

Mari-Elina Pihl

MINI-INTERVENTIO OSANA KIPUASIAKKAAN
KUNTOUTUSPOLKUA
- SATAKUNNAN TULE-MIELI -HOITO- JA
KUNTOUTUSMALLI

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2018

MINI-INTERVENTIO OSANA KIPUASIAKKAAN KUNTOUTUSPOLKUA –Satakunnan TULE-MIELI -hoito- ja kuntoutusmalli

Pihl, Mari-Elina
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen YAMK:n koulutusohjelma
Tammikuu 2019
Ohjaaja: Kärki, Anne
Sivumäärä: 52
Liitteitä: 4

Asiasanat: Tuki- ja liikuntaelinongelmat, kipu, mini-interventio

Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -kokeiluhankkeessa on luotu tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsiville asiakkaille TULE-MIELI -hoito- ja kuntoutusmalli. Mallissa suoravastaanottofysioterapiasta asiakas ohjataan mini-interventioon, jos asiakkaalla kipu aiheuttaa unettomuutta, ahdistuneisuutta tai vaikeutta jaksaa tehdä muun muassa töitä. Opinnäytetyössä selvitettiin mini-interventio toimenpidemallin kehittämiseen ja levittämiseen liittyviä asioita, kuten 1) miten ohjautuminen mini-interventioon tapahtui (mistä ohjautuivat, miten ajat varattiin ja interventiokertojen sisällöt kirjattiin), 2) miten mini-interventiot toteutuivat (ryhmä- vai yksilöohjauksena, mitä menetelmiä käytettiin) sekä 3) millaisia kokemuksia mini-interventiosta työntekijöillä oli.

Opinnäytetyöhön kerättiin tietoa opinnäytetyön kirjoittajan hankepäiväkirjasta, hanketyöntekijöiden suullisista tiedonannoista sekä mini-interventioammattilaisten kokemuksista (keskustelut ja verkostotapaamiset). Tutkimusmenetelmänä oli kehittävä työntutkimus. Hankkeen toimenpiteen tavoitteena oli saada perusterveydenhuoltoon uusia työvälineitä, sääntöjä, joilla vastattiin asiakkaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Prosessissa, jossa luotiin ja otettiin käyttöön uusi toimintamalli ja -logiikka, oli ekspansivista oppimista. Oppiminen vaati myös sen, että organisaatiot oppivat yhdessä ylittämään rajat, mini-interventiossa pyrittiin lisäämään sosiaali- ja terveystieteiden välistä yhteistyötä eli rajojen ylittämistä.

Mini-intervention pilotointiaika oli 21.5.-16.9.2018. Pilotin lyhyiden ja ajankohdan vuoksi mini-interventioon ohjautui vain 18 asiakasta, jolloin mallin vaikuttavuudesta oli vaikeaa tehdä arviointia. Ohjautuminen tapahtui suoravastaanottofysioterapian ja perinteisen fysioterapian kautta. Linton -kipuseulan kautta nousi 80 asiakkaalla pisteet yli 50. Ajat varattiin suoralla yhteydenotolla mini-interventioammattilaiseen ja sisällöt kirjattiin muun muassa fysioterapian, terveydenhoitajan tai psykiatrisen sairaanhoitajan lehdelle. Mini-intervention käynnit toteutettiin yksilökäynteinä ja käyntimäärä koettiin hyväksi. Koulutuksen tuoma tieto koettiin riittäväksi.

Malli koetaan merkittäväksi muutokseksi, koska nyt fysioterapeuteilla on palvelu, johon kipuasiakkaita voi tarvittaessa ohjata. Samalla malli mahdollistaa vaikuttavamman yhteistyön lisäämisen.

Mini-interventiomallin vaikutuksista voidaan saada tuloksia vasta vuosien kuluttua, mutta pilotista saadut asiakaskokemukset viittaavat siihen, että mallilla on mahdollisuus vaikuttaa asiakkaan toiminta- ja työkyvyn kohenemiseen sekä sairauspoissaolojen ja niistä johtuvien kustannusten vähenemiseen.

MINI-INTERVENTION AS A PART OF REHABILITATION PROGRAM FOR PATIENTS WITH PAIN -Satakunta's TULE-MIELI treatment and rehabilitation model

Pihl, Mari-Elina

Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Rehabilitation

January 2019

Supervisor: Kärki, Anne

Number of pages: 52

Appendices: 4

Keywords: musculoskeletal disorders, pain, early intervention

TULE-MIELI is a treatment and rehabilitation model that has been created for people with musculoskeletal disorders in a trial project called 'Pathways to treatment and rehabilitation in Satakunta'. In this model, a client is guided to a mini-intervention from physiotherapist's direct access if their pain is associated with insomnia, anxiety or difficulties with being able to work. The purpose of this thesis is to examine questions related to improving and spreading the procedure model of the mini-intervention such as 1) How were the patients guided to the mini-intervention (where were they guided from, how were the appointment made and how was the content documented)?, 2) How were the mini-interventions executed (group or individual guidance, what were the methods)?, and 3) How did the employees experience the mini-intervention?

The data for this thesis was collected from the project diary of the author of this thesis, oral statements given by the project employees and experiences of mini-intervention professionals (conversation and network meetings). The research method was instructional work analysis. The goal of this project's procedure was to give new tools for the basic health care on how to respond to the client's needs comprehensively. During the process of creating and putting a new procedure and logic model into practice, expansive learning was noticed. However, it also required that organizations learned how to cross boundaries together which meant increasing co-operation between different professionals in social and health care.

The piloting period of this mini-intervention was from 21st of May to 16th of September 2018. Because of the short piloting time, only 18 clients were guided to mini-intervention so it is difficult to evaluate the model's effectiveness. Guidance to mini-intervention was carried out through a physiotherapist's traditional and direct access. Eighty patients scored over 50 in the Orebro musculoskeletal pain questionnaire. The appointments were made through direct contact to a mini-intervention professional and the content was documented through a physiotherapist, public health nurse and psychiatric nurse's data files. The mini-intervention appointments were executed as individual sessions and the number of the appointments were found to be adequate. Learning acquired by the instruction was considered sufficient.

The model is noted as a remarkable change because now physiotherapists have a service, where they can guide patients with pain. Moreover the model enables more efficient co-operation between professionals.

The extent of the effectiveness of the mini-intervention model will be seen years to come but the client experiences of the pilot program suggest that the model has positive effects on the patient's daily life and ability to work. This also reduces the costs associated with sick leave.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖTILANNE.....	8
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	10
3.1	Tuki- ja liikuntaelinongelmat ja niiden hoito.....	10
3.1.1	Kipu	10
3.1.2	Unettomuus	12
3.1.3	Masentuneisuus ja ahdistuneisuus	13
3.1.4	Kivun, unen ja masennuksen vaikutus työkykyyn	14
3.1.5	Kuntoutumista estävät psykososiaaliset tekijät	17
3.2	Mini-interventiomalli	17
3.2.1	Mini-interventiotutkimuksia Suomessa.....	18
3.2.2	Satakunnan mini-interventiomalli ja sen perusteet.....	19
3.2.3	Satakunnan mini-interventiossa käytettävä kipukysely ja elämänlaatumittari	22
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE	23
5	KEHITTÄMISMENETELMÄN KUVAUS.....	25
6	KEHITTÄMISPROSESSIN AIKATAULUTUS	30
7	MINI-INTERVENTION KEHITTÄMISPROSESSI PERUSTERVEYDENHUOLLOISSA	32
7.1	Mini-interventiokoulutuksen sisältö ja toteutus.....	34
7.2	Yksilö- vai ryhmämuotoinen ohjauskäynti	36
7.3	Asiakkaan ohjautuminen mini-interventioon.....	37
7.4	Mini-intervention vaikuttavuuden seuranta	38
7.5	Moniammatillinen tiimi	39
8	TULOKSET	39
8.1	Ohjautuminen mini-interventioon.....	40
8.2	Mini-interventioammattilaisten kokemukset mini-interventiosta.....	41
9	POHDINTA.....	43
9.1	Mallin idean vieminen perusterveydenhuoltoon.....	43
9.2	Mini-interventioammattilaiset ja koulutus	45
9.3	Mini-intervention kohderyhmä	46
9.4	Mini-interventiossa käytettävät kipukysely ja elämänlaatumittari	48
9.5	Mini-interventiosta saatava hyöty Satakunnalle	50
	LÄHTEET.....	53
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Maakuntauudistuksessa tavoitteena on muuttaa sosiaali- ja terveystalvveluita ja muotoilla ne vastaamaan maakunnan tarpeita (Satasoten www-sivut 2017). Hallituksen kärkihankkeella, OTE (osatyökykyisille tie työelämään), tähdätään siihen, että osatyökykyiset pysyvät työelämässä sekä heidän on mahdollista työllistyä avoimille työmarkkinoille. Kun mahdollistetaan osatyökykyisen osallistuminen työelämään, lisätään heidän yhdenvertaisuutta ja työyhteisöjen monimuotoisuutta. Työllistymisellä ja työssä jatkamisella pystytään nostamaan työllisyysastetta ja laskemaan työkyvyttömyysmenoja. Hallituksen OTE -kärkihanke sisältää kahdeksan projektia. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2018.)

Yksi näistä projekteista on Polut hoitoon ja kuntoutukseen, jonka sisällä on alueellisia kokeiluja kuusi. Satakunnassa kokeiluna on Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen. Polut hoitoon ja kuntoutukseen projektin kokonaistavoitteena on luoda työkyvyn tuen toimintamalli hoitoon ja kuntoutukseen, joka on saumaton, asiakaslähtöinen, oikea-aikainen sekä tarkoituksenmukainen. Tässä mallissa otetaan huomioon sekä työssä olevat, työhön palaamassa olevat että töihin pyrkivät osatyökykyiset henkilöt. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2018.)

Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeessa kehitetään Satakunnan TULE-MIELI hoito- ja kuntoutusmallia yhteistyössä kuntien sekä kuntayhtymien kanssa. Satakunnan työkyvyn tuemallissa tavoitteena on, että tuki- ja liikuntaelinongelmista kärsivä asiakas saa tarvitsemansa palvelun nopeasti ja joustavasti. Kehitettävässä mallissa asiakas pääsee ilman lääkärinlähettä suoravastaanottofysioterapiaan ja tarvittaessa hänet jatko-ohjataan terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle, mini-interventioon. Mini-interventiossa asiakas omaksuu keinoja, joilla hän pystyy elämään täysipainoista elämää kivusta huolimatta.

Satakunnan TULE – MIELI hoito- ja kuntoutusmallin avulla pyritään tukemaan asiakkaan työkykyisyyttä. Työssä pysymisen mahdollisuudet paranevat sekä työhön palaaminen helpottuu ja nopeutuu. Asiakkaan elämänlaatu paranee ja osallisuus vahvistuu. Hanke kattaa koko Satakunnan alueen. Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayh-

tymä, Satakunnan TE-keskus, Kela ja Satakunnan yhteisökeskus ovat mukana hankkeessa. (Satakunta2019 www-sivut 2018.)

Toimenpiteen etenemisestä, levittämisestä, pilotoinnista sekä sen juurruttamisesta tehdään opinnäytetyö, jossa ohjaajana toimii Satakunnan ammattikorkeakoulun puolesta Anne Kärki. Hankkeen puolesta ohjaajana on Mari Sanila, Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen –hankkeen projektipäällikkö. Opinnäytetyön tekemisessä käytetään hyväksi hankkeen aikana tehtyä hankepäiväkirjaa, hankesalkkuraporttia sekä keskusteluja muiden projektisuunnittelijoiden sekä projektipäällikön kanssa. Lisäksi tärkeänä osana on työntekijöiden kokemus mini-interventiosta.

Opinnäytetyössäni selvitän mini-interventio toimenpidemallin kehittämiseen ja levittämiseen liittyviä asioita. Satakunnan alueelle luodaan yhtenäinen toimintamalli mini-interventiosta, missä on määritelty muun muassa kriteeristö ohjautumiseen, miten palvelun vaikuttavuutta mitataan, mini-intervention kesto sekä lähestymistapa kipuasiakkaan kohtaamisessa.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖTILANNE

Hankkeen kohderyhmänä ovat tuki- ja liikuntaelin -ongelmista kärsivät osatyökykyiset henkilöt. Tuki- ja liikuntaelin -ongelmat ovat yksi suurimpia ja merkityksellisimpiä yhteiskuntaan vaikuttavia tekijöitä, jos verrataan kaikkia sairausryhmiä. Tämä sairausryhmä tulee yhteiskunnalle kalliiksi, koska heidän hoidosta aiheutuu paljon sairaanhoitokuluja, poissaoloja työstä sekä työkyvyttömyyttä. Hyvällä ja oikea-aikaisella hoidolla sekä kuntoutuksella voidaan vähentää yhteiskunnan kuluja sekä parantaa ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. (Tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut 2018.)

Hankkeen aikana käydyissä keskusteluissa on selvinnyt, että tuki- ja liikuntaelin -ongelmista kärsivien asiakkaiden hoito- ja kuntoutusprosessi sisältää lääkärissä käynnin, jolloin hänelle määrätään lääkkeitä ja sairauslomaa. Koetaan, ettei perusterveydenhuollossa osata hyödyntää muiden ammattilaisten osaamista, kuten fysioterapeuttien tai kipuun erikoistuneiden terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoa. Kun asiakas on kivun kanssa elänyt jo pidemmän ajan, vasta sitten hänet ohjataan fysioterapiaan. Asiakas voi jonottaa palveluun usean kuukauden ajan, jolloin tilanne yleensä mutkistuu. Kipuasiakkaita ei ohjata tarvittaessa psykiatrisille sairaanhoitajille.

Tarkoituksenmukaisempaa olisi malli, jossa asiakas saa joustavasti ja nopeasti matkailan kynnyksen palvelua, tukea ja ohjausta. Jos asiakas ei saa tarvittavaa apua suoraan vastaanotosta, niin on tarpeellista luoda selkeä etenemismalli, jossa mietitään muun muassa jatkotoimeenpiteet, esimerkiksi ohjautuminen mini-interventioon. (Satasoten www-sivut, hankesuunnitelma 2017.)

Tuki- ja liikuntaelin -ongelmista kärsivillä asiakkailla on hyvin usein samanaikaisesti unettomuutta, masennus- sekä ahdistuneisuushäiriöitä. Palveluketjut ovat nykyään pirstaleiset ja asiakkaalla voi olla käyntejä sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä mahdollisesti myös työllisyyspalveluissa ja Kelassa. Nykyisessä palveluketjussa ei pystytä tunnistamaan uhkaavaa työkyvyttömyyttä mahdollisimman varhain ja asiakkaan palveluketjusta puuttuu koordinaatio, joka huolehtii kokonaistilanteen etenemisestä. (Satasoten www-sivut, hankesuunnitelma 2017.)

Jos tieto ongelmien yhtäaikaaisuudesta saavuttaisi terveydenhuollon ammattilaiset, pystytään mahdollisesti nykyistä varhemmin tunnistamaan työkyvyttömyyden uhka, ohjaamaan oikeanlaiseen hoitoon sekä antamaan apua oikea-aikaisesti. Asiakkaan kuntoutus olisi tarkoituksenmukaisempaa toteuttaa perusterveydenhuollossa. (Satasoten www-sivut, hankesuunnitelma 2017.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportissa on otettu kantaa työikäisten kuntoutusjärjestelmään. Sen mukaan jatkossakin työikäisten kuntoutuksen järjestää ja toteuttaa useat eri tahot ja kuntoutusta tulisi tarkastella monialaisena toimenpidekokonaisuutena, jossa eri ammattilaisten yhteistyö sekä monimuotoinen toiminta on tarpeellinen prosessi. Henkilön, jolla on työ- ja toimintakyvyn tuen palvelutarvetta, tulisi saada oikea-aikaisesti ja tarkoituksenmukaisesti hoidon ja kuntoutuksen palveluita. Hänen tulisi pystyä mahdollisimman nopeasti palaamaan työhön, jatkamaan työssä tai hänellä tulisi olla tarpeeksi työkykyä työllistyäkseen. Työikäisten kuntoutumisprosessissa tärkeää on se, että hoidon ja kuntoutuksen tarve pystytään tunnistamaan tarpeeksi varhaisessa vaiheessa ja hänet ohjataan hänelle tarpeellisten palvelujen piiriin. Prosessissa tulisi olla määrätty vastuutaho, joka seuraa asetettujen tavoitteiden toteutumista. (Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportti 9.11.2017, 49-50.)

Raportissa ehdotetaan, että terveydenhuoltolakiin tulisi lisätä pykälä, jossa säädetään työ- ja toimintakyvyn tukemisesta ja edistämisestä työikäisille, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin. Näitä ovat esimerkiksi yrittäjät, itsensä työllistäjät, työnhakijaksi ilmoittautuneet työttömät, palveluiden ulkopuolella olevat nuoret ja aikuiset sekä työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Lain pitäisi sisältää palvelutarpeen tunnistamisen, työ- ja toimintakyvyn sekä palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin. Asiakkaalle tehdään tarvittaessa asiakassuunnitelma, joka voi sisältää tarvittaessa myös kuntoutussuunnitelman. Lain pitäisi sisältää myös työkyvyn varhaisen tukemisen, ohjaamisen hoitoon, palveluihin ja kuntoutukseen sekä varmistaa yhteistyö eri palvelusektoreiden välillä. Asiakkaalle tulisi määritellä koordinoiva vastuuhenkilö, joka ottaa kopin asiakkaan hoito- ja kuntoutumisprosessista. Raportissa on nostettu esille se, että työikäisen henkilön kohdalla on tunnistettava ja arvioitava sosiaalisen kuntoutuksen tarpeet ja tarvittaessa hänet on ohjattava sosiaalihuollon palveluihin. (Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportti 9.11.2017, 53-55.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Tuki- ja liikuntaelinongelmat ja niiden hoito

Suomessa yli miljoonalla ihmisellä on jokin pitkäaikainen tuki- ja liikuntaelinten sairaus, joka rajoittaa toimintakykyä. Tyypillisiä ongelmia ovat lanneselkäsairaudet, niskahartiaoireyhtymä ja nivelrikko. Työuran loppuvaiheessa yleisiä tuki- ja liikuntaelinoireita ovat polven ja lonkan nivelrikko, osteoporoosi sekä näiden seurauksena kehittyneet toimintakyvyn vajaukset. (Tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut 2018.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat suomalaisille yleisimmin työkyvyttömyyttä. Tutkittaessa tuki- ja liikuntaelinoireita, pitää huomioida, että kipu ja toimintakykyrajoitteet koetaan aina yksilöllisesti. Huolellinen kliininen tutkimus moniammatillisesti antaa kokonaisvaltaisen kuvan tuki- ja liikuntaelinoireista, jolloin pystytään kohdistamaan hoitotoimenpiteet riittävän monipuolisesti ja oikein. Erityisen tärkeää on, että ihminen itse ymmärtää tilanteensa. (Lindgren 2005, 5-6.)

Tuki- ja liikuntaelinten ongelmat ovat lisääntymässä, koska väestö ikääntyy ja ihmisten elintavat lisäävät riskiä sairastua. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yhteydessä muihin sairauksiin. Kipu voi aiheuttaa unettomuutta, ahdistuneisuutta sekä masennusoireita. Kun tuki- ja liikuntaelinsairauksia hoidetaan, on hyvin tärkeää huomioida ihmisen henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi. (Tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut 2018.)

3.1.1 Kipu

Tuki- ja liikuntaelimestä johtuva kipu voidaan jakaa akuuttiin ja krooniseen. Suurin osa kivuista on ohimeneviä. Jos kipu on voimakasta ja/tai pitkäaikaista, silloin tarvitaan lääkärin tai muun tuki- ja liikuntaelinammattilaisen apua. Jos toimintakyvyn ongelmiin ja kipuun puututaan tarpeeksi ajoissa, voidaan estää kivun kroonistuminen. (Tule-tietopankin www-sivut 2018.)

Akuutti kipu on elossa säilymisen ehto, se varoittaa uhkaavasta kudosaivuriosta. Kivun pitkittyessä siihen liittyy useita seurannaisongelmia ja asiakkaan elämänlaatu huononee. Kun tuki- ja liikuntaelimestön kipujen kroonistumisen riskitekijöitä on tutkittu, on nähty psykososiaalisilla tekijöillä olevan suurempi merkitys kipuongelman jatkumisessa kuin fysiologisilla tekijöillä. (Kalso, Haanpää, Hamunen, Kontinen & Vainio 2018, 108, 113.)

Akuutti kipu pyrkii varoittamaan meitä. Kipu suojelee ja opettaa meitä rajoistamme. Akuutin kivun jäädessä hoitamatta, voivat keskushermoston kipuradat herkistyä kivulle ja myötävaikuttaa siihen, että kipu jää päälle aivoihin. Kroonistunut, keskushermoston herkistämä kipu ei lähes koskaan ole merkki vaarasta samalla tavalla kuin akuutti kipu on. Krooniseen kipuun tulisi suhtautua eri tavalla kuin akuuttiin kipuun. Kipu on kuitenkin aina totta, sitä ei tulisi vähätellä tai mitätöidä. Jos kipua ei hoideta kunnolla eikä sitä oteta hallintaan, voi se aiheuttaa voimien hiipumista ja romahduttaa ihmisen elämän. Kipua kokee elämänsä aikana jokainen. Se on normaalia, elämään kuuluva asia. Kipu, kipukynnys, kiputuntemus ja kivunsietokyky ovat ihmisen omakohtaisia kokemuksia. Sitä ei toinen ihminen pysty täysin ymmärtämään. (Miranda 2016, 8, 10, 18, 24.)

Jokainen ihminen aistii, kokee, ymmärtää ja tulkitsee kivun oman kokemuksen mukaan. Kipu vaatii henkilökohtaista kokemista. Kivun voi ilmaista kasvojen ilmeillä, ääntelyllä, sanallisella ilmaisulla sekä asennoilla ja liikkeillä. Kipu eristää ja siitä voi seurata yksinäisyyttä. Kipu on myös yleisin syy hakeutua lääkärin vastaanotolle. Kipupotilaat ovatkin suurin käyttäjäryhmä terveydenhuollon puolella. (Vainio 2018, 26-29, Kalso, Elomaa & Granström 2018, 108.)

Aivojen kuvantamislöydökset ovat lisänneet käsitystä siitä, miten kipu on monimuotoinen mielen rakennelma, johon vaikuttaa fyysisestä kudosaivuriosta varoittava signaali, mutta vahvasti myös psykologiset tekijät. Aivojen kivunkäsittelyalueita ovat talamus, pihtipoimun keskiosa, aivosaari sekä tuntoaivokuoret. Pihtipoimun on tutkittu reagoivan itse koettuun kipuun sekä myös toisen ihmisen kipuun. Reaktion voimakkuus on suorassa suhteessa empatiakykyyn. Pihtipoimu aktivoituu myös, kun ihminen tulee sosiaalisesti torjutuksi. (Raij 2006, 751-752.)

Hoitamattomana kipu voi kuluttaa ihmisen psyykkisiä voimavaroja, jonka seurauksena voi tulla masennusta, ahdistusta tai muita mielenterveyden ongelmia. Kipu vaikuttaa jokapäiväisiin asioihin:

- ⇒ uneen ja nukkumiseen
- ⇒ mielialaan
- ⇒ työ- ja toimintakykyyn
- ⇒ liikkumiseen
- ⇒ kotitöihin
- ⇒ sosiaaliseen kanssakäymiseen ja harrastuksiin. (Terveyskylän www-sivut 2017.)

3.1.2 Unettomuus

Kun ihminen nukkuu riittävästi ja tarpeeksi paljon, hänen aineenvaihdunta ja puolustusjärjestelmä toimivat tehokkaammin, Ihminen jaksaa liikkua, painonhallinta sekä stressin sietokyky onnistuu paremmin. Kognitiiviset taidot, kuten muisti, uuden oppiminen ja keskittymiskyky paranevat. Kivunsietokyky paranee ja kipuherkkyys vähenee. Riittävä unen määrä ja laatu vaikuttaa myönteisesti mielialaan, vireystilaan sekä työkykyyn. (Miranda 2016, 54-57.)

Jotta ihminen palautuu päivän rasituksesta ja pystyy valmistautumaan seuraavan päivän askareisiin, auttaa siihen riittävä unen määrä ja laatu. Päivästä selviytymiseen vaikuttaa se, jos keho ei aamulla ole palautunut edellisen päivän rasituksesta. Univaikkeen seurauksena stressinsietokyky heikkenee, jonka seurauksena vastustuskyky heikkenee ja ihminen altistuu usealla fyysiselle vaivalle. Vähäinen unenmäärä heikentää kognitiivisia kykyjä, kuten muistia sekä keskittymistä. (Voipio 2005, 227.)

Jo pelkän unettomuuden on todettu vaikuttavan työkykyyn ja jaksamiseen. Vireystila vaikuttaa ihmisen tarkkaavaisuuteen, havaitsemiseen, päättelyyn, toiminnanohjaukseen sekä oppimiseen ja nämä kyvyt ovat erittäin tärkeässä asemassa useassa eri työtehtävässä. Oppiminen, muistaminen sekä innovatiivisuus ovat nyky-yhteiskunnassa työn lopputuloksen kannalta ratkaisevia tekijöitä. Unettomuus voi käytännön tasolla vaikuttaa myös ihmisen kykyyn selviytyä rutiininomaisista tehtävistä, jos teemme

samaa tehtävää yhtämittaisesti esimerkiksi tunnin ajan. Tehtävän yksitoikkoisuuden nähdään nostavan väsymyksen pintaan. (Härmä & Sallinen 2004, 55-56.)

Univaje vaikuttaa ihmisellä yhtä paljon mielialaan kuin kognitiivisiin toimintoihin. Tarmokkuus vähenee, pinna kiristyy ja vihamielisyys sekä alakuloisuus lisääntyvät. Myös sekavuutta saattaa mahdollisesti ilmetä. Lisäksi univajeeseen voi liittyä stressiä, jolloin mielialamuutokset voivat olla voimakkaita. Jos henkilöllä on univajetta, heikkenee kyky sietää vastoinikäymiä, keskittyä asioihin ja mahdollisesti löytää uusia ratkaisumalleja stressitilanteisiin. Älyllinen suoriutuminen ja mieliala laskee, joka voi työyhteisössä heikentää työilmapiiriä. Varsinkin tiimityötä tehdessä vihamielinen tai alakuloinen työkaveri, jonka luovuus on heikentynyt, ei ole työyhteisössä positiivinen asia. (Härmä & Sallinen 2001, 62-63.)

3.1.3 Masentuneisuus ja ahdistuneisuus

Joka kolmannella kipua potevista ihmisistä on myös masentuneisuutta. Kipu ja masennusoireet esiintyvätkin hyvin usein samanaikaisesti. Terveyskeskuksesta lääkäriltä kipuoireisiin apua hakevista ihmisistä joka neljäs on masentunut. Masennus saattaa jäädä havaitsematta, koska apua haetaan vain fyysiseen vaivaan ja lyhyen käyntiajan sisällä ei ehditä tai osata kysyä. (Miranda 2016, 107.)

Kipu ja heikentynyt toimintakyky tai somaattisen sairauden laukaisema kriisi ja suruprosessi saavat tavallisesti aikaan masennusoireita. Joillakin kipupotilailla voi olla jo primaaristi mielenterveyden häiriötä, joka vaikeuttaa kroonisen kivun kanssa elämistä. Päivittäisten rutiinien ja sosiaalisten roolien muuttuminen sekä taloudelliset ongelmat voivat aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia. Kipu yhdessä elämäntilanteen epävarmuustekijöiden kanssa voi aiheuttaa ahdistuneisuutta. Jos varhaisessa vaiheessa tai kipujaksojen uusiutuessa tehdään selvittely psyykkisestä rasittuneisuudesta ja siihen aloitetaan tarvittaessa hoito, tämä mahdollistaa sen, että sairauspoissaolot vähenevät ja kivun kroonistuminen estetään. (Elomaa 2018, 161-165.)

Stressi ja masennus herkistävät kivun kokemiselle, mutta ovat myös seurauksia kivun kokemisesta. Mieliala vaikuttaa kivun voimakkuuteen. Kivun kokemuksellisuuteen

vaikuttaa myös ihmisen ajattelumalli kivusta. Kipukokemus on voimakkaampi ihmisillä, jotka ovat oppineet kivun olevan merkki vaarasta, johon ei voi vaikuttaa. Jos taas ihminen ymmärtää kivun luonteen ja kokee hallitsevansa sitä, ei kipu vaikuta hänen työkykyynsä yhtä voimakkaasti. Voimakas kipukokemus pitkittyneenä aiheuttaa usein aloitekyvyn ja jaksamisen heikkenemistä, jotka liittyvät masentuneisuuteen. Masentuneen ihmisen on vaikeaa aloittaa itsensä hoitamista. (Suomenkivuntutkimusyhdistyksen www-sivut. 2018.)

Kipu pitkittyessään aiheuttaa huolta. Ihminen saattaa kokea menettävänsä otteen ja hänellä voi herätä näköalattomuuden tunteita. Kipuun liittyvä ahdistuneisuus sisältää murehtimisen, pelon ja toivottomuuden tunteita. Ahdistavat ajatukset, työhuolet ja sen myötä taloudelliset ongelmat voivat herkistää stressireaktioille. Kipu jatkuvana olotilana kuluttaa psyykkisesti ja heikentää mielialaa. Ihminen ei tee itselleen mielekkäitä asioita ja ristiriidat läheisten kanssa mahdollisesti lisääntyvät. Ihminen voi sairastua masennukseen, jos mieliala laskee pitkään, eikä hän saa siihen apua. Masentunut kipuasiakas voi ajatella, että mieliala nousee, kun kipu helpottaa. Tosiasiasa masennus on häiriötila, joka pitää hoitaa. Masentuneen asiakkaan kipua on huomattavasti vaikeampi hoitaa, kuin asiakkaan, joka kykenee ottamaan vastuun omasta hoitamisesta. Masennusta tulee hoitaa kivun rinnalla, sillä kipu ei välttämättä ole syy masennuksen jatkumiselle, vaikka kipu olisi masennuksen laukaissut. (Kivunhallintatalon www-sivut 2018.)

3.1.4 Kivun, unen ja masennuksen vaikutus työkykyyn

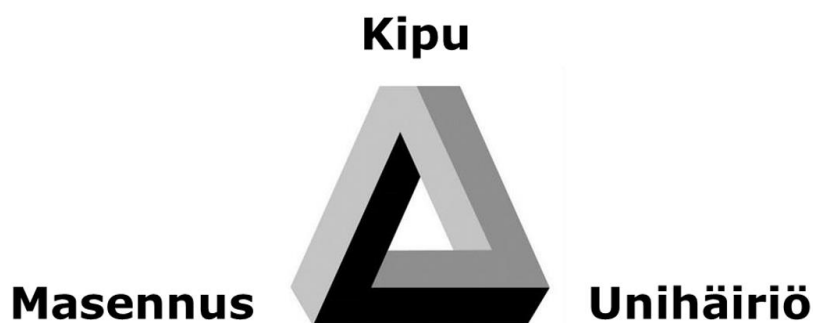
Työterveyslaitos kuvaa työkykyä nelikerroksisena talona, jossa terveys ja toimintakyky nähdään ensimmäisenä kerroksena. Työkyvyn perustana on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä terveys. Talon toisessa kerroksessa on osaaminen, jonka perustana nähdään koulutus, ammatilliset tiedot ja taidot sekä niiden jatkuva päivittäminen. Työkykytalon kolmannessa kerroksessa ovat työntekijän arvot, asenteet ja motivaatio. Motivaatio sekä työntekijän asenteet vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. Mielekäs ja sopivasti haasteellinen työ vahvistaa työkykyä. Ikä vaikuttaa työasenteisiin. Työ- ja arkielämän yhteensovittaminen vaikuttaa tässä kerroksessa.

Talon neljännessä kerroksessa vaikuttaa johtaminen, työyhteisö sekä -olot. (Työterveyslaitoksen www-sivut 2018.)

Työkyky nähdään ihmisen voimavarojen ja työnvälisenä tasapainona. Kaikkien työkyvyn kerrosten pitää tukea toisiaan, jotta työkyky pysyy kunnossa. Työkyvyn eri kerroksia tulee kehittää ja tukea. Työnantajien ja esimiesten velvollisuus on organisoida työtoimintaa ja huolehtia työntekijän työoloista. Työntekijä on vastuussa omista voimavaroistaan. Ihmisen työkykyyn vaikuttaa myös perhe, sukulaiset ja muut sosiaaliset verkostot sekä yhteiskunnan rakenteet että säännöt. (Työterveyslaitoksen www-sivut 2018.)

Työkyvyssä tärkeintä ei ole diagnoosi, vaan toimintakyky suhteessa työhön. Työkyky on osa kokonaistoimintakykyä. Jos esimerkiksi ihmisen ikä sekä terveydentila ovat tasapainossa työn vaatimusten suhteen, nähdään ihminen työkykyisenä. Työkykyisyyteen sisältyy myös se, että ihminen pystyy noudattamaan työaikoja, hänen työsuorituksen taso on työhön riittävä sekä hän pystyy vastaanottamaan tarpeellisen ohjauksen. Työkyky on tehtäväsidonnainen eli jos jokin sairaus estää sinua tekemästä jotain työtä, pystyt jotain toista työtä tekemään tarpeeksi hyvin. (Vates www-sivut 2017.)

STM:n mukaan työkykyisyys on yksilöllistä ja aina sidoksissa työn vaatimuksiin. Työkykyisyyttä voi olla vammasta, pitkäaikaissairaudesta, elämänkriisin kokeneella tai pitkäaikaistyöttömällä, joiden työ- ja toimintakyky on alentunut. Työkyky voi siis vaihdella elämän eri vaiheissa ja työkyvyn alenema voi olla tilapäistä. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2018.)



Kuva 1 Työkyvyn Bermudan kolmio (Miranda 2017)

Kivun, unen ja masennuksen voidaan ajatella muodostavan kolmion (kuva 1). Usein on vaikeaa sanoa, mikä on perimmäinen syy työkyvyn alenemaan; kipu, masennus vai unihäiriöt. Kipuasiakkaista jopa 50-90% on uniongelmia ja usein unihäiriö tai masennus esiintyy ennen kuin kiputila tulee. Kipuasiakkaan kohdalla ei auta, jos hoidetaan vain mielialaa tai uniongelmaa. Kivun tuntemus, sen epämiellyttävyyys sekä siihen suhtautuminen on tunnepitoisempaa, jos asiakkaalla on masennusoireita, sillä masennusoireet ylläpitävät negatiivisuutta ajattelussa. Uniongelmainen ei jaksaa motivoitua kuntoutumiseen sekä kuntouttaa itseään ennen kuin on saanut nukuttua. (Miranda 2017.)

Kivun vaikutus työssä jaksamiseen on merkittävä. Kipu voi vaikuttaa työn suorittamiseen estäen määrättyjen liikkeiden tekemisen, mutta kivun lisäksi ihmisellä voi olla muitakin oireita, kuten väsymys, muistiongelmaa, keskittymisvaikeutta sekä uni-että mielialaongelmaa. Ihminen voi herkistyä erilaisille ärsykkeille, kuten kirkas valo, lämpötilan vaihtelu, kemikaali, hajut, sisäilma, melu ja lääkeyliherkkyys. (Miranda 2017.)

Jos kivun vuoksi ihminen joutuu olemaan pitkään pois töistä, puuttuu silloin hänen elämästä säännöllisyys ja rytmi. Mahdollisesti kipuoireiden tarkkailu lisääntyy ja kivun merkitys elämässä korostuu, jolloin ihmisen elämä alkaa pyöriä oireiden ympärillä. Ammatillinen itsetunto laskee, kun ihminen joutuu olemaan pitkään töistä pois. Hän voi kokea syyllisyyttä poissaolosta ja hänen huolensa saattaa kasvaa pohtiessaan työkavereiden suhtautumista tilanteeseen. Sairauslomalla mielialaan vaikuttaa myös taloudelliset ongelmat, jonka seurauksena ihminen voi eristäytyä sosiaalisista tilanteista. Sosiaalinen syrjäytyminen edesauttaa työelämästä syrjäytymistä. (Miranda 2016, 154-156.)

Miranda on työssään huomannut, että mitä varhaisempi työhönpaluu ja työssäjatkaminen on, sitä vähemmän kustannuksia syntyy yhteiskunnalle. Työhönpaluu ja työssäjatkaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on näyttöön perustuvaa kuntoutusta kipupotilaan kohdalla. Kipua voimakkaasti lievittävä vaikutus on myös potilaan positiivisilla odotuksilla, ajatuksilla ja kokemuksilla. (Miranda 2016, 240-241.)

3.1.5 Kuntoutumista estävät psykososiaaliset tekijät

Kipuasiakkaan kuntoutumiseen vaikuttavat lääketieteelliset tekijät, ihmisen uskomukset kivusta ja hänen selviytymiskeinot, ahdistus, sairauskäyttäytyminen sekä ihmisen halu muutokseen. Näihin vaikuttavat myös perheen tuki. Negatiiviset ajatukset kivusta ja siihen sopeutumisesta ovat yhteydessä työpoissaoloihin ja alentuneeseen työtehoon. Negatiivisuus ja välttämiskäyttäytyminen voivat ennustaa sairauspoissaolon pitkittymistä. Käypä hoito suosituksen mukaan paranemista estäviä ja hidastavia psykososiaalisia tekijöitä ovat seuraavat:

- ”Usko, että kipu ja aktiivisuus ovat haitallisia
- Epäsuhtainen sairauskäyttäytyminen (kuten pitkitetty lepo)
- Masentuneisuus, negatiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen
- Moniin eri hoitoihin hakeutuminen
- Fyysisesti raskas työ
- Ongelmat työssä ja tyytymättömyys työhön
- Ylihuolehtiva perhe tai tuen puute
- Valitukset, oikeudenkäynnit ja korvausten hakeminen” (Käypähoidon www-sivut 2018.)

Jos kuntoutumista estäviä psykososiaalisia tekijöitä esiintyy, on tärkeää arvioida, onko henkilöllä merkkejä depressiosta tai alakuloisuudesta. Jos merkkejä esiintyy, tämä voi edesauttaa sairaskäyttäytymistä, joka pitää hoitaa asianmukaisesti. Hoitamatta jääneet psykososiaaliset tekijät voivat johtaa pitkäaikaistyöttömyyteen sekä työkyvyttömyyteen. (Mielenterveysseuran www-sivut 2017.)

3.2 Mini-interventiomalli

Mini-interventio sekoitetaan lyhytneuvontaan, jota annetaan alkoholin riskikuluttajille. Mini-interventio -käsitettä on käytetty myös kipuasiakkaiden kohdalla. Helsingin työterveyshuollossa on tutkittu kivunhallintaryhmän (mini-intervention) vaikutusta työ- ja toimintakykyyn. Lisäksi Suomessa on tutkittu mini-intervention kustannusvaikuttavuutta pitkittyneessä selkäkiputilanteessa (Käypä hoito www-sivut 2018).

3.2.1 Mini-interventiotutkimuksia Suomessa

Helsingin työterveyshuollossa on järjestetty pilotti, jonka tarkoituksena on selvittää kivunhallintaryhmien toteutettavuutta työterveyshuollossa. Tavoitteena on ollut, että ryhmäläiset oppivat tunnistamaan erilaiset kipuun vaikuttavat tekijät, tiedostavat lääkkeettömät hoitokeinot sekä saavat tukea työssä pärjäämiseen. Keinoina on ollut kognitiivinen työote, rentoutuminen ja mindfulness. Pilotissa tarkasteltiin myös ryhmätoiminnan vaikuttavuutta. Interventio on käsittänyt 6 ryhmätapaamista sekä yhden seurantatapaamisen. Pilotista tulleiden kokemusten mukaan ryhmiin osallistuneiden kivun kanssa elämiseen liittyvä minäpystyvyyden tunne ja kroonisen kivun hyväksyminen on lisääntynyt sekä pelkovälttämisajattelu on vähentynyt. Ryhmäläisten kokemus työkyvystä, omista työhönpaluun odotuksista sekä työssä jatkamisen mahdollisuuksista on ryhmätoiminnan jälkeen havaittu positiivinen muutos. Sairauspoissaolot on vähentyneet sekä koettu kipu, masennusoireilu ja uniongelmat ovat lieventyneet. Malli on koettu toimivaksi tavaksi ja se on tarkoitettu toteutettavaksi erityisesti työterveyshuollossa. (Kivunhallintaryhmät työterveyshuollossa 2018.)

Selkäkipuisten henkilöiden satunnaistetussa, kontrolloidussa tutkimuksessa verrattiin kolmen eri ryhmän saamien palveluiden vaikuttavuutta kuntoutumiseen. A-ryhmäläiset ovat kuuluneet ryhmään, joka on saanut fysioterapeutin ja lääkärin toteuttaman mini-intervention. B-ryhmäläisille on tarjottu A-ryhmän tavoin mini-interventiota, mutta heille on myös toteutettu työpaikkakäynti. C-ryhmäläiset ovat saaneet normaalisti toteutettavaa terveydenhoitoa. Tulostittareina 3, 6, 12 ja 24 kuukauden seurannoissa ovat olleet kipu, koettu haitta, elämänlaatu, tyytyväisyys hoitoon, sairauslomapäivien lukumäärä, terveysten palvelujen käyttö ja kustannukset. Tutkimuksessa tavoitteena on ollut selvittää mini-intervention vaikuttavuus ja kustannukset sekä tutkia onko mini-intervention jälkeinen työpaikkakäynti hoidon kustannusvaikuttavuutta lisäävä verrattuna tavanomaiseen hoitoon. (Karjalainen, Malmivaara, Pohjolainen, Roinen & Mutanen 2004, 4583 – 4588.)

Tuloksena on ollut se, että mini-interventio on koettu vaikuttavaksi ja kustannuksia säästäväksi toimenpiteeksi pitkittyneen selkäkipupotilaan hoidossa. Lisäksi on koettu, että mini-intervention sisällyttämistä asiakastyöhön tulisi edistää. Tässä tutkimuksessa lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyönä toteutettu mini-interventio on vähentä-

nyt asiakkaiden päivittäisiä kipuoireita sekä heidän sairauspoissaoloja. Lisäksi asiakastytyväisyys on lisääntynyt verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Tutkimuksessa on tullut esille se, että A- ja B-ryhmien hoidot ovat lieventäneet huomattavasti niiden asiakkaiden kipua, joiden oma arvio paranemisesta on ollut negatiivinen. Tutkimuksessa on tullut esille myös se, että mini-interventio ei näytä lisäävän kustannuksia. Varhaisessa vaiheessa toteutettu mini-interventio voi lisätä tyytyväisyyttä hoitoon, lyhentää mahdollisesti erikoissairaanhoidon jonoja sekä vähentää sairauslomia, jotka ovat yhteiskunnalle kalliita. Ryhmän A terveydenhuolto- ja työkyvyttömyyskustannukset olivat tilastollisesti merkitsevästi pienempiä kuin muiden ryhmien. Työpaikkakäynnin ja vertailuintervention välillä ei ollut eroja. (Karjalainen ym. 2004, 4583 – 4588.)

3.2.2 Satakunnan mini-interventiomalli ja sen perusteet

Kiputilan kroonistumisen myötä mukaan tulevat myös mieliala- ja sosiaalisen elämän muutokset. Kiputilojen hoidosta on laadittu Käypä hoito -suosituksia, mutta niiden käytännön toteutumista varten pitää olla paikallisella tasolla toimiva hoito- ja kuntoutusjärjestelmien verkosto. Yhteistyöstä pitää sopia käytännön tasolla sekä siihen sitoudutaan. Kipupotilaan tukemisessa, ongelmien ratkaisemisessa sekä kivunhallintakeinojen löytämisessä korostuu perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, Kelan ja työeläkelaitosten verkottuminen. Toimintakyvyn tai terveystarkastustoiminnan vaikuttavuuden mittaaminen on puutteellinen ilman jatkotoimia. (Pohjolainen 2005 18-19.)

Käypä hoito suosituksen mukaan moniammatillinen lähestymistapa on tarpeen tilanteessa, jossa kipu on kestänyt pitkään. Kivunhoidon perustana ovat lääkkeettömät hoidot, joita ovat liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivis-behavioraalinen terapia, kylmä- ja lämpöhoito sekä TNS. Lääkkeettömän hoidon rinnalle voidaan liittää tarvittaessa lääkkeellinen hoito, mutta lääkkeettömät hoidot tulisivat olla ensisijaisia. (Käypähoidon www-sivut 2018.)

Kivunhoidon tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen sekä elämälaadun paraneminen. Jos kipu on kestänyt pitkään, sitä ei yleensä pystytä ko-

konaan poistamaan, mutta tavoitteena on kivun lieventyminen sekä asiakkaan selviytymisen tukeminen. Moniammatilliseen lähestymistapaan voi sisältyä fysio- ja toimintaterapeuttinen ohjaus, psyykkisen tuen antaminen sekä ohjaus. Asiakas saa apua sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä. Asiakkaalla on aktiivinen rooli hoito- ja kuntoutusprosessissa. (Käypähoidon www-sivut 2018.)

Kivusta kuntoutuminen vaatii moniammatillista työryhmätyöskentelyä. Kuntoutuminen on prosessi, jossa asiakas tarvitsee monitahoisia hoito- ja kuntoutustoimia. Kuntoutumisprosessi edellyttää tiivistä interventioiden vaikuttavuuden seuranta, jottei prosessi keskeydy tai jatketa sellaisia toimia, jotka eivät tuota tulosta. Vaikuttavuuden seuranta varten on tarpeen valita yksi vastuuhenkilö. (Heikkonen 2005 40-41.)

Vaikka tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvien kipujen, sekä akuutin että kroonisen, tutkiminen, hoito ja kuntoutuksen järjestämisen päävastuu on perusterveydenhuollolla, on koko terveydenhuollolla velvoitteita myös tutkia, hoitaa ja kuntouttaa. Jos asiakkaan kokonaistilannetta ei pystytä selvittämään tai selvittäminen laiminlyödään, johtaa se kalliiden terveyspalveluiden suuren käyttöön, pitkittyneeseen työkyvyttömyyteen sekä mahdollisesti subjektiiviseen työkyvyttömyyteen. (Pohjolainen 2005 18.)

Satakunnan mini-interventiomalli vastaa edellä mainittuihin asioihin. Se toteutetaan perusterveydenhuollossa ja on matalan kynnyksen palvelu, jossa on tarvittaessa moniammatillinen tiimityöskentely mukana. Mini-interventiossa tavoitteena on, että asiakas saa nopeasti työvälineitä omaan tilanteeseen ja pysyy työelämässä tai pystyy palamaan työelämään mahdollisimman nopeasti. Se on tarkoitettu tuki- ja liikuntaelinoireisille, joille kivun myötä tulee haasteita jaksamisessa, ahdistuneisuutta, alakuloisuutta sekä unettomuutta aiheuttaen työ- ja toimintakyvyn alenemaa. Mini-interventiossa ammattilaisen tavoitteena on saada asiakas keskittymään tähän päivään ja tulevaisuuteen. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018.)

Juhani Laakso (2014, 106-107), joka on Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeessa kouluttanut työntekijöitä mini-interventioammattilaiseksi, on tuonut esille tapahtumien hyväksymisen tärkeyden. Hänen mukaansa, jos ihminen valitsee tapahtumien vastustamisen enemmän kuin hyväksymisen, tulee hänen elämästään mahdollisesti taistelukenttä. Ihmisen ajatukset ja tunteet ovat vihollisia, jotka tulisi

ennemmin karkottaa, kuin oppia elämään niiden kanssa. Laakson mukaan, jotta ihminen pystyy pitämään sietämättömät tunteet loitolla, hän ottaa lääkkeitä, alkoholia tai muita keinotekoisia aineita sekä luopuu itselleen tärkeistä asioista ja tavoitteista.

Mini-interventiossa asiakkaan tilannetta pyritään kohentamaan 1-5 ohjauskerran avulla, jossa työkaluina voidaan käyttää motivoivaa haastattelua sekä ohjata käyttämään erilaisia keinoja, joilla asiakas pystyy sopeutumaan ja elämään kivun kanssa. Mini-interventiossa voidaan esimerkiksi ohjata oman hyvinvoinnin vahvistamiseen itsehoitomenetelmiä, joilla autetaan muun muassa käsittelemään kielteisiä ajatuksia, päästämään irti ongelmallisista tunteista sekä juuttuneista ajatuksista. Siinä käytetään voimavara- ja ratkaisukeskeisiä menetelmiä ja mini-interventiokoulutuksen käynyt terveydenhuollon ammattilainen pyrkii auttamaan asiakkaita tunnistamaan itse varhaisessa vaiheessa kuormittavat toimintatavat. Myönteisillä ohjauskeinoilla motivoidaan asiakasta ottamaan käyttöön hallintakeinoja kivun kanssa elämiseen. Muutosmotivaation herääminen vaikuttaa intervention vaikuttavuuteen. Kun asiakas kokee, että hänen kipunsa otetaan todesta, lisääntyy hänen motivaationsa kuntoutumista ja itsehoitoa kohtaan. (Laakso 2018.)

Mini-interventiossa tavoitteena on lisätä asiakkaan pystyvyydentunnetta (Pain self-efficacy). Tavoitteena on, että asiakas pystyy lisäämään hiljalleen aktiivisuutta, osallistumaan kotitöihin, tapaamaan ystäviä, tekemään asioita, joista nauttii sekä tekemään töitä kivusta huolimatta. Pystyvyydentunteen avulla asiakas pystyy selviytymään useimmista tilanteista, nauttimaan asioista sekä saavuttamaan tavoitteita elämässä kivusta huolimatta. Asiakas selviää kivun kanssa ilman lääkkeitä ja pystyy elämään normaalia elämää kivusta huolimatta. (Miranda 2017)

Toimintamalli ei ole tarkoitettu asiakkaille, joilla on mielenterveysdiagnoosi. Malli on varhainen tuki työkykyyn. Tavoitteena on ehkäistä jaksamisen ongelmien muodostumista kroonisiksi mielenterveysongelmiksi. Tärkeää on, että mini-intervention aikana asiakkaan on mahdollista saada kokonaisvaltaisesti moniammatillisen tiimin tukea. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018.)

3.2.3 Satakunnan mini-interventiossa käytettävä kipukysely ja elämänlaatumittari

Kivun ja toimintarajoitteiden kroonistumisen riskinarviointiin on kehitetty kyselylomake, jonka asiakas itse täyttää. Linton –kipukysely (Liite 1) on alkujaan kehitetty selkäpotilaille ja sen on todettu ennustavan pitkittynyttä töistä poissaoloa asiakkailta, joilla kipuoireet ovat akuuttivaiheessa eli kestäneet alle kolme kuukautta. Linton -kipuseulalla voidaan löytää ne asiakkaat, joille on todennäköisesti tarpeellista järjestää varhainen, moniammatillinen tuki. (Linton & Boersman 2003, Pakkala 2008, Siirtola, Mattsén ja Musikka-Siirtola 2001.)

Kysely on kehitetty kliinistä työtä tekevien lääkäreiden avuksi ja se sisältää 25 kohtaa. Kyselyssä arvioidaan senhetkisen kipuongelman kestoa, työstä poissaoloa, stressiä, mielialaa sekä pelko-välttämiskomuksia. Näiden kartoittaminen on koettu tärkeäksi, sillä niiden on todettu olevan yhteydessä pitkäaikaisten kipuongelmien kehittymiseen. Kyselystä on tehty helppokäyttöinen ja nopeasti täytettävä, jotta se palvelisi tarkoitustaan. (Linton & Boersman 2003, Lintu 2013.)

Sovellettua Linton -kipukyselyä on käytetty Helsingin työterveyshuollon tutkimuksessa. Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeen pilottiin on otettu lyhyempi versio, jossa on 10 kysymystä. Tämä versio on käytössä muun muassa Pietarsaaren sosiaali- ja terveyspalveluissa ohjaamassa kipuasiakkaita Toivo -tiimiin (Pietarsaaren kaupungin www-sivut 2018).

15D elämänlaatumittari on hankkeessa määritelty palvelujen vaikuttavuudenmittariksi. Siinä on 15 kysymystä ja sisällöt ovat laajat liittyen asiakkaan elämäntilanteeseen. Kysymyksissä arvioidaan liikuntakykyä, näkökykyä, kuuloa, hengitystä, nukkumista/unta, syömistä, puhumista, eritystoimintaa, tavanomaisia toimintoja, mielenterveyttä, häiritseviä oireita, masentuneisuutta/ahdistuneisuutta, energisyyttä sekä sukupuolielämää. Jokaisesta kysymyksestä asiakas valitsee itselleen sopivan vaihtoehdon 1-5, joista 1 tarkoittaa parhainta mahdollista tilannetta ja 5 huonointa mahdollista tilannetta. Mittarin avulla asiakas voi arvioida omaa elämänlaatuun ja mittaria voidaan käyttää suunniteltaessa asiakkaan terveydenhuollon palveluiden tarvetta sekä arvioitaessa toimenpiteiden vaikuttavuutta. Mittarilla voidaan myös arvioida terveydenhuollon toiminnan kustannusvaikuttavuutta, jolloin pystytään osoittamaan esi-

miestasolle palvelun tarpeellisuus. (Sintonen 2001, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen www-sivut 2018.)

15D elämänlaatumittarin asiakas siis täyttää itse, jolloin siitä saadaan asiakkaan kokemus esiin. 15D tuottaa tulokseksi profiilin painotusarvoineen. Profiili kuvaa asiakkaan elämänlaadun eri ulottuvuuksia, jotka liittyvät terveyteen. Asiakas täyttää 15D sovitun ajan jälkeen, jolloin voidaan verrata asiakkaan terveydentilaa esimerkiksi ennen mini-interventiota ja mini-intervention jälkeen. Profiilista saadaan selville myös millä ulottuvuuksilla muutokset ovat tapahtuneet. (Sintonen 2001, Suomen sosiaali- ja terveystieteiden www-sivut 2018.)

Vuonna 2002 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on kerätty 15D mittarin avulla tietoa erilaisten interventioiden ja hoitomuotojen kustannusvaikuttavuudesta. Elämälaadua on mitattu ennen hoitoa ja jälkimittaus on pyritty toteuttamaan siinä vaiheessa, kun on oletettu, että hoidon vaikuttavuus on kokonaan toteutunut. Tulokset on koettu olevan ennustettavissa, mutta toisaalta ovat hyvinkin yllättäviä. Hoidon tai intervention vaikutus asiakkaan elämään on ollut hyvä tuki- ja liikuntaelinkirurgian kohdalla, mutta silmätautien yhteydessä intervention vaikutus on ollut jopa vaatimaton. HUS:n alueella on koettu, että 15D-tulosten avulla on voitu tunnistaa hoidosta hyötymättömät asiakkaat, jolloin on mahdollisuus kehittää hoitoa ja tarkentaa, kelle hoito annetaan. Tärkeää on se, että 15D saadut tiedot yhdistetään muihin potilaskertomuksiin, mittauksiin sekä rekistereistä saatavaan hoidon vaikuttavuudesta kertovaan tietoon. (Roine 2016, 1539-1541.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITE

Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeessa yhtenä tavoitteena on mini-interventiomallin muodostuminen perusterveydenhuoltoon Satakunnan alueelle. Kehittämistyössä tavoitteena on dokumentoida, miten mini-interventiomalli lähtee rakentumaan seitsemälle eri kunnalle/kuntayhtymälle. Hankkeen projektisuunnittelijoiden tehtävänä on tukea pilotoinnin alkamista ja palvelumallin juurtumista Satakunnan alueelle.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten ohjautuminen mini-interventioon tapahtuu (mistä ohjautuvat, miten ajat varataan ja interventiokertojen sisällöt kirjataan)?
2. Miten mini-interventiot toteutuvat (ryhmä-/yksilöohjauksena, käytetyt menetelmät)?
3. Millaisia kokemuksia mini-interventiosta työntekijöillä on?
 - a. Hankkeessa on määritelty mini-interventiokäytien määräksi 1-5 krt. Miten ammattilaiset kokevat tämän määrän suhteessa asiakkaan tarpeisiin?
 - b. Mitä työvälineitä koulutus on antanut ja niiden tarpeellisuus mini-intervention toteuttamiseen?

Opinnäytetyö perustuu kvalitatiiviseen, narratiiviseen, tutkimukseen, jossa tiedokeruutapana on ollut projektisuunnittelijan eli opinnäytetyön tekijän hankepäiväkirja, mini-interventiosta tehdyt viralliset dokumentit, hankesalkkuraportit, keskustelut muiden projektityöntekijöiden kanssa ja mini-interventioammattilaisten verkostotapaamisissa järjestettävä keskustelukerta, jossa etukäteen määritelty teemat (Liite 2).

Projektisuunnittelijoilla on ollut käytössä hankepäiväkirjat, joihin on kirjattu ylös erilaiset tapahtumat, kokemukset mini-interventio mallin rakentumisesta sekä opituista asioista. Päiväkirjoissa on myös kirjattu ylös henkilöt, joiden kanssa on tehty yhteistyötä ja mitä niissä on sovittu. Tässä opinnäytetyössä käytän vain minun täyttämää hankepäiväkirjaa. Opinnäytetyössä asiat avataan niin, että kehittämistyöhön osallistuneet ammattilaiset eivät tule tunnistetuksi.

Aineistoa hankitaan myös osallistamalla mini-interventioammattilaisia mini-interventiomallin kehittämiseen verkostotapaamisissa. Verkostotapaamisissa tulleet hyvät käytänteet ja mallit dokumentoidaan ja niistä muodostetaan Satakunnan yhteistä mallia, joilla varmistetaan tasavertainen mahdollisuus palveluun pääsyyn joka puolella Satakuntaa. Tapaamisissa esiin tulevat asiat saan hanketyöntekijän välittämänä.

Mini-intervention pilotointi on toteutunut Satakunnan alueella 21.5.-16.9.2018 välisenä aikana. Pilotoinnin aikaisesta toiminnasta on kerätty tietoa; miten palveluihin asiakkaat ohjautuvat ja minkälaisia kokemuksia palvelusta on saatu työntekijän nä-

kökulmasta sekä hyvät ja huonot käytänteet. Tässä kehittämistyössä kerätään vain työntekijöiden kokemuksia, koska hankkeen aikana ei ole mahdollista saada riittävästi kerättyä asiakkaiden kokemuksia, jotta niistä voisi tehdä päätelmiä mini-intervention toimivuudesta asiakkaan kannalta.

5 KEHITTÄMISMENETELMÄN KUVAUS

Hankkeen toimenpide kohdistuu tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin, joka on todettu pirstaloituneeksi eivätkä palvelut vastaa asiakkaiden tarpeita. Työntutkimuksessa ei pelkästään tyydytä toteamaan, miten asiat ovat, vaan tavoitteena on tilanteen parantaminen. Työntutkimuksessa tähdätään tietyn ihmisryhmän ongelmien poistamiseen. (Engeström 2004 12-13.) Tässä hankkeessa ihmisryhmänä ovat tuki- ja liikuntaelinasiakkaat, joilla kivun lisäksi on muita oireita. Mini-intervention avulla pyritään helpottamaan asiakkaan elämäntilannetta, jotta kivusta huolimatta asiakkaat pystyvät elämään mahdollisimman tavallista arkielämää.

Hankkeen toimenpide, mini-interventio, on pitkäjänteinen toiminta, joka ei perustu satunnaiseen tekemiseen tai impulssin virittämään käyttäytymiseen, vaan se on yhteisöllisesti merkityksellistä ja tarkoitukseen suuntautuvaa toimintaa. Mini-interventiossa on määriteltä kohderyhmä, kriteeristöt ohjautumiseen, mini-intervention sisältö sekä tarvittaessa jatko-ohjautuminen. Tähän toimintamalliin on määriteltä säännöt, työnjako ja yhteisö, jotka muun muassa määrittävät ne ammattilaiset, jotka voivat olla toiminnassa tekijöinä. (Engeström 2004, 9-10.)

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kehittävä työntutkimus. Ekspansiivisessa oppimisessa on kyse, kun toimintalogiikkaa kyseenalaistetaan ja radikaalisti laajennetaan. Tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessi on pirstoutunut palasiin, eikä kenelläkään ole kokonaisuudesta hallintaa. Hankkeen toimenpiteen tavoitteena on saada perusterveydenhuoltoon uusia työvälineitä, sääntöjä, joilla pystytään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Prosessissa, jossa luodaan ja otetaan käyttöön uusi toimintamalli ja -logiikka, kutsutaan ekspansiiviseksi oppimiseksi. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen ja yhteisöl-

linen prosessi. Kohteen laajeneminen laajentaa myös vastuuta. Oppiminen vaatii myös sen, että organisaatiot oppivat yhdessä ylittämään rajat. (Engeström 2004, 12-13, 47.) Mini-interventiossa rajojen ylittäminen on tärkeää, jotta sosiaali- ja terveyspuoli voivat tehdä yhdessä töitä asiakkaan tarpeen mukaan.

Engeström (2004, 50, 59.) on kirjoittanut rajanylityslaboratoriosta, jossa useamman organisaation työntekijän on yhdessä eriteltävä yhteistoimintaa liittyvät ristiriidat ja heidän tulisi suunnitella niille ratkaisua. Mini-interventiomallissa terveyden- ja sosiaalihuollon työntekijöiden tulee omassa kunnassa miettiä keinoja, joilla asiakkaan tarpeet tulee hoidetuksi. Jos asiakas ilmaisee mini-interventiossa taloudellisista huolist, silloin terveydenhuollon ammattilainen osaa ottaa yhteyttä oikeaan henkilöön sosiaalipuolelta ja asiakkaan huoli otetaan vastaan ja siihen pyritään löytämään ratkaisu. Jokaisessa kunnassa/kuntayhtymässä pyritään nimeämään sosiaalipuolen henkilö, jolla helpotetaan yhteydenottoa terveydenhuollon puolelta. Myös terveydenhuollon sisällä pyritään nimeämään mini-interventioon liittyvät asiantuntijat. Jos asiakas tarvitsee laajemman arvioinnin, nimetään moniammatillisen tiimiin kuuluvat asiantuntijat. Ekspansiivisessa oppimisessa organisaatio erittelee, arvioi uudelleen toimintansa pohjalla olevia arvoja sekä normeja. Sen lisäksi organisaatio rakentaa uuden toimintamallin ja ottaa sen käyttöön. Perusterveydenhuollossa uudenaikaisessa toimintamallissa laajennetaan tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin lääkärin lisäksi myös muita asiantuntijoita ja pyritään asiakas kohtamaan hänen tarpeiden pohjalta eikä sen perusterveyshuollon tarjoamien palvelujen pohjalta.

Toiminnan kohteen laajeneminen ekspansiivisen oppimisen pohjalta tapahtuu neljällä ulottuvuudella (Engeström 2004, 60):

1. Aikaulottuvuus. Asiakkaan tilannetta on seurattava ja suunniteltava siitä huolimatta, vaikka hän on siirtynyt toisen organisaation hoidettavaksi eli tuki- ja liikuntaelinasiakas ei putoa terveydenhuollon listoilta, vaikka hänen palvelutarpeensa vuoksi hän siirtyy esimerkiksi sosiaalipalveluihin.
2. Paikan ja tilan ulottuvuus. Asiakkaan liikkumista eri organisaatioiden välillä tulee seurata ja häntä tulee ohjata oikeaan paikkaan. Lisäksi eri organisaation asiantuntijoiden tulee keskustella asiakkaan luvalla tilanteesta, jotta pystytään mahdolli-

simman kokonaisvaltaisesti asiakasta auttamaan eikä hoito- ja kuntoutusprosessiin tule kuoppakohtia.

3. Vastuun ja moraalien ulottuvuus. Jokaisella asiantuntijalla, joka asiakkaan tilanteeseen liittyy, on velvollisuus sekä hoitovastuu asiakkaan terveydentilan kehityksestä, vaikka se ei kuuluisi välittömästi omaan toimenpiteen vaikutuspiiriin.
4. Kehityksen ulottuvuus. Asiakkaan tilanteeseen osallistuvat asiantuntijat vaikuttavat ratkaisullaan uuden toimintamallin kehittymiseen.

Ekspansiivinen oppiminen etenee moniaskelisenä kehänä ja siinä törmätään ajoittain yllättäviin esteisiin, jolloin joudutaan palamaan ehkä menneisiin tilanteisiin, ennen kuin päästään tilanteessa eteenpäin. Oppimisisyklit voivat esimerkiksi perusterveydenhuollon organisaatioissa kestää kuukausia, jopa vuosia. Ekspansiivisessa oppimissyklissä ominaista on näkökulmien törmäminen ja väittely. Onnistumisen merkkinä on uuden toimintamallin elinvoimaisuus eikä yksimielisyys. Historiallisen analyysin avulla voidaan eritellä merkittävät, tapahtuneet muutokset sekä muutoksiin johtaneet ristiriidat. Analyysi tähtää vaihtoehtojen tunnistamiseen sekä seuraavan mahdollisen kehitysvaiheen hahmottamiseen. (Engeström 2004, 60-61.)

EKSPANSIIVINEN OPPIMISSYKLI: OPPIMISTEOT JA RISTIRIIDAT



Kuva 2 Ekspansiivinen oppimissykli: Oppimisteot ja ristiriidat. (Korpela 2004).

Ensimmäisen asteen ristiriita: Ensimmäisessä vaiheessa ekspansiivisessa oppimissyklissä on kyseenalaistamisvaihe, ensimmäisen asteen ristiriita (Engeström 2004, 62). Tilanteiden ristiriitaisuus näkyy epäonnistumisena ja tyytymättömyytenä. Terveystieteiden huollossa varsinkin asiakkaiden puolelta tyytymättömyys tulee esille muun muassa siinä, kun he eivät koe saavansa oikeanlaista palvelua vaan kokevat, että heidän tarvitsemista palveluista säästetään. Koska asiakkaan tilanne ei parane, hän käyttää samaa palvelua uudestaan (esimerkiksi lääkäri) tai jonottaa seuraavaan palveluun (esimerkiksi fysioterapia). Tällöin ei voida puhua, että terveydenhuollossa asiakkaat saavat korkealaatuista ja perusteellista hoitoa kustannustehokkaasti ja tehdä vielä säästöä.

Tarvetila on ollut perusta sille, että Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeelle on lähdetty hakemaan rahoitusta. On todettu tarve muuttaa tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia, jotta perusterveydenhuollon suurkuluttajien määrä laskisi ja näin ollen todennäköisesti vähenisi työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä. Tarve on antaa asiakkaalle hänelle tarkoituksenmukaista ja oikea-aikaista palvelua, jotta hän kykenee työllistymään, palamaan työelämäänsä tai pysymään työelämässä.

Toisen asteen ristiriidat: Terveysthuollossa toimintamallien muutokset tapahtuvat hyvin hitaasti. Ristiriitoja syntyy, kun kustannustehokkuuden mittaaminen on nostettu tärkeämmäksi, kuin hoidon laadun tärkeys. Ristiriitojen tuloksena on häiriöt ja ne vaativat ratkaisuja. Esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoitona on perusterveydenhuollossa ollut lääkärinkäynti, jossa lääkäri kirjoittaa kipulääkkeestä reseptin ja sairauslomaa. Tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito on siis kohdistunut vain siihen kipuun, yhteen osaan asiakkaan tilanteesta. Tämä kombinaatio voi olla jollekin toimiva, mutta useammalle ei. On tutkittu, että tuki- ja liikuntaelinasiakkaat ovat ne, jotka ovat nyky-yhteiskunnan suurimpia terveydenhuollon käyttäjiä sekä heidän todennäköisyys joutua työkyvyttömyyseläkkeelle on suuri. Tässä tilanteessa on tapahtunut Engeströmin (2004, 11-12.) mukaan toisen asteen ristiriita. Tuki- ja liikuntaelinasiakkaiden hoito- ja kuntoutustarve on vuosien kuluessa muuttunut. Nämä asiakkaat potevat kivun lisäksi unettomuutta, ahdistuneisuutta sekä mahdollisesti masentuneisuutta, mutta terveydenhuollossa toiminnan välineet, säännöt ja työnjako pysyvät samana. Asiakkaat saavat edelleen lääkärinkäynnin, jossa annetaan kipuun lääkettä ja sairauslomaa, eikä hoideta unettomuutta tai muita asiakkaan oireita.

Hanketyöntekijät ovat hankkeen alkuvaiheessa selvittäneet kipuasiakkaan hoitoa perusterveydenhuollossa lähettämällä kyselyn psykiatrisille sairaanhoitajille sekä keskusteltu esimiesten ja työntekijöiden kanssa. Kyselyyn on saatu vastauksia vain yhdestä kunnasta, jossa on todettu, että psykiatrisille sairaanhoitajille eivät kipuasiakkaat ohjaudu. Keskusteluissa on tullut esille, että yhdessä kunnassa kroonista kipua potevat asiakkaat ohjataan erityistyöntekijöille.

Kolmannen asteen ristiriidat: Kun uutta toimintamallia kehitetään ja otetaan käyttöön, johtaa se kolmannen asteen ristiriitoihin, silloin vanhat työtavat ja rakenteet joutuvat törmäyskurssille uuden mallin kanssa (Engeström 2004, 62). Mini-interventio toimintamallin käyttöönottoa hidastaa osittain se, että mini-interventio nähdään päihdepuolen kuntoutusmallina. Mallissa lisätään muiden asiantuntijoiden työpanosta, jolloin lääkärin työpanosta yritetään vähentää ja kohdentaa niille asiakkaalle, jotka oikeasti tarvitsevat lääkäriä. Tämä ajatusmalli on herättänyt ajatusta, että lääkäreitä ei tarvita mallissa, jolloin esimerkiksi esimiestasolla on välillä painotettu lääkäreiden tärkeyttä.

Lisäksi mini-interventiota tekevät asiantuntijat joutuvat hakemaan paikkaansa perusterveydenhuollon sisällä. He joutuvat todennäköisesti perustelemaan, miksi asiakas ohjataan mini-interventioon eikä esimerkiksi psykiatriselle sairaanhoitajalle. Mini-interventiomallissa pyritään tukemaan asiakasta kokonaisvaltaisesti ja siihen pyydetään tarvittaessa sosiaalityöntekijä, kuntoutusohjaaja tai psykiatri, asiakkaan tarpeen mukaan.

Mini-interventiossa, kuten myös moniammatillisessa tiimityöskentelyssä, pyritään käyttämään neuvottelevaa solmutyöskentely -työtettä. Neuvottelevassa solmutyöskentelyotteessa eri ammattinedustajat pystyvät nopeasti yhdistämään ja eriyttämään toimintansa, kun asiakkaan tilanne sitä vaatii (Engeström 2004, 75). Tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa asiakkaan tarpeen mukaan prosessiin kutsutaan eri alan asiantuntijoita, joiden tulee yhdessä pohtia palvelujen ketjuttamista, kytkemään toimintansa yhteen sekä eriytymään niin, ettei asiakas joudu palvelujen ulkopuolelle ja heitteille tai saa päällekkäisiä palveluita.

Hankkeen aikana on mahdotonta saada mini-interventiota neljännen asteen ristiriitaan, jossa uutta mallia vakiinnutetaan perusterveydenhuollon malliksi. Mini-interventiomalli on hankkeen loppuessa edelleen kolmannen asteen ristiriidassa, sillä mini-interventio joutuu edelleen hakemaan paikkaansa perusterveydenhuollon palveluissa. Mini-interventioprosessia ei pystytä vielä arvioimaan, sillä palvelusta ei saada tarpeeksi tietoa toimivuudesta sekä tuloksia mallin vaikuttavuudesta. Vaikuttavuutta voidaan mitata vasta mahdollisesti vuoden kuluttua, kun malliin on ohjautunut asiakkaita tarpeeksi.

6 KEHITTÄMISPROSESSIN AIKATAULUTUS

Kehittämisen aikataulut on kuvattu taulukolla (taulukko 1), josta tulee esille kehittämistyön kannalta tärkeimmät asiat.

Taulukko 1 Kehittämistyön aikataulu

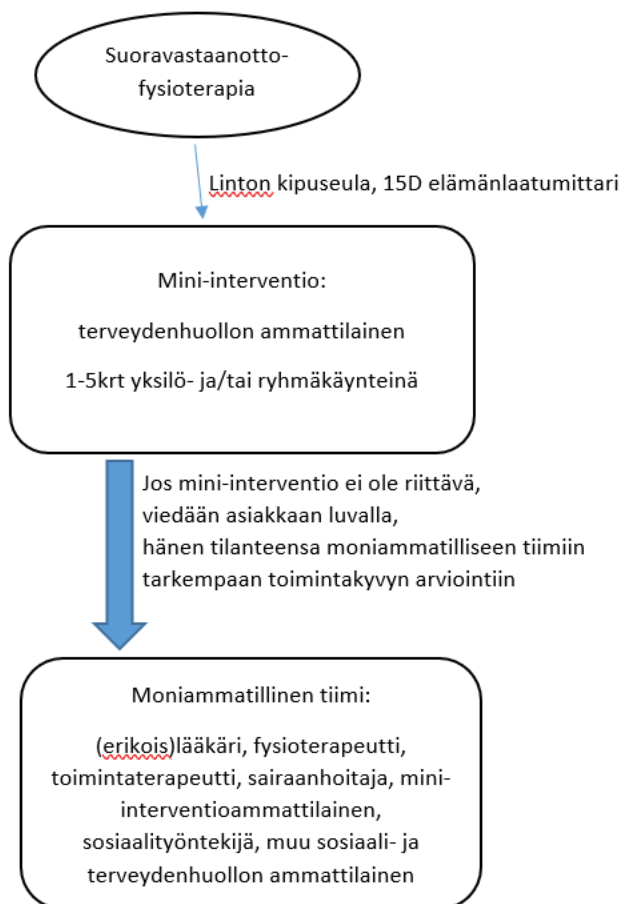
Kuukausi	Työvaihe
Touko-syyskuu 2017	Kipuasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessien selvittäminen ja toimenpiteistä kertominen Satakunnassa
Syyskuu 2017- maaliskuu 2018	Mini-interventiomallin työstäminen hankkeessa ja ajatuksen vieminen perusterveydenhuoltoon. Kirjallisuuteen tutustuminen ja erilaisiin koulutuksiin osallistuminen
Syyskuu 2017- maaliskuu 2018	Mini-interventioammattilaisten löytäminen perusterveydenhuollosta.
Helmi-syyskuu 2018	Mini-interventioammattilaisten koulutus. Mini-intervention viitekehyksen muodostuminen. Kirjallisuuteen tutustuminen.
Maalis-toukokuu 2018	Satakunnan kunnilta/kuntayhtymiltä on haettu tutkimuslupa tietojen keräämiseen hankkeelle. Lähetetty kysely Satakunnan perusterveydenhuollon puolella toimiville psykiatrisille sairaanhoitajille.
Kesäkuu 2018	Kehittämistyötä varten haettu tutkimuslupa Porin perusturvalta. Porin kaupunki hallinnoi hanketta. Tutkimusluvan myötä on oikeus käyttää hankkeeseen kerättyä tietoa kehittämistyöhön
Maalis-marraskuu 2018	Mini-interventiotoimenpiteestä kerätään tietoa. Hanke-työntekijöiden haastattelua. Mini-interventioammattilaisten verkostotapaamiset (2x)
Kesä-joulukuu 2018	Kehittämistyön kirjallisen osuuden työstäminen
Tammikuu 2019	Kehittämistyö valmis

Hankkeen kautta on keväällä 2018 haettu tutkimuslupaa jokaisesta kunnasta ja kuntayhtymästä, jossa mini-interventiomallia aloitetaan. Raportoitavaa kehittämistyötä varten on haettu tutkimuslupaa (Liite 3) Porin perusturvalta, koska Porin kaupunki hallinnoi hanketta. Tutkimuslupa on haettu kesäkuussa 2018 ja luvan myötä saan

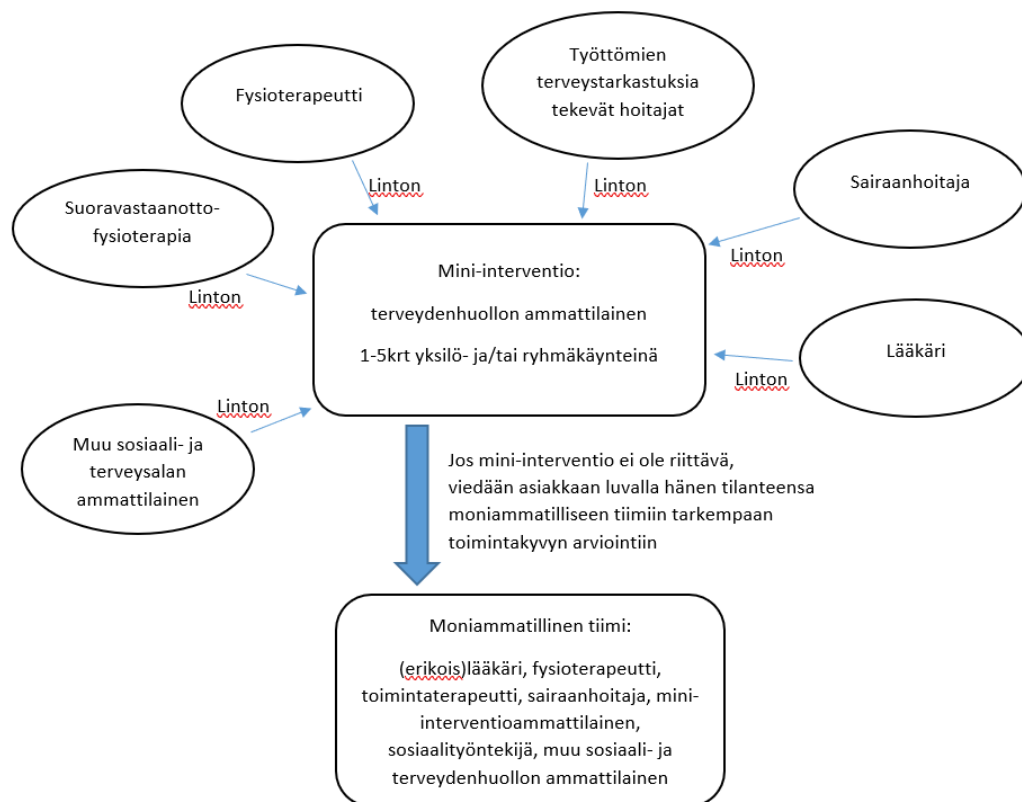
käyttää hankkeen kautta saatuja aineistoja kirjalliseen työhön. Kokemukset kirjoitetaan auki niin, ettei niistä ole ammattilainen tai kunta/kuntayhtymä tunnistettavissa.

7 MINI-INTERVENTION KEHITTÄMISPROSESSI PERUSTERVEYDENHUOLLOISSA

Hankkeessa on selvitetty kesästä 2017 lähtien, mitä palveluita Satakunnan kuntien ja kuntayhtymien perusterveydenhuollossa on kipuasiakkaille jo olemassa. Tämän jälkeen on lähdetty tarkemmin selvittämään, miten mini-interventio saadaan muodostumaan ja toimimaan jokaisen kunnan ja kuntayhtymän kohdalla. Tiedot on kirjattu ylös jokaisen kunnan/kuntayhtymän kohdalle, niistä on tehty kuvioita, miten esimerkiksi mini-interventioon voidaan ohjautua (Kuva 3 ja 4). Asioiden etenemiset on kirjattu kuukausittain hankkeessa tehtävään väliaikaraporttiin.



Kuvio 3 Satakunnan TULE-MIELI -hoito- ja kuntoutusmalli



Kuvio 4 Muut mahdolliset ohjautumispaikat

Projektisuunnittelijat ovat käyneet useasti keskustelua, joko puhelimitse tai sähköpostitse mallin käynnistämisestä kuntiin/kuntayhtymiin. Projektisuunnittelijat ovat tavanneet mini-interventioammattilaisten ja heidän esimiesten kanssa ja on keskusteltu mallista ja sen viitekehyksestä. Projektisuunnittelijat ovat pyrkineet tukemaan muutoksen tapahtumista perusterveydenhuollon puolella tukemalla mini-interventioammattilaisia mallin sisäistämisessä sekä keskustelemalla esimiesten kanssa, jotta sitoutuisivat muutostyöhön ja tukisivat työntekijöitä. Kunnissa/kuntayhtymissä on järjestetty omia kehittämispalavereita mini-interventiomallista, jossa on moniammatillisesti pohdittu mini-interventiota ja moniammatillista yhteistyötä. Palavereihin on kutsuttu sekä sosiaali- että terveystalouden työntekijöitä ja esimiehiä, jotta saadaan yhteinen näkemys asiaan.

Mini-interventioammattilaisten verkostotapaamisia on kaksi, joista toinen on järjestetty toukokuussa ja toinen marraskuun aikana yhdessä suoravastaanottofysioterapeuttien kanssa. Ensimmäisessä verkostotapaamisessa on käyty läpi mallin muodostumista, kuten miten mini-interventioon ohjaututaan, miten ajanvaraaminen tapahtuu (soittamalla, henkilöajanvaraus), voiko asiakkaan ohjata mini-interventioon kuntayh-

tymissä yli ”rajojen”, kirjaaminen käyttöjärjestelmiin, 15D uudelleen mittaaminen ja yhteistyö muiden ammattilaisten kanssa. Toisessa tapaamisessa on kerätty käytännökokemusta mallista, mitä muutoksia on tehty, mitkä on koettu hyviksi ja toimiviksi systeemeiksi. Mini-intervention pilotointi loppuu viimeistään syyskuun lopulla 2018. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018, Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Verkostotapaamisiin on kutsuttu kaikki mini-interventiota toteuttavat ammattilaiset eli 23 terveydenhuollon ammattilaista. Tällöin paikalle kutsutaan myös ne ammattilaiset, jotka eivät osallistu hankkeen tarjoamaan koulutukseen, vaan ovat saaneet aikaisemmin koulutuksen, joka tukee mini-interventiomallin toteuttamista. Tämä mahdollistaa sen, että voidaan saada myös erilaista näkökulmaa mini-intervention toteuttamiseen. Toiseen verkostotapaamiseen on kutsuttu myös suoravastaanottofysioterapeutit, jotta voidaan käydä yhteistyössä, kehittävää keskustelua TULE-MIELI -hoito- ja kuntoutuspolusta Satakunnassa.

7.1 Mini-interventiokoulutuksen sisältö ja toteutus

Koulutukseen osallistujat ovat saaneet heti työvälineitä mini-intervention toteuttamiseen ja kouluttaja, Integrumin Juhani Laakso, on heille määritellyt mini-intervention viitekehysten. Mini-interventiossa voidaan lähteä liikkeelle palauttamalla asiakkaan muisti siihen tilanteeseen, kun hänellä ei ole ollut kipua. Asiakkaalta voidaan kysyä, mitä hän on silloin tehnyt ja mitä hyvää elämässä on ollut. Sen jälkeen asiakkaalta voidaan kysellä, mitä hän elämältä haluaa, mitä olisi valmis tekemään asian eteen ja mikä häntä estää tekemästä. Mini-interventiossa tavoitteena on tukea asiakasta positiivisten asioiden kautta tekemään muutosta elämään ja hyväksymään oman tilanteen. Mini-interventiossa painotetaan sitä, että kipu ei saa olla elämän tärkein asia. (Laakso 2018.)

Taulukko 2. Mini-interventiokoulutuspäivät ja sisältö

14.3.–15.3.2018	Jakso 1. Aktiivinen liikkeellelähtö lyhytkestoisessa työskentelyssä.
3.4.2018	Jakso 2. Hyvinvoinnin ja kuntoutumismotivaation perusteiden vahvistaminen.
19.4.2018	Jakso 3. Terveyskäyttäytymisen funktioanalyysin rakentaminen kuntoutujan itseymmärryksen ja motivaation pohjaksi.
2.5.2018	Jakso 4. Muutoksen esteiden ja hidasteiden tunnistaminen ja työstäminen.
11.5.2018	Jakso 5. Ajatuksiin juuttuminen edistymisen hidasteena.
29.5.2018	Jakso 6. Rauhoittuminen ja lepääminen nykyhetki-kontaktissa.
14.8.2018	Jakso 7. Opiteen integrointi ja päätös. Haasteelliset tilanteet ja oma jaksaminen.
17.9.–18.9.2018	Lisäpäivät: Satakunnan yhtenäinen malli ja kertaus koulutuspäivistä sekä mini-interventio ryhmätoiminnan käynnistäminen.

Tavoitteena on, että mini-interventiokoulutuksessa opitaan näkemään asiakas kokonaisuuksena ja selvittämään asiakkaan tarpeet. Mini-interventio ei ole terapiaa, vaan siitä hyötyvät ne asiakkaat, jotka ovat kykeneviä muutaman kerran, 1-5 ohjauskerran ja mini-interventiossa saatujen työkalujen ja -keinojen avulla vahvistamaan omia voimavarojaan. (Laakso 2018.)

Koulutuksessa on annettu keinoja työskennellä kipuihmisten kanssa, joilla on tuki- ja liikuntaelinongelmien lisäksi unettomuutta, ahdistuneisuutta ja/tai masentuneisuutta. Mini-interventiossa pyritään varhaisella tuella ehkäisemään mielenongelmien muodostumista kroonisiksi ongelmiksi ja saamaan aikaan positiivista muutosta ajatteluun kivuista huolimatta. Jos asiakas on masentunut, hänet ohjataan eteenpäin hänelle tarpeellisten palvelujen piiriin. Mini-interventiossa autetaan, tuetaan, mutta myös ohjataan eteenpäin tarvittaessa. (Mäkinen 2018.)

7.2 Yksilö- vai ryhmämuotoinen ohjauskäynti

Perusterveydenhuollon moniammatillisissa tiimeissä on jouduttu pohtimaan sitä, että toteutetaanko mini-interventiomallia yksilö- ja/tai ryhmämuotoisena. Pohdinnassa on ollut, mikä on resurssin kannalta paras ratkaisu, keitä ovat ne ammattilaiset, jotka ryhmiä ohjaavat. Ovatko ryhmän ohjaajat molemmat mini-interventioammattilaisia vai onko toinen mahdollisesti suoravastaanottofysioterapeutti, perinteistä fysioterapiaa tarjoava terapeutti vai sairaan-/terveydenhoitaja? Ryhmämuotoisessa mini-interventiossa voidaan käyttää myös muiden ammattilaisten osaamista esimerkiksi psykofyysistä fysioterapiaa, kunhan mallissa pysytään mini-intervention viitekehyydessä.

Kunnissa on mietitty erilaisia malleja mini-interventiosta (Liite 4). Lähes jokaisessa mallissa asiakkaat tulevat ensimmäisellä kerralla yksilövastaanottoon, jossa kartoitetaan tilanne. Sen jälkeen asiakas ohjataan pilotin aikana joko ryhmään tai mini-interventiota jatketaan yksilövastaanottona. Ryhmien sisällössä ja suunnittelussa on käytetty hyväksi myös muiden ammattilaisten näkökulmaa. Mini-interventiota tekevät ammattilaiset saavat mini-interventiokoulutuspäivässä myös lisää keinoja, ajatuksia sekä sisältöä ryhmien ohjaamiseen.

Yksi mini-interventiomalliesimerkki sisältää aluksi ohjauksen mini-interventiokoulutuksen käyneelle sairaanhoitajalle, joka tekee alkukartoituksen. Kartoituksen jälkeen asiakas ohjataan ryhmään ja viimeinen kerta on jälleen sairaanhoitajalle, joka antaa asiakkaalle 15D täytettäväksi ja pohtii jatkotarpeen. Tarvittaessa sairaanhoitajalla on mahdollisuus viedä asiakkaan tilanne moniammatilliseen tiimiin jatkotarpeen arviointiin, jos asiakas näin haluaa ja kokee sen tarpeelliseksi. Moniammatillisessa tiimissä on erikoislääkäri, sosiaalityöntekijä/-ohjaaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, mini-interventioammattilainen, ja muut tarpeelliset ammatinedustajat.

Toisessa esimerkissä asiakas ensin ohjataan terveydenhuollon ammattilaiselle, joka selvittää asiakkaan tilanteen. Asiakkaan tarpeiden mukaan terveydenhuollon ammattilainen kutsuu tarvittavat muut ammattilaiset asiakkaan tilanteeseen mukaan. Näitä ammattilaisia ovat mini-interventiokoulutuksen käyneet sairaanhoitajat, fysiotera-

peutti, psykiatri, kuntoutusohjaaja sekä sosiaalipuolen työntekijä. Asiakkaan tilannetta lähdetään selvittämään kattavasti heti.

Kolmannessa esimerkissä asiakas saa koko mini-interventiopalvelun yksilöohjauksena. Asiakas ohjataan suoraan mini-interventioammattilaiselle, joka ottaa asiakkaan tilanteesta kopin. Tarvittaessa mini-interventioammattilainen pyytää asiakkaan tarpeen mukaan muita ammattilaisia, kuten sosiaalityöntekijän, lääkärin, psykiatrin.

7.3 Asiakkaan ohjautuminen mini-interventioon

Mini-interventio mallia on lähdetty muodostamaan joissakin kunnissa jo alkuvuodesta 2018. Ohjautumista on tapahtunut erikoislääkärin tai erikoissairaanhoidon kautta. Näissä malleissa joko lähettävä taho on antanut asiakkaalle Linton kipuseulan täytettäväksi ja siitä asiakas on ohjautunut mini-interventioammattilaiselle tai asiakas on tullut kipuasiakkaana ja saanut Linton -kipuseulan täytettäväksi ennen mini-interventiopalvelun alkamista.

Hankkeessa on luotu TULE-MIELI –hoito ja kuntoutusmalli, jossa ajatuksena on, että suoravastaanotosta ohjataan kipuasiakas mini-interventioon siinä tapauksessa, jos suoravastaanotosta saadun palvelun asiakas ei koe riittäväksi. Näin kipuasiakkaan tilanne pyritään ottamaan kokonaisvaltaiseen huomioon. Vaikka alkuun asiakkaat ohjautuvat suoravastaanottofysioterapiasta, perusterveydenhuolloissa pohditaan myös muita ohjautumispaikkoja. Ohjautumispaikkoina voidaan käyttää samoja, joita käytetään jonkun toisen palvelupolun lähettävinä tahoina. Ohjautumispaikoiksi on mietitty esimerkiksi perinteistä fysioterapiaa, työttömien sekä pitkäaikaistyöttömien terveydenhuoltoa. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018.)

Mini-interventioon määritellään yhteiset ohjautumiskriteerit. Palveluun ohjataan, kun

- Linton –kipuseulan pisteet ovat > 50 ja/tai
- kysymyksistä 4, 5, 6 ja 8 (yhdestä tai useammasta) asiakas ympyröi joko 5 tai sitä suuremman numeron.
- jos keskustelussa tulee esille asioista, jotka vaativat tarkempaa arviointia.

Linton -kipuseulan asiakas täyttää esimerkiksi suoravastaanottofysioterapiassa, fysioterapiassa tai vaikkapa työttömien terveystarkastuksessa. Joissakin kunnissa/kuntayhtymissä on suunniteltu Linton -kipuseulan käytön ohjeistamista lääkäreille, terveydenhoitajille, sairaanhoitajille sekä fysioterapeuteille. Ohjautumispaikassa annetaan 15D asiakkaan täytettäväksi ja samalla annetaan ohjeistus, miten mini-interventioon pääsee.

Useassa kunnassa on useampi mini-interventioammattilainen, jolloin pyritään mahdollistamaan se, että toiminta pyörii myös lomien aikana. Koska kunnissa mini-interventioammattilaisia on eri ammatinedustajia, on jouduttu miettimään myös kriteeristöä, milloin ohjataan hoitapuolen edustajalle ja milloin terapeutille. Näiden koetaan selkiytyvän, kun saadaan enemmän kokemusta mini-interventiomallista.

Mini-interventioon ohjautuville asiakkaille laaditaan oma jonotuskirja ja tilastointiin pyritään laittamaan omat merkinnät. Tilastointia sekä jonotuskirjaa ei heti alkuun muodosteta jokaiseen kuntaan/kuntayhtymään. Joidenkin kuntien/kuntayhtymien perusterveydenhuollon omille intranet sivuille on laitettu Linton -kipuseula ja 15D elämänlaatumittari, jotta se on eri ammattilaisten helposti saatavissa.

7.4 Mini-interventio vaikuttavuuden seuranta

Ennen mini-interventio toimintamallin alkua, asiakas täyttää 15D elämänlaatumittarin. 15D on tarpeeksi lyhyt kysely, jotta asiakkaan on helppo se täyttää ja lisäksi siinä kysytään laaja-alaisesti asiakkaan tilanteesta. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018, Thl www-sivut 2018.) 15D elämänlaatumittarin annetaan asiakkaalle täytettäväksi, jos ohjautumiskriteerit täyttyvät (Linton -kipuseula) ja asiakas haluaa mini-interventiopalveluun. Asiakas täyttää 15D uudestaan 6kk-1vuoden (hankkeen aikana 3kk) kuluttua edellisestä kerrasta. Silloin arvioidaan asiakkaan saaman palvelun tarkoituksenmukaisuus, eli onko mini-interventio ja sen aikana asiakkaan saamat avut vaikuttaneet hänen elämänlaatuunsa. Seurannassa arvioidaan asiakkaan sen hetkinen tilanne ja tarvittaessa ohjataan esimerkiksi erikoissairaanhoidon piiriin tai tarkempaan toiminta- ja työkyvyn arviointiin. Tällä seurannalla pyritään tukemaan palveluketjun sujuvuutta ja sen avulla on mahdollista löytää asiakkaan

kuntoutuspolun pullonkaulat ja toimimattomat palvelut. Tavoitteena on, että asiakas saa tarpeidensa ja tavoitteidensa mukaista palveluja, jotka perustuvat näyttöön ja tämän avulla asiakas etenee työkyvyn tuen palveluketjussa kohti työhön paluuta tai työssäpysymistä. (Satasoten www-sivut, hankesuunnitelma 2017)

7.5 Moniammatillinen tiimi

Mini-interventioammattilaisten työmenetelminä ovat motivoiva haastattelu, ratkaisukeskeinen työote sekä tietoisuus-, hyväksymis- ja omistautumistaitojen omaksumisen tukeminen. Tarvittaessa asiakkaan tilanne selvitetään moniammatillisessa tiimissä, jolloin pyritään siihen, että asiakkaan tarvitsema apu tulee saada kerralla eikä hänen tarvitse jonottaa erikseen eri ammattilaisille. Moniammatilliseen tiimiin ohjautuvat ne asiakkaat, joiden elämäntilanne vaatii tarkemman arvioinnin ja enemmän palveluita. (Mari Pihl hankepäiväkirja 2018.)

Kunnissa ja kuntayhtymissä kokeillaan pilotin aikana erilaisia vaihtoehtoja, missä vaiheessa mini-interventiota moniammatillinen tiimi kokoontuu. Yhdessä mallissa tiimi kokoontuu, jos mini-interventiosta asiakas ei koe saaneensa apua ja hän haluaa asiansa viettävän moniammatillisen tiimin käsiteltäväksi. Toisessa mallissa moniammatillinen tiimi kokoontuu heti alkuhaastattelun jälkeen. Esimiestasolla painotetaan, että mini-interventiomallissa ei saa unohtaa lääkärin osaamista. Mini-interventiomallissa ammattilaisen toimenkuvaan kuuluu huolehtia, että asiakas pääsee niiden ammattilaisten palvelujen piiriin, joita hän kokee tarvitsevänsä. (Mari Pihl hankepäiväkirja 2018.)

8 TULOKSET

Mini-intervention pilotointiaika on ollut 21.5.-16.9.2018 välisen ajan. Satakunnan kunnista/kuntayhtymistä osa on osallistunut koko pilottiaikaan, joissakin paikoissa on osallistuttu vain muutaman viikon ajan.

8.1 Ohjautuminen mini-interventioon

Ennen varsinaisen pilotin alkamista on muutamassa perusterveydenhuollon paikassa ohjattu Linton -kipukyselyn kautta mini-interventioon. Ohjautuneet asiakkaat eivät välttämättä ole olleet hankkeen mini-interventiomallista hyötyviä, vaan lähettävällä taholla on ollut ajatuksena ehkä enemmän se, että asiakas saa esimerkiksi fysioterapiaa eikä mini-interventiota.

Pilotin aikana mini-interventioon on ohjautunut vähäinen määrä asiakkaita ja nämä käynnit ovat toteutuneet vain yksilökäynteinä. Ryhmämallia kehitetään edelleen ja mini-interventiokoulutuksessa on terveydenhuollon ammattilaiset saaneet keinoja, joita voivat käyttää kehittämistyössään. Mini-interventioon on ohjautunut 18 asiakasta, joista 6 ohjautunut suoravastaanottofysioterapian kautta ja loput perinteisen fysioterapian kautta. Linton -kipuseulalla arvioitaessa on 80 asiakkaalla pisteet nousseet yli 50. Useat asiakkaat ovat kieltäytyneet mini-interventiosta. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Mini-interventioon ohjautuminen on sovittu tapahtuvan niin, että lähettävä taho sopii asiakkaan kanssa yhteydenotosta mini-interventioammattilaiseen. Ajanvaraus on sovittu tapahtuvan pääsääntöisesti siten, että fysioterapeutti on mini-interventioammattilaiseen yhteydessä ja mini-interventioammattilainen on asiakkaaseen yhteydessä ja antaa ajan. On myös sovittu, että mini-interventioammattilainen kirjaa asiakkaan tiedot omalle asiantuntija -lehdelleen (mini-interventioammattilaisia on eri alan ammattilaisia). Kirjaamisessa käytetään seuraavia otsikoita:

- tulosyy; mini-interventio
- nykytila
- suunnitelma.

Linton -kipuseulan asiakas on täyttänyt perinteisen tai suoravastaanottofysioterapeutin vastaanotolla. Jos asiakas ohjautuu mini-interventioon, antaa lähettävä taho 15D kotiin mukaan täytettäväksi. Asiakas tuo lomakkeen täytettynä mini-interventioammattilaiselle. 15D annetaan useamman kuukauden jälkeen joko mini-interventiokäynnin aikana asiakkaan täytettäväksi tai se lähetetään asiakkaan kotiin palautuskuoren kanssa. Pilottiajan lyhyden vuoksi ei juurikaan pystytty tekemään

uusintamittauksia 15D -elämänlaatumittarilla ja arvioimaan palvelujen vaikuttavuutta. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

8.2 Mini-interventioammattilaisten kokemukset mini-interventiosta

Vaikka mini-interventioammattilaisilla on vähän kokemusta Linton -kipukyselystä, on sitä kuitenkin pääsääntöisesti pidetty hyvänä työkaluna tunnistamisessa. Linton -kipukyselyn lisäksi tarvitaan ammattilaisen havainnointia ja arviointia tilanteesta. Osa ammattilaisista ottaa sen valikoidummin käyttöön ja osa ottaa sen pysyvämpään käyttöön. Linton -testi on koettu hyvänä keskustelun pohjana, fysioterapeutit ovat kokeneet, että on helpompi ottaa muun muassa masentuneisuus keskustelun aiheeksi, jos asiakas on itse rastittanut tämän vaihtoehdon. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Lyhyeen pilotoinnin aikana ei saatu tarpeeksi monta 15D elämänlaatumittausta tehtyä sekä seurannan kannalta tärkeitä uusintamittauksia, jotta voitaisiin tehdä johtopäätöksiä 15D käytettävyydestä vaikuttavuusmittauksessa. Lisäksi uusintamittauslomakkeiden palauttaminen on ollut vähäistä. Asiakkaat ovat kokeneet sen vaikeaksi täyttää, koska heillä on ollut vaikeaa valita kahden vaihtoehdon väliltä. Vaihtoehtojen koetaan olevan niin lähellä toisiaan. Jotkut asiakkaat ovat kokeneet lomakkeen liian pitkäksi, toiset eivät ole löytäneet oikeita vastauksia tai ovat kokeneet, ettei kysymys ole sopineet heidän tilanteisiinsa. 15D elämänlaatumittari on kuitenkin ammattilaisten keskuudessa koettu hyvänä keskustelun pohjana. Tämä mittari koetaan kokonaisvaltaisessa arvioinnissa hyvänä mittarina. Asiakkaan tilanne arvioidaan laaja-alaisesti, mitään osa-aluetta unohtamatta. 15D:n avulla vaikeitakin asioita on helppo ottaa puheeksi, kun asiakas on itse ne ilmaissut mittarin avulla. Linton -kipuseulan ja 15D elämänlaatumittarin lisäksi mini-interventiossa on käytetty myös BDI masennusseulaa, jos mini-interventio on koettu riittämättömäksi. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Terveystieteiden ammattilaiset, jotka ovat osallistuneet mini-interventio- ja koulutukseen ovat kokeneet saaneensa hyviä keinoja asiakastilanteisiinsa. He kokevat, että heillä on erilainen ote kohdata asiakas sekä erilaisia keinoja, joiden

avulla saadaan asiakkaat tekemään muutoksia elämäntilanteisiin. Ammatillaiset kokevat, että oma katsantokanta on laajentunut, jonka arvioivat auttavan myös asiakasta laajentamaan omaa näkökulmaa. Lähestymiskeinot ovat enemmän ratkaisu- ja voimavarakeskeisiä ja nämä keinot toimivat muissakin asiakastilanteissa kuin pelkästään mini-interventiokäynneillä. Asiakas saa ammatilliselta keinoja, joilla pystyy menemään kohti omia tärkeitä arvoja ja tavoitteita, jolloin on helpompi vaikuttaa omaan tilanteeseen ja elämänlaatuun. Koulutuksen käyneet ammatillaiset ovat harmittelleet sitä, etteivät ole päässeet käyttämään näitä keinoja enemmän mini-interventiotilanteissa. Mini-interventioon ohjautuminen on ollut vähäistä. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Mini-interventioammattilaisilla on kokemus siitä, että tästä palvelumallista asiakkaat ovat myös hyötäneet. Malliin ohjautuneilla on kivun lisäksi ollut unettomuutta, ahdistuneisuutta sekä parisuhde- että taloudellisia ongelmia. Mini-intervention avulla asiakkaat ovat saaneet voimavaroja tehdä ratkaisuja elämäntilanteeseen, jonka seurauksena asiakkaat ovat olleet jakson lopussa tasapainoisempia ja tyytyväisempiä. 15D uusintamittauksessa tulokset ovat muuttuneet positiivisemmiksi kohdissa, joissa on mitattu unettomuutta, masentuneisuutta, ahdistuneisuutta sekä energisyyttä. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Kehittävässä arviointikeskustelussa on tullut esille myös esimerkkejä asiakkaiden etenemisestä palvelupolulla. Mini-interventioammattilaiset ovat kertoneet, että pilotin aikana asiakkaita on ohjautunut toisen palvelun piiriin muun muassa kuntoutusjaksolle ja vapaaehtoistyöhön. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Mini-interventioon ohjautuneiden määrän jäätyä pilotointiajalla vähäiseksi (N=18) ammattilaisten kokemukset mallista ovat vielä vähäiset sekä sen vaikuttavuudesta on vaikeaa tehdä arviointia. Mini-interventioammattilaiset kokevat kuitenkin, että oikea-aikaisella palvelulla voidaan todennäköisesti vaikuttaa elämänlaadun kohentumiseen. Ratkaisu- ja voimavarakeskeinen lähestymistapa antaa asiakkaalle ajattelemisen ai-
hetta ja tukee häntä elämänsuunnan muutoksessa. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat ottaneet TULE-MIELI hoito- ja kuntoutusmallin positiivisesti vastaan. Mini-interventiomallissa toivotaan, että ohjautuminen toteutuu jatkossakin terveyden-/sosiaalihuollon ammattilaisen kautta eikä suoraan ajanvarauksesta. Ohjauskäyntien määrä (3-5krt) on koettu hyväksi. Ammattilaiset kokevat, että silloin ei tule liiallista asiakkaan takertumista mini-interventioammattilaiseen. Mini-interventiokäyntejä on ollut keskimäärin 1-2 kertaa. Asiakkaille on kerrottu, että uudelleen voi ottaa yhteyttä, matalalla kynnyksellä. Ryhmätoiminnan kehittämistä on jo aloitettu ja se on koettu positiivisena lisänä. Hyvänä asiana on koettu myös yhteistyön lisääntyminen niiden ammattilaisten kanssa, joiden kanssa yhteistyö on aiemmin ollut vähäistä. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

9 POHDINTA

Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeen toiminta-aika on ollut lyhyt. Vuosi ja 6 kuukautta on ollut aikaa hanketyöntekijöiden muun muassa sisäistää toimenpiteen idea, selvittää perusterveydenhuollon nykyiset palvelut, auttaa esimiehiä löytämään mini-interventioammattilainen, kilpailuttaa koulutukset ja tukea mini-interventioammattilaisia mallin toteuttamisessa. Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeessa toimenpiteet ovat olleet niin isoja ja muutokset ovat kohdistuneet perusterveydenhuoltoon, jossa terveydenhuollon ammattilaisten on pitänyt tehdä muutostyötä oman työn ohella. Engeström (2004, 60) mukaan oppimisyksiköt perusterveydenhuollon organisaatioissa voivat kestää kuukausista vuosiin. Koulutusten viivästyminen on vaikeuttanut mini-intervention viemistä perusterveydenhuoltoon, joka taas on vaikuttanut pilotin alkamisajankohtaan. Pilotoinnista saatuihin tuloksiin on vaikuttanut se, että pilotointi-aika on ollut liian lyhyt ja ajankohta on ajoittunut työntekijöiden kesäloma-aikaan.

9.1 Mallin idean vieminen perusterveydenhuoltoon

Mini-interventio ajattelumallin vieminen perusterveydenhuollon puolelle on pitkä prosessi. Mini-interventio mielletään päihdepuolen asiaksi, sen vuoksi on vienyt paljon aikaa, jotta esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaiset ymmärtävät, mitä mini-

interventiomalli sisältää kipuasiakkaan hoito- ja kuntoutumisprosessissa. Ennen kuin mini-interventiota on voitu markkinoida perusterveydenhuollon puolelle, on myös projektisuunnittelijoiden ensin pitänyt sisäistää tämä ajattelumalli.

Koska TULE-MIELI –hoito ja –kuntoutusmalli on uusi, aikaa on paljon vienyt sen erottaminen jo olemassa olevista malleista. Hankkeen aikana on pitänyt huomata se, mikä tekee mini-interventiosta tärkeän ja kannattavan satsauksen perusterveydenhuollon puolelle. Markkinoinnissa on tietenkin auttanut se tosiasia, että kyseessä on hallituksen kärkihanke ja kaikki Satakunnan kunnat ja kuntayhtymät ovat sitoutuneet mallin kehittämiseen ja kunnan työntekijät ovat velvoitettu tekemään kehittämistyötä oman työn ohella.

Mini-intervention eteenpäin vientiä perusterveydenhuollon puolelle on haitannut se, että Satakunnassa on meneillään monta hanketta ja samat työntekijät ja esimiehet ovat useassa hankkeessa mukana. Tämä on välillä aiheuttanut sen, että he eivät aina tiedä, mihin hankkeeseen mikäkin toimenpide kuuluu. Lisäksi työntekijöiden keskuudessa on podettu hankeväsymystä.

Mini-interventiomalli on vuoden aikana elänyt ja nyt keväällä 2018, koulutuksen avulla, sen sisältö ja viitekehys on alkanut muotoutua. Tämä malli joutuu hakemaan paikkaansa perusterveydenhuollon puolella, sillä jokaisessa kunnassa ja kuntayhtymässä työskentelee psykiatrisia sairaanhoitajia, joille ohjautuu ensikontaktissa ne asiakkaat, joilla on jaksamisen kanssa ongelmia. Perusterveydenhuollossa on jouduttu pohtimaan, miten sitten mini-interventioammattilaisen työ erottuu psykiatrisen sairaanhoitajan työstä.

Koska mini-interventio ei ole terapiapalvelua, se voidaan tarjota perusterveydenhuollon matalan kynnyksen palveluna ja se tulee toteuttaa varhaisessa vaiheessa tuki- ja liikuntaelinasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia. Varhaisessa vaiheessa toteutettuna mini-interventio on nopea tuki työkyvyn paranemiseen. Asiakasta pystytään auttamaan uuden suunnan löytämisessä, tukemaan muutos- ja hyväksymisprosessissa sekä mini-interventioammattilainen pystyy tarvittaessa ohjaamaan eteenpäin, jos mini-interventio ei ole ollut riittävä palvelu. Mini-interventiota voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmämuotoisena ja koulutuksen saaneilla on menetelmät molempiin. (Laakso

2018.) Haasteena mini-interventiassa on se, että jokaiselle ihmiselle on löydettävä juuri hänelle sopiva ja toimivat kivunhallintakeinot. Länsimainen lääketieteellinen koulutus kuitenkin keskittyy perinteisesti sairauksien tunnistamiseen ja parantamiseen eikä siinä pohdita juuri lainkaan kivunhoidon kannalta tärkeitä asioita, kuten empaattisuutta kohtaamisessa, kuuntelemista, myötäkulkemista ja voimaannuttamista. (Miranda 2016, 8-9.)

Mini-intervention mallin muodostumisen kannalta hyvin tärkeä seikka on ollut löytää ammattilainen, joka toteuttaa tämän palvelun. Koska uusia ammattilaisia ei perusterveydenhuoltoon palkata, pitää ammattilainen löytyä olemassa olevista työntekijöistä. Työntekijän löytyminen on toisissa kunnissa/kuntayhtymissä ollut helppoa, kun taas toisissa työntekijä on vaihtunut kesken koulutuksen. Ja kun kyseessä on kuntayhtymä, joudutaan miettimään tarkemmin saatavuutta, montako ammattilaista tarvitaan, miten ohjautuminen toteutuu ja kuka on se ammattilainen, joka pystyy mini-interventiota toteuttamaan ja ylitetäänkö tarvittaessa kuntarajoja palvelun tarjoamisessa.

Satakunnassa, useammassa paikassa, on suoravastaanottotoiminta ollut pilotin jälkeen tauolla palkkausasian vuoksi. Tämä tietenkin vaikuttaa mini-interventiomallin toimimiseen. Edellä mainitun asian vuoksi ja, jotta pystytään mini-interventiota juurruttamaan perusterveydenhuoltoon, on tärkeää pohtia myös muita ohjautumispisteitä. Pääsääntöisesti ammattilaiset ovat nähneet hyödyllisenä, että Linton -kipuseula olisi käytössä myös muilla ammattilaisilla, joille ohjautuu tuki- ja liikuntaelinasiakkaita. Näitä ovat lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, kuntoutusohjaajat sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset. Mini-interventioammattilaiset ovat kokeneet, että myös iäkkäät henkilöt hyötyisivät mini-interventiosta. Tärkeäksi nähdään se, että mini-interventiosta tulisi informoida Satakunnan asukkaita. (Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

9.2 Mini-interventioammattilaiset ja koulutus

Mini-intervention eteenpäin viemistä perusterveydenhuollon puolelle on viivästyttänyt se, että koulutukset on saatu alkamaan vasta keväällä 2018 ja koulutuspäiviä (6

kevällä ja 2 syksyllä) on enemmän kuin on esimiestasolla oletettu. Mini-intervention koulutuspäivät sekä pilotoinnin nopea alku on aiheuttanut haasteita työntekijöiden työaikojen järjestämisessä. Työntekijöiden työkalenterit ovat täynnä ja heillä on ollut vaikeuksia löytää aikaa, jolloin suunnittelevat mallia sekä varata vapaita aikoja mahdolliselle mini-interventioasiakkaalle. Lisäksi mini-interventioammattilaiset ovat joutuneet kehittämään, miettimään tilastoiteja, jono-kirjoja, ohjautumista, sekä muita asioita, ennen kuin malli voidaan aloittaa. Tämä on vienyt aikaa siitä perustyöstä, joita työntekijät tekevät perusterveydenhuollossa, joka taas on aiheuttanut hieman stressiä, kun perustyöt kasaantuvat. Joissakin paikoissa on laadittu myös ajanvarauskirja, mutta haasteita on tuoneet ne tilanteet, kun mini-interventioaikoja on täytetty muilla varauksilla.

Mini-interventiomalli on muuttunut syksyn 2017 ja kevään 2018 välillä ja sitä tekevät työntekijät ovat muuttuneet joissakin paikoissa. Tämä johtunut osittain siitä, että mallin sisältö on avautunut paremmin ajan kuluessa ja ne työntekijät, joita tämä malli kiinnostaa on löytynyt paremmin, kun on osattu oikealla tavalla markkinoida. Myös esimiestasolle on tullut koulutuksen myötä selkeämpi kuva palvelumallin sisällöstä.

Tavoitteena on ollut löytää ne työntekijät, jotka työskentelevät jo näiden asiakkaiden parissa, ja antaa heille mini-interventiokoulutuksen kautta lisää tietoa ja taitoa kivun hoidosta. Mini-interventiossa tavoitteena on kuitenkin löytää ne asiakkaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotka hoitamattomana ovat muutaman vuoden kuluttua joko pitkäaikaistyöttömiä kivun vuoksi tai työkyvyttömyyseläkkeellä.

Kaikki mini-interventiota toteuttavat ammattilaiset eivät ole olleet koulutuksessa, joten lähestymistavassa on varmasti poikkeavuutta. Mini-interventiokoulutuksessa on pääasiassa sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia, mutta myös fysioterapeutteja, psykiatrisia sairaanhoitajia sekä muita kuntoutuksen ammattilaisia.

9.3 Mini-intervention kohderyhmä

Hankkeen aikana on paljon pohdittu sitä, miten löytyy ne asiakkaat, jotka hyötyvät lyhyestä interventiosta. Asiakkaiden tilanteet voivat olla niin haastavassa tilanteessa,

että he tarvitsevat terapiaa, silloin häntä ei kuulu ohjata mini-interventioon. Ohjautumiskriteeristöön on määritelty myös se, että jos asiakkaalla on jo kontakti mielen-terveyspuolelle, he eivät kuulu tämän mallin kohderyhmään.

Hankesuunnitelmassa on määritelty, että kohderyhmään kuuluvat ne, joilla on mielen-terveys light ongelmaa. Tätä on ollut vaikeaa määritellä selkeästi. Light –sana on herättänyt epärointiä ja jossain tilanteessa jopa huvittuneisuutta. Jotta mallia on ollut helpompi markkinoida, olemme hankesuunnittelijoiden kesken määritelleet kohde-ryhmään kuuluviksi ne, joilla on kivun myötä tullut unettomuutta, ehkä ahdistuneisuutta sekä jaksamisen ongelmaa, joka on aiheuttanut työkyvyn alenemaa. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018.)

Mini-interventiopalvelumallia on lähdetty kokeilemaan myös olemassa olevaan palvelupolkuun lisäämällä Linton -kipuseula ohjautumisvälineeksi ja 15D elämänlaatu-mittari vaikuttavuuden mittariksi. Kipuseulan kautta ohjautuneet asiakkaat mini-interventioammattilainen on arvioinut, hyötyykö lyhyestä interventioista vai tarvitseeko terapiajakson.

On vaikeaa alkuun löytää niitä asiakkaita, jotka oikeasti hyötyvät varhaisesta puuttumisesta. Siis niitä asiakkaita, jotka muutaman kerran voimaannuttamisohjauksella saa elämänhallintansa kuntoon ja saa voimavaroja, työvälineitä itsensä hoitamiseen. Koska mini-interventio on lyhyt puuttumisenmalli, siitä todennäköisesti hyötyvät ne asiakkaat, jotka ovat kykeneviä itsenäiseen kuntoutumiseen ja ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnista ja kuntoutumisesta. Näitä asiakkaita ei heti löydy, koska mielen-terveydestä puhuttaessa voi tämä karsia asiakkaita. Asiakkaat ovat kieltäytyneet täyttämästä 15D eivätkä ole motivoituneet mini-interventioista, kun ammattilaiset ovat käyttäneet mielen-terveys -sanaa. Onkin tärkeää miettiä, mitä sanoja asiakkaan ohjaamisessa käytetään. Ohjataanko asiakas psykiatriselle sairaanhoitajalle keskustelemaan vai mini-interventioammattilaiselle tai käytetäänkö vain työntekijän nimeä? Ja onko parempi puhua keskustelusta ja työkalujen antamisesta? Mini-interventio on voitu kokea myös ”kallonkutistaja” malliksi. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018.)

Suunnitelmissa on ollut, että mini-interventioon ohjautuu suoravastaanotolta asiakkaat. Ennen varsinaista pilottia ja pilotin aikana on alettu pohtimaan, onko akuuttikipua poteva asiakas mini-interventiosta saatavan tuen tarpeessa vai riittääkö heille suoravastaanotosta saatava apu. On pohdittu myös, että onko mini-interventiosta hyötyvät, ”hyvät” asiakkaat esimerkiksi niitä, jotka jonottavat perinteiseen fysioterapiaan. Tällöin asiakkaat ovat niitä, jotka ovat joutuneet sietämään tuki- ja liikuntaelinkipua pidempään. Tärkeää on tässä vaiheessa muistaa, että ei voida tehdä rajausta sen mukaan, onko krooninen tai akuuttikipu, vaan ohjautumista mini-interventioon tulee ehdottaa, jos kivun lisäksi asiakkaalla on jaksamisen kanssa ongelmia sekä mahdollisesti unettomuutta, ahdistuneisuutta ja alakuloisuutta. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot, Kallio henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018.)

9.4 Mini-interventiosta käytettävät kipukysely ja elämänlaatumittari

Jos mietitään kyselyiden sopivuutta mini-interventio palveluun, niin molempien kyselyiden positiivisena puolena on se, että terveydenhuollon ammattilaisen ei tarvitse käydä koulutusta, jotta voi käyttää näitä kyselyitä. Linton -kipukysely on helposti netistä saatavissa ja kyselyn loppuun on laitettu ohjeistus, jossa neuvotaan, miten vastaukset pisteytetään. Linton -kipukyselyssä pisteyttämisessä pitää huomata muutamien kysymysten päinvastainen pisteytys, muuten pisteyttäminen toimii ajatuksella 10- vastattu numero. Pisteyttäminen on tehty työntekijälle hyvin helpoksi. (Hanketyöntekijöiden väliset suulliset tiedonannot 2018).

Kipukyselyssä otetaan huomioon sekä kokonaispistemäärä että yksittäisten kysymysten antama tieto. Kysymykset 3,4, 5 ja 8 kertovat kivun vaikutuksesta uneen, jaksamiseen. Näiden on nähty olevan merkittäviä kysymyksiä ajatellen asiakkaan jatkotarvetta. Kyselyllä pystytään kartoittamaan asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne sekä huomioimaan se hoitosuunnitelman laatimisessa. Toimenpiteet voidaan kohdentaa asiakkaan kokemuksiin, todellisiin ongelmiin ja samalla pystytään selvittämään ne tekijät, jotka jarruttavat hoidon etenemistä. Koska asiakas täyttää sen terveydenhuollon ammattilaisen vastaanoton yhteydessä, pystyy ammattilainen ottamaan esille kyselystä esiin tulleet ongelmakohdat. Kysely voi siis toimia keskustelun pohjana ja puheeksi ottamisen välineenä. Jos kyselyn avulla saadaan asiakas oivaltamaan oman

kiputilanteensa vahvistavat ja ylläpitävät seikat, olisi se kuntoutumisen kannalta tarkoituksenmukaista. (Lintu 2013)

15D elämänlaatumittari ei myöskään vaadi erillistä koulutusta, mutta lomakkeen antajan on pitänyt huolellisesti perehtyä mittarin käyttöohjeisiin ja pisteytykseen. 15D pisteiden laskemisen käytänteet painotusarvoineen vaativat tekijältä harjoittelua sekä Excel -taulukon käyttöä. Nämä voivat estää 15D:n käyttöä, koska työntekijöillä ei ole ylimääräistä aikaa harjoitella pisteiden laskemista ja Excel -taulukon käyttöä. 15D voi toimia myös tilanteessa keskustelun avaajana, jos työntekijällä ei ole käytössä painotusarvoja. (Terveys- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2018.)

15D elämänlaatumittarin käyttö koetaan helpoksi, mutta profiilin tekemiseen tarvitaan aikaa ja opettelua. 15D käyttö vaatii rekisteröitymisen. Se on maksullinen, jos sitä käytetään laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa, mutta julkisin varoin rahoitussa tutkimuskäytössä ja, jos tutkimuksessa tähdätään julkaisuun, se on maksuton (Terveys- ja hyvinvointilaitoksen & Suomen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen www-sivut 2018.) Hankkeen aikana 15D on käytetty paperiversiona, joka on herättänyt pohdintaa, missä tätä paperiversiota säilytetään, kun pyritään siihen, että mahdollisimman vähän on asiakaspapereita. Ja mihin kohtaan potilastietojärjestelmään tulokset voidaan skannata.

15D elämänlaatumittari ei ole herkkä reagoimaan, joten mittausten välillä pitää olla tarpeeksi aikaa. Mittarin kehittäjän, Harri Sintosen, mukaan (Sintonen 2017) mittausten välillä tulisi olla vähintään vuosi. Hankkeessa tämä aika on määritelty 3kk-6kk, jolloin muutosvaikuttavuutta voi olla vaikea saada esille. 15D -elämälaatumittaria on kokeiltu eri sairausryhmille ja niistä on julkaistu vain muutamia tutkimuksia mittarin muutosherkkyydestä. Tilastolliset menetelmät, joita on käytetty tutkimusmenetelminä, eivät ole olleet luotettavimmaksi määriteltyjä. Tämän vuoksi ei voida tehdä selkeitä johtopäätöksiä mittarin muutosherkkyydestä. (Terveys- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2018.)

9.5 Mini-interventiosta saatava hyöty Satakunnalle

Hankkeessa tuetaan TULE-MIELI hoito- ja kuntoutusprosessin muodostumista sekä juurtumista Satakunnan alueella. Mini-interventio toimintamalli rakennetaan koko Satakunnan alueelle mahdollisimman yhtenäiseksi, jolloin varmistetaan yhdenmukainen palvelusaantimahdollisuus sekä kuntalaisen yhteneväiset ohjautumiset malliin.

Tuki- ja liikuntaelinongelmat ovat Suomessa hyvin yleisiä ja ne aiheuttavat useiden miljardien eurojen kustannukset vuosittain. Suomalaisten työ- ja toimintakykyä voidaan edistää ja ylläpitää ennaltaehkäisyllä, hoidolla ja kuntoutuksella. Näillä keinoilla ihmisten elämänlaatu paranee sekä yhteiskuntaan kohdistuvat kulut vähenevät. (Tule-tietopankin [www-sivut](http://www.tule.fi) 2018.) Jos asiakkaan avun saanti pitkittyy, asiakkaan tilanne ja sen hoito hankaloituu. Tämän seurauksena asiakas kärsii ja käyttää yhä enemmän terveydenhuoltopalveluita. Yhteiskunnalle syntyy turhia kuluja asiakkaan tilanteesta.

Mini-interventiossa pyritään hakemaan muutosta hyvien ja tärkeiden asioiden kautta, ei ongelmien tai kipujen pohjalta. Positiivisilla asioilla pyritään pistämään kipuoireet taustalle ja löydetään uudet keinot elää omaa elämää kivusta huolimatta. Yhteiskunnan kannalta hyödyllistä tässä mallissa on se, että asiakkaan tilanne tulee kokonaisvaltaisesti huomioitua, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö. Lisäksi mallissa hyvä asia asiakkaan kannalta on se, että hänellä on mahdollisuus päästä nopeasti kivun kokonaisvaltaiseen hoitoon. Suoravastanotolle asiakas pääsee 1-3 päivän sisällä ja mini-interventioon viikon sisällä.

TULE-MIELI –hoito- ja kuntoutusmallista tuleva hyöty Satakunnalle on siinä, että lääkärinaikoja vapautuu niitä tarvitseville ja perinteisen fysioterapiaan jonottavat voidaan ohjata tarvittaessa mini-interventioon. Näin ollen voidaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa antaa hyvät ohjeet omaan tilanteeseen tai asiakasta voidaan tukea kivunhallintaprosessissa. Mini-interventio mallissa asiakas ja yhteiskunta säästävät. Asiakas ohjautuu oikea-aikaisesti siihen palveluun, jota sillä hetkellä tarvitsee. Kun asiakkaan tilanne ei pahene ja hän pystyy pysymään työelämässä. Kipu on kui-

tenkin merkittävin työkyvyttömyyttä aiheuttava oire ja pitkittyneistä kivuista johtuen Suomessa on hyvin paljon sairauspoissaoloja.

Tutkimuksen mukaan alaselkäkipua potevan kuntoutuksessa aktiivinen harjoittelu parantaa toiminta- ja työkykyä sekä vähentää kipua että selkäkipujaksojen uusiutumista. On myös osoitettu, että moniammatillinen kuntoutus, behavioraalinen terapia sekä harjoitteluun perustuvat ohjelmat vähentävät kipua ja parantavat toimintakykyä. (Häkkinen, Korniloff, Aartolahti, Tarnanen, Nikander ja Heinonen 2014, 13.)

Fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutus ja mini-interventiokoulutus takaavat sen, että terveydenhuollonammattilaiset pystyvät tarjoamaan laadukkaita suoravastaanotto- ja mini-interventiopalveluita yhdenvertaisesti koko Satakunnan alueella. Koulutusten antama suora hyöty on toimijaverkosto, joka tuottaa vaikuttavia palveluita satakuntalaisille. Perusterveydenhuoltoon on koulutettu 20 mini-interventioammattilaista. He ovat saaneet valmiudet tukea, matalalla kynnyksellä, ratkaisu- ja voimavaralähtöisesti, asiakkaita haastavissa tilanteissa, joissa tarvitaan muutokseen tukea. Koulutus on pohjautunut kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan.

Käypähoitosuosituksessa mini-interventiot on todettu kustannusvaikuttaviksi hoitomuodoiksi mm. pitkittyneessä selkäkipussa. Käypähoidon mukaan myös moniammatillisen kuntoutuksen on todettu auttavan muun muassa alaselkäpotilasta palaamaan työhön, vähentämään sairauslomia ja lievittävän subjektiivista haittaa. Moniammatillisella kuntoutuksella tarkoitetaan lääkärin ja fysioterapeutin antaman hoidon lisäksi joko psykologista (esimerkiksi kognitiivinen behavioraalinen terapia) tai sosiaaliseen tai työympäristöön kohdistuvaa interventiota. (Käypähoito [www-sivut](#) 2018.)

Tapio Ojala mukaan (2018, 149-150) tunteet ovat yhtä tärkeitä, kuin kivusta tiedottaminen, ohjaaminen ja opastaminen. Edellä mainitut asiat vähentävät kipuasiakkaan ennakkoluuloja. Tämän seurauksena kipua pelätään vähemmän ja sen kanssa pystytään selviytymään paremmin. Mitä vähemmän pelkää kipua sitä enemmän omat pystyvyyskäsitteet, kuten minä osaan, voin ja pystyn, kasvaa. Elämästä tulee merkityksellistä, elämänlaatu paranee. Kun ihminen pystyy vielä tekemään mielekästä työtä ja ihmissuhteet ovat kunnossa, kivun merkitys elämässä pienenee. Jotta kipuihminen

pääsee tähän tilanteeseen, siihen tarvitaan koko terveydenhuollon ammattilaisten yhteinen osaaminen sekä kipuasiakkaan motivaatio.

Hankkeen loppuessa, on toivottavaa, että organisaatioissa johto ottaa vastuun mallin jatkokehittämisestä. Johdon sitoutuessa mallin kehittämiseen, mini-interventioammattilaisten on helpompi lähteä mallia kehittämään ja ottamaan se vakituisiksi toimintatavaksi. Perusterveydenhuolto on satsannut mallin ja mini-interventiota toteuttavat ammattilaiset ovat saaneet hyvän koulutuksen. Mallin vaikiintuminen perusterveydenhuollon toimintatavaksi vaatii myös markkinointia ja tiedon levittämistä kuntalaisille sekä yhteistyötahoille.

LÄHTEET

Elomaa, M. 2018. Psykologisen arvioinnin lähtökohdat. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio A. (toim.) Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Kustannus Oy, 161-165.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Hankkeen kautta saatavat materiaalit; Mari Pihl hankepäiväkirja, hanketyöntekijöiden keskinäiset suulliset tiedonannot.

Heikkonen, S. 2005. Työryhmätyöskentely TULES-potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana. Teoksessa K-A Lindgren (toim.) TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 37-45.

Häkkinen A., Korniloff K., Aartolahti E., Tarnanen S., Nikander R. & Heinonen A. 2014. Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus. Helsinki KE-LAN tutkimusosasto. Työpapereita 68/2014. Viitattu 28.10.2018.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144093/Tyopapereita68.pdf?sequence=1>

Härmä, M. & Sallinen, M. 2004. Hyvä uni – hyvä työ. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy.

Kallio, T. 2018. Hankesuunnittelija. Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hanke. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 24.10.2018

Kalso, E., Elomaa, M. & Granström, V. 2018. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Kustannus Oy, 108-118.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., Pohjolainen, T., Roine, R., P. & Mutanen P. 2004. Mini-interventio pitkittyneen selkäkivun hoidossa. Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. Lääkärilehti 47, 4583-4588. Viitattu 1.9.2018. www.laakarilehti.fi

Kivunhallintatalon www-sivut. 2018. Viitattu 28.10.2018.
<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo>

Korpela, P. 2004. Ekspansiivinen oppiminen. Viitattu 28.10.2018.
<http://slideplayer.fi/slide/2982747/>

Kuntoutuksen uudistamiskomitean raportti 9.11.2018. Viitattu 2.9.2018.
https://www.soste.fi/media/pdf/tiedotteet/kuntoutuksen_uudistamiskomitea_raportti_8.11.pdf

Kärki, A. 2016. Tutkimus- ja kehittämismenetelmät. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen YAMK koulutuksessa. 11.2.2016.

Käypä hoidon www-sivut. 2018. Viitattu 11.1.2018. www.kaypahoito.fi

Laakso, J. 2014. Vapauta ajatuksia –kehitä tunteita. Mielen taito. Tallinna: Raamatutrukikoda.

Laakso, J. 2018. Mini-interventiokoulutuspäivät. Luennot Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeen järjestämissä koulutuksissa.....

Linton, S. & Boersma, K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. Clin J Pain 2003;19:80–6.

Lintu, K. 2013. Polvinivelrikkopotilaiden kipuoireet ja kivun kroonistumisen riski. Opinnäytetyö. Lääketieteen koulutusohjelma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Lääketieteen laitos/Fysiatria. Viitattu 1.9.2018

Lindgren, K-A. (toim.) 2005. TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 5-6.

Miranda, H. 2016. Ota kipu haltuun. Helsinki: Otava kirjapaino.

Miranda, H. 2017. Toimintakykyä ja elämäniloa sovussa kipuoireiden kanssa. Luento Satakunnan sairaanhoitopiirin järjestämässä Kipukoulutuksessa 22.9.2017.

Miranda, H., Reilimo, M. & Kaila-Kangas, L. 2018. Kivunhallintaryhmät työterveyshuollossa. Satunnaistetun kontrolloidun interventiotutkimuksen pilotti. 2018. Helsinki: Helsingin kaupungin työterveysliikelaitos. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti 3/2018. Viitattu 1.9.2018.

<https://www.hel.fi/static/liitteet/tyke/KivunhallintaryhmatLoppuraportti2018.pdf>

Mäkinen, A. 2018. Nopeaa apua kivun kanssa jaksamiseen. Viitattu 1.8.2018.

<https://tietyoelamaan.fi/nopeaa-apua-kivun-kanssa-jaksamiseen/>

Ojala, T. 2018. Kivun kanssa. Tallinna: Raamatutrükikoja Oü

Pakkala, I. (toim) 2008. Krooninen kipu. Facultas toimintakyvyn arviointi.

http://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383_Facultas_Krooninen_kipu.pdf

Pietarsaaren kaupungin www-sivut 2018. Viitattu 1.9.2018. www.jakobstad.fi

Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa K-A Lindgren (toim.) TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 12-19.

Raij, T. 2006. Kipu – todellista vai kuviteltua? Duodecim 122, 751-752. Viitattu 28.10.2018. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95664.pdf>

Roine, R., P. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. Duodecim 132. 1537-1542. Viitattu 1.9.2018.

https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/233398/Hoidon_vaikuttavuuden_arviointi.pdf?sequence=1

Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen hankesuunnitelma. Viitattu 20.11.2017.
www.satasote.fi

Satakunta2019 www-sivut 2018. Viitattu 1.8.2018. www.satakunta2019.fi

Satasoten www-sivut. 2017. Viitattu 20.11.2017. www.satasote.fi

Siirtola, T., Mattsén, K. & Musikka-Siirtola, M. 2001. Alaselkäkipupotilaiden hoito- ja kuntoutusprosessi. Tampere: Tampereen yliopistollinen sairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2001. Viitattu 28.10.2018.
<https://www.tays.fi/download/noname/%7B640EEBFB-0D1D-4301-9BFC-CB5D416F0551%7D/288>

Sintonen, H. 2017. 15D elämänlaatumittari. Luento Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hankkeen järjestämässä koulutuksessa. 4.10.2017.

Sintonen, H. 2001. The 15D instrument of health-related quality of life: properties and applications. *Ann Med* 33, 328-36

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. 2017. Viitattu 11.12.2107. www.stm.fi

Suomen kivuntutkimusyhdistyksen www-sivut. 2018. Viitattu 28.10.2018.
<https://www.skty.org/@Bin/171512/Mitä+kipu+on.+Perustietoa+ kivusta+kaikille.pdf>

Suomen mielenterveysseuran www-sivut. 2017. Viitattu 23.10.2017.
www.mielenterveysseura.fi

Suomen tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut. 2017. Viitattu 23.10.2017.
www.tulessa.fi

Terveyden- ja hyvinvointilaitoksen www-sivut 2018. Viitattu 1.9.2018.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>

Terveyskylän www-sivut. 2017. Viitattu 24.10.2017. www.terveyskyla.fi

Tuki- ja liikuntaelinliiton www-sivut. 2018. Viitattu 4.4.2018. www.tulessa.fi

Tule-tietopankin www-sivut. 2018. Viitattu 4.4.2018. www.tule-tietopankki.fi

Työterveyslaitoksen www-sivut. 2018. Viitattu 4.11.2018. www.ttl.fi

Vates säätiön www-sivut. 2017. Viitattu 11.12.2017.
<http://www.vates.fi/media/tiedollavaikuttaminen/2016-03-08-pakarinen-etk.pdf>

Vainio, A. 2018. Kipu ja kieli. Teoksessa E. Kalso, M. Haanpää, K. Hamunen, V. Kontinen & A. Vainio (toim.) Kipu. 4. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim Kustannus Oy, 25-30.

Voipio, A. 2005. Toimintaterapia TULES-kuntoutuksessa. Teoksessa K-A Lindgren (toim.) TULES Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 226-228.

LIITE 1

KYSYMYSLOMAKE KIPUONGELMISTA (lyhyt versio)
(Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, short)

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

mies nainen

1. Kauanko olet kärsinyt nykyisistä oireistasi? Merkitse yksi vaihtoehto.

0-1 viikkoa 1-2 viikkoa 3-4 viikkoa 4-5 viikkoa 6-8 viikkoa 9-11 viikkoa 3-6 kuukautta 6-9 k 9-12 kk yli 1 vuoden

2. Kuinka paljon Sinulla on ollut kipua viimeisen viikon aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ei lainkaan kipua erittäin paljon kipua

3. Voin tehdä kevyttä työtä tunnin ajan

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 en voi tehdä lainkaan kivun takia voin tehdä ilman kipua 10-x

4. Voin nukkua öisin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 en voi nukkua lainkaan kivun takia voin nukkua ilman kipua 10-x

5. Kuinka jännittyneeksi tai stressaantuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana?

Ympyröi sopivin vaihtoehto.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 aivan rauhallinen erittäin stressaantunut

6. Missä määrin olet tuntenut itsesi masentuneeksi viimeisen viikon aikana? Ympyröi vaihtoehto.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 en lainkaan hyvin paljon

7. Mikä on oma arviosi, kuinka suuri on riski, että nykyinen vaivasi jää pitkäaikaiseksi?

Ympyröi vaihtoehto.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ei mitään riskiä erittäin suuri riski

8. Kuinka suureksi arvioit mahdollisuutesi tehdä työtäsi seuraavan kolmen kuukauden kuluessa?

Ympyröi vaihtoehto.
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ei mitään mahdollisuuksia erittäin suuri mahdollisuus 10-x

9. Jos kipu lisääntyy, on se merkki siitä, että minun on lopetettava sen hetkinen tekemiseni, kunnes vaiva helpottuu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ei pidä lainkaan paikkansa pitää täysin paikkansa

10. Minun ei pidä suorittaa normaaleja askareitani tai tehdä työtäni, niin kauan kuin minulla on tämä kiputila.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ei pidä lainkaan paikkansa pitää täysin paikkansa

YHTEENSÄ Copyri

Pisteytysohje (lyhyt versio)

Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire lyhyt versio sisältää 10 osiota, jotka on valittu kyselyn pitkästä versiosta (ks. Linton, Nicholas & MacDonald, 2011). Osiot pisteytetään 0-10; 0 viittaa hyvään toimintakykyyn ja 10 voimakkaaseen toimintakyvyttömyyteen. Kysymyksistä kolme pisteytetään käänteisesti. Pisteytys voidaan tehdä suoraan kysymyslomakkeen oikealla puolella oleviin laatikoihin.

* kysymys 1 (kivun kestoon liittyvä); kategoriat 1-10 viittaavat kivun keston aikaväleihin, '0-1 viikkoa' - 'yli 1 vuosi', esim. '6-8 viikkoa' pisteytetään 5.

* kysymykset 2,5,6,7,9,10 pisteytetään ympyröidyn vaihtoehdon mukaisesti

* kysymykset 3,4,8 pisteytetään käänteisesti, eli kymmenestä vähennetään ympyröity numero. Osiot on merkitty lomakkeeseen '10-X'

* pisteytä jokainen osio edellisen ohjeen mukaan ja merkitse pisteet lomakkeessa olevaan laatikkoon

* laske yhteen pisteet. Pisteiden yhteismäärä vaihtelee 1-100 ja > 50 viittaa korkeampaan työkyvyttömyyden riskiin tulevaisuudessa

Linton, S., J., Nicholas, M., MacDonald, S. (2011). Development of a Short Form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire, *Spine*, 36, 1891-1895.

doi:10.1097/BRS.0b013e3181f8f775

LIITE 2

Keskustelurunko mini-interventiota tekeville työntekijöille

- AJANVARAAMINEN JA OHJAUTUMINEN MINI-INTERVENTIOON
- KIRJAAMINEN
- MINI-INTERVENTIOMALLIN SISÄLTÖ
- MINI-INTERVENTION VAIKUTTAVUUDEN MITTAUS
- KOKEMUKSET MALLISTA TYÖNTEKIJÄN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyön tekijä täyttää

Opinnäytetyön tekijä/tekijöitä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Pihl Mari-Eiina	
	Virka/toimi tai oppilaitos/koulutustausta ja koulutusohjelma toimintaterapeutti, kuntoutuksenohjaaja AMK, kuntoutuksen YAMK	
	Perusturvakeskuksen palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, missä Satakunnan polut hoitoon ja kuntoutukseen -hanka <input type="checkbox"/> Ei	
	Katuosoite ja sähköpostiosoite	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee Satakunnan ammattikorkeakoulu	
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Anne Kärki, lehtori, anne.karki@sami.fi	
	Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	Opinnäytetyön nimi Kivunhoito osana osatyökykyisen kuntoutuspolkua -mini-interventiomalli, varhainen tuki työkykyyn Satakunna	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta Hankkeessa yhtenä tavoitteena on mini-interventiomallin muodostuminen perusterveydenhuoltoon Satakunnan alueelle. Kehittämistyössä tavoitteena on dokumentoida, miten Satakunnan alueelle yhdenlaisen, varhaisen tuen malli työkykyyn, lähtee rakentumaan soisemalle eri kunnalliskuntayhtymäille. Aineisto kerätään mini-interventiomallisten verkostotapaamisissa.	
	Asiasanat (max. 5 kpl) TULES, kipu, osatyökykyinen, mini-interventio	
	Opinnäytetyön taso	Opinnäytetyön tieteenala
	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> Pro gradu -tutkielma <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK:n opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Kandidaatintyö <input type="checkbox"/> AMK:n opinnäytetyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteet <input type="checkbox"/> Yhteiskuntatieteet <input type="checkbox"/> Hoitotyö <input type="checkbox"/> Muu, mikä?
Opinnäytetyö on osa laajempaa hanketta perusturvassa <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, missä? Satakunnan polut hoitoon ja	Aineistonkeruun arvioitu aloituspv. 21.5.2018	Aineistonkeruun arvioitu päättymispvm. 31.10.2018
Opinnäytetyön suorituspaikat <input checked="" type="checkbox"/> Perusturvakeskus <input type="checkbox"/> Sosiaali- ja perhepalvelut <input type="checkbox"/> Aikuisosasto <input type="checkbox"/> Lastensuojelu <input type="checkbox"/> Perheneuvola <input type="checkbox"/> Vammaispalvelut	<input type="checkbox"/> Vanhuspalvelut <input type="checkbox"/> Kotihoito- ja palvelut <input type="checkbox"/> Ympäristö- ja terveydenhuollon palvelut <input type="checkbox"/> Sisäiset palvelut <input type="checkbox"/> Talouspalvelut <input type="checkbox"/> Henkilöstö- ja hallintopalvelut	

Liite 1

PORI
Perusturvakeskus

**OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS**

Terveys- ja sairaalapaivlut <input type="checkbox"/> Avosairaanhoido ja tervydenhuolto <input type="checkbox"/> Suun tervydenhuolto <input type="checkbox"/> Psykososiaiset palvelut <input type="checkbox"/> Sairaalo palvelut <input type="checkbox"/> Akusti kotiakeskus		Tuottavien/havaintoyksikköjen määrä 23
Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	<input type="checkbox"/> Asiakirjat <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta	
Aineiston keruun menetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä?		<input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Havainnointi
Opinnäytetyö saadaan julkaista Porin perusturvakeskuksen intranetissä <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan perusturvakeskuksesta saatuja ohjeita ja sääntöjä ja raportoi maan opinnäytetyön tuloksista tutkimusluvan valmistelija lle. 1.8.2018 Päiväys Mari Pihä Opinnäytetyön tekijä/tekijät		

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma
 Aineiston keruulomake
 Kysely/haastattelulomakkeen saatokirje
 Muut liitteet, mikä?

Liikoi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilö
 Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
 Valtiooioitumus/salassapito- ja käyttöoioitumus
 Tutkittavan tiedote ja suostumus
 Eettisen toimikunnan lausunto
 STM:n lupa
 Henkilökäteriaeloste

Lähetä tutkimuslupahakemus valmistelijalle sähköisesti osoitteella [etunimi.sukunimi\[at\]pori.fi](mailto:etunimi.sukunimi[at]pori.fi)

Liite 1



Perusturvakeskus

OPINNÄYTETYÖN/TUTKIELMAN/TUTKIMUKSEN
TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Valmistelija täyttää

Lupahakemuksen valmistelu koskevat tiedot	Valmistelija: suku- ja etunimi/vrka/toimi/sähköpostiosoite/puh Korsgrund-Rauvola Anne-Marie, henkilöstösuunnittelija, 0447013418
	Lupahakemus saapunut (pp.kk.vvvv) 1.6.2018
	Yhteystenijän nimeäminen tarvittaessa tarvittaessa työn suorittaja voi olla yhteydessä apulaisosastonhoitaja Tiina Lohikosken 044 701 3804, kuntoutuspalvelut
	Opinnäytetyön raportointi <input type="checkbox"/> Valmis raportti toimitetaan sähköisesti luvan valmistelijalle <input type="checkbox"/> Työ esitetään <input type="checkbox"/> Palvelualueen työryhmässä <input type="checkbox"/> Osastokokouksessa <input checked="" type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä soveliaan myöhemmin
	18.6.2018 Päiväys Anne-Marie Korsgrund-Rauvola. Valmistelija edellyttää, että tutkittavilta pyydetään lupa kirjallisena, peikka suullinen lupa ei riitä aineiston käyttämiseen Valmistelija perusturvakeskuksessa

Päätös

	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että tutkittavilta pyydetään kirjallisena lupa aineiston käyttämiseen.
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin
	Tutkimusluvun alkamispäivä Tutkimusluvun päättymispäivä
	18.6.2018 Päiväys  Perusturvajohtaja, sote-muutosjohtaja Terttu Nordman Tutkimusluvun myöntäjä

LIITE 4

Mini-interventio:

1-5(8). käynnit ryhmäkäyntejä, perustuu psykofyysiseen fysioterapiaa (hengitys- ja rentoutusharjoituksia), 15D viimeisellä kerralla

- ⇒ Jos asiakkaan tilanne ei ole helpottunut, asiakkaan luvalla, tarkempi asiakastilanteen kartoittaminen

Mini-interventio:

1-5. yksilökäynti mini-interventioammattilaiselle, 15D ennen ensimmäistä kertaa ja viimeisellä kerralla

- ⇒ Jos asiakkaan tilanne ei ole helpottunut, asiakkaan luvalla, tarkempi asiakastilanteen kartoittaminen

Mini-interventio:

1. yksilökäynti terveydenhuollon ammattilaiselle.

- ⇒ kokoaa tiimin: lääkäri, mini-interventioammattilaiset, fysioterapeutti, tarvittaessa psykiatri sekä eri kuntien sosiaalipuolen työntekijöitä

2.-4. käynnit ryhmäkäyntejä, perustuu psykofyysiseen fysioterapiaa (hengitys- ja rentoutusharjoituksia)

5. yksilökäynti terveydenhuollon ammattilaiselle, 15D ennen ensimmäistä käyntiä ja viimeisellä kerralla.

- ⇒ Jos asiakkaan tilanne ei ole helpottunut, asiakkaan luvalla, tarkempi asiakastilanteen kartoittaminen

Mini-interventio:

1. yksilökäynti mini-interventioammattilaiselle

2.-4. käynnit ryhmäkäyntejä, perustuu psykofyysiseen fysioterapiaa (hengitys- ja rentoutusharjoituksia)

5. yksilökäynti mini-interventioammattilaiselle. 15D ennen ensimmäistä kertaa ja viimeisellä kerralla.

- ⇒ Jos asiakkaan tilanne ei ole helpottunut, asiakkaan luvalla, tarkempi asiakastilanteen kartoittaminen