



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

ALASELKÄKIPUISEN HOITONOHJAUS – LÄÄKÄRILLE VAI FYSIOTERAPEUTILLE?

Haastattelulomake Efficaan

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö AMK
Syksy 2012
Pauliina Nurminen
Anna-Maaria Kalilainen-Vuokoski

Lahden ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

NURMINEN, PAULIINA & KALILAINEN-VUOKOSKI, ANNA-MAARIA:

Alaselkikipuisen hoitoonohjaus – lääkärille vai fysioterapeutille?
Haastattelulomake Efficaan

Fysioterapian opinnäytetyö, 51 sivua, 6 liitesivua

Syksy 2012

TIIVISTELMÄ

Akuutti alaselkäkipu on yksi yleisimmistä syistä hakeutua perusterveydenhuollossa lääkärin vastaanotolle. Perusterveydenhuollossa vallitsevaan lääkäripulaan pyritään vastaamaan tehtäviensierroilla muille terveydenhuollon ammattiryhmille. Yksi tällainen tehtävänsiirron toimintamalli on fysioterapeuttien pitämä alaselkävun akuuttivastaanotto. Terveyskeskusten fysioterapeuttien akuuttivastaanottoja on jo toiminnassa eri puolilla Suomea. Nyt myös Kouvolaan on perusteilla alaselkävun akuuttivastaanotto.

Ajanvarauksessa työskentelevien sairaanhoitajien tehtävänä on varata aika lääkärille tai fysioterapeutille tiettyjen kriteereiden perusteella. Näistä kriteereistä olemme opinnäytetyönä koonneet haastattelulomakkeen, jonka perusteella asiakas ohjautuu joko lääkärille tai fysioterapeutille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda toimiva ja selkeä haastattelulomake Kouvolan kaupungin kuntoutuspalveluiden käyttöön sähköiseen Effica-potilastietojärjestelmään.

Opinnäytetyö on tehty laadullisella menetelmällä. Opinnäytetyön materiaali koostettiin kartoittamalla teoretiedon perusteella sellaiset akuutin selkävun oireet ja syyt eli ”red flagsit”, jotka vaativat lääkärin tutkimuksia ja hoitoa. Teoretiedon pohjalta on koottu haastattelulomake puhelimitse tapahtuvaa ajanvarausta varten.

Opinnäytetyöhön on myös selvitetty kokemuksia eri puolilla Suomea jo toimivien alaselkävun akuuttivastaanottojen toiminnan suunnittelusta, käynnistämisestä ja itse toiminnasta teemahaastattelun avulla. Haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina haastateltavien toiveesta. Efficaan tulevaa hoitoonohjauslomaketta testattiin Kuusankosken terveysasemalla kahden viikon ajan.

Haastatteluista saamamme tiedon perusteella ajanvaraajien rooli hoitoonohjauksessa ja akuutin vastaanoton toiminnassa on ensiarvoisen tärkeää. Fysioterapeuttien erikoisosaaminen akuutin selkävun hoidossa tulee akuuttivastaanoton myötä hyödynnettyä ja samalla saadaan vapautettua lääkäreiden resursseja muiden kuin akuuttien selkävun potilaiden vastaanotto toimintaan.

Asiasanat: akuutti kipu, selkäsairaudet, hoitoonohjaus, yhteistyö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

NURMINEN, PAULIINA & KALILAINEN-VUOKOSKI ANNA-MAARIA:

Assessment of acute low back pain patient – to physician or physiotherapist?

Assessment form for EFFICA

Bachelor's Thesis in Physiotherapy 51 pages, 6 pages of appendices

Autumn 2012

ABSTRACT

The most common reason that leads to a physician's appointment at primary health care, is an acute low back pain. In several municipalities the lack of physicians is a current issue. In order to solve this problem, municipalities have started to transfer some responsibilities from physicians to other health care professional groups. Referring acute low back patients directly to physiotherapists is one form of this kind of task division. Direct access principle is already in use in many places in Finland, and now this concept will be launched also in Kouvola.

The staff scheduling appointments will be responsible for assessment of low back pain patients to a physician or a physiotherapist. Assessment will be done on the telephone. The aim of our study was to create an assessment form, on the basis of which the patient will be referred to either a physician or a physiotherapist.

Qualitative methods were used in our study. The theoretical background of the assessment form was based on research information about symptoms associated with low back pain, that indicate possibility of condition demanding physician's care. These symptoms are called red flags. The assessment form was tested in Primary health care in Kuusankoski during a period of two weeks.

We also collected experiences in planning, starting and running the direct access model from municipalities, which are already using it. The information was collected by methods of focused interview. Interviews were done on the phone by request of the interviewed.

Based on the results of the interviews, the roles of patients' assessment and staff responsible for it, is very important. Direct access model gives physiotherapists a possibility to use their expertise in treating back conditions and allows physicians to concentrate on other patients.

Key words: acute pain, back condition, patient assessment, cooperation

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	2
3	KOUVOLAN KAUPUNGIN KUNTOUTUSPALVELUT	3
3.1	Nykyinen toimintakäytäntö ajanvarauksessa	3
3.2	Hoitolinjaukset	3
4	AKUUTTI ALASELKÄKIPU	4
4.1	Selkävun esiintyvyys ja merkitys yhteiskunnalle	4
4.2	Spesifinen ja epäspesifinen kipu	5
5	HOITONOHJAUKSEN PERUSTEET	7
5.1	Red flags	7
5.1.1	Selkäkipua aiheuttavia spesifejä sairauksia	8
5.2	Kipu	12
5.3	Yellow flags	12
6	AKUUTTI SELKÄVASTAANOTTO	14
6.1	Tehtävänsiirto	14
6.2	Akuuttivastaanotto	15
7	TUTKIMUSMENETELMÄT	17
7.1	Teemahaastattelu	17
7.2	Haastattelun suunnittelu	18
7.3	Puhelinhaastattelu	18
7.4	Haastattelujen taltiointi ja analyysi	19
8	TUOTTEISTAMINEN	20
8.1	Kehitystarpeen tunnistaminen ja ideointivaihe	20
8.2	Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen	21
8.3	Tuotteen viimeistely	22
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN	23
9.1	Haastattelut	23
9.2	Lomakkeen pilottitestaus	25
9.3	Raportin kirjoittaminen	26
10	HAASTATTELUIEN TULOKSET	27
10.1	Toiminnan suunnittelu ja perusteet	27

10.2	Toimintamallit	28
10.3	Koulutus ja ammattitaidon ylläpitäminen	29
10.4	Ongelmat ja hyvät puolet	30
10.5	Lomakkeen suunnittelu ja sisältö	31
11	LOMAKKEEN LAATIMINEN	33
11.1	Kysymysten valinta	33
11.2	Yleiset kysymykset	33
11.3	Päivystysluontoiseen hoitoon ohjaavat kysymykset	34
11.4	Lääkärin hoitoon 1-3 vuorokaudessa ohjaavat kysymykset	34
11.5	Palaute pilotista	36
12	POHDINTAA	37
12.1	Tiedonhakumetodit ja lähteet	37
12.2	Eettisyys ja luotettavuus	39
12.3	Sovellettavuus ja jatkotutkimusaiheet	40
	LÄHTEET	41
	LIITTEET	47

