>Käyntejä fysioterapeutin vastaanotolla: 7krt harjoittelujakson aikana. 1 kerralla 60min, tämän jälkeen 30min käynnit.</p>	Kiertäjäkalvosimen vahvistavista eksentrisistä harjoitteista sekä lapa-luuta stabiloivien lihasten konsentrisista ja eksentrisistä harjoitteista koostuva spesifi harjoittelu on vaikuttavaa vähentämään kipua ja parantamaan olkapään toimintaa potilailla, joilla on sitkeä pinneoireyhtymä. Lisäksi 3kk aikavälillä se vähentää tarvetta leikkaushoidolle.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Ketola 2016a	Arvioida olkalisäkkeen avarrusleikkauksen antamaa hyötyä ja kustannusvaikuttavuutta olkapään hankausoireyhtymän hoidossa.	<p>Väitöstutkimus, etenevä satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, RCT</p> <p>N(ei-leikkauksellisen hoidon ryhmä)=70</p> <p>N(leikkaushoito-ryhmä)=70</p> <p>Kaikilla tutkittavilla oireet kestäneet vähintään 3kk. Kaikilla koikeiltu konservatiivista hoitoa ennen satunnaisitamista.</p>	<p>Ei-leikkauksellinen ryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alkuinfo olkapään anatomiasta ja oireyhtymästä - Fysioterapeutin yksilöllisesti suunnittelema kotiharjoitusohjelma; tavoitteena palauttaa olkapään ja lapaluun stabiliteetti ja liike vahvistamalla kiertäjäkalvosimen lihaksia ja poistaa lihasten välistä epätasapainoa - Annostelu: 9 harjoitetta; 3x30-40 toistoa, vähintään 4x/vko → vähitellen toistomäärien vähentäminen ja vastuksen lisääminen; välineenä vastuskuminauha ja käsipainot - Harjoittelua jatkettiin, kunnes potilaat saavuttivat harjoittelutason, jota kykenivät itse ylläpitämään. <p>Leikkaushoitoryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leikkauksen jälkeen kylmähoito, heiluriharjoitteet sekä kyynärnivelen, ranteen ja sormien harjoitteet - 2 viikon kuluttua aktiivinen fysioterapia samoilla periaatteilla kuin ei-leikkauksellisessa ryhmässä <p>Fysioterapiakäyntejä molemmissa ryhmissä: n. 7krt</p>	Tutkimuksen perusteella olkalisäkkeen avarrusleikkauksen ei ole perusteltu / ensisijainen hoito olkapään hankausoireyhtymässä. Ohjattu ja valvottu fysioterapia on hoidon perusta.
Littlewood ym. 2016	Verrata yhteen harjoitteen perustuvan ohjelman ja tavanomaisen fysioterapeuttisen hoidon kliinistä vaikuttavuutta potilailla, joilla on kiertäjäkalvosimen tendinopatia.	<p>Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, RCT</p> <p>N(koeryhmä)=27 N(kontrolliryhmä)=33</p> <p>Kaikilla tutkittavilla ollut olkapääkipua vähintään 3kk.</p>	<p>Koeryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysioterapeutin määräämä yksittäinen kotiharjoite (esim. isometrinen olkapään abduktio) - Annostelu: 3x10-15 toistoa, 2x/pvä; vastus: painovoimaa vastaan / vastuskuminauha / käsipaino - Progressio: isometrisestä isotoniseen liikkeeseen / toistojen tai kuormituksen lisääminen - Harjoitteet suoritettiin siten, ettei harjoittelun aiheuttama kipu pahentunut harjoittelun jälkeen - Fysioterapeutin vastaanotolle tarpeen mukaan <p>Kontrolliryhmä:</p> <p>Tavanomainen fysioterapia saattoi sisältää fysioterapeutin harkinnan mukaan mm. neuvontaa, venyttelyä, harjoittelua, manuaalista terapiaa ym.</p> <p>Fysioterapiakäyntejä molemmissa ryhmissä: n. 3krt</p>	Ei riittävästi näyttöä, että jompikumpi vertailluista menetelmistä olisi toista parempi lyhyellä (3kk) tai pitkällä (12kk) aikavälillä tarkasteltuna. Näin ollen yhteen harjoitteeseen perustuva kotiharjoittelu näyttäisi olevan verrattavissa tavanomaiseen fysioterapeuttiseen hoitoon.

Tutkimuksen tekijät ja vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kuvaus	Harjoittelumenetelmät ja fysioterapiakäyntien määrä (mikäli kuvattu)	Tutkimuksen keskeiset tulokset ja löydökset
Mulligan ym. 2016	<p>Määrittää, vaikuttaako harjoitteiden aloittamisjärjestys kuntoutuksen tuloksiin olkapään pinneoireyhtymäpotilailla.</p> <p>Tutkimuksessa pyritään selvittämään, onko kivun ja olkapään toiminnan kannalta eroa sillä, aloitetaanko kuntoutus lapaluuta stabiloivilla harjoitteilla vai kiertäjälavosinta vahvistavilla harjoitteilla.</p>	<p>Prospektiivinen satunnaistettu tutkimus (Prospective randomized crossover trial)</p> <p>N(kiertäjälavosinryhmä)=20 N(lapaluun stabilaatio-ryhmä)=20</p> <p>Kaikilla tutkittavilla todettu olkalisäkkeen alainen pinneoireyhtymä.</p> <p>Intervention kesto: 8 viikkoa; seuranta 4, 8 ja 16 viikon kohdalla.</p>	<p>Kiertäjälavosin-ryhmä: - 1) olkapään ulkokierto 2) 0-30° pystypunnerrus 3) olkapään sisäkierto 4) horisontaaliabduktio olkapäiden tasossa</p> <p>Lapaluun stabilaatio -ryhmä - 1) lapojen protrakatio selin makuulla 2) soutu liike leveällä otteella olkapäiden tasossa 3) olkapään ekstensio 4) lapojen retraktio</p> <p>→ Kaikkien harjoitteiden annostelu: 2-3x20 toistoa vastuskuminauhalla, 1x/pvä. Harjoittelu ei saa lisätä oireita. Toistomäärän lisääminen, kun harjoite onnistuu helposti oikealla tekniikalla.</p> <p>→ 4 viikon harjoittelun jälkeen kumpikin ryhmä lisäsi toisen ryhmän harjoitteet omaan ohjelmaansa.</p> <p>→ Harjoittelun lisäksi ensimmäisen kuukauden aikana ohjausta sairaudesta, ryhdistä ja kuormituksesta, sekä manuaalista terapiaa ja liikkuvuusharjoitteita</p> <p>Fysioterapiakäyntejä molemmissa ryhmissä: 8krt</p>	<p>Kipu ja toimintakyky parani- vat kummankin ryhmän potilailla fysioterapeuttisen harjoittelun myötä riippumatta siitä, aloittivatko he lapaa stabiloivilla harjoitteilla vai kiertäjälavosimen vahvistavilla harjoitteilla.</p>
Shire ym. 2017	<p>Arvioida, ovatko spesifejä vastusharjoitteita sisältävät harjoittelumenetelmät parempia kuin yleinen harjoittelumenetelmä olkalisäkkeen alaisen pinneoireyhtymän hoidossa.</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi</p> <p>6 RCT-tutkimusta; 4 tutkimusta spesifeistä lapaluun harjoitteista, 2 spesifeistä proprioseptisistä harjoitteista</p> <p>N=231</p> <p>Interventioiden kesto: 4-8 viikkoa.</p>	<p>Tutkimuksissa käytettyjä harjoittelumenetelmiä olivat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lapaluun spesifit harjoitteet ja neuromuskulaariset harjoitteet - olkapään ja kiertäjälavosimen vahvistavat harjoitteet; vastuksena painovoima, vastuskuminauha tai vapaat painot - venytysharjoitteet - proprioseptinen harjoittelu - yleiset liikeharjoitteet 	<p>Tulosten ristiriidoista ja korkealaatuisen näytön puutteesta johtuen ei voitu osoittaa, että spesifien harjoitteiden käyttö harjoitusohjelmassa olisi merkityksellistä pinneoireyhtymäpotilailla. Myöskään suosituksia harjoitteiden luonnosta, harjoittelun määrästä, intensiteetistä tai annostelusta ei voitu antaa.</p>

RCT= Randomized controlled trial, satunnaistettu kontrolloitu tutkimus; N=osallistujien määrä; RM= repetition maximum, toistomaksimi

4.1 Alkuvaiheen hoito

Alkuvaiheessa olkalisäkkeen alaisen kivun hoito on pääasiassa itsehoitoa. Itsehoito koostuu levosta, kylmähoidosta ja kipulääkitysestä. Akuutti kipu pyritään hoitamaan kivun kroonistumisen välttämiseksi. Potilaalle voidaan antaa ohjausta ryhdistä ja työskentelyasennoista, liikehoidoista sekä kuormituksen säätelystä. Oireita aiheuttavia liikkeitä on pyrittävä välttämään tai ainakin merkittävästi vähentämään. (Pohjolainen 2015; Vastamäki 2016; Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014.) Mikäli itsehoito ei lievitä oireita, ja vaiva pitkittyy, on potilas syytä ohjata fysioterapeutille. Lähetete fysioterapiaan tulisi tehdä viimeistään oireiden jatkuttua 4-6 viikkoa. (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014.)

4.2 Fysioterapeuttinen harjoittelu

Olkalisäkkeen alaisen kivun ensisijaiseksi hoidoksi suositellaan tällä hetkellä harjoitteluterapiaa (Ketola 2016a; Haik ym. 2016). Potilaan itsenäisesti suorittama kotiharjoittelu, jota fysioterapeutti ohjaa ja valvoo vastaanottojen puitteissa, on osoittautunut tehokkaaksi (Ketola 2016a; Björnsson Hallgren ym. 2017; Chaconas ym. 2017; Mulligan ym. 2016; Abdulla ym. 2015). Harjoittelun on todettu voivan vähentää koettua kipua, parantaa olkapään toimintaa sekä lisätä liikeratoja niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä tarkasteltuna (Haik ym. 2016; Ketola 2016a). Spesifistä harjoittelusta saattavat hyötyä myös potilaat, joilla oireet ovat kestäneet pitkään, ja jotka eivät aiemmin ole hyötäneet fysioterapiasta (Björnsson Hallgren ym. 2017).

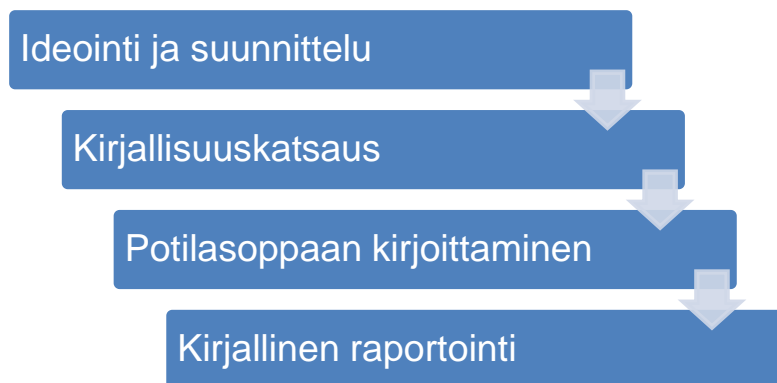
Harjoittelustrategiana viimeaikaisissa tutkimuksissa on käytetty eksentrisiä (Chaconas ym. 2017), konsentrisiä ja niiden yhdistelmiä (Blume ym. 2015; Holmgren ym. 2012) sisältäviä harjoitteita vähentämään kipua, parantamaan toimintaa, lisäämään lihasvoimaa sekä kohentamaan olkapään alueen hallintaa. Harjoittelu on kohdistettu kiertäjäkalvosimen lihasten vahvistamiseen (Chaconas ym. 2017; Ketola 2016) ja lapaluun stabilointiin tai näiden yhdistelmään (Mulligan ym. 2016; Holmgren ym. 2012). Pitkillä, kivuttomilla toistosarjoilla on pyritty vaikuttamaan jänteen hitaaseen uusiutumiseen (Ketola 2016b: 38, 40), mutta myös kipua sallivia harjoitteita on käytetty (Holmgren ym. 2012; Littlewood ym. 2016). Eksentristä harjoittelua on aiemmin suositettu erityisesti akillesjänteen (O'Neill – Watson – Barry 2015) ja patellajänteen kuntoutuksessa (Reinking 2016), mutta viime aikoina sitä on alettu tutkia enemmän myös kiertäjäkalvosimen yhteydessä (Camargo –

Albuquerque-Sendín – Salvini 2014). Eksentrisen harjoittelun vaikutusmenetelmiksi on esitetty mm. jänteessä tapahtuvia rakenteellisia ja neuromuskulaarisia muutoksia sekä satelliittisolujen aktivaation lisääntymistä mutta aiheesta tarvitaan vielä lisää tutkimusta (O'Neill ym. 2015; Hyldahl – Olson – Welling – Groscost – Parcell 2014).

Fysioterapeuttisen harjoittelun annostuksessa esiintyi jonkin verran eroja tutkimusten välillä. Hollantilaisessa suosituksessa (Diercks ym. 2014: 314) harjoittelua suositellaan toteutettavaksi tiheästi, ja tämä näyttäisi toteutuvan kaikissa katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa. Harjoittelua toteutettiin kaksi kertaa päivässä (Littlewood ym. 2016), kerran päivässä (Chaconas ym. 2017; Mulligan ym. 2016) tai vähintään neljä kertaa viikossa (Ketola 2016b: 40). Lisäksi yhdessä tutkimuksessa osallistujat harjoittelivat fysioterapeutin avustamana kahdesti viikossa, minkä lisäksi he suorittivat venytyksistä ja aktiiviliikkeistä koostuvan kotiharjoitusohjelman kerran päivässä (Blume ym. 2015). Harjoitteiden toistomäärät vaihtelivat 2x10 toistosta (Chaconas ym. 2017) 3x30-40 toistoon (Ketola 2016a: 62). Vastuksena harjoittelussa saatettiin käyttää painovoimaa (Littlewood ym. 2016), vastuskuminauhaa (Chaconas ym. 2017; Mulligan ym. 2016), käsipainoja (Blume ym. 2015) tai useampaa näistä (Ketola 2016b: 40; Holmgren ym. 2012). Interventioiden kestot vaihtelivat 6 viikosta 12 viikkoon (Chaconas ym. 2017; Blume ym. 2015; Mulligan ym. 2016; Holmgren ym. 2012). Yhdessä tutkimuksessa harjoittelujakson pituutta ei oltu määritelty, vaan harjoittelua jatkettiin, kunnes osallistujat saavuttivat harjoittelutason, jota kykenivät itse ylläpitämään (Ketola 2016b: 40). Lisäksi yhdessä tutkimuksessa osallistujia kannustettiin jatkamaan harjoittelua päivittäin itsenäisesti vielä kahden kuukauden ajan 12 viikon tutkimusjakson jälkeen (Holmgren ym. 2012).

5 Potilasoppaan toteutus

Potilasoppaan (liite 3) toteutus ajoittui aikavälille tammikuu 2017 – helmikuu 2018. Alkuvaiheessa sovittiin oppaan toteutuksesta, sisällöstä, työnjaosta sekä arvioinnista. Lisäksi keskusteltiin yhteistyökumppaneiden tarpeista ja toiveista opasta koskien. Menetelmänä potilasoppaan toteuttamisessa käytettiin aluksi kirjallisuuskatsausta. Kirjoitettua opasta arvioitiin lomakekyselyn avulla, ja saatua palautetta arvioitiin laadullisin menetelmin. Opinnäytetyöprosessin kulku on kuvattu prosessikaaviossa (kuvio 1).



Kuvio 2. Opinnäytetyöprosessin kuvaus.

5.1 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

Potilasoppaan luomiseksi tarkasteltiin olemassa olevaa kirjallisuutta tietopohjan luomiseksi. Tiedonhaussa käytettiin PubMed-, Cochrane-, CINAHL-, Pedro- sekä Terveystietokantoja. Mikäli aineisto ei ollut kokonaisuudessaan saatavissa näiden tietokantojen kautta, haettiin sitä myös Google Scholarista ja Research Gatesta. Jälkimmäisen kautta tutkimusartikkeleita pyydettiin myös suoraan tutkimusten tekijöiltä. Koska olkalisäkkeen alainen kipu toimii yleisnimityksenä erilaisille kliinisille ja radiologisille termeille, käytettiin hakusanoina olkalisäkkeen alaisen kivun lisäksi termejä tendinopatia, kipukaarioireyhtymä, hankausoireyhtymä, ahdas olka -oireyhtymä, pinneoireyhtymä, bursiitti ja kiertäjäkalvosinoireyhtymä sekä näiden englanninkielisiä vastineita. (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014; Diercks ym. 2014: 314). Aineiston keräämisessä painotettiin tuoreita lähteitä; valtaosa kirjallisuuskatsaukseen sisällytetystä olkalisäkkeen alaista kipua ja sen hoitoa koskevasta aineistosta oli julkaistu vuosina 2012-

2017. Kirjallista potilasohjausta koskeva aineisto oli hiukan vanhempaa, vuosilta 2003-2017. Sähköisten lähteiden lisäksi hyödynnettiin painettua kirjallisuutta.

5.2 Potilasoppaan kirjoittaminen

Potilasoppaan (liite 3) sisällölliset ja ulkoasua koskevat valinnat perustuivat yhteistyökumppaneiden toiveisiin sekä kirjallisuudesta koottuun tietoon. Oppaan oli toivottu esittelevän olkalisäkkeen alaisen kivun syitä, oireita sekä fysioterapeuttista hoitoa, ja lisäksi sen toivottiin kertovan lukijalle lyhyesti olkapään anatomiasta. Näin ollen oppaan sisältö jaettiin kolmeen pääteemaan: olkapään rakenteeseen ja toimintaan, olkalisäkkeen alaiseen kipuun ja olkalisäkkeen alaisen kivun hoitoon. Lisäksi oppaan alkuun lisättiin sivu, jossa lukijalle kuvattiin oppaan tarkoitus, sisältö sekä keskeinen terminologia. Sisällön osalta viitekehyksenä toimivat tämän raportin luvut 3 ja 4. Niissä esitetyn tiedon tueksi haettiin lisätietoa anatomiasta olkapään rakennetta ja toimintaa koskevaa kappaletta varten sekä olkalisäkkeen alaisen kivun itsehoidosta alkuvaiheen hoidon ohjausta varten. Potilasohjausta koskevaa kirjallisuutta puolestaan hyödynnettiin oppaan ulkoasun suunnittelussa, kieltä ja ilmauksia koskevissa valinnoissa sekä käytännön toteutuksessa.

Olkapään rakennetta ja toimintaa koskeva sisältö rajattiin Käypä hoito -suositusten perusteella (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014). Oppaassa esitellään olkanivelen rakenne sekä kiertäjäkalvosin, jotka liittyvät keskeisesti olkalisäkkeen alaiseen kipuun (Seitz ym. 2011: 3; Pohjolainen 2015). Lisäksi lukijalle kerrotaan lyhyesti yleistietoa olkapään toiminnasta. Olkalisäkkeen alaisen kivun osalta selvitetään vaivan taustaa, tyypillisiä oireita sekä kivun syitä. Hoidon osalta käsitellään alkuvaiheen itsehoitoa ja sen menetelmiä, pitkittyneen vaivan fysioterapeuttista hoitoa sekä olkalisäkkeen alaisen kivun ennustetta. Oppaan loppuun on listattu lyhyesti lähdeaineistoa lisätiedon hankkimiseksi. Viimeinen sivu on jätetty tyhjäksi; yhteistyötahot voivat hyödyntää tilaa esimerkiksi kunkin toimintayksikön yhteystietojen täydentämistä varten.

Itsehoidon osalta oppaaseen sisällytettiin kylmähoidon ja Codmanin harjoitteen (heiluriharjoite / pendel-harjoite) ohjeet. Kylmähoito on todettu tehokkaaksi, edulliseksi ja varsin turvalliseksi kivunhoitomuodoksi (Pohjolainen 2009: 239). 10 minuutin hoito useita kertoja päivässä toistettuna näyttäisi lievittävän kipua ilman, että haittaa aiheutuu esimerkiksi iholle (Mac Auley 2001: 383). Codmanin harjoite puolestaan valittiin oppaaseen, sillä sen tuottaman kevyen traktion avulla voidaan mobilisoida olkaniveltä, vähentää ki-

pua sekä parantaa alueen verenkiertoa (Ellsworth – Mullaney – Tyler – McHugh – Nicholas 2006; Arokoski ym. 2015). Päivittäinen harjoittelu näyttäisi lisäävän koettua toimintakykyä. Tekemällä liikettä edestakaisin ja sivulta toiselle, voidaan olkanivelen liikkuvuutta kehittää fleksio-, ekstensio-, adduktio- ja abduktiosuuntiin (Akkaya ym. 2017).

Sisällön lisäksi huomiota kiinnitettiin oppaan luettavuuteen sekä tekstien ja kuvien aseteluun ja suunnitteluun, jotka ovat tärkeässä asemassa oppaan kehittämisessä (Adepu – Swamy 2012) ja ymmärryksen tukemisessa (Salanterä ym. 2005: 226). Kirjoittaessa pyrittiin huomioimaan potilaan tiedonsaantiin liittyvät tarpeet sekä yhteistyötahojen potilasohjaukseen liittyvät tavoitteet (Torkkola ym. 2002: 34-35). Koska opas on suunnattu potilaille, suosittiin lääketieteellisten termien sijaan yleiskielisyyttä (vrt. yläraaja – käsi, vasta-aihe - este) mahdollisten väärinymmärrysten välttämiseksi. Lisäksi oppaan alkuun sijoitettiin lyhyt sanasto, jossa lukijalle selvitetään olkalisäkkeen alaiseen kipuun liittyvää keskeistä terminologiaa, jota hoidon ja tutkimusten yhteydessä tyypillisesti käytetään. (Hyvärinen 2005: 1771-1772.) Oppaan kirjoittamisessa suosittiin selkeitä lauserakenteita, ja luettavuuden parantamiseksi hyödynnettiin kuvia selittämään ja täydentämään kirjoitettua tekstiä (Torkkola ym. 2002: 40). Kuvitus toteutettiin itse tekijänoikeuslakien noudattamisen takaamiseksi. Taitossa pyrittiin selkeään tilankäyttöön, jotta teksti olisi selkeästi jaoteltua ja helppolukuista (Hyvärinen 2005: 1772; Torkkola ym. 2002: 53). Taittoasetukseksi valittiin paperin säästämiseksi MS Wordin kirjaitto; sen avulla kahdeksansivuisen oppaan tulostamiseen kuluu kaksi A4-arkkia.

5.3 Palautteen kerääminen oppaasta

Potilasoppaan kehittämiseksi kerättiin palautetta sekä terveydenhuollon ammattilaisilta, että alalla työskentelemättömiltä henkilöiltä. Palautetta antoi kirjoittamisvaiheen aikana yhteensä 12 henkilöä.

Terveydenhuollon ammattilaisilta kerättiin palautetta kolme kertaa. Ensimmäisellä palauttekerroksella käytössä oli kyselylomake (liite 2), kahdella jälkimmäisellä kerralla vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida opasta omin sanoin. Lisäksi jokaisella kerralla vastaajat saivat halutessaan kirjoittaa kommentteja suoraan potilasoppaan MS Word -tiedostoon. Ensimmäisellä kerralla kyselylomakkeen mukana lähetettiin saatekirje (liite 1), jossa osallistujille kerrottiin opinnäytetyön ja potilasoppaan tarkoituksesta. Yhteensä kuusi terveydenhuollon ammattilaista antoi palautetta oppaasta prosessin aikana. Palautetta kerättiin syys- ja marraskuussa 2017 sekä tammikuussa 2018.

”Maallikkopalautteeseen” osallistui myös kuusi vastaajaa. Iältään he olivat 29-56-vuotiaita, keski-ikä ollessa 40 vuotta. Palautteenantajille lähetettiin potilasoppaat luettaviksi sähköpostitse. Sähköpostiviestissä selvitettiin oppaan käyttötarkoitus, ja pohdinnan tueksi annettiin apukysymyksiä (taulukko 2). Kysymyksiin vastaaminen ei ollut pakollista, ja lukijat saivat kommentoida opasta vapaasti omin sanoin. Koska opasta varten kehitetty palautekyselylomake oli suunniteltu terveydenhuollon ammattilaisille, ei sitä käytetty tämän kohderyhmän kanssa. Palautteenkeräys toteutettiin lokakuussa 2017.

Taulukko 2. Palautteen keräämisessä käytetyt apukysymykset ”maallikoille”.

1) Oliko opas helppolukuinen?
2) Antoiko opas riittävästi tietoa olkalisäkkeen alaisesta kivusta?
3) Puuttuiko oppaasta jotain, mistä haluaisit tietää lisää, jos sinulla olisi olkalisäkkeen alaista kipua?
4) Oliko oppaassa mielestäsi jotain turhaa?

5.4 Palautteen analysointi

Kaikki saatu palaute analysoitiin laadullisin keinoin. Sanalliset palautteet lajiteltiin esiin-nousseiden teemojen mukaisesti ja niitä tarkasteltiin yhdessä lomakekyselyiden väittä-mistä saatujen vastausten kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisille suunnatun palaute-kyselyn vastaukset on esitetty taulukoissa 3. ja 4.

Taulukko 3. Ammattilaisten vastaukset palautekyselyn väittämiin. Yksi vastaajista ei ollut vas-tannut lainkaan oppaan ymmärrettävyyttä koskevaan väittämään.

Väittäjä	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
Opas oli mielestäni ulkoasultaan selkeä.	3	1	0	0	0
Oppaan teksti oli mielestäni helposti ymmärrettävää.	2	0	1	0	0
Oppaassa oli mielestäni riittävästi havainnollistavaa materiaalia (kuvia, taulukoita) tukemassa tiedon ymmärtämistä.	3	1	0	0	0
Opas sisälsi mielestäni potilaan kannalta olennaisen asiasisällön olkalisäkkeen alaisesta kivusta.	2	2	0	0	0

Taulukko 4. Ammattilaisten vastaukset palautekyselyn kysymykseen asiavirheistä.

Kysymys	Kyllä	Ei
Havaitsitko oppaassa asiavirheitä?	1	3

Kerätyn palautteen perusteella terveydenhuollon ammattilaiset olivat tyytyväisimpiä oppaan ulkoasun selkeyteen sekä havainnollistavaan materiaaliin. Lisäksi sanallisessa palautteessa oppaan todettiin palvelevan hyvin tarkoitustaan potilasohjauksessa. Kehitysehdotuksina suositettiin asiasisällön järjestämistä tärkeysjärjestykseen, sisällön tiivistämistä, harjoitteiden lisäämistä sekä yhteystietojen lisäämistä oppaaseen. Yksi palautteenantaja ilmoitti havainneensa oppaassa asiavirheen; hän pyysi korjaamaan kirjoitusvirheen anatomiaa koskevasta tekstikappaleesta. Lisäksi oppaan viimeistelyvaiheessa yksi ammattilaisista kehotti kiinnittämään huomiota oppaan sanavalintoihin, jotta ne tukisivat paremmin potilaiden paranemista.

Terveydenhuoltoalalla työskentelemättömiltä henkilöiltä saatu palaute oli samassa linjassa ammattilaisten kanssa. Opasta kuvattiin ”selkeäksi” ja/tai ”yttimekkääksi”, ja oppaan kerrottiin antavan lukijalle tarpeellista tietoa. Kehittämissuhteiksi mainittiin oppaan lyhentäminen tiiviimpään muotoon sekä paikoitelleen esiintyneen ammattisanaston, kuten sanojen ”konservatiivinen hoito” ja ”vasta-aihe” karsiminen tekstistä. Lisäksi kaksi lukijaa toivoi oppaan sisältävän enemmän harjoitteita.

Opasta pyrittiin muokkaamaan saadun palautteen perusteella kaikissa palautteen keräämisen vaiheissa. Palautetta verrattiin myös kirjallisuuskatsauksesta koottuun tietoon, jota käytettiin opasta koskevien valintojen tukena. Lisäksi mielipidettä kysyttiin terveydenhuollon ammattilaisilta.

Oppaan kannalta merkittävimmät päätökset koskivat lopulta harjoitteiden sisällyttämistä oppaaseen sekä oppaassa käytettyjä ilmaisuja. Harjoitteet päätettiin jättää heiluriharjoitetta lukuun ottamatta pois oppaasta. Päätöstä puolsivat viimeaikaiset tutkimukset, joissa fysioterapeutti on ohjannut potilaille soveltuvat liikkeet ennen kotiharjoittelun aloittamista (esimerkiksi Ketola 2016b: 36, 38; Littlewood ym. 2016; Blume ym. 2015). Lisäksi myös osa yhteistyötä tehneistä fysioterapeuteista perusteli päätöstä sillä, että he kokivat tärkeäksi, että ammattilainen olisi varmistamassa liikkeiden sopivuuden ja oikeat suoritustavat ennen harjoittelun alkua. Oppaan tekstiä ja ilmaisua puolestaan muokattiin viereeltään positiivisemmaksi, sillä potilaiden omien fysioterapiaan kohdistuvien odotusten on havaittu olevan yhteydessä hoidon lopputulokseen (Cuff – Littlewood 2018; Chester

ym. 2016). Ennustetta käsittelevään kappaleeseen lisättiin maininta kuntoutumista tukevista tekijöistä, kuten mielekkäistä harrastuksista ja hyvistä ihmissuhteista (Haanpää – Hagelberg – Hannonen – Liira – Pohjolainen n.d: 19; Halonen 2017: 4-9).

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa potilasopas olkalisäkkeen alaisesta kivusta. Tavoitteena oli, että opas tukisi vaivan konservatiivista hoitolinjaa antaen potilaille tietoa olkalisäkkeen alaisesta kivusta sekä sen hoidosta fysioterapian keinoin. Opinnäytetyö tuotettiin yhteistyössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa, ja prosessin tuloksena syntyi kirjallinen potilasopas, joka on tarkoitettu ottaa käyttöön HUS:n toimintayksiköissä. Opas tuotettiin vastineeksi yhteistyökumppaneilta nousseeseen tarpeeseen kirjallisuuskatsauksen, esitettyjen toiveiden sekä kerätyn palautteen vuoropuheluna. Oppaassa pyritään esittämään näyttöön perustuvaa tietoa huomioiden yhteistyötahojen tämänhetkiset toimintamenetelmät. Kahdeksansivuisen potilasoppaan ydin-teemoiksi nousivat olkapään rakenne ja toiminta, olkalisäkkeen alainen kipu sekä olkalisäkkeen alaisen kivun hoito, joita pyritään kuvaamaan potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Sisällön lisäksi kirjoitusvaiheessa huomioita kiinnitettiin myös oppaan ulkoasuun, kieleen ja taittoon luettavuuden parantamiseksi.

Oppaan kirjoitusprosessi nosti esille olkalisäkkeen alaisen kivun terminologiassa, hoidossa ja potilasohjauksessa meneillään olevan kehityksen. Terminologian osalta taustalla on ollut tarve termille, joka kattaisi paremmin vaivan patologian. Alun perin laajasti käytössä ollut, Charles Neerin tunnetuksi tekemä termi *impingement* on alettu kokea rajoittavaksi. (Diercks ym. 2014: 314; McFarland ym. 2013.) Kivun etiologian ja lähteen jäädessä usein avoimiksi, on tilalle ehdotettu termiä olkalisäkkeen alainen kipu. Sitä on esitetty niin kutsutuksi ”sateenvarjotermiksi”, joka kattaa alleen kirjallisuudessa usein käytetyt termit, kuten *impingement*, kiertäjäkalvosinoireyhtymä sekä *tendinopatia*. (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014; Greenberg 2014: 489; Diercks ym. 2014: 314.) Suoritetun katsauksen perusteella eri termien käyttö kirjallisuudessa näyttäisi kuitenkin olevan edelleen olevan kirjavaa, ja sopivasta termistä on erimielisyyttä (McFarland ym. 2013). Olkalisäkkeen alaisen kivun termiä on kritisoitu sen laajuudesta johtuen (Cools – Michener 2017), joten nähtäväksi jää, kuinka terminologia kehittyy tulevaisuudessa. Tässä opinnäytetyössä termien moninaisuus huomioitiin käyttämällä laajaa hakusanavalikoimaa tiedonhaussa. Johdonmukaisuuden säilyttämiseksi kuitenkin sekä potilasoppaassa, että tässä raportissa kaikki lähteissä esiintyneet termit korvattiin termillä olkalisäkkeen alainen kipu Käypä hoito -suosituksen mukaisesti (Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014).

Potilasoppaan perustana toimi tutkimustieto, jonka tukena käytettiin yhteistyötahoilta saatua potilasohjausmateriaalia. Viime aikoina olkalisäkkeen alaisen kivun hoitoa koskevilla tutkimuksilla fysioterapeuttisen harjoittelun vaikuttavuudesta on saatu paljon näyttöä, ja pitkäaikaisissa seurannoissa hyvät tulokset ovat säilyneet jopa 5-10 vuotta intervention aloittamisen jälkeen. Spesifin harjoittelun vaikuttavuutta arvioineissa tutkimuksissa on ristiriitaisuutta. Kuitenkin osassa tutkimuksista spesifistä harjoittelusta ovat hyötäneet myös potilaat, joilla oireet ovat pitkittyneet, ja näin ollen leikkaushoito on voitu usein välttää. (Björnson Hallgren ym. 2017; Shire ym. 2017; Ketola 2016a; Haik ym. 2016.) Fysioterapeuttisen harjoittelun vaikutuskeinoiksi on esitetty harjoittelun aiheuttamia jänteen rakenteellisia ja neuromuskulaarisia muutoksia sekä toiminnallisten vaivojen korjaantumista lihasvoiman, -tasapainon ja hallinnan parantumisen myötä (O'Neill ym. 2015; Ketola 2016b: 38; Björkenheim – Paavola 2012: 318). Harjoitteluterapiaa voidaan tukea potilasohjauksella sekä kylmähoidolla. Ohjausta voidaan antaa esimerkiksi työasennoista sekä kuormitustekijöistä, jotka saattavat olla olkapäävaivan kehittymisen taustalla. Kylmähoitoa voidaan puolestaan hyödyntää lääkkeettömänä kivunhoitona. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017; Pohjolainen 2015; Olkapään jännevaivat: Käypä hoito -suositus 2014.)

Katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa voidaan nähdä paljon käytännön fysioterapia-työhön sovellettavissa olevia toimintamalleja. Laaditussa potilasoppaassa tietoa esiteltiin potilaan näkökulmasta, mutta katsauksesta saatua materiaalia voitaneen jatkossa hyödyntää myös fysioterapeutin työssä. Harjoitteluterapiaa koskevilla tutkimuksilla esitettyjä fysioterapeuttisia käytänteitä voidaan tarkastella esimerkiksi jakaen ne ennen harjoittelua ja harjoittelun aikana tapahtuvaan ohjaukseen ja interventioita koskeviin valintoihin. Tutkimuksissa ennen harjoittelujakson alkua potilaille annettiin ohjausta oireytymän taustoista, olkapään anatomiasta sekä ryhdistä ja kuormituksen säätelystä. (Ketola 2016b: 38, 40; Mulligan ym. 2016; Holmgren ym. 2012). Potilaat perehdytettiin harjoitteluvälineiden käyttöön sekä suoritustekniikoihin fysioterapeutin johdolla, ja samassa yhteydessä arvioitiin kullekin potilaalle soveltuva yksilöllinen kuormitustaso harjoittelujaksoa varten (Blume ym. 2015). Ketolan (2016b: 40) tutkimuksessa huomiota kiinnitettiin etenkin liikkeiden suorittamiseen, vartalonhallintaan sekä olkapään ja rangan asentoon harjoittelussa.

Varsinaisen harjoittelujakson aikana fysioterapeutti valvoi ja ohjasi potilaan edistymistä vastaanottokäyntien yhteydessä (Ketola 2016b: 40; Littlewood ym. 2016; Blume ym. 2015). Vastaanotoilla potilaalle saatettiin antaa ohjausta harjoittelun nousujohteisuuden

toteuttamisesta (Littlewood ym. 2016). Tarpeen mukaan hoidon tukena voitiin käyttää myös manuaalisia tekniikoita (Holmgren ym. 2012), joiden vaikuttavuudesta harjoitteluun yhdistettynä on saatu näyttöä kivun vähentämisessä lyhyellä aikavälillä tarkasteltuna (Haik ym. 2016). Harjoittelun kuormituksen säätelyssä menetelminä saatettiin käyttää fysioterapeutin arvioimaa submaksimaalista kuormaa, joka arvioitiin uudestaan muutama viikon välein (Blume ym. 2015). Osassa tutkimuksista potilas taas itse sääteli kuormitusta joko arvioiden harjoittelun aiheuttamaa kipua (Holmgren ym. 2012; Littlewood ym. 2016) tai toistomääriä (Chaconas ym. 2017). Harjoittelun nousujohteisuus toteutettiin siirtymällä isometrisistä liikkeistä isotonisiin, lisäämällä toistojen tai kuormituksen määrää (Littlewood ym. 2016; Chaconas ym. 2017) tai vähentämällä toistojen määrää, mutta lisäämällä vastusta (Ketola 2016b: 40). Interventioiden kestoksi oli määritelty joko 6-12 viikkoa, tai harjoittelujakson pituus oli jätetty avoimeksi (Chaconas ym. 2017; Blume ym. 2015; Mulligan ym. 2016; Holmgren ym. 2012). Tällaisessa tilanteessa harjoittelua jatkettiin, kunnes potilas oli saavuttanut harjoittelutason, jota kykeni ylläpitämään itsenäisesti huomioiden olkanivelen kuormittumisen myös arjessaan (Ketola 2016b: 40). Fysioterapeutin vastaanotolla potilaat kävivät kolmesta kahdeksaan kertaan tutkimusjakson aikana (Littlewood ym. 2016; Chaconas ym. 2017; Ketola 2016b: 40; Holmgren ym. 2012; Mulligan ym. 2016).

Tulevaisuudessa potilaan ohjaus olkapääkivuissa tulee kehittymään lisääntyvän tutkimustiedon tarjotessa uusia näkökulmia vuorovaikutukseen ja hoidon toteuttamiseen. Perinteisesti olkapäävaivoja on pyritty selittämään potilaalle biolääketieteelliseltä kannalta; vaivaan on haettu rakenteellista taustatekijää, ja diagnoosin varmistamiseksi on saatettu hyödyntää kuvantamista (Cuff – Littlewood 2018; McFarland ym. 2013). Viime aikoina on kuitenkin havaittu, etteivät spesifit rakenteisiin liittyvät löydökset korreloi hoidon tulosten kanssa. Sen sijaan psykologisten tekijöiden ja hoitotulosten välillä on osoitettu olevan johdonmukainen yhteys. (Chester ym. 2016.) Hoitohenkilöstön käyttämällä sanavalinnoilla näyttäisi olevan vaikutusta siihen, millaisia odotuksia potilaalla on fysioterapian vaikuttavuudesta. Potilaan odotukset puolestaan saattavat vaikuttaa muun muassa hoitoon sitoutumiseen sekä hoidon kliinisiin tuloksiin. (Cuff – Littlewood 2018; Cormier – Lavigne – Choiniere – Rainville 2016.) Lisäksi on myös havaittu, että potilaat, jotka uskoivat paranevansa fysioterapian avulla, saavuttivat paremmat hoitotulokset. Näin ollen on ehdotettu, että terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tukea potilaan realistisen mutta positiivisen suhtautumisen muodostumista fysioterapiaa kohtaan. (Chester ym. 2016.) Jatkossa kiinnostava opinnäytetyön aihe olisikin selvittää, kuinka potilasohjausta voisi

kehittää huomioimaan paremmin myös psykologisia tekijöitä. Olennaista olisi pohtia, millaista sisältöä, ja millaisin keinoin potilaille tulisi ohjauksessa tarjota optimaalisen hoidon tukemiseksi.

Lähteet

Abdulla, Sean Y – Southerst, Danielle – Côté, Pierre – Shearer, Heather, M. – Sutton, Deborah – Randhawa, Kristi – Varatharajan, Sharanya – Wong, Jessica J. – Yu, Hainan – Marchand, Andrée-Anne – Chrobak, Karen – Woitzik, Erin – Shergill, Yaadwinder – Ferguson, Brad – Stupar, Maja – Nordin, Margareta – Jacobs, Craig – Mior, Silvano – Taylor-Vaisey, Anne 2015. Is exercise effective for the management of subacromial impingement syndrome and other soft tissue injuries of the shoulder? A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OPTIMA) Collaboration. *Manual Therapy* 20 (5). 646-656.

Adepu, R. – Swamy, M. K. 2012. Development and Evaluation of Patient Information Leaflets (PIL) Usefulness. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* 74 (2). 174-178. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3546338/#ref21>>. Luettu 1.11.2017.

Akkaya, Nuray – Akkaya, Semih – Gungor, Harun, R. – Yaşar, Gokce - Atalay, Nilgun Simsir - Sahin, Fusun 2017. Effects of weighted and un-weighted pendulum exercises on ultrasonographic acromiohumeral distance in patients with subacromial impingement syndrome. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 30 (2). 221-228.

Arokoski, Jari – Lepola, Vesa – Rantala, Tarja – Viikari-Juntura, Eira 2015. Olkapään sairaudet. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://www.oppiportti.fi/op/fys00009/do?p_haku=olkap%C3%A4%C3%A4#q=olkapää>. (Vaatii kirjautumisen.) Luettu 29.9.2017.

Beard, David, J. – Rees, Jonathan, L. – Cook, Jonathan A. – Rombach, Ines – Cooper, Cushla – Merrit, Naomi – Shirkey, Beverly, A. – Donovan, Jenny, L. – Gwilym, Stephen – Savulescu, Julian – Moser, Jane – Gray, Alastair – Jepson, Marcus – Tracey, Irene – Judge, Andrew – Wartolowska, Karolina – Carr, Andrew J. 2017. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. Verkkodokumentti. <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32457-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32457-1/fulltext)>. Luettu 2.1.2018.

Björkenheim, Jan-Magnus – Paavola, Mika 2012. Olkapää. Teoksessa Kiviranta, Ilkka – Järvinen, Markku (toim.): *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Björnsson Hallgren, Hanna C. – Adolfsson, Lars E. – Johansson, Kajsa – Öberg, Birgitta, Petersson, Anna – Holmgren, Theresa M. 2017. Specific exercises for subacromial pain. Good results maintained for 5 years. Verkkodokumentti. <<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17453674.2017.1364069>>. Luettu 21.10.2017.

Björnsson Hallgren, Hanna – Holmgren, Theresa – Öberg, Birgitta – Johansson, Kajsa – Adolfsson, Lars 2014. A specific exercise strategy reduced the need for surgery in subacromial pain patients. *British Journal of Sports Medicine* 48 (19). 1431-1436.

Blume, Christiana – Wang-Price, Sharon – Trudelle-Jackson, Elaine – Ortiz, Alexis 2015. Comparison of Eccentric and Concentric Exercise Interventions in Adults with Subacromial Impingement Syndrome. *International Journal of Sports Physical Therapy*. 10 (4). 441-455. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527192/>>. Luettu 6.1.2017.

Bradley, David 2014. *Managing Minor Musculoskeletal Injuries and Conditions*. 1st edition. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

Braun, Cordula – Hanchard, Nigel C. – Batterham, Alan M. – Handoll, Helen H. – Bethäuser, Andreas 2016. Prognostic Models in Adults Undergoing Physical Therapy for Rotator Cuff Disorders: Systematic Review. *Physical Therapy* 96 (7). 961–971. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://academic.oup.com/ptj/article/96/7/961/2864916/Prognostic-Models-in-Adults-Undergoing-Physical>> Luettu 16.10.2017.

British Orthopaedic Association 2014. Commissioning guide: Subacromial Shoulder Pain. Verkkodokumentti. <https://www.boa.ac.uk/wp-content/uploads/2014/08/Subacromial-Shoulder-Commissioning-Guide_final.pdf>. Luettu 17.7.2017.

Camargo, Paula R. – Albuquerque-Sendín, Francisco – Salvini, Tania F. 2014. Eccentric training as a new approach for rotator cuff tendinopathy: Review and perspectives. *World Journal of Orthopedics* 5 (5). 634-644. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133471/>>. Luettu 3.1.2018.

Chaconas, Eric, J. – Kolber, Morey, J. – Hanney, William, J. – Daugherty, Matthew, L. – Wilson, Stanley, H. – Sheets, Charles 2017. Shoulder External Rotator Eccentric Training Versus General Shoulder Exercise for Subacromial Pain Syndrome: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Sports Physical Therapy*. 12 (7). 1121-1133. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5717488/>>. Luettu 6.1.2017.

Chester, Rachel – Jerosch-Herold, Christina – Lewis, Jeremy – Shepstone, Lee 2016. Psychological factors are associated with the outcome of physiotherapy for people with shoulder pain: a multicentre longitudinal cohort study. Verkkodokumentti. <<http://bjsm.bmj.com/content/bjsports/early/2016/07/21/bjsports-2016-096084.full.pdf>>. Luettu 15.10.2017.

Cormier, Stéphanie – Lavigne, Geneviève L. – Choiniere, Manon – Rainville, Pierre 2016. Expectations Predict Chronic Pain Treatment Outcomes. *Pain* 157 (2). 329-338.

Cools, Ann M. – Michener, Lori A. 2017. Shoulder pain: can one label satisfy everyone and everything? *British Journal of Sports Medicine* 51 (5). 416-417.

Cuff, Andrew – Littlewood, Chris 2018. Subacromial impingement syndrome – What does this mean to and for the patient? A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice* 33. 24-28.

Diercks, Ron – Bron, Carel – Dorrestijn, Oscar – Meskers, Carel – Naber, René – de Ruitter, Tjerk – Willems, Jaap – van der Woude, Henk Jan 2014. Guideline for diagnosis and treatment of subacromial pain syndrome. A multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthopaedica* 85 (3). 314-322. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4062801/#>>. Luettu 4.12.2016.

Ellsworth, Abigail A. – Mullaney, Michael – Tyler, Timothy F. – McHugh, Malachy – Nicholas, Stephen 2006. Electromyography of Selected Shoulder Musculature During Un-weighted and Weighted Pendulum Exercises. *North American Journal of Sports*

Physical Therapy 1 (2). 73-79. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2953311/>>. Luettu 12.8.2017.

Escamilla, Rafael F. – Hooks, Todd R. – Wilk, Kevin E. 2014. Optimal management of shoulder impingement syndrome. Open Access Journal of Sports Medicine 5. 13-24. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945046/>>. Luettu 19.10.2017.

Ertan, Sema – Ayhan, Egemen – Güven, Mehmet F. – Kesmezacar, Hayrettin – Akgün, Kenan – Babacan, Muharrem 2015. Medium-term natural history of subacromial impingement syndrome. Journal of Shoulder and Elbow Surgery (24) 10. 1512-1518.

Forth Valley Primary Care NHS Trust 2003. Developing Written Information for Patients Good Practice Guidelines. Verkkodokumentti. <<http://biostat.mc.vanderbilt.edu/TPT/SOURCE/Extras/TrialRecruitment/InfoGuide.pdf>>. Luettu 11.5.2017.

Gebremariam, Lukas – Hay, Elaine M. – van der Sande, Renske – Huisstede, Bionka 2013. Subacromial impingement syndrome -Effectiveness of physiotherapy and manual therapy. British Journal of Sports Medicine 48 (16). 1202-1208.

Greenberg, Deborah L. 2014. Evaluation and Treatment of Shoulder Pain. Medical Clinics of North America 98 (3). 487-504.

Gumina, Stefano (toim.) 2017. Rotator Cuff Tear. Pathogenesis, Evaluation and Treatment. Cham: Springer International Publishing AG.

Haanpää, Maija – Hagelberg, Noora – Hannonen, Pekka – Liira, Helena – Pohjolainen, Timo. Kroonisen kivun hoito-opas. Suomen kivuntutkimusyhdistys ry. Verkkodokumentti. <https://skty-org-bin.directo.fi/@Bin/2c1196758e871e6db407ffcedccaa744/1516026017/application/pdf/171537/Kroonisen%20kivun%20hoito-opas_final.pdf>. Luettu 6.1.2018.

Haik, M. N. – Albuquerque-Sendín, F. – Moreira, R. F. C. – Pires, E. D. – Camargo, P.R. 2016. Effectiveness of physical therapy treatment of clearly defined subacromial pain: a systematic review of randomized controlled trials. British Journal of Sports Medicine 50 (18). 1124-1134.

Halonen, Maarika 2017. Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. Suomen Kipu ry. Verkkodokumentti. <<http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2017/10/Menetelmi%C3%A4-l%C3%A4kkeett%C3%B6m%C3%A4n-kivunhoitoon.pdf>>. Luettu 6.1.2018.

Holmgren, Theresa – Björnsson Hallgren, Hanna – Öberg, Birgitta – Adolfsson, Lars – Johansson, Kajsa 2012. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. Saatavilla sähköisesti: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3282676/>>. Luettu 21.1.2017.

Hyldahl, Robert D. – Olson, Ty – Welling, Tyson – Groscost, Logan – Parcell, Allen C. 2014. Satellite cell activity is differentially affected by contraction mode in human muscle following a work-matched bout of exercise. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263080/>>. Luettu 20.12.2017.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 121 (16). 1769-1773.

Ketola, Saara 2016a. Shoulder Impingement Syndrome. Arthroscopic acromioplasty offers no additional benefits compared to structured exercise treatment. Tampere: Tampere University Press. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98717/978-952-03-0056-2.pdf?sequence=4>>. Luettu 21.1.2017.

Ketola, Saara 2016b. Olkapään hankausoireyhtymässä ei saada lisähyötyä leikkauksesta. *Fysioterapia* (4). 36-42.

Kornusky, Jennifer – Smith, Nathalie 2017. Subacromial Impingement Syndrome. Verkkodokumentti: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=1b480cb0-a2cd-4ad0-8123-ab7b51ba06ed%40sessionmgr4010>>. (Vaatii kirjautumisen.) Luettu 29.9.2017.

Kulkarni, Rohit – Gibson, Joanna – Brownson, Peter – Thomas, Michael – Rangan, Amar – Carr, Adrew J. – Rees, Jonathan L. 2015. Subacromial shoulder pain. *Shoulder & Elbow* 7 (2). 135-143. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935112/>>. Luettu 23.1.2017.

Käypä hoito -suositus 2017. Kipu. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#s30>>. Luettu 28.12.2017.

Käypä hoito -suositus 2014. Olkapään jännevaivat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Fysiatriryhdistyksen ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50099#s16>>. Luettu 23.1.2017.

Landier, M. – Villemagne, T. – Le Touze, A. – Braïk, K. – Cook, A. R. – Morel, B. – Lardy, H. – Binet, A. 2017. The position of a written document in preoperative information for pediatric surgery: A randomized controlled trial on parental anxiety, knowledge and satisfaction. Verkkodokumentti. <https://www.researchgate.net/publication/316312895_The_position_of_a_written_document_in_preoperative_information_for_pediatic_surgery_A_randomized_controlled_trial_on_parental_anxiety_knowledge_and_satisfaction>. (Vaatii kirjautumisen.) Luettu 1.11.2017.

Littlewood, Chris – Bateman, Marcus – Brown, Kim – Bury, Julie – Mawson, Sue – May, Stephen – Walters, Stephen J. 2016. A self-managed single exercise programme versus usual physiotherapy treatment for rotator cuff tendinopathy: a randomised controlled trial (the SELF study). *Clinical Rehabilitation* 30 (7). 686-696.

Mac Auley, Domhnall C. 2001. Ice therapy: how good is the evidence? *International Journal of Sports Medicine* 22 (5). 379-384.

Maruvada, Smita – Bhimji, Steve S. 2017. Anatomy, Upper Limb, Shoulder, Rotator Cuff. Verkkodokumentti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441844/>>. Luettu 1.8.2017.

McFarland, Edward, G. – Maffulli, Nicola – Del Buono, Angelo – Murrell, George, A. C. – Garzon-Muvdi, Juan – Petersen, Steve, A. 2013. Impingement is not impingement: the case for calling it “Rotator Cuff Disease”. *Muscle, Ligaments and Tendons Journal* 3 (3). 196-200. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838328/>>. Luettu 21.1.2017.

Mitchell, Caroline – Adebajo, Ade – Hay, Elaine – Carr, Andrew 2005. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ*, 331 (7525). 1124-1128. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1283277/>>. Luettu 27.1.2017.

Mulligan, Edward, P. – Huang, Mu – Dickson, Tara – Khazzam, Michael 2016. The Effect of Axioscapular And Rotator Cuff Exercise Training Sequence in Patients with Subacromial Impingement Syndrome: A Randomized Crossover Trial. *International Journal of Sports Physical Therapy* 11 (1). 94-107. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4739052/>>. Luettu 12.12.2017

Neer, Charles S. II 1972. Anterior Acromioplasty for the Chronic Impingement Syndrome in the Shoulder. A Preliminary Report. *The Journal of bone and joint surgery. American volume* 54 (1). 41-50.

Neer, Charles S. II 1983. Impingement Lesions. *Clinical Orthopaedics and Related Research* (173). 70-77.

O'Neill, Seth – Watson, Paul J. – Barry, Simon 2015. Why Are Eccentric Exercises Effective for Achilles Tendinopathy? *Journal of Sports Physical Therapy* 10 (4). 552-562. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4527202/>>. Luettu 28.1.2018.

Pohjolainen, Timo 2015. Kipeä olkapää – kiertyjäkalvosinoireyhtymä. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01041>. Luettu 29.9.2017.

Pohjolainen, Timo 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli (toim.): *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 237-244.

Rechardt, Martti – Shiri, Rahman – Karppinen, Jaro – Jula, Antti – Heliövaara, Markku – Viikari-Juntura, Eija 2010. Lifestyle and metabolic factors in relation to shoulder pain and rotator cuff tendinitis: A population-based study. Verkkodokumentti. <<http://bmc-musculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-11-165#MOESM1>>. Luettu 23.1.2017.

Reilingh, M. L. – Kuijpers, T. – Tanja-Harfterkamp, A. M. – van der Windt, D. A. 2008. Course and prognosis of shoulder symptoms in general practice. *Rheumatology* 47 (5). 724–730. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/47/5/724/1786621>>. Luettu 1.10.2017.

Reinking, Mark F. 2016. Current Concepts in The Treatment of Patellar Tendinopathy. *International Journal of Sports Physical Therapy* 11 (6). 854-866. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5095939/>>. Luettu 28.1.2018.

Ruotsalainen, Minna 2017. Taakka olalla. Kiertäjäkalvosimen ongelmat paranevat yleensä ilman leikkausta. *Tehy-lehti* (9). 30-31. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.tehylehtiarkisto.fi/lehti/20170911/#browse/30>>. Luettu 16.10.2017.

Salanterä, Sanna – Virtanen, Heli – Johansson, Kirsi – Elomaa, Leena – Salmela, Marjo – Ahonen, Pia – Lehtikunnas, Tuija – Moisander, Marja-Liisa – Pulkkinen, Marja-Leena – Leino-Kilpi, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4). 217-228.

Seitz, Ameer, L. – McClure, Philip, W. – Finucane, Sheryl – Boardman, Douglas, N. III – Michener, Lori, A. 2011. Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both?. *Clinical Biomechanics* 26 (1). 1-12.

Shamus, Eric 2015. *The Color Atlas of Physical Therapy*. New York: McGraw-Hill Education.

Shire, Alison R. – Stæhr, Thor A. B. – Overby, Jesper B. – Bastholm Dahl, Mathias – Sandell Jacobsen, Julie – Høyrup Christiansen, David 2017. Specific or general exercise strategy for subacromial impingement syndrome—does it matter? A systematic literature review and meta-analysis. Verkkodokumentti.

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5393017/>>. Luettu 12.1.2018.

Taimela, Simo – Asklöf, Tom 2002. Olkanivelseudun sairaudet. Teoksessa Airaksinen, Olavi – Asklöf, Tom – Heinonen, Tiina – Kauppa, Markku – Ketola, Ritva – Kouri, Jukka-Pekka – Kukkonen, Ritva – Lehtinen, Janne – Lindgren, Karl-August – Orava, Sakari – Taimela, Simo – Virtapohja, Hilka: Niska- ja yläraajavaivojen ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 59-71.

Torkkola, Sinikka – Heikkinen, Helena – Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Vastamäki, Martti 2016. Olkanivelen kiertyjäkalvosimen kiputilat. Lääkärin käsikirja. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <<http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti>>. (Vaatii kirjautumisen.) Luettu 15.9.2017.

Viikari-Juntura, Eira – Heliövaara, Markku – Solovieva, Svetlana – Shiri, Rahman 2012. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora (toim.): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 92-95. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1>. Luettu 27.1.2017.

Saatekirje palautteen keräämiseksi potilasoppaasta



Olkalisäkkeen alainen kipu: Potilasopas

Arvoisa terveydenhuollon ammattilainen

Tervetuloa osallistumaan olkalisäkkeen alaisen kivun kirjallisen potilasoppaan kehittämiseen!

Toteutan opinnäytetyönäni potilasopasta olkalisäkkeen alaisesta kivusta toimintayksiköidenne käyttöön. Uuden tutkimusnäytön myötä konservatiivinen hoitolinja olkalisäkkeen alaisessa kivussa on korostunut, ja näin ollen tekeillä olevan oppaan tavoitteena on antaa potilaalle tutkittua tietoa olkalisäkkeen alaisesta kivusta sekä sen konservatiivisesta hoidosta. Antamalla palautetta kehitteillä olevasta oppaasta sinun on mahdollista vaikuttaa oppaan toteutukseen ja onnistumiseen.

Potilasopas toteutetaan yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Oppaassa selvitetään potilaalle:

- mitä olkalisäkkeen alainen kipu on
- millainen sen ennuste on
- fysioterapian tärkeys ja sisältö kuntoutumisessa

Kokonaiskuvan hahmottamisen tueksi oppaassa käydään lyhyesti läpi myös olkapään alueen rakennetta ja toimintaa.

Sähköinen palautekysely

Oheisen palautekyselyn tarkoituksena on selvittää näkemyksiäsi potilasoppaan sisällöstä ja ulkoasusta. [Palautekyselyyn vastaamisen lisäksi voit halutessasi kirjoittaa kommentteja suoraan liitteenä olevan oppaan pdf-tiedostoon.](#) Aikaa oppaan luonnoksen lukemiseen ja palautteen antamiseen kuluu noin 15 minuuttia. Pyydän sinua täyttämään palautekyselylomakkeen ja palauttamaan sen sähköpostitse **17.9.2017 mennessä** osoitteeseen XXXXX.XXXXXXXXXX@metropolia.fi.

Palautteen keräämisen jälkeen analysoin saamani vastaukset ja työstän opasta palautteiden perusteella. Noin kuukauden kuluttua lähetän muokatun oppaan sinulle uudelleen luettavaksi. Tällöin voit halutessasi vielä antaa palautetta muokatusta oppaasta kirjoittamalla kommenttisi oppaan pdf-tiedostoon. Palautekyselylomaketta ei tässä vaiheessa enää käytetä.

Palautteen antaminen on kummassakin vaiheessa vapaaehtoista. Vastaamalla kyselyyn osoitat vapaaehtoisuutesi.

Kaikki antamasi palautteet käsitellään luottamuksellisesti. Tunnistetiedot poistetaan palautteiden analysoinnin yhteydessä, eikä henkilöllisyytesi tule esille potilasoppaassa eikä opinnäytetyöni kirjallisessa raportissa.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Elina Leskinen
Fysioterapeuttiopiskelija / Metropolia Ammattikorkeakoulu
XXXXX.XXXXXXXXXX@metropolia.fi, puh. XXX-XXXXXXX

Palautekyselylomake potilasoppaasta terveydenhuollon ammattilaisille

Kyselylomake / Potilasopas olkalisäkkeen alaiseen kipuun

Ohje: Valitkaa jokaisen väittämän kohdalla omaa näkemystänne parhaiten vastaava vastausvaihtoehto. Voitte halutessanne tarkentaa vastaustanne väittämien alapuolella olevien avointen kysymysten avulla. Kyselyn lopuksi voitte antaa palautetta oppaasta myös vapaamuotoisesti ”Vapaa sana”-kenttään.

ULKOASU
<p>1. Opas oli mielestäni ulkoasultaan selkeä.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a. Täysin samaa mieltä<input type="checkbox"/> b. Jokseenkin samaa mieltä<input type="checkbox"/> c. En osaa sanoa<input type="checkbox"/> d. Jokseenkin eri mieltä<input type="checkbox"/> e. Täysin eri mieltä <p>2. Miten oppaan ulkoasua voisi mielestäsi vielä selkeyttää?</p>
LUETTAVUUS
<p>3. Oppaan teksti oli mielestäni helposti ymmärrettävää.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a. Täysin samaa mieltä<input type="checkbox"/> b. Jokseenkin samaa mieltä<input type="checkbox"/> c. En osaa sanoa<input type="checkbox"/> d. Jokseenkin eri mieltä<input type="checkbox"/> e. Täysin eri mieltä <p>4. Miten oppaan tekstin ymmärtämistä voisi vielä parantaa?</p>
<p>5. Oppaassa oli mielestäni riittävästi havainnollistavaa materiaalia (kuvia, taulukoita) tukemassa tiedon ymmärtämistä.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a. Täysin samaa mieltä<input type="checkbox"/> b. Jokseenkin samaa mieltä<input type="checkbox"/> c. En osaa sanoa<input type="checkbox"/> d. Jokseenkin eri mieltä<input type="checkbox"/> e. Täysin eri mieltä

6. Mihin kaipaisit vielä lisää havainnollistavaa materiaalia oppaassa?

SISÄLTÖ

7. Opas sisälsi mielestäni potilaan kannalta olennaisen asiasisällön olkalisäkkeen alaisesta kivusta.

- a. Täysin samaa mieltä
- b. Jokseenkin samaa mieltä
- c. En osaa sanoa
- d. Jokseenkin eri mieltä
- e. Täysin eri mieltä

8. Millaista sisältöä oppaaseen tulisi lisätä?

9. Havaitsitko oppaassa asiavirheitä?

- a. Kyllä
- b. En

10. Mitä asiavirheitä tulisi korjata?

VAPAA SANA

Tähän voit kirjoittaa vapaamuotoista palautetta oppaaseen liittyen.

Kiitos vastauksestanne!

Potilasopas olkalisäkkeen alaisesta kivusta

**OLKALISÄKKEEN ALAINEN
KIPU – MITÄ SE ON?**

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Hyvä lukija!

Tässä oppaassa on tietoa olkalisäkkeen alaisesta kivusta ja sen hoidosta. Se kertoo lyhyesti myös olkapään rakenteesta ja toiminnasta.

Oppaan sisältö:

- Olkapään rakenne ja toiminta
- Olkalisäkkeen alainen kipu
 - o Oireet
 - o Mistä kipu johtuu?
- Hoito
 - o Alkuvaiheen omahoito-ohjeita
 - o Hoito oireiden pitkittyessä
 - o Ennuste
 - o Lisätietoa

Sanastoa

Bursa (limapussi): nesteen täyttämä pussi, jonka tehtävänä on tasata rasi- tusta sekä estää luiden ja lihasten vä- listä hankausta

Bursiitti: limapussin tulehdus

Kiertäjäkavlosin: olkaniveltä liikut- tava ja tukeva neljän lihaksen koko- naisuus

Konservatiivinen hoito: Ei-leikkauk- sellinen hoito, perustuu olkapään vaivoissa yleensä kuntoutukseen. Ol- kalisäkkeen alaisen kivun yhteydessä konservatiivinen hoito voi olla esi- merkiksi liikeharjoittelua sekä oh- jausta kuormituksen säätelyyn.

Olkalisäke (acromion): lapaluun har- janne, jonka alta kiertäjäkavlosimen lihasten jänneet kulkevat

Olkalisäkkeen alainen tila (subakro- miaalitila): olkalisäkkeen ja olkaluun välinen tila, josta kiertäjäkavlosimen lihasten jänneet kulkevat

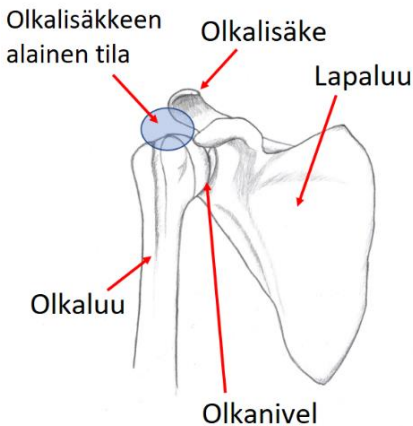
Tendiniitti: jännetulehdus

Tendinopatia: jänneen rappeumape- räinen tauti; oireena kipu ja alentu- nut toimintakyky.

Olkapään rakenne ja toiminta

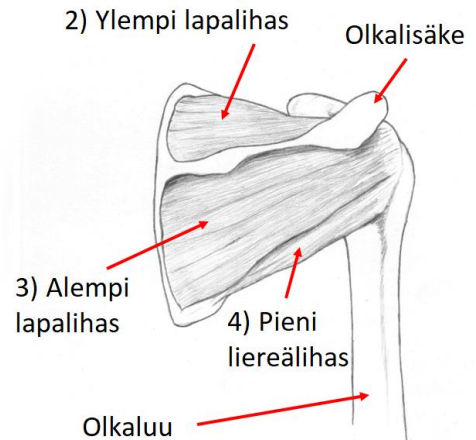
Olkapää ja hartia koostuvat luista, nivelistä sekä pehmytkudoksista, kuten lihaksista, jänteistä ja nivelsiteistä.

Olkaniivel on tyypiltään pallonivel. Sen muodostavat olkaluun pyöreä pää sekä lapaluun maljamainen nivelkuoppa. Rakenteensa vuoksi olkaniivel on ihmiskehon liikkuvin nivel. Se mahdollistaa laajat liikeradat mutta on myös altis tapaturmille sekä rakenteellisille ja ikääntymiseen liittyville muutoksille.



Kuva 1. Olkapään alueen luisia rakenteita edestäpäin katsottuna.

Olkaniivelen vakaudesta vastaavat nivelsiteet sekä niveltä ympäröivät lihakset. Tärkeitä lihaksia tällä alueella ovat kiertäjäkalvosimen lihakset: 1) lavanaluslihas 2) ylempi lapalihas 3) alempi lapalihas sekä 4) pieni liereälihas. Nämä lihakset keskittävät olkaluun päätä lapaluun nivelkuoppaan. Kiertäjäkalvosimen lisäksi olkapään toimintaan osallistuu vahva hartialihhas, joka nostaa yläraajaa. Kiertäjäkalvosimen ja hartialihaksen lisäksi olkapään toimintaan osallistuu muitakin lihaksia, jotka yhdessä mahdollistavat nivelen monipuoliset liikkeet.



Kuva 2. Kiertäjäkalvosimen lihakset takaapäin katsottuna. Kuvasta puuttuu lavanaluslihas, joka sijaitsee lapaluun etupinnalla.

Olkalisäkkeen alainen kipu

Olkalisäkkeen alainen kipu on yleisin olkapään vaiva. Vaiva on suunnilleen yhtä yleinen miehillä ja naisilla ja yleistyy ikääntyessä.

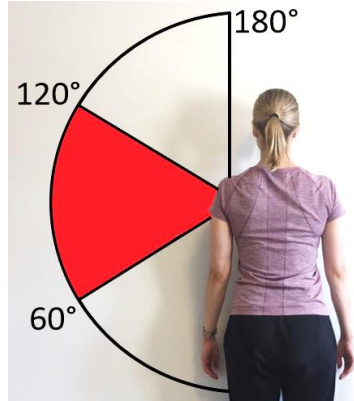
Oireet

Oireena on tavallisesti kipu olkapään alueella ja olkavarren ulkosyrjällä. Myös olkanivelen liikerajoitusta voi esiintyä. Usein oireet alkavat vähitellen. Kivun paheneminen liikkeessä on tyypillistä; erityisesti käden nostot sivulle ovat kivuliaita. Esimerkiksi pukeutuminen vaikeutuu tai kipua tulee hyllyltä tavaraa kurottaessa. Särkyä saattaa olla myös rasituksen jälkeen tai nukkuessa kipeän olkapään puoleisella kyljellä.

Mistä kipu johtuu?

Olkalisäkkeen alaisen kivun taustalla voi olla esimerkiksi:

- toistuva olkapään yksipuolinen rasitus
- äkillinen tapaturma



Kuva 3. Kipukaarioire voi olla yksi olkalisäkkeen alaisen kivun oireista. Kipu tunnetaan tällöin, kun vietä käden sivulle n. 60°-120° kulmaan.

- janteen rappeutuminen
- janteen osittainen tai läpäisevä repeytyminen
- limapussin tulehtuminen
- olkalisäkkeen alaisen tilan ahtautuminen (harvoin).

Kivun taustalla voi olla useita tekijöitä, ja perimmäistä syytä voi olla hankala nimetä.

Olkapään toistuva, pitkään jatkuva kuormitus voi aiheuttaa janteeseen kudosaaurion. Kudosaurio saattaa syntyä myös tapaturman (esim. kaatumisen) seurauksena.

Jänteen rappeutuminen voi liittyä ikääntymiseen. Rappeuma heikentää jänteen lujuutta, ja vaurioiden parantuminen hidastuu. Rappeuma voi edetä myös repeämäksi, joko osittaiseksi tai läpäiseväksi. Repeämä voi syntyä myös tapaturman yhteydessä. Rappeuma ja repeämä voivat olla myös oireettomia.

Olkalisäkkeen alaisen limapussin tulehtuminen, eli bursiitti, voi myös esiintyä yhdessä jännevaivojen kanssa aiheuttaen kipua olkapään alueelle.

Olkalisäkkeen alaisen tilan ahtautuessa olkalisäkkeen ja olkaluun välinen tila pienenee. Rakenteellista ahtautta pidetään hyvin harvinaisena. Ahtautuminen johtuu yleensä toiminnallisista syistä, kuten heikentyneestä lihasten voimasta ja hallinnasta.

Koska kivun perimmäistä syytä voi usein olla vaikea määrittää, termiä olkalisäkkeen alainen kipu voidaan käyttää yleisnimityksenä seuraaville: ahdas olka -oireyhtymä, impingement, tendinopatia, pinneoireyhtymä, hankausoireyhtymä, bursiitti ja kipukaarioireyhtymä.

Käypä hoito -suositus
2014

Hoito

Hoidon tavoite on kivun lievittyminen ja toimintakyvyn tukeminen.

Alkuvaiheen omahoito-ohjeita

Alkuvaiheen omahoito koostuu levosta ja kivun lievityksestä. Kivun rauhoittamiseksi voit käyttää myös kylmähoitoa ja kokeilla heiluriharjoitetta.

Alkuvaiheessa on tärkeää välttää kipua aiheuttavia liikkeitä. Tällaisia ovat usein käden kohoasennot sekä loitonnuks sivulle. Täysi liikkumattomuus ei ole tarpeen, eikä edistä paranemista. Oireilevaa kättä saa käyttää kivun sallimissa rajoissa.

Kivun lievitykseen voit tarvita kipulääkitystä, jollei sille ole todettu esteitä. Suun kautta otettavaa lääkitystä käytetään vähentämään kipua ja tulehdusta. Paikallisilla kipuvoiteilla voidaan lievittää kipua niin

Kylmähoito:

- Kääri kylmäpakkaus pyyhkeeseen.
- Aseta pakkaus kipukohtaan ja pidä siinä 10 minuutin ajan.
- Käytä tarpeen mukaan useita kertoja päivässä.
- Kylmähoidon tarkoituksena on rauhoittaa kipua sekä vähentää turvotusta ja mahdollista tulehdusta.

akuuteissa kuin pitkäaikaisissa oireissa. Tarkemmat ohjeet kipulääkityksestä saat lääkäriltäsi.

Heiluriharjoite (pendel-harjoite)

- Alkuasento: Nojaa terveellä kädelläsi pöytään/tuoliin siten, että käsi roikkuu rentona kohti lattiaa.
- Tee roikkuvalla kädelläsi rauhallista heiluriliikettä sivulta sivulle ja edestä taakse. Voit tehdä kädelläsi myös pientä ympyrää. Pidä liike mahdollisimman rentona.
- Tee harjoitusta päivittäin muutama minuutin ajan, kivun sallimissa rajoissa.
- Harjoituksen tarkoituksena on lievittää kipua, parantaa verenkiertoa sekä ylläpitää olkanivelen liikkuvuutta.



Kuva 4. Heiluriharjoite

Hoito oireiden pitkittyessä

Pitkittyneen olkalisäkkeen alaisen kivun ensisijainen hoito on fysioterapeuttinen harjoittelu. Sen ytimenä on vaiheittain etenevä liikeharjoittelu. Tavoitteena on edistää pehmytkudosten paranemista sekä palauttaa/lisätä lihasvoimaa, liikkuvuutta ja hallintaa olkapään ja lapaluun alueella. Fysioterapia voidaan toteuttaa toimipaikasta riippuen yksilö- tai pienryhmämuotoisena. Usein fysioterapia järjestetään perusterveyden- tai työterveyshuollossa. Lähteen fysioterapiaan tekee lääkäri.

Fysioterapiassa potilaalle laaditaan harjoitusohjelma koti- ja/tai pienryhmäharjoitteluun. Ohjelma koostuu lihasvoimaa, asennonhallintaa ja liikkuvuutta kehittävästä harjoitteista. Harjoittelu on tutkitusti hyödyllistä, ja potilas itse vastaa sen toteutumisesta. Harjoitteiden lisäksi huomiota kiinnitetään myös ryhdin korjaukseen sekä tarvittaessa oikeanlaisiin työasentoihin.

Fysioterapeutti varmistaa harjoitteiden sopivuuden ja opastaa liikkeiden oikeissa suoritustavoissa. Harjoitukset valitaan potilaan tarpeiden mukaan. Siksi tässä oppaassa ei esitetä pitkittyneen olkalisäkkeen alaisen kivun harjoitteita.

Tarvittaessa fysioterapeutti täydentää hoitoa esimerkiksi teippauksella tai erilaisilla kudosten käsittelytekniikoilla.

Leikkaushoito on vain harvoin aiheellinen, ja sitä harkitaan aina tapauskohtaisesti. Myös leikkauksen jälkeinen kuntoutus koostuu liike- ja vinyttelyharjoituksista.

Ennuste

Olkalisäkkeen alaisen kivun ennuste on yleensä hyvä. Pienimmät vaivat saattavat helpottaa jo 2-3 kuukauden aikana omahoito-ohjauksella, ilman erityisiä muita hoitoja. Pitkittyneissä vaivoissa oireiden kesto riippuu yksilöllisistä tekijöistä. Mielekkäät harrastukset, rentoutuminen, hyvät ihmissuhteet sekä hyväksyvä suhtautuminen kipuun tukevat kuntoutumista.

Lisätieto:

Terveyskirjasto: Kipeä olkapää – kiertäjälvosinoireyhtymä

Käypä hoito -suositus 2014: Olkapään jännevaivat.

