

Lunatum

4/2012



Suomen Käsiterapiayhdistyksen jäsenlehti

Tässä lehdessä:

- Senioripäivät**
- 24th Scandinavian Hand Society Meeting**
- Käden luotettava arviointi**

SISÄLLYS

Mediakortti

Hallituksen kokoonpano

Puheenjohtajan palsta
– Saara Raatikainen

Senioripäivä Turussa

– Vuokko Kuismen

24th Scandinavian Hand Society Meeting – Virpi Natt

Käden luotettava arviointi osa 3
– Soile Kauppila-Pekkala, Hanna Viitasalo

Lenaco

Respecta

Nordic tetrahand II – Pia Nahi

Joulutervehdykset:

Villa Manus, Respecta

Stipendit

Jäsenpalsta

Hallituksen joulutervehdys

IFSHT



LUNATUM MEDIAKORTTI

Suomen Käsiterapiayhdistys ry

Helsinki, Y-tunnus 1064344-8

Suomen Käsiterapiayhdistyksen jäsentiedote

JULKAISIJA

www.kasiterapiayhdistys.fi

kasiterapia@luukku.com

ILMESTYMINEN

Neljä numeroa vuodessa

Jakelu Jäsenistö

Sivun koko A4

ILMOITUSTAVAT

1. Ilmoitus jäsentiedotteen sivulla

- suurin koko A4

- hinta 100 euroa

Aineistot

pdf-tiedostona

Aineiston toimitus

sähköpostitse tai cd-rom:lla

2. Erillisten ilmoitus-/ mainoslehtisten

postitus tai toimitus

MAKSUEHTO

Laskutus 30 pv netto.

Yhdistys on yleishyödyllinen yhteisö,

hinnat eivät sisällä arvonlisäveroa.

SUOMEN KÄSITERAPIAYHDISTYS

TAUSTATIEDOT

Suomen Käsiterapiayhdistys on perustettu vuonna 1993.

Yhdistyksen toiminnassa on keskeisintä koulutuksen ja tiedottamisen avulla

edistää yläraajan ja käden kuntoutusta Suomessa.

Yhdistys osallistuu kansainväliseen

käsiterapiatoimintaan.

Jäsenistö koostuu fysio- ja toimintaterapeuteista.



Suomen Käsiteryapiayhdistys ry:n hallitus

Saara Raatikainen (ft)

Puheenjohtaja, EFSHT-delegaatti
Mehiläinen, Helsinki
saara.raatikainen@mehilainen.fi

Annu Voipio (tt)

IFSHT:n delegaatti, koulutusvastaava
Kuntoutus ORTON Oy
annu.voipio@orton.fi

Virpi Natt (ft)

Varapuheenjohtaja, Pohjoismaiden delegaatti
Diacor
virpi.natt@diacor.fi

Sari Marjala (tt)

Jäsenlehden kokoaja
HYKS, Lastenkliniikka
sari.marjala@hus.fi

Pia Nahi (tt)

Sihteeri
HYKS operatiivinen tulosityksikkö
pia.nahi@hus.fi

Mirja Tervo (ft)

OYS
mirja.tervo@ppshp.fi

Tiina Rantanen (tt, ft)

Rahastonhoitaja
Sairaala Neo, Turku
tiina.rantanen@sairaalaneko.fi

Piia Hautala (ft)

HUS Herttoniemen sairaala
piia.hautala@hus.fi

Soile Kauppila-Pekkala (tt)

Jäsenrekisterin ylläpitäjä
Terveystuotteiden
palvelukeskus Terttu Lilja Oy
soilekp@gmail.com

Vuokko Kuismin (tt)

HUS, Porvoon sairaala
vuokko.kuismin@hus.fi



Vuosi lähestyy loppuaan

Lumen ja talven tuloa ei voi estää. Eikä sitä, että yksi vuosi lähenee loppuaan. Kuinka moni meistä elää kalenterin 'armoilla' ja koittaa tässä vaiheessa vuotta tehdä joka saralla täydellisen joulusiivouksen; karistaa vuoden aikana kertyneet ja koetut vastoinkäymiset harteilta, muistaa vuoden aikana unohtuneita ystäviä, tehdä kaikki kertyneet rästityöt pois ja siivota jokainen vuoden aikana pölyttynyt nurkka, pohtia asioita, joita ei ehtinyt tänä vuonna tehdä ja kerätä niitä vuoden vaihdetta varten uusien lupauksen listalle? Virallisten kirjanpitojen osalta päivälleen tarkka tilinpäätös on oleellinen asia, mutta pitääkö meidänkin aina tehdä omat henkilökohtaiset tilinpäätöksemme kalenterivuoden mukaan? Miksi se oman kodin puhtaus, oma henkilökohtainen rauha, antamisen ilo, läheisten kanssa vietetty aika ja heidän ilahduttaminen, työ-kavereiden kanssa juhlitut juhlat, yms. ovat aina niin tärkeitä juuri tässä vaiheessa kalenterivuotta? Pitääkö meillä olla kansallisesti kalenteriin merkitty ajanjakso muistuttamassa meitä arjen harmauden yläpuolelle nousevasta elämän suolasta?

Toki kulunutta vuotta, tai muuten määritettyä ajanjaksoa, on kiva, ja hyväkin, katsella taaksepäin, muistella mitä kaikkea hyvää ja mielenkiintoista siellä tapahtui, ja myös niitä asioita, jotka koulivat elämässä vahvemmaksi. Opinko tai koinko jotain uutta, sainko päätökseen jotain tai kenties aloitin jotain, tapasinko uusia ihmisiä, tapasinko vanhoja ystäviä, annoinko anteeksi, kiitinkö, petyinkö, olinko läsnä, kun minua tarvittiin, oliko joku läsnä minua varten?