1 JOHDANTO

Selkäkipu on yksi suomalaisten yleisimmistä syistä hakeutua terveydenhuollon piiriin (Heistaro, Arokoski, Kröger, Leino-Arjas, Riihimäki, Nykyri & Heliövaara 2007, 14). On arvioitu, että selkävaivojen vuoksi hakeudutaan perusterveydenhuoltoon vuosittain noin 10 000 kertaa. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, erityisesti selkäkipu, aiheuttavat yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia joko suoraan tai epäsuorasti. (Pohjolainen, Seitsalo, Sund & Kautiainen 2006, 254–258.) Suurin osa selkävaivoista johtuu epäspesifeistä syistä eli tekijöistä joille ei ole selkeää lääketieteellistä syytä (O’Sullivan 2005, 242–249; Luomajoki 2011, 5).

Nopea hoitopääsy viikon sisällä oireiden alkamisesta nopeuttaa paranemisprosessia ja tutkitusti edistää toimintakyvyn palautumista työkykyiseksi jopa kahden viikon sisällä (Malmivaara 2010, 731). Viitteet nopean puuttumisen eduista sekä monin paikoin lääkäriaikojen heikko saatavuus ovat saaneet kunnat ja sairaanhoitopiirit miettimään erilaisia ratkaisuja tilanteeseen.

Monessa kunnassa, kuten esimerkiksi Haminassa, Kotkassa ja Espoossa on päädytty aloittamaan akuuttiselkävastaanotto, jossa fysioterapeutin vastaanotolle ohjataan akuutista selkävastaanotosta kärsivät asiakkaat, jotka eivät hoidontarpeenarvioinnin perusteella tarvitse lääkärin hoitoa. Tarkoitus on ohjata selkäkipuinen oikeaan hoitoon ajoissa, jotta vältetään vaivan kroonistuminen. Akuutista selkävastaanotosta kärsivän asiakkaan nopea hoitopääsy, tutkiminen ja varhainen aktivointi edesauttavat vaivan paranemista (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349).

Myös Kouvolaan ollaan perustamassa tällaista selän akuuttivastaanottoa. Opin-
näytetyömme tarkoituksena on luoda terveyskeskuksen ajanvaraajille sähköiseen Effica-potilastietojärjestelmään syötettävä haastattelulomake selkäkipuisen hoitoonohjausta varten, sekä selvittää millaisia kokemuksia muissa kunnissa on selän akuuttivastaanoton toiminnasta saatu.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tilaajana on Kouvolan kaupungin kuntoutuspalvelut, jossa valmistellaan selän akuuttivastaanoton avaamista osana kaupungin kuntoutuspalvelujen palvelutarjontaa.

Opinnäytetyö on toiminnallinen ja työn lopputuotoksena on haastattelulomake Kouvolan kaupungin terveystietojärjestelmän ajanvarauksessa työskentelevälle henkilökunnalle. Haastattelulomake tulee toimimaan hoitoonohjauksen työvälineenä, kun ajanvarauksen henkilökunta ohjaa akuutista alaselkävauriosta kärsivän potilaan lääkärille tai fysioterapeutille. Haastattelulomake tulee sähköiseen muotoon Efficapotentiaali-tietojärjestelmään.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä selkeä ja toimiva haastattelulomake terveyskeskuksen ajanvaraajien käyttöön. Tavoitteena oli myös kartoittaa kokemuksia tehtävänsiirron toteuttaneilta kunnilta akuutin selkävaurin vastaanotosta, jotta näitä kokemuksia voitaisiin hyödyntää tehtävänsiirron suunnittelussa ja toteutuksessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on nopeuttaa hoitoon pääsyä ja siten saada selkäkipujen kroonistuminen vähenemään. Lisäksi tarkoituksena on hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti jo olemassa olevia resursseja, eli ohjata fysioterapiasta hyötyvät asiakkaat suoraan fysioterapeutin luokse ja lääkärin hoitoa tarvitsevat lääkärin luokse.

3 KOUVOLAN KAUPUNGIN KUNTOUTUSPALVELUT

Kouvolan kaupungin kuntoutuspalvelujen tarkoituksena on tuottaa kaupungin asukkaille asiakaslähtöistä, oikea-aikaista ja laadukasta työ – ja toimintakykyä parantavaa kuntoutuspalvelua (Kouvolan kaupunki 2012a).

3.1 Nykyinen toimintakäytäntö ajanvarauksessa

Fysioterapiaan pääsee terveyskeskuksen tai erikoissairaanhoidon lääkäreiden lähetteellä. Fysioterapeutin ohjaukseen ja arvioon pääsee ilman lähetettä. (Kouvolan kaupunki 2012a.) Aika kuntoutuspalveluihin varataan keskitetyn ajanvarauksen kautta. Ajanvaraaja tekee kiireellisyyden ja hoidontarpeen arvioinnin, jonka perusteella asiakas saa ensimmäisen mahdollisen ajan johonkin kaupungin kuntoutuspalvelujen kuudesta toimipisteestä. Kiireellisyysluokitus on kolmiportainen. Kiireellisyysluokka 1:ssä vastaanottoaika on 7 päivän sisällä, kiireellisyysluokka 2:ssa vastaanottoaika on 7-14 päivän sisällä ja kiireellisyysluokka 3:een kuuluvien vastaanottoaika voi ylittää 14 päivää. Akuutin selkäkivun kiireellisyysluokitus on 1 eli vastaanottoajan tulisi järjestyä 7 päivän sisällä. (Kouvolan kaupunki 2011a.)

3.2 Hoitolinjaukset

Fysioterapeutin kuntoutuksen tavoitteena on tuki- ja liikuntaelinasiakkaan työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja/tai lisääminen. Tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa saavuttaa hänelle optimaalinen terveys sekä liikkumis- ja toimintakyky asiakkaan voimavarat ja palvelujärjestelmien tarjoamat mahdollisuudet huomioiden. Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen omassa toimintaympäristössään. Arvioinnin perusteella laaditaan fysioterapiasuunnitelma. Suunnitelma sisältää kuntoutuksen tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteisiin päästään, sekä seurannan. Asiakasta aktivoidaan ja ohjataan ottamaan vastuuta omasta terveydestään ja toimintakyvyn edistämisestä. (Kouvolan kaupunki 2011b; Kouvolan kaupunki 2012b.)

4 AKUUTTI ALASELKÄKIPU

Kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen kokemus, joka on yhteydessä kudosaivurioon. Akuutti eli lyhytaikainen, äkillisesti alkanut kipu on yleensä varoitus kudosaivuriosta, kuten haavasta, murtumasta tai tulehduksesta. Kivulle löytyy usein selvä, hoidettavissa oleva syy. Kipu lievenee, kun kudosaivurio paranee. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 108, 150.) Akuutti kipu on usein elimistöä suojaava varoitussignaali, joka ohjaa varomaan kipua aiheuttavia asentoja tai liikkeitä (Lindgren 2005, 20).