Sitä teemme osittain myös tämän Lunatumien osalta, palaamme kuluneen vuoden tapahtumiin. Kuulemme, millaisia kokemuksia Skandinaavinen käsikokous Kööpenhaminassa tarjosi, miten senioripäivä Turussa meni ja millaista oli tutustua tetra-potilaan kuntoutukseen Göteborgissa. Lisäksi seuraa jatkoa juttusarjassa käden arviointiin liittyen.

Eikä sen uuden vuoden tuloakaan voi estää, jolloin se kannattaa ottaa avoimesti vastaan. Ensi vuoden osalta muistutan kaikkia 19.-20.4.13 järjestettävästä Suomen Käsiterapiayhdistyksen 20-vuotis juhlasymposiumista. Tarkka ohjelma on vielä työn alla, mutta pyrimme koostamaan kahdelle päivälle koko jäsenistöämme kiinnostavan kokonaisuuden. Ilmoitamme tarkennuksista ohjelman sekä paikan suhteen alkuvuodesta 2013 sähköpostitse sekä kotisivuillamme.

Antoisaa joulunalusaa toivottaen,

Saara



Senioripäivät Turussa

5.10.2012

VUOKKO KUISMIN, *toimintaterapeutti, HUS, Porvoon sairaala*



Tihkusateen kastellessa Turun kaupunkia, reipas joukko terapeutteja osallistui senioripäiville Sairaala Neossa. Emäntänä toimi päivän ajan Tiina Rantanen.

Tutustuimme aluksi sairaala Neon syntyyn, tiloihin ja yhteistyökumppaneihin.

Päivän aiheena oli koukistajäjännevamman uudet tuulet, joihin meidät johdatti käsikirurgi Teemu Karjalainen Jyväskylästä (kuvassa). Hänen mukaansa



koukistajäjanteen kuntoutuksen jälkipuoliskolla usein ongelmana on janteen liukuminen. Teemu Karjalaisen mukaan koukistajäjännevamman kuntoutuksessa tulisi enemmän kiinnittää huomioita ranteen asentoon niin lastassa kuin liikeharjoituksia tehtäessä, ranteen tulisi olla neutraali asennossa tai jopa dorsifleksiossa. Käsikirurgin operaatiossa käyttämä tekniikka ja ompeleet vaikuttavat olennaisesti valittavaan kuntoutuslinjaan. Teemu Karjalainen kävi läpi myös eri ompeleiden vetolujuuksia, joka antoi taas lisää näkökulmaa kun-

toutukseenkin. Teemu Karjalainen esitteli uusia ideoita koukistajäjännevamman kuntoutukseen. Hän on kehittämässä yhteistyökumppanin kanssa hanskaa, jonka avulla estetään normaalin nyrkistykseen tekeminen, mutta sallitaan koukkunyrkistys jännevamman kuntoutuksen aikana. Nähtäväksi jää, millainen hanska muotoutuu ja millaisia käytännön kokemuksia siitä saadaan.

Luennon jatkeeksi kokoontui paneeli, johon osallistui



fysio- ja toimintaterapeutteja keskustelemassa oman työpaikkansa koukistajäjanteen kuntoutuslinjoista. Panelisteina olivat Teemu Karjalaisen lisäksi tt Sanna Rautakorpi Lastenklinalta Helsingistä, ft Pirjo Peurala Töölön sairaalasta Helsingistä sekä TYKS:stä tt Mimmi Evijärvi ja tt Katariina Kallanranta. Loppuyhteenvedon paneelissa todettiin, että Suomessa on paikallisesti tehty joitain muutoksia koukistajäjännevamman kuntoutuslinjaan, mutta muutoin mennään pitkälti vanhan kaavan mukaan.



24th Scandinavian Hand Society Meeting



VIRPI NATT, *fysioterapeutti, Diacor*

TERVEISET KÖÖPENHAMINASTA!

24th Scandinavian Hand Society Meeting järjestettiin Kööpenhaminassa 30.8-1.9.2012.

Osallistujia oli yhteensä 296, terapeutteja lähinnä Pohjoismaista ja lääkäreitä ympäri maailman.

Kongressin pitopaikkana oli lähellä keskustaa ja kaupungin sairaalan kyljessä sijaitseva Panum Insitutet.



Kongressin luentojen aiheina olivat sormimurtumat, distaalisen radiuksen murtumat, hermovammat, kuntoutus, reumakirurgia ja kipuongelmat.

Perinteikään Mobergin luennon piti professori Pak Cheong Ho, Hong Kongista.

Luennon aiheena oli "Arthroscopic Surgery of the Wrist and Hands: How far we can go." Professori esitti mielenkiintoisen luennon kehittämistään skopiamentelmistä, joissa jopa pienen DIP-nivelen operaatio skopian menetelmin on mahdollista.

Mielenkiintoisimmiksi aiheiksi terapeuteille nousivat mielestäni norjalaisen fysioterapeutti Turid Aasheim luento "CRPS: a challenge to the patient, a challenge to the therapist" Luennossa Turid esitteli esimerkiksi erilaisia kriteeristöjä koskien kipuoireyhtymän diagnosoimisessa sekä esitteli GMI:n käytöstä potilailla. Hallitus on myös kutsunut Turidin huhtikuussa-2013 yhdistyksen 20-vuotis koulutuspäiville. Hän on iloksemme alustavasti lupautunut tulemaan Helsinkiin kertomaan vielä syvemmin kipuongelman kuntoutuksesta. Mitä tarkoittavat esimerkiksi kirjainlyhenteet NTT, FUL, BL ja NPBP?

Lisäksi fysioterapeutti Tracy Fairplayn luento aiheista "Rehabilitation after distal radius fractures and surgery" ja "Neuroproprioceptive Wrist rehabilitation after TFCC reconstruction." oli mielenkiintoinen. Luento, etenkin proprioseptiikan harjoittamisesta, antoi uusia työkaluja omaan työhön.

Ensimmäisenä iltana kokoonnuimme Pohjoismaiden käsiterapiayhdistysten hallitusten jäsenten kanssa keskustelemaan eurooppalaisesta HandTherapist-sertifioinnista.

http://www.eurohandtherapy.org/files/EFSHT__Hand_Therapy_Certification_overview12012%20Final.pdf

Olin yllätyksekseni ainoa kongressiin osallistuva suomalainen terapeutti, mutta onneksi tutut pohjoismaiset kollegat ja suomalaiset kirurgit viihdyttivät matkaa mielenkiintoisin keskusteluihin, etenkin iltatilaisuudessa Brygg Husetissa, missä jokainen nautti perinteikkäistä tanskalaisista oluista ja ruoasta.

Seuraava Pohjoismaainen kongressi pidetään Norjan Bergenissä.



Käden luotettava arviointi osa 3

SOILE KAUPPILA-PEKKALA, *toimintaterapeutti*

HANNA VIITASALO, *toimintaterapeutti*



TUNNON MÄÄRITTELYÄ

Tunto on kädessä kykyä tuntea ja tunnistaa – ”nähdä” ilman silmiä. Tunto määritellään mm. seuraavasti; suojatunto on paineen, kosketuksen ja lämpötilan aistimista ja toiminnallinen tunto tarkoittaa tunnon tason palautumista niin, että adl-toiminnoista selviytyy näkemättä käsiteltävää esinettä. Tuntopuutos etenkin kämmenen ja sormien alueella vaikeuttaa huomattavasti henkilön kykyä toimia arkipäivässä. Tuntohermon palautuminen hermokorjauksen jälkeen on enimmillään 1 mm päivässä. Tämä artikkeli rajautuu käsittelemään periferisen hermovamman tai –puristuksen aiheuttamaa tuntopuutosta. Vakiintuneiden käännosten puuttuessa on suluissa on joskus käytetty myös englanninkielistä termiä. Pääasiallisena lähteenä on käytetty American Society of Hand Therapists’n Clinical Assessment Recommendations vuodelta 1992.

MILLOIN JA MITEN ARVIOIDAAN?

Tuntoa arvioidaan diagnosoitaessa hermovammaa tai –puristusta tai seurattaessa hermon paranemista. Tunnon testaus on tärkeä myös määrittäessä tuntohäiriöstä aiheutuvaa toiminnallista haittaa.

Tunnon arviointiin ei ole yhtä oikeaa tai hyväksyttyä testiä. Saatavilla olevat tunnonarviointitestit antavat erilaista tietoa periferisen hermoston nopeasti ja hitaasti adaptoituvista reseptoreista. Provokatiiviset testit (esim. Phalenin testi) tai tunnon määrää arvioivat testit (ihotunto, vibraatiotunto) ovat herkempiä arviotaessa hermopinnepotilaita, kun taas erottelevan tunnon testit antavat toiminnallista tietoa hermovammoista (esim. Mobergin testi, STI-testi).

Arvioitaessa pyritään ensin saamaan selville kykeneekö potilas havaitsemaan ärsyksen (detection). Jos potilas tuntee ärsyksen, selvitetään miten tarkasti hän aistii sen. Seuraavaksi arvioidaan minkälaisia eroja potilas kykenee tekemään tunnon varassa (discrimination, quantification). Mikäli tämä onnistuu esim. karkea-pehmeä erottelu, selvitetään, tunnistaako (recognition) potilas näkemättä esineitä tai materiaaleja. (taulukko 1)

Tutkimustilan tulisi olla mahdollisimman häiriötön, koska tutkimustilanne vaatii tutkittavalta erityisen suurta keskittymistä ja yhteistyökykyä. Tutkimustilan ja potilaan käden tulee olla lämmin. Näköyhteys suljetaan näköesteellä (esim. telineeseen kiinnitetty suojaverho). Käsi tuetaan arviointia varten tukevasti ja miellyttävästi esim. terapiavahan tai pienen jyväpussin avulla. Ennen varsinaisia testejä tuntohäiriöalue rajataan esim. liikuttamalla tylppää esinettä kevyesti iholla tuntevalta alueelta tuntohäiriöalueelle. Rajauksen voi tehdä myös tutkittava itse piirtäen.

Tunnon arviointi luotettavasti ja objektiivisesti on terapeutille haasteellinen tehtävä. Tunnon arviointiin liittyvät lomakkeet löytyvät Suomen Käsiterapiayhdistyksen www-sivuilta kohdasta lomakkeet/tunnon arviointi (www.kasiterapiayhdistys.net).

HAASTATTELU

Tunnon arviointi tulisi aloittaa potilaan sairaus- ja vammahistorian kartoittamisella sairauskertomuksesta ja haastatellen. Iän, työn ja käsidominanssin selvittäminen auttavat työssä ja vapaa-ajan toiminnoissa vaadittavan tunnon määrittelyssä. Haastattelussa kysytään myös potilaan omaa käsitystä tilanteestaan, onko hänellä ongelmia adl-toiminnoissa, onko kipua, arkuutta kosketukselle tai kylmälle, ja onko tunto paranemassa, heikkenemässä vai pysynyt ennallaan. Haastatteluun voi myös liittää artikkelisarjan 1-osassa mainittuja haastattelumenetelmiä.

HAVAINNOINTI

Käsi tutkitaan sympaattisen toimintahäiriön osalta, onkoverenkierrossa (vasomotoriikka), hikoilussa (sudomotoriikka) tai kudosten rakenteessa (troofiset muutokset) häiriöitä. Vasomotorista toimintaa ovat ihon lämpötila, väri, turvotus ja kylmänarkuus. Ihon lämpötilaa verrataan vastakkaiseen käteen. Hikoilun puute korreloi hyvin erottelevan tunnon puutoksen kanssa. Myös ”kanalihalle menon” (pilomotoriikka) puuttuminen liittyy sympaattisen hermotuksen häiriöön. Ihon muutoksia arvioidaan visuaalisesti ja palpoimalla; ihon pinta muuttuu hermovamman tai –pinteen johdosta

Taulukko 1. Ihotunnon testaaminen (viitteelliset ohjeet)

(Burke ym. Hand and Upper Extremity Rehabilitation: a practical guide. 3. painos: Elsevier 2006, suomennos Hanna Viitasalo ja Leena Vähämäki).

Kosketus-/paine-tunnon määrä (monofilamentein)	Toiminnallinen taso	Kahden pisteen erotuskyky (2-PD)	Väriäntunto	Muut testit
Normaali kosketus (2,36-2,83)	Normaali	Liikkuva 2-PD 2-3 mm (hyvä)* Staattinen 2-PD 2-5mm (hyvä)*	Tietokone-pohjainen vibraatiotesti**	-
Alentunut kevyt kosketus (3,22-3,66)	Käden käyttö hyvä; lähes normaali grafestesia ja taktilinen erottelu ***	Liikkuva 2-PD 4-6 mm (kohtalainen) Staattinen 2-PD 7-10 mm (kohtalainen)	-	Mobergin poimintatesti (Dellonin muunnelma)
Alentunut suojatunto (3,84-4,31)	Käden käyttö kohtuullista; joidenkin esineiden käsittely vaikeaa, pudottelua, heikkouden ilmaisu mahdollista	Staattinen 2-PD 11-15 mm (huono)	256 Hz äänirauta****	-
Puuttuva suojatunto (4,56-6,56)	Huomattavasti alentunut tai puuttuva stereognosia *****; vaste kuumaan tai terävään ärsykkeeseen hidastunut	-	-	epänormaali lämpö- ja kiputunto; vammojen ennalta ehkäisy tärkeää
(Puuttuva suojatunto) Painetunto (6,65)	Puuttuva stereognosia ja huono vaste kuumaan tai terävään, mutta painetuntoa jäljellä	-	30 Hz äänirauta****	Minimaalinen/ puuttuva lämpö- ja kiputunto; vammojen ennalta ehkäisy tärkeää
Ei vastetta (6,65)	Ei toiminnallista tuntoa	-	-	Saattaa tuntea asennon ja liikkeen sekä terävän piston

* vaihtelee instrumentin ja käytetyn voiman mukaan

** ei yleensä käytetä

*** pinnan muotojen ja rakenteen erottelu

**** karkea menetelmä, tulos vaihtelee käytetyn voiman mukaan

***** esineiden tai pintojen tunnistaminen ilman näköäistia

ohueksi, pehmeäksi, joustamattomaksi ja kiiltäväksi. Atrofiat, virheasennot ja arpimuodostumat/kiristykset kirjataan, samoin kynsien ja karvankasvussa tapahtuneet muutokset. Tunnon yliherkkyys paikannetaan ja arvioidaan sen voimakkuus ja häiritseekö/estääkö se käden käyttöä.

TUNNON MÄÄRÄ/TASO

Kivun, kylmän ja kuuman aistiminen sekä tylpän ja terävän erottelu kertovat suojatunnosta tai sen puuttumisesta. Ensin palautuu yleensä kiputunto, sitten kylmän ja kuuman erottelukyky, ja tämän jälkeen terävän ja tylpän kosketuksen erottaminen toisistaan. Karkeassa arvioissa kevyen kosketuksen tuntoa voidaan arvioida pumpulin, kynän kumipään tai sormenpään avulla.

Lämpötilan erottelukykyä testataan kuumalla (43 astetta) ja kylmällä (7 astetta) vedellä täytetyillä muoviputkilla, muovimukeilla, tai metallisylintereillä. Testiolosuhteiden kontrollointi testissä ja eri testikertojen



kuva 1. Lämpötilan erottelukyvyn testaus

välillä on vaikeaa ja vaikuttaa luotettavuuteen. Terve käsi tunnistaa viiden asteen eron, joten tämän testin perusteella voidaan puhua vain karkeasta lämpötilan erottelukyvystä. Mikäli potilaalla on kylmänarkuutta, voi testausta tarkentaa myös testaamalla neutraalin haalean lämmön. (Kuva 1)

Terävä-tylppäerottelukykyä testataan koskettamalla potilaan kättä esim. lyijykynän terävällä ja tylpällä päällä epämääräisessä järjestyksessä. Testi olisi hyvä aloittaa terveestä kädestä, jotta tiedetään normaaliin tuntemukseen tarvittavan painalluksen voima.

Vibraation, värähtelyn tunnistamiseen käytetään äänirautaa ja vibraatiota eri taajuuksilla tuotavia laitteita. Äänirauta painetaan vuorotellen vammakäden ja terveen käden sormenpäähän ja verrataan, onko tuntemuksessa eroa. Vibraatiotunnon mittaaminen korostuu hermopinteiden diagnostiikassa sekä arvioitaessa hermon toipumista neurolyysin jälkeen.

Tunnon määrän/tason (treshold test) määrittelee pienin mahdollinen stimulus, jonka potilas havaitsee. Tätä tunnon määrää voidaan mitata Semmes-Weinstein –monofilamenttitutkimuksella. Semmes-Weinstein Monofilament Test (SWMT) on standardoitu kalibroitu testi, jossa monofilamentin aiheuttama paine on 0,0045–447 g. Logaritmisesti merkittynä 1,65–6,65, kevyestä kosketuksesta puuttuvaan suojatuntoon. Monofilamentteja on 20, tosin yleisimmin käytetty on viiden filamentin pakkaus, jossa filamentit ovat riittävän erivahvuisia näyttääkseen eron tuloksissa. Filamenteille on määritelty värit, joita voidaan käyttää tuntokarttaa piirrettäessä.

(Filamentti 2.83/normaali kevyt kosketus/ vihreä; filamentti 3.61/alentunut kevyen kosketuksen tunto/sininen; filamentti 4.31/alentunut suojatunto/violetti; filamentti 4.56/puuttuva suojatunto/punainen; filamentti 6.65/puuttuva suojatunto/punainen tai ei testattavissa/raidoitettu punainen).

Potilaan käsi tuetaan, jotta potilas aistii filamentin kosketuksen eikä sormen liikahtusta. Testi aloitetaan terveestä kädestä, jotta potilas tietää mitä on odotettavissa. Filamenttia painetaan kohtisuorana ihoa vasten, kunnes se taipuu noin 1-1,5 sekunnin ajan. Testaus aloitetaan 2.83-filamentilla, ja jos tiedetään tunnon olevan erityisen heikko, voidaan aloittaa vahvemmalla filamentilla. Hyväksyttävän tuloksen raja on kaksi tunnistettua kosketusta kolmesta. 4.08-monofilamenttia vahvemmissa yksi kosketus on riittävä. Ohuimmalla 2.83-filamentilla tulisi toistoja olla viisi. Testitulokset merkitään tuntokarttaan em. väreillä. (kuva 2)



kuva 2. Semmes-Weinstein monofilamentti testi

Tinel'n testiä käytetään yleisesti tuntohermon palautumisen arviointiin. Testissä tehdään neljästä kuuteen taputusta hermon kulkuradalla distaalisuunnasta proksimaalisuuntaan. Tinel on positiivinen, jos hermon paranemisalueelle kohdistettu kevyt koputus aiheuttaa kihelmöivän (tingling) tunteen. Testi osoittaa kohdan, johon hermon paraneminen on edennyt.

EROTTELEVAN TUNNON TARKKUUS

Toiminnalliset testit arvioivat tunnon käytettävyyttä ja tuntuu puutoksen vaikutusta toimintakykyyn. Moberg nimittää näkemättä tapahtuvaa esineiden hienomotorista käsittelyä taktiilignosiaksi. Em. esineen käsittely vaatii aktiivista prosessia ja esineen "skannausta" kädessä, ei pelkkää passiivista kosketuksen aistimista. Tähän vaikuttaa myös kädenhermovamman tai liitännäisvamman aiheuttamat motoriset rajoitukset.

Mobergin poimintatestin (pickup) Dellonin muunnelmä yhdistää motorisen ja sensorisen arvioinnin. Testissä poimitaan 12 kpl erimuotoisia ja kokoisia pieniä metallisia esineitä rasiaan ensin terveellä ja sitten vammakädellä nähden ja näkemättä. Sitten esineet tunnistetaan kahteen kertaan, tunnistamiseen käytettävä aika saa olla korkeintaan 30 sekuntia. Testissä mitataan aikaa ja vertaillaan tulosta tutkittavan terveeseen käteen, mitään normaaliarvoja testiin ei ole. Testissä on tärkeää havainnoida tarttumisen onnistumista ja mitä otteita käytetään. (kuva 3)



kuva 3. Mobergin-testi (pickup) Dellonin muunnelmä

Taktiilista tunnistamista testataan standardoidulla (The Shape/Texture Identification Test) STI-testillä. Testi on tarkoitettu medianus- ja ulnarishermovamman aiheuttamien tuntuu puutosten arviointiin. Tässä testissä potilas on itse aktiivinen tunnustelija. Testissä on kolme erilaista muotoa ja yhdestä kolmeen pistettä kolmella eri vaikeusasteella. Testiä on tutkittu viime vuosina erittäin laajasti ja todettu reliabeliksi ja validiksi arviointimenetelmäksi. (kuva 4)

Kosketuksen paikallistamisen arviointiin käytetään myös Semmes-Weinstein-monofilamentteja. Testaus tehdään ohuimmalla tunnistetulla monofilamentilla. Paikallistaminen merkitään pisteellä tai nuolella kosketuskohdasta paikallistumiskohtaan. Tätä testausta ei ole varsinaisesti standardoitu.



kuva 4. STI-testi

Kahden pisteen erotuskyky (2-Point Discrimination) staattisena (Weber), ja liikkuvana (Dellon) määrittelee pienimmän etäisyyden, jolla tutkittava pystyy erottamaan, kosketaanko kahdella vai yhdellä pisteellä, kahden pisteen välit ovat 2-25 mm. Testausvälineenä käytetään esim. Mackinnon-Dellonin Disk-criminator-kiekkoo. Testattaessa käsi tulee olla hyvin tuettuna ja näkö pois suljettuna.

Staattista kahden pisteen erotuskykyä arvioidessa piikit ovat pitkittäin sormen kärjellä. Sormenkärkeä kosketaan vaihtelevassa järjestyksessä yhdellä tai kahdella pisteellä. Painaminen tulee tehdä niin kevyesti, että painantakohta vaalenee vain vähän. Kahden pisteen erottelussa hyväksyttävä tulos on seitsemän oikein kymmenestä. Testaus aloitetaan viidestä mm:stä. Testi tehdään, kun tunnon palautuminen on edennyt sormenpäihin. (kuva 5)



kuva 5. Staattisen kahden pisteen erotuskyky

Liikkuvan kahden pisteen erotuskyvyn testauksessa piikit ovat poikittain ja niitä liu'utetaan sormenkärkeä pitkin. Testi aloitetaan 8 mm:stä. Potilaan tulee tunnistaa seitsemän kosketusta oikein kymmenestä ennen kuin piikkien väliä kavennetaan. Testi lopetetaan kahteen mm:iin, joka tarkoittaa normaalia liikkuvaa



kuva 6. Liikkuvan kahden pisteen erotuskyky

kahden pisteen erotuskykyä. Vertailuarvoina voidaan käyttää toisen terveen käden arvoja. Näiden testien reliabiliteetti ja validiteetti ovat heikkoja, koska painamiseen käytettävää voimaa on vaikea arvioida, eikä näitä testejä tulisi koskaan käyttää ainoina testeinä tunnonarvioinnissa. (kuva 6)

soile.kauppila-pekkala(a)pshp.fi



LENACO ky

käsiterapia

lenaco@co.inet.fi/09 4773670

Välineitä toiminnalliseen elämään.

- ortoosimateriaalit
- rannetuet
- Medima-lämmittimet
- terapiavälineet

Kaikki samasta osoitteesta
www.respecta.fi



Respecta

HELSINKI • JOENSUU • JYVÄSKYLÄ • KUOPIO
LAHTI • MIKKELI • OULU • TAMPERE
SEINÄJOKI • TURKU • VAASA • TUUSULA

www.respecta.fi



NORDIC TETRAHAND II

PIA NAHI, toimintaterapeutti



Toinen virallinen Nordic -tetra hand –tapaaminen oli Göteborgissa 4.-5.10.2012.

Tapaamisen järjesti Sahlgrenskan yliopistollinen sairaala. Paikalla oli pohjoismaisia käsikirurgeja sekä toiminta- ja fysioterapeutteja. Suomen tiimiin kuuluivat käsikirurgit Tove Palmgren-Soppela ja Eero Waris, toimintaterapeutti Pia Nahi ja fysioterapeutti Sari Nuuja. Tapaaminen alkoi yhteispohjoismaisella illanvietolla torstai-iltana meren rannalla sijaitsevassa Långedrag Vårdshus –kongressikeskuksessa, jossa osanottajat tutustuivat vapaamuotoisesti toisiinsa.

Toinen tapaamispäivä sujui kongressikeskuksen luentosalissa. Kukin maa esittäytyi virallisemmin ja kustakin maasta yksi käsikirurgi kertoi oman maansa tetrahand –leikkaushistoriasta ja toteutetuista leikkauksista (mm. potilaiden valikoituminen, leikkauksien lukumäärä, komplikaatiot). Ruotsissa tetraleikkaukset aloitettiin pohjoismaista ensimmäisenä ja leikkaustoimintaa on systemaattisesti kehitetty tähän päivään saakka. Norja on toiminut tiiviissä yhteistyössä Ruotsin kanssa pitkään. Tanskassa, Islannissa ja Suomessa leikkaustoiminta ei ole ollut yhtä systemaattista ja lukumäärältään mittavaa. Islannissa osa leikkauksista tehdään siten, että potilaat matkustavat Göteborgiin leikkaukseen ja jatkohoitoon. Omassa puheenvuorossaan Sahlgrenskan yliopistollisen sairaalan käsikirurgi Jan Friden kertoi, että Ruotsia pidetään Euroopassa hyvin vahvana selkäydinleikkausten asiantuntijana ja Sahlgrenskaalla on runsaasti yhteistyökumppaneita ympäri Eurooppaa. Jan Fridenin mielestä edistykellisen hoidon tärkeinä taustatekijöinä ovat tutkimustyö ja matala organisaatio.

LEIKKAUSTEKNIKKAA JA KUNTOUSTUSTA

Aamupäivän toisessa osiossa käsiteltiin leikkaustekniikoita; ojentajaleikkaus (triceps reconstruction), otetekonstrukto (grip and grasp reconstruction) ja spastisiteetin vähentämisleikkaus (spasticity-reducing) ja niihin liittyviä kuntoutusperiaatteita. (Leikkaustekniikoista on kerrottu tarkemmin Lunatum 3/2011 –julkaisussa.). Leikkauksen jälkeen potilaille tehdään osastolla lasta, ohjataan lastan käyttö, leikatun käden toiminnalliset rajoitteet ja sallitut liikeharjoitteet. Potilasta motivoidaan vahvasti kuntoutukseen vastamalla kysymyksiin: mitä ja miksi sekä kuinka ja miksi? Suomessa potilas viettää Töölön sairaalassa kaksi päivää ja kotiutuu sitten tavallisesti kotipaikkakunnalleen. Pohjoismaisittain tämä voi olla vaatimatonta verrattuna esim. Tanskaan, jossa potilas käy kotoa käsin viikot kuntoutuksessa 1-2 kk:n ajan. Suomi erosi muista pohjoismaista siinäkin, ettei leikkaustoiminta tapahdu selkäydinvammoihin erikoistuneessa paikassa.

Ojentajaleikkauksen jälkeen tehdään volaarinen staattinen kyynärnivelen ojentava kevyt lasta, jossa ranne on vapaana sekä ohjataan käden rajoitteet. Muotoiltaessa lastaa täytyy huomioida ranne, jottei maan vetovoima saa aikaan virheasentoa. Yläraajaa ei saa viedä vartalon yli tai liikuttaa aktiivisesti, eikä siihen pysty varaamaan, joten tämä aika on potilaalle varsin haastavaa. Potilas keskittyy aluksi etsimään lihasaktiiviteettia oikeaan paikkaan. Neljän viikon jälkeen potilas siirtyy käyttämään kyynärortoosia, jossa kyynärnivelen fleksiota pikkuhiljaa lisätään.

Oterekonstruktioleikkauksen jälkeisessä kuntoutuksessa on tärkeää hoitaa aktiivisesti turvotusta. Myös aktiiviset liikkeet ovat sallittuja uuden liikemallin omaksumisen, jänneliikkuvuuden ja lihaksien käytön vuoksi heti leikkauksen jälkeen. Lasta on aluksi volaarinen, joka mahdollistaa mm. kelaamisen. Kolmen viikon kuluttua leikkauksesta on mahdollista lisätä koordinaatiota ja lihasvoimaa, ja näiden aikaansaamiseksi valmistaa toiminnallisempia lastoja. Kolmen kuukauden kuluttua käteen on jo mahdollista varata, ranne kuitenkin ojennettuna.

Spastisiteetin vähennysleikkauksen jälkeen harjoitukset aloitetaan heti ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja pyritään laittamaan antagonistit töihin mm. aktiivisella nyrkin avaamis- ja sulkemisharjoitteella. Lastaa pidetään 3-4 viikon ajan ja se poistetaan harjoitteiden ajaksi. Potilasta harjoitetaan toimimaan käsi neutraaliasennossa.

RYHMÄSESSIOITA

Iltapäivällä käsikirurgit jakaantuivat omaan ryhmäänsä ja terapeutit omaansa. Terapeuttien puheenjohtajana toimi toimintaterapeutti Johanna Wangdell, joka työskentelee Sahlgrenskassa tällä hetkellä päätoimisena tutkijana. Muutoin hän vastaa pääsääntöisesti tetrakäsileikkattujen potilaiden välittömästä postoperatiivisesta kuntoutuksesta ja lastojen valmistuksesta.

Terapeuttien joukossa keskusteltiin preoperatiivisesta arvioinnista ja sovitun käytännön yhtenäistämisestä kaikissa pohjoismaissa. Ruotsissa on käytetty preoperatiivisessa- ja jatkoseurannassa COPMia (Canadian Occupational Performance Measure) ja tämä todettiin soveliaaksi menetelmäksi sekä kartoitettaessa potilaan omia tavoitteita ennen leikkausta että arvioitaessa niiden toteutumista seurantakäynneillä. Grasp Release Testiä on käytetty toiminnallisten otteiden arvioimiseksi, mutta ongelmana on testin saatavuus ja keskustelu jäi siksi tämän osalta hiukan avoimeksi. Preoperatiivisella käynnillä mitataan puristusvoimat (sormien, koko käden) ja mitataan liikeradat. Otteita ja ulottuvuutta sovittiin haastateltavaksi CUE –haastattelulomaketta (Capabilities of Upper Extremity Questionnaire) apuna käyttäen. Terapeutit perustivat sessiossaan myös google groupin, jonka tarkoituksena on toimia pohjoismaisena tiedonvälityskanavana tetrakäsileikkauksista. Osallisten kesken voidaan esittää kysymyksiä ja saada vastauksia tai antaa tai jakaa asiaa koskevaa tietoa.

Pohjoismainen tapaaminen oli varsin lämminhenkinen tilaisuus, jossa sekä käsikirurgit että terapeutit olivat sangen innostuneita työstään ja tästä potilasryhmästä. Terapeuteista monet olivat ammattitaitoisia ja nauttivat silminnähdessä suurta arvostusta tiimin keskuudessa.





Suloista Joulunaikaa
&
Onnea vuodelle 2013

toivottaa

Villa Manuksen kollegat

Rauhallista Joulua ja Hyvää Uutta Vuotta 2013!



HELSINKI • JOENSUU • JYVÄSKYLÄ • KUOPIO
LAHTI • MIKKELI • OULU • TAMPERE
SEINÄJOKI • TURKU • VAASA • TUUSULA

www.respecta.fi





Syksyn 2012 stipendit

Käsiterapiayhdistys on myöntänyt 4 kpl stipendejä:

- Toimintaterapeutti **Eeva Paakkaselle** on myönnetty stipendi Arcadan käsivammojen kuntoutus-erikoistumisopintoihin.
- Toimintaterapeutti **Jutta Stenbäckille** on myönnetty stipendi Arcadan käsivammojen kuntoutus-erikoistumisopintoihin.
- Toimintaterapeutti **Janett Haloselle** on myönnetty stipendi opintomatkaan Lindköpingin yliopistosairaalaan, jossa on tutustuttu toimintaterapiakäytäntöihin neurologian, käsikirurgian, plastiikkakirurgian sekä palovammojen osalta.
- Toimintaterapeutti **Marja-Leena Parviaiselle** on myönnetty stipendi opintomatkaan Lindköpingin yliopistosairaalaan, jossa on tutustuttu toimintaterapiakäytäntöihin neurologian, käsikirurgian, plastiikkakirurgian sekä palovammojen osalta.

Seuraavan kerran stipendejä voi hakea ensi keväänä.

Ilmoitus löytyy lehdestä sekä nettisivuiltamme.

Oikein lumista joulun odotusta kaikille yhdistyksen jäsenille.

*Tiina
rahastonhoitaja*



UUDET JÄSENET

Laura Saromaa, tt, Rovaniemi

Kati Virta, ft, Turku

Elvi Vilenius, tt, Helsinki

Eeva-Liisa Vikström-Kanniainen, ft, Oulu

Minna Jaakkola, tt, Savonlinna

Milla Järvinen, ft, Tampere



Suomen Käsiterapiayhdistys täyttää 20 vuotta!

Juhlasymposium 19.4 - 20.4. 2013!

Suomen Käsiterapiayhdistyksen 20-vuotisjuhlasymposium on ensi keväänä 19.-20.4.2013 Helsingissä.

Kaksipäiväisen juhlasymposiumin yhteydessä juhlistamme yhdistystä erillisessä iltajuhlassa.

Laita päivämäärä kalenteriisi! Ilmoittelemmme tarkemmin ohjelmasta tulevissa lehdis-
sämme ja kotisivuilla. Seuraa ilmoittelua!





*"Tähtiyön
ja lumen aikaa,
ilmassa
jo joulun taikaa.
Lahjat, puurot,
jouluukuusi,
odotus on aina uusi.
Juhlikaamme
ilon myötä!
Vieläkö
on monta yötä?"*

*Hallitus kiittää jäseniään
kuluneesta vuodesta ja toivottaa
rauhallista joulunaikaa!*



update

www.ifsht.org · info@ifsht.org



**9TH IFSHT TRIENNIAL CONGRESS
held in conjunction with
12TH IFSSH TRIENNIAL CONGRESS
NEW DELHI, INDIA | MARCH 4-8, 2013**

The theme of the 9th IFSHT Triennial Congress is *Knowledge Translation in Hand Therapy: Moving evidence into practice and practice into research*. Knowledge Translation (KT) is the science (Practice) of translating knowledge-to-action (KTA) [<http://kctclearinghouse.ca/>]. This essentially means the process (or action) of moving research knowledge (evidence) into clinical practice, or conversely, moving clinical knowledge into research practice. We have all encountered an amazing clinical pearl (a fantastic bit of research knowledge or evidence) when reading the literature or during a presentation at a meeting.



At the time we are full of good intentions and anticipate implementing the new found information in our clinical practice. However, upon return to the clinic the reality of many barriers to our change in behavior or clinical practice become apparent. Although evidence-based, in many cases this research knowledge does not get translated into actual clinical use. Alternately, we have all encountered

research evidence that just does not in our minds fit with the realities of clinical practice. This experience often leaves us with a feeling that the information was interesting or good research, but we wish a different aspect of the clinical question had been addressed. In an effort to help us move evidence into hand therapy practice and practice into hand therapy research all sessions at the Triennial Congress in India will be structured around a specific clinical question with a “*Knowledge Translation*” focus.

Invited Congress faculty include international researchers and clinicians who will address a specific question. Each session will end with an interactive panel discussion where faculty and congress participants will be challenged to think about how they can integrate the information presented into meaningful or realistic changes in their own clinical or research practices.

Some of the session topics to be addressed in New Delhi are:

- **Distal Radius Fractures:** Are we treating them too much or too little?
- **Tendon Management:** Are we being too cautious?
- **Hand Therapy Research:** Can clinicians and researchers work together?
- **Complex Regional Pain:** Can we make it simple?
- **Hand and Brain Interactions:** When should we intervene?

To register for the congress and for further details of all session topics and faculty go to <http://www.ifssh-ifsht2013.com/>
We hope to see you soon in India!!!



THE MISSION OF OUR CONGRESS

IFSHT’s mission is to provide global networking and educational opportunities to develop and enhance the practice of hand therapy which we accomplish primarily through our IFSHT Triennial Congress. Every third year at our congress hundreds of hand therapists from all over the world meet face-to-face to share knowledge and experiences with their international colleagues.



Sites of IFSHT Triennial Congresses

Here is what previous attendees said about our last Triennial Congress in Orlando:

- “I had never done a poster presentation, so it was a great thing to do it at the 8th Triennial congress of IFSHT at Orlando. It did give me more ideas on how to be expressive without speaking.” Pragyan Singh from India
- “The intensity of the presentations and the thirst for knowledge I experienced in Orlando was far greater than at any other conference I have previously attended. My commitment to my profession has been strengthened and I am determined to work harder to further it.” Hamish Anderson from Australia
- “I have discovered some new simple and effective tools to aid my clinical practice.” Nikki Burr from United Kingdom

CALENDAR OF EVENTS

Note: Listing of upcoming courses sponsored by member countries does not indicate IFSHT endorsement.

DATE	EVENT	LOCATION	CONTACT
Dec 21, 2012	Gemmsor Autumn Meeting	Paris, France	http://www.gemmsor.com
Mar 4-8, 2013	9th Triennial IFSHT Congress	New Delhi, India	www.IFSSH-IFSHT2013.com
Apr 11-12, 2013	SFH Annual meeting	Stockholm, Sweden	www.sfh.nu

9TH TRIENNIAL IFSHT CONGRESS • NEW DELHI, INDIA • MARCH 4-8, 2013 • WWW.IFSSH-IFSHT2013.COM