Useissa lähteissä akuuttina pidetään kiputilaa, joka on kestänyt alle kuusi viikkoa (Krismer & van Tulder 2007, 78; Malmivaara 2010, 732). Viime aikoina määritelmää on tarkennettu niin, että kipu lasketaan akuutiksi jos kyseessä on uusi kipujakso kuuden kuukauden oireettoman jakson jälkeen. Tämä ei kuitenkaan koske kroonisen kivun pahenemista. (Paatelma 2011, 14.) Kivun voidaan ajatella kroonistuneen jos parantuminen kestää kauemmin kuin kudosaivurion oletettu parantumisaika on (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 106).

Alaselkäkipu paikallistuu 12:nneen kylkiluun ja pakarapöimujen väliin. Selkäkipuun voi liittyä myös alaraajaan kohdistuva kipu- tai säteilyoire. (Krismer & van Tulder 2007, 77–78.) Alaselkäkipu ei ole itsenäinen sairaus vaan oire, jonka taustalla voi olla monia eri syitä, kuten psyyken tai tuki- ja liikuntaelimistön ongelmat. Myös hermo- tai sisäelinperäiset syyt voivat vaikuttaa alaselkäkipuun. (Aikuisten alaselkäsaivat 2008, 3-4; Pakkala 2008, 2-5.)

4.1 Selkä kivun esiintyvyys ja merkitys yhteiskunnalle

Terveys 2000 – tutkimuksen mukaan selkävaivat ovat kolmen suurimman lääkärisä käynnin syyn joukossa verenpainetaudin ja psyykkisten sairauksien ohella. Yli 30-vuotiaista suomalaisista noin 80 % on jossain elämänsä vaiheessa kokenut selkäkipua. Äkillinen selkävaiva uusiutuu noin puolella seuraavan vuoden aikana. Joka toisella selkäkipu on uusiutunut yli viisi kertaa. Noin joka kolmannen selkäkipuisen oireiden taustalla on toiminnallinen häiriö. (Lindgren 2005, 181; Häkkinen & Alha 2006, 39–43; Heistaro, Arokoski, Kröger, Leino-Arjas, Riihimäki, Nykyri & Heliövaara 2007, 14–17; Tunninen 2010.)

Perusterveydenhuollon käynnin ensisijainen syy on 40 %:lla asiakkaista kipu. Tuki- ja liikuntaelinoireista johtuvia kiputiloja on 42 %:lla, joista puolella on selkävaivoja. Perusterveydenhuollon käyntejä on arvioitu tehtävän vuosittain noin 10 000 kertaa selkävaivojen vuoksi. (Pohjolainen, Seitsalo, Sund & Kautiainen 2006, 254–258.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat yhteiskunnalle huomattavia kustannuksia joko suoraan tai epäsuorasti. Vuodessa tuki- ja liikuntaelimistön sairauksien hoitoon kuluu yli 600 miljoonaa euroa. Epäsuorat kustannukset syntyvät pääosin työkyvyttömyydestä ja sairauslomista. Vuonna 2005 Kela korvasi 81,7 miljoonalla eurolla kuntoutuspalveluita, joista selkäsairauksien osuus oli 34 miljoonaa euroa. Kustannusten perusteella tuki- ja liikuntaelinsairauksia voidaan kutsua yhdeksi suomalaisten kansansairauksista. (Pohjolainen, Seitsalo, Sund & Kautiainen 2006, 254–258; Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry 2007.) Tavallisimpia tuki- ja liikuntaelinsairauksia ovat alaselän oireyhtymät ja niska-hartiaseudun kiputilat (Hakulinen 2004, 22).

4.2 Spesifinen ja epäspesifinen kipu

Tutkimuksessa on tullut esille viitteitä, että selkäkivun luokittelu yhtenäisiin alaluokkiin voi olla hyödyllistä hoitotuloksen kannalta. Erityisesti epäspesifisistä syistä aiheutuneen kivun jako tarkoituksenmukaisiin alaluokkiin nähdään tärkeänä haasteena fysioterapian alalla. Luokittelun perusteista ei kuitenkaan ole yksimielisyyttä ja käytössä on monenlaisia luokittelutapoja, jotka ovat avuksi hoitomenetelmän valinnassa, sekä mahdollisesti ennustavat selkäkivusta aiheutuvaa toiminnanrajoitusta. Tärkeää olisi, että hoidettaisiin kivun syytä, eikä vain oiretta. (O’Sullivan 2005, 244–243; Paatelma 2011, 21–26.)

Peter O’Sullivan (2005, 245) jakaa selkäkivun spesifiin ja epäspesifiin kipuun. Spesifin kivun syitä ovat murtumat, tuumorit, anomaliat (epämuodostumat), hermojuuren pinteet ja selkäydinahtauma. (Luomajoki 2010, 3, 6-7; Luomajoki 2011, 4-7.) Spesifeistä syistä johtuu 5-10 prosenttia kaikista selkävaivoista (Krismer & van Tulder 2007, 78; Luomajoki 2010, 3, 6-7; Luomajoki 2011, 4-7). Suurin osa, 90 prosenttia, selkävaivoista aiheutuu epäspesifeistä syistä eli kivulle ei ole selkeää lääketieteellistä syytä. Epäspesifit syyt O’Sullivan (2005) jakaa edelleen ei-

mekaanisiin ja mekaanisiin syihin. Ei-mekaanisiin syihin kuulu keskushermoston sensitiviteetti eli psykososiaaliset tekijät kuten työtyytymättömyys, pelko- ja välttämiskäyttäytyminen sekä masennus. Mekaanisilla syillä on kaksi alaryhmää, liikehäiriöt ja liikekontrollin häiriöt. Liikehäiriössä esiintyy kipua ja rajoittunutta liikettä yhteen tai useampaan suuntaan. Liikehäiriön taustalla on kudonvaurio, joka voi johtua lihas- tai fasettinivelperäisestä ärsytyksestä tai välilevyongelmista. Liikekontrollin häiriössä ei esiinny liikerajoitusta vaan kipua esiintyy staattisissa asennoissa tai tietyllä liikeradan osalla, koska selän aktiivisten liikkeiden kontrolli on heikentynyt. (Luomajoki 2010, 3, 6-7; Luomajoki 2011, 4-7.)

Selkävaivojen kliinisenä luokitteluna käytetään myös jaottelua kolmeen ryhmään; vakavat spesifiset selkäsairaudet, iskiaskipu ja epäspesifinen eli toiminnallinen selkävaiva. Tämän jaottelun mukaan spesifisistä syistä johtuu 1-5 %:a. Iskiasoireesta, jonka yleisin syy on välilevytyrä, johtuu 5-10 %:a selkäkivuista ja epäspesifeistä syistä johtuvia selkäkipuja on 80–90 %:lla. Vakaviin ja spesifeihin sairauksiin kuuluvat muun muassa tulehdus, kasvain, murtuma, parapareesi, ratsupaikkaoireyhtymä, selkärankareuma, spinaalistennoosi ja spondylolisteesi. Iskiasoireet ilmenevät hermojuuren toimintahäiriöstä johtuvina alaraajaan säteilevinä oireina. Epäspesifiset syyt ilmenevät pääosin selän alueella. (Aikuisten alaselkäsairaudet 2008, 3-4; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349; Malmivaara 2010, 727.)

5 HOITONOHJAUKSEN PERUSTEET

Valtaosalla selkäkipupotilaista oireiden aiheuttajana on pieni kudosaivaurio, joka paranee nopeasti. Alkuvaiheessa on kuitenkin oleellista löytää ne henkilöt, joilla on spesifistä hoitoa vaativa sairaus. (Airaksinen 2012.) Spesifien patologisten alaselkävun syiden poissulkeminen on ensisijaista hoidontarpeenarvioinnissa. Hyvä keino niiden tunnistamiseksi ovat punaiset liput (red flags) eli varoittavat oireet. (Ferguson, Holdsworth & Rafferty 2010, 282–283.) Viitteitä psykologisista tekijöistä, jotka voivat pitkittää tai pahentaa selkäkipua kutsutaan keltaisiksi lipuiksi (yellow flags) (Ladeira 2011, 190–199; Pakkala 2008, 3).

5.1 Red flags

Red flagsien käytön ja niiden tunnistamisen ei tule korvata kliinistä arviointia ja päättelyä. Red flagsien huomioinnin ja selvittämisen pitää kuitenkin olla osa hoitoprosessia. Jo yksittäisen red flagin esiintyminen voi olla merkki vakavasta sairaudesta, mutta red flagsien merkitys vakavan sairauden ennustajina korostuu silloin kun niitä esiintyy samanaikaisesti useampia. Painon lasku, syöpä anamneesissa ja yli 55 vuoden ikä alaselkävun yhteydessä ovat kukin huolta herättäviä oireita, mutta yhdessä nämä kolme red flagsia ovat jo lähes varma merkki syövästä. (Ferguson, Holdsworth & Rafferty 2010, 282–283.)

Vakavaan sairauteen viittaavia hälyttäviä oireita eli punaisia lippuja ”red flag -merkkejä” ovat:

- tasaisesti paheneva kipu
- kivun esiintyminen levossa ja öisin
- yleisvoimien heikentyminen
- huonovointisuus ja painon putoaminen
- kipu ja kuume
- selkäkipu ja vatsakipu ja/tai rintakipu
- alaraajojen heikkous, tunnottomuus, puutumisen, laajat

neurologiset oireet

- virtsaamisvaikeuksia, ulosteen pidätysvaikeuksia
- jatkuva, vaikea lannerangan fleksiorajoite

(Krismer & van Tulder 2007, 77-78; Magee 2008, 528; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349-350; Ferguson, Holdsworth & Rafferty 2010, 282-283; Malmivaara 2010, 727.)

5.1.1 Selkäkipua aiheuttavia spesifejä sairauksia

Lisäksi jos anamneesissa on pahanlaatuinen kasvain, päihteiden väärinkäyttöä, HIV tai lähiaikoina tapahtunut trauma, kuten auto-onnettomuus tai putoaminen korkealta, on syytä epäillä selkävun taustalla olevaa vakavampaa syytä. (Magee 2008, 528; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349; Ferguson, Holdsworth & Rafferty 2010, 282–283; Malmivaara 2010, 727.) Magee (2008, 528) ja Ferguson ym. (2010, 283) mainitsevat, että alle 20-vuotiaan ja yli 55-vuotiaan selkäkipua tulee yleensä pitää hälyttävänä esitietona.

Selkäkipua aiheuttavia spesifejä sairauksia (KUVIO 1), jotka vaativat lääkärin tutkimuksia, ovat ratsupaikkaoireyhtymä, aortta-aneurysman repeämä, aortan dissekoituma, pahanlaatuinen kasvain, bakteerispondyliitti, rangan kompressiomurtuma, spondylolisteesi, spinaalistennoosi ja selkärankareuma (Malmivaara 2010, 727).

Ratsupaikkaoireyhtymä eli Cauda equina -oireyhtymän oireita ovat ratsupaikkaanestesia eli istuma-alueen puuttuminen, äkillinen tai muuttunut rakon toimintahäiriö, jolloin virtsaaminen ei onnistu sekä ulosteenpidätyskyvyn vaikeus. Ratsupaikkaoireyhtymään voi liittyä myös alaraajan motorista heikkoutta tai halvausoireita sekä kävelyn vaikeutta. (Magee 2008, 528; Ferguson, Holdsworth & Rafferty 2010, 283; Malmivaara 2010, 728.)

Aortta-aneurysman eli aortan laajentuman repeämä tai aortan dissekoituma eli aortan sisäkalvon repeämä aiheuttaa äkillistä sietämättömän kovaa rintakipua ja/tai vatsa-selkäkipua. Riskiryhmässä ovat erityisesti yli 50-vuotiaat. Kipu on

yleensä merkki aortan pullistuman puhkeamisesta tai laajenemisesta. Alkuvaiheen oireena voi olla pyörtymisiä. (Suomen sydänliitto 2010, 8-10, 13–14; Malmivaara 2010, 728.) Oireisiin kuuluu myös hermodynamiikan häiriöitä (Malmivaara 2010, 728).

Jos potilaan anamneesissa on syöpä, ikää yli 50 vuotta, hänellä on selittämätöntä painon laskua, kuumeilua, jatkuvaa kipua ja etenevät oireet tai parapareesia eli alaraajojen lihasvoimien heikentymistä, on syytä epäillä pahanlaatuista kasvainta (Malmivaara 2010, 728). Kun kipu yhdistyy aikaisemmin todettuun syöpään, tulisi selkävun syynä pitää kasvainta niin kauan kunnes lääkärin tutkimuksin on toisin todistettu. (Lindgren 2005, 187).

Bakteerispondyliitti ja spondylodiskiitti ovat bakteeripohjaisia nikaman tulehduksia. Aiheuttajina ovat mm. *Staphylococcus aureus*, Tuberculosis, streptokokki, pneumokokki tai kolibakteeri. (Kankare 2012.) Virtsatie- tai ihoinfektio, immunosuppressio- tai kortikosteroidilääkitys ja suonensisäisten huumeiden käyttö altistavat bakteerispondyliitille/spondylodiskiitille. Myös diabetes, yli 50-vuoden ikä ja välilevykudokseen kohdistuvat toimenpiteet ovat riskitekijöitä. (Lindgren 2005, 197; Malmivaara 2010, 728; Kankare 2012.) Hoitona käytetään antibioottilääkitystä sekä rasituksen välttämistä (Kankare 2012). Oireita ovat paikallinen selkäkipu, kuume, väsymys ja painonlasku. Kipua esiintyy voimakkaasti levossa, erityisesti öisin. (Haukatsalo 2002, 97; Kankare 2012.)

Rangan kompressiomurtumaa on syytä epäillä jos ikää on yli 50 vuotta ja oireena esiintyy neurogeenistä katkokävelyä. Erityisesti epäilyn tulee herätä silloin jos taustalla on kaatumistapaturma. (Lindgren 2005, 197.) Äkillisesti alkaneen rintarangan- tai lannerangan kiputilan syynä voi olla osteoporoottinen murtuma (Malmivaara 2010, 428).

Spondylolisteesi eli nikaman liukuma eteenpäin on yleisin kasvuikäisen rasituksessa paheneva alaselkäsärin syy. Oireet ilmenevät kipuna, erityisesti alaselässä, selän väsymyksenä ja heikkoutena. Kipu usein helpottaa levossa. Reisien alueelle voi myös tulla säteilykipua, joskus jopa iskiastyypistä säteilyä. (Mäkelä & Pesälä 2006, 93–97.)

Spinaalistennoosia eli selkäydinkanavan ahtaumaa esiintyy yleensä vanhemmilla, yli 50-vuotiailla ihmisillä (Malmivaara 2010, 728). Lannerangan rappeutumisen seurauksena fasettinivelet kuluvat ja kehittävät luista reunusta toiselle puolelle ydin- ja juurikanavaa. Luiset muutokset yhdistyneenä selkäydinkanavaa verhoaviin nivelsiteisiin alkavat painaa keskeltä ydinkanavaa ja hermojuurikanava-alueelta hermojuuria ja siten aiheuttavat voimakkuudeltaan vaihtelevia iskiasoireita. Pystyasennossa ja selkärangan ojentuessa selkäydinkanava ja juuriaukot ovat ahtaimmillaan ja aiheuttavat siten eniten oireita. Istuminen etukumarassa asennossa helpottaa oireita. Tyypillistä on kävellessä esiintyvä kipu alaraajoissa sekä puutumista ja pistelyä. Portaiden laskeutuminen on vaikeampaa kuin niiden nouseminen. Oireet aiheuttavat katkokävelyä. (Lindgren 2005, 185; Malmivaara 2010, 728; Saarelma 2012.)

Selkärankareuma on alaselän reumasairaus. Se on yleisempää miehillä ja alle 40-vuotiailla. Kipua esiintyy öisin ja yleensäkin paikalla ollessaan koko selän alueella erityisesti alaselän alueella. Kipu voi säteillä pakaroihin. Aamuisin esiintyy selän jäykkyyttä, jäykkyys vähenee liikkeessä. Kipu alkaa vähitellen ja selkävaivat kestävät kuukausia. (Magee 2008, 528; Malmivaara 2010, 728; Mustajoki 2011.)

Sairaus	Potilaan oire, esitieto, löydös
Ratsupaikkaoireyhtymä	<ul style="list-style-type: none"> • Virtsaumpi, ulosteenpidätyskyvyn vaikeus • ratsupaikka-anestesia • alaraajahalvausoireet
Aortta-aneurysman repeämä, aortan dissekoituma	<ul style="list-style-type: none"> • Äkillinen, sietämättömän kova kipu • ikä yli 50 vuotta • hermodynamiikan häiriöitä
Pahanlaatuinen kasvain	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 tai alle 20 vuotta • anamneesissa syöpä • selittämätön painon lasku • jatkuva kipu • kuumeilu • etenevät oireet • yökipu • kipua kestänyt yli kuukauden • parapareesi
Bakteerispondyliitti, spondylo-diskiitti	<ul style="list-style-type: none"> • Aiempi selkäleikkaus • virtsatie- tai ihoinfektio • immunosuppressio tai kortikosteroidilääkitys • suonensisäisten huumeiden käyttö • paikallinen selkäkipu, erityisesti levossa • kuume • väsymys • painonlasku
Selkärangan kompressiomurtuma	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • tapaturma • kortikosteroidien käyttö • osteoporoosi • voimakas rankaan kohdistuva selkäkipu, joka helpottaa makuuasennossa • Katkokävely
Spinaalistennoosi	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • neurogeeninen katkokävelyoire • oireet ilmenevät aina kävellessä
Selkärankareuma	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä alle 40 vuotta • paheneva kipu paikallaan ollessa, helpottuu liikkeelle lähdön jälkeen • selän jäykkyys aamulla • kipujen kesto vähintään kolme kuukautta
Spondylolisteesi	<ul style="list-style-type: none"> • kasvuikäinen, 8-15 – vuotias • säteily alaraajoihin

KUVIO 1. Selkäkipua aiheuttavia spesifejä sairauksia

5.2 Kipu

Kipu on usein syy asiakkaan hoitoon hakeutumiseen (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 104–106). Kipu on jokaiselle ihmiselle yksilöllinen ja henkilökohtainen kokemus, eikä kipukokemuksia voi vertailla, mutta voimakas kiputuntemus voi olla yhteydessä kivun kroonistumiseen (Chanda, Alvin, Schnitzer & Apkaria 2011, 792–800). Kroonistumisen estämiseksi on kivun lievityksestä ja kudosvaurion hoitamisesta tärkeä huolehtia jo varhaisessa vaiheessa. Tulehduskipulääkkeet lievittävät tehokkaasti alaselkäkipua (Airaksinen 2012). Kun kipu on voimakkaampaa, lääkitykseen voidaan lisätä opioideja (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 353).

Selkäkivun voimakkuutta mitattaessa yleisimmin käytetty ja tutkitusti hyväksi havaittu kivun voimakkuutta mittaava asteikko on VAS-jana eli visuaalinen analogiasteikko (Visual-Analog Scales). Jana on 10 cm:ä pitkä, jonka vasen pää merkitsee tilannetta, jossa kipua ei ole lainkaan (0) ja oikea pää tilannetta, jossa kipu on pahin mahdollinen (10). (Lindgren 2005, 188; Magee 2008, 9; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 54–55, 175–176.) Vakavana kipuna koetaan VAS-janalle 75 mm kohdalle tai siitä ylöspäin merkitty kipu (Jensen, Chen & Brugger 2003, 407–414).

Kivun voimakkuutta voidaan arvioida myös sanallisesti kipujan periaatteiden mukaisesti. Kivun voimakkuutta mittaamalla voidaan seurata akuutin kivun kehittymistä ja annetun hoidon vaikuttavuutta. Tärkeää on määritellä minkä kivun voimakkuutta halutaan mitata; keskimääräistä kipua, lepokipua, liikekipua vai vuorokauden voimakkainta kipua. (Lindgren 2005, 188; Magee 2008, 9; Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 54–55, 175–176.)

5.3 Yellow flags

Psykososiaaliset syyt saattavat edesauttaa vaivan kroonistumista (Pakkala 2008, 3). Yellow flagsit, eli keltaiset liput, ovat niitä varoitusmerkkejä, joiden esiintyessä alaselkäpotilas on syytä ohjata psykologisen avun pariin (Pakkala 2008, 3; Ladeira 2011, 190–199). Keltaisia lippuja ovat väärät uskomukset selkäkivusta tai hoidon vaikuttavuudesta, epäsuotuisa kipukäyttäytyminen, työelämän ongelmat ja

psykkiset häiriöt (Van Tulder, Becker, Bekkering, Breen, del Real, Hutchinson, Koes, Lærum & Malmivara 2006).

Jos selkäkipu on kestänyt neljästä kuuteen viikkoa, ainoastaan ne asiakkaat, joilla oli selviä psykopatologisia oireita, kuten masennus, kiihtymys, psykosomaattiset oireet tai päihderiippuvuus, tulisi ohjata psyykkisen avun pariin. Liikkumispelko tai välttämiskäyttäytyminen ei vielä varhaisessa vaiheessa ole merkki psykologisen avun tarpeesta. (Ladeira 2011, 190–199.)

Koska hoitoonohjauslomake tulee käyttöön puhelimitse, emme sisällytä siihen yellow flagseja. Puhelimesta on vaikea arvioida potilaan tilaa. Jos psykososiaaliset syyt ovat selkeästi havaittavissa jo hoidontarpeen arvioinnissa, tulee asiakas mahdollisuuksien mukaan ohjata myös psykologisen avun piiriin.

6 AKUUTTI SELKÄVASTAANOTTO

Akuutti selkäkipu on ennusteeltaan yleensä hyvä ja selkävaiva paranee asiantuntevilla tutkimus- ja hoitotoimenpiteillä, jos ne on ajoitettu oikein (Lindgren 2005, 181; Luomajoki 2011, 4-7; Airaksinen 2012). Varhaisvaiheen hoito on tärkeää selkävaivojen kroonistumisen ehkäisemiseksi (Bäckmand & Vuori 2010, 87). Alkuvaiheessa on erityisen tärkeää suorittaa potilaan kliininen tutkiminen joka vaatii hyvää toiminnallisen anatomian tuntemusta. Suurin osa akuuteista selkävaiheista johtuu epäspesifeistä, toiminnallisista, syistä, jolloin tutkimisen jälkeen voidaan suunnitella ja toteuttaa konservatiivista hoitoa. (Lindgren 2005, 181; Luomajoki 2011, 4-7; Airaksinen 2012.) Alaselkäkipupotilaat, jotka pääsevät hoitoon viikon sisällä oireiden alkamisesta, parantuvat useasti työkykyisiksi kahden viikon sisällä (Malmivaara 2010, 731).

Akuutista selkävaiheesta kärsivän asiakkaan nopea hoitopääsy, tutkiminen ja varhainen aktivointi edesauttavat vaivan paranemista (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349). Vahvaa tieteellistä näyttöä on, että heti oireilun alkuvaiheessa aloitettu hoito ehkäisee vaivan pitkittymistä (Hakulinen 2004, 22–23). Tämä edellyttää yhteistyötä perusterveydenhuollossa lääkärin ja kuntouttavan tahon välillä varhaisen hoitopääsyn mahdollistamiseksi (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 349). Tuki- ja liikuntaelinsairauksien fysioterapian tutkimusti hyödyllisiksi hoitomuodoiksi on todettu manuaalinen terapia, fysikaalinen terapia ja terapeuttinen harjoittelu. Terapeuttiselle harjoittelulle on erityisesti vahvaa tutkimusnäyttöä. Sen on todettu parantavan toimintakykyä. (Hakulinen 2004, 22–23.)

6.1 Tehtävänsiirto

Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskevan lain (1994/559, § 1) tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Laki antaa mahdollisuuden tehtävänsiirtoon ammattihenkilöiden välillä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559, § 2) sanoo tehtävänsiirroista seuraavaa:

Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Tämä ei kuitenkaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

Hallituksen esityksessä eduskunnalle (HE 283/2009) sanotaan, että työnjaon kehittäminen on parantanut potilaiden hoitoon pääsyä ja hidastanut lääkärityövoiman tarpeen kasvua. Työnjaolla on ollut myös positiivisia vaikutuksia terveyskeskuksen vastaanottoiminnan tuottavuuteen.

6.2 Akuuttivastaanotto

Sosiaali- ja terveysministeriön toimenpideohjelmassa -Toimiva terveyskeskus vuosille 2009–2011 on painotettu perusterveydenhuollon vahvistamista kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä. Tavoitteena on ollut kehittää palveluja niin, että hoitopääsy ja tarpeenmukaisten palvelujen saatavuus paranee. Tähän on pyritty muun muassa uudistamalla terveyskeskusten henkilöstön työnjakoa. Fysioterapeuttien akuuttivastaanottoiminta ja tehtävänsiirto lääkäreiltä fysioterapeuteille on osa tätä kehittämistoimintaa. (Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma 2009, 1-2.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja niiden hoito on yleisin kohde tehtävänsiirroissa lääkäreiltä fysioterapeuteille (Kukka 2009, 1). Alaselkäkipuisten akuuttivastaanottoimintaa on tällä hetkellä useissa eri terveyskeskuksissa eri puolella Suomea. Näissä terveyskeskuksissa akuutit selkäkipuasiakkaat ohjataan ajanvarauksessa tehdyn hoidontarpeenarvioinnin perusteella lääkärin sijasta fysioterapeutin vastaanotolle. (Kukka 2009, 7-8.) Fysioterapeuttien tehtävänkuvaa on laajennettu oikeudella kirjoittaa sairauslomia 1-5 päivää ja suositella tarkoituksenmukaista kipulääkitystä. Fysioterapeutin laajennetut tehtävänkuvat ja tehtävänsiirrot ammat-

tiryhmältä toiselle edellyttävät ammatillista lisäkoulutusta, riittävää kokemusta ja kliinistä osaamista riittävän tietotaidon turvaamiseksi. (Kukka 2009, 8, 12).

Marjo Lakka (2008) on tekemässään pro gradu -tutkielmassa selvittänyt Kotkan terveyskeskuksessa toteutettua lääkäreiden ja fysioterapeuttien akuuttivastaanotolle hakeutuvien selkäkipupotilaiden aiheuttamia käyntikohtaisia kustannuksia, hoidon vaikuttavuutta ja asiakkaiden tyytyväisyyttä edellä mainittuihin vastaanotto- vaihtoehtoihin. Asiakastyytyväisyyttä oli mitattu kyselylomakkein ja hoidon vaikuttavuutta ODI-indeksiluvulla. (Lakka 2008, 5.)

Fysioterapeutin vastaanotolla käyneiden selkäkipuasiakkaiden kipu ja siitä aiheutunut toiminnallinen haitta oli mittausten mukaan vähentynyt enemmän kuin lääkärin vastaanotolla käyneiden. Fysioterapian vastaanottotoiminta osoittautui myös kustannuksiltaan edullisemmäksi. Vastaanotolla saamaansa ohjaukseen ja hoitoon asiakkaiden kokema tyytyväisyys oli hyvää ja samansuuntaista riippumatta siitä olivatko olleet lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolla. (Lakka 2008, 6.)

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen välillä vallitsee usein vastakkainasettelu. Määrällinen tutkimus ja sen tulokset on yleistettävissä paremmin ja siksi se on yleisemmin käytetty tutkimusmenetelmä. Laadullinen ja määrällinen tutkimus ovat kuitenkin toisiaan täydentäviä tutkimusmenetelmiä. Tutkimalla samaa aihetta eri tutkimusmenetelmin saadaan aiheeseen erilaisia näkökulmia. (Katainen 2009, 46–47.)

Saadaksemme tietoa miten akuuttivastaanottojen suunnittelu ja toiminta oli muissa kunnissa sujunut, päätimme haastatella akuuttivastaanoton valmisteluun osallistuneita henkilöitä eri kunnista. Tarvitsimme haastatteluja varten joustavan työkalun, joten valitsimme teemahaastattelun.

7.1 Teemahaastattelu

Tutkimushaastattelut jaetaan yleensä strukturoituihin (standardoituihin) ja strukturoimattomiin (standardoimattomiin). Standardoituja haastatteluja käytetään esimerkiksi silloin, kun halutaan minimoida haastattelijan vaikutus. Tällaisia haastatteluja ovat esimerkiksi lomakehaastattelu, joissa kysymykset ovat aina samat ja valmiiksi muotoillut. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Teemahaastattelu (focused interview) on yllä mainittujen haastattelujen välimuoto, josta käytetään myös nimitystä puolistrukturoitu haastattelu. Haastattelulle ominaista on valmiiksi mietityt teemat, jotka käydään läpi, mutta kysymysten muotoilu ja järjestys voi vaihdella. Teemat ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.) Teemat haastattelulle muodostuvat tutkimusongelmasta ja käytettävissä olevaan teoretiseen perehtymällä (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66).

Teemahaastattelu ottaa huomioon haastateltavan omat tulkinnat käsiteltävästä aiheesta. Teemoittain toteutettava haastattelu ilman yksityiskohtaisia kysymyksiä tekee haastattelusta vuorovaikutuksellisen haastateltavan ja haastattelijan välillä. Siksi haastattelun teemojen tulisikin olla riittävän väljiä, kuitenkin tutkimusongelmaa vastaavia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48, 66–67.)

7.2 Haastattelun suunnittelu

Haastattelun sujuvuuden kannalta on tärkeää suunnitella haastattelut etukäteen. Haastattelun tarkoituksena on saada koottua tutkittavasta aiheesta sellaista materiaalia jonka perusteella on mahdollista tehdä päätelmiä. Haastattelun laatuun voidaan vaikuttaa laatimalla mahdollisimman hyvä haastattelurunko ja teemat haastattelulle. On myös hyvä pohtia etukäteen miten teemoja voi tarvittaessa syventää ja millaisia tarkentavia kysymyksiä teemoista voi asettaa. Teemahaastattelussa sekä haastattelijalla että haastateltavalla on mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä haastattelun aikana. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 65–66; Tiittula & Ruusuvuori 2005, 10–11.) Haastattelututkimuksen alkuvaiheessa on tärkeä käydä haastatteluja läpi, jotta nähdään miten haastattelut kehittyvät (Tiittula & Ruusuvuori 2005, 10–11).

Haastattelun suunnittelussa on olennaista miettiä myös kohdejoukko ja haastateltavien määrä. Haastateltavien määrään vaikuttaa tutkimuksen tarkoitus. Liian pieni haastateltavien lukumäärä estää tutkimuksen tulosten yleistettävyyden. Vastaa- vasti liian suuri haastateltavien joukko vaikeuttaa syvällisten tulkintojen tekemistä. Laadullisessa tutkimuksessa jo muutaman henkilön haastattelulla voidaan saada tutkimukselle tärkeää ja merkittävää tietoa riittävästi vastaamaan tutkimusongelmaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58–59.)

7.3 Puhelinhaastattelu

Haastatteluja on mahdollista toteuttaa monin eri tavoin. Tavallisin toteutustapa on yksilöhaastattelu. Yksilöhaastattelun voi toteuttaa puhelinhaastatteluna. Puhelinhaastattelu on haasteellinen haastattelumuoto, koska siinä jää puuttumaan kasvokkain tapahtuvalle keskustelulle ominaiset ilmeiden ja eleiden tulkinnat. Puhelinhaastattelussa on siksi vaikea tulkita onko haastateltava ymmärtänyt kysymyksen oikein. Puhelinhaastattelun etuna on kuitenkin kontaktihaastattelua parempi tavoitettavuus. Puhelinhaastattelu on mahdollista toteuttaa vaikka haastateltava ja haastattelija olisivat sijainniltaan etäällä toisistaan. Puhelinhaastattelussa säästytään matkustuskustannuksilta. Puhelinhaastattelu sopii erityisesti puolistrukturoitujen haastattelujen toteutusmuodoksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61, 64–65.)

7.4 Haastattelujen taltiointi ja analyysi

Haastattelu tulee aina tallentaa. Tallennustapaa suunniteltaessa ja valittaessa on mietittävä kuinka aineistoa tullaan käsittelemään. Nauhoittamalla haastattelu saadaan puheesta säilytettyä erilaiset vivahteet, kuten äänenkäyttö ja tauot puheessa. Jos haastattelua ei tallenna, vaan sen kirjoittaa suoraan ylös, jäävät haastattelusta edellä mainitut vivahteet pois. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 74, 92.)

Teemahaastattelun avulla aineistoa saattaa kertyä runsaasti vaikka haastateltavien joukko olisi pieni. Haastattelujen analysointitapaa tulee miettiä jo suunnitteluvaiheessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135.) Aineiston käsittelyä ja analysointia olisi hyvä tehdä jo haastatteluvaiheessa, jolloin tieto on tuoretta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135; Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 11–12).

Analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa. Tällöin haastattelija pystyy havainnoimaan tilannetta reaaliaikaisesti. Haastattelija voi edetä tilanteen mukaan kysymällä lisätietoa ja tekemällä tarkennuksia haastattelun edetessä saadakseen tarvitsemaansa tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 136.)

Haastatteluaineiston analyysiin on monia eri lähestymistapoja. Yksi tapa on, että haastattelija tiivistää ja tulkitsee haastateltavan kertomaa haastattelun aikana. Tällaisessa tilanteessa haastattelijan on mahdollista kertoa haastateltavalle omista tulkinnoistaan. Silloin haastateltava pystyy itse vahvistamaan onko haastattelijan tulkinta asiasta oikea. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 137.)

Aineiston litteroiminen eli sanasta sanaan puhtaaksikirjoittaminen on yleisin tapa aineiston purkamiseksi. Aineistosta voidaan kuitenkin tehdä päätelmiä ilman litterointiakin. Tämä on tarkoituksenmukaisinta erityisesti silloin kun haastateltavien joukko on pieni. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138.)

8 TUOTTEISTAMINEN

Tuotteistamisella tarkoitetaan yleisimmin palvelun tai tuotteen määrittelyä tai niiden yksityiskohtaista kuvaamista. Tuotteistamista on kuitenkin vaikea määritellä tarkasti, sillä tuotteistamisprosessi ja sen sisältö elävät sen mukaan, millaisen alan ja tuotteen kanssa ollaan tekemisissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Sosiaali- ja terveystalalla on jouduttu tilanteeseen, jossa lain vaatimat palvelut on pystyttävä tuottamaan tehokkaasti, mutta samalla myös laadukkaasti ja luotettavasti. Palveluja tuottavan yksikön on pystyttävä markkinoimaan osaamisensa, ja palvelun käyttäjän on voitava vertailla tuotetta muihin vastaaviin. Tuotteistamisen avulla näihin haasteisiin on helpompi vastata. (Jämsä & Manninen 2000, 5-10.)

Sosiaali- ja terveystalalla on tyypillistä, että tuotteeseen sisältyy asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutus ja tuotteella pyritään parantamana asiakkaan elämänhallintaa tai terveyttä. Tuotteen valmistelussa on myös tärkeää huomioida moniammatillisen yhteistyön, sekä lakien ja säädösten asettamat vaatimukset. Tuotteistamisen on katsottu parantavan alalle asetettujen laatuvaatimusten noudattamista. (Jämsä & Manninen 2000, 9, 23–26, 95.)

8.1 Kehitystarpeen tunnistaminen ja ideointivaihe

Tuotteistamisprosessi lähtee kehitystarpeen tunnistamisesta. Tätä varten tarvitaan tietoa jo käytössä olevista palveluista. Hyödyllisiä tietoja voivat olla asiakaspalaute, palvelujen käyttöaste ja kustannukset, sekä virheet ja palveluihin liittyvät muut epäkohdat. Uusi tekniikka sekä uudet toimintamallit ja säädökset johtavat usein tarpeeseen muuttaa tuotetta. (Jämsä & Manninen 2000, 29–33.)

Kun kehitystarve on selvitetty, eikä tulevia toimintatapoja ole vielä ratkaistu, seuraa ideointivaihe, jossa pyritään innovoimalla löytämään uusia toimintatapoja. Ideoinnissa pyritään luovuuteen ja ideoiden toteutettavuutta arvioidaan vasta myöhemmässä vaiheessa. Ideointivaihe voi jäädä lyhyeksi silloin kun kyseessä on jo olemassa olevan toimintamallin päivittäminen. (Jämsä & Manninen 2000, 35–39.)

Opinnäytetyömme tilaajalla oli jo työn alkuvaiheessa tarve työkalulle, joka auttaa seulomaan akuutin alaselkäkivun asiakkaat oikealle hoitotaholle. Selvää myös oli, että työkalun tulee olla lomakemuotoinen ja että se perustuisi ainakin osaksi vakavien selkäsairauksien oireisiin, eli red flagseihin. Tässä vaiheessa meidän tärkein tehtävämme oli selvittää, millaisia toiveita ja vaatimuksia työn tilaajalla lomakkeen suhteen oli.

8.2 Tuotteen luonnostelu ja kehittäminen

Tuotteen luonnosteluvaihe alkaa, kun on saatu aikaiseksi päätös siitä, millainen tuotteen tulisi olla. Tässä vaiheessa punnitaan tuotteeseen vaikuttavien eri osa-alueiden asettamia vaatimuksia. Huomioon on otettava esimerkiksi tuotteen asiasisältö, rahoitusvaihtoehdot, asiantuntijatieto, arvot ja periaatteet, lait ja säädökset sekä kohderyhmä. Mainittuihin seikkoihin perehtyminen voi sisältää esimerkiksi tutkimustiedon hankkimista, asiantuntijahaastatteluja, tutustumista sidosryhmien toimintaan ja näkemyksiin sekä rahoitusmahdollisuuksiin. Moniammatillinen yhteistyö on erittäin tärkeää tuotteen luonnosteluvaiheessa, samoin kuin tutustuminen mahdollisten samankaltaisten tuotteiden aiempiin käyttäjäkokemuksiin. (Jämsä & Manninen 2000, 43–52.)

Kun taustatyö on tehty, tuotteistamisessa edetään kehittämissä vaiheeseen. Jos tuote on materiaalia, tässä vaiheessa tehdään usein työpiirustukset. Immateriaalisen tuotteen ollessa kyseessä tuotteen asiasisällöstä laaditaan lista. Kehittämissä vaiheessa ratkaistaan millaisiksi muodostuvat esimerkiksi organisaatorakenne, palvelujen tuotanto, resursointi, markkinointi sekä palvelukuva- ja kulttuuri. (Jämsä & Manninen 2000, 54–57, 75–76.)

Tuotteen kehittämiseen kuuluu jatkuva arviointi, jolloin jo tehtyjä ratkaisuja muokataan saadun palautteen avulla. Palautteen antajina voivat olla esimerkiksi tuotteen loppukäyttäjät tai tuotteen tekemiseen osallistuneet ammattilaiset. Kun tuote eri versioiden jälkeen on saatu valmiiksi, käynnistyy sen viimeisteleminen saadun palautteen mukaan. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Alaselän akuuttivastaanottoja on käytössä jo useassa kunnassa ja hankimme tietoa niiden toiminnasta haastatteluin. Haastattelujen ja teoritietojen perusteella valitsimme kysymykset lomakkeen ensimmäiseen työversioon (LIITE 2).

Selvitimme myös millaisia teknisiä mahdollisuuksia lomakkeen toteuttamiseen tulee olemaan. Harkitsimme alussa lomaketta, jossa red flagsit olisi niputettu ryhmiin ja joka olisi siirtänyt yhden kohdan vastaukset kaikkiin kohtiin, joissa sillä olisi merkitystä. Esimerkiksi kuume voi varoittaa tulehduksesta tai pahanlaatuisesta kasvaimesta. Tällöin lomake olisi yhdistänyt tiedon kuumeesta muihin kyseisiä sairauksia seuloviin sairauksiin. Jos kuumeen lisäksi asiakkaalla olisi ollut vielä painonlaskua, olisi pahanlaatuisen kasvaimen kohdalla ollut jo kaksi red flagsia, jolloin epäily kasvaimesta olisi voimakkaampi. Teknisen toteutuksen ja yksinkertaisuuden vuoksi päädyimme kuitenkin lomakkeeseen, jossa lääkärille ohjataan jo yksittäisen red flagin ollessa olemassa.

Lomakkeen työversio (LIITE 2) käytiin läpi toimeksiantajan kanssa kysymyskysymykseltä ja tämän keskustelun perusteella päädyimme lomakkeeseen (LIITE 3), jonka annoimme testaukseen ajanvarauksen henkilökunnalle. Lomakkeeseen ei tullut enää muutoksia testauksen jälkeen.

8.3 Tuotteen viimeistely

Viimeistelyyn kuuluu tuotteen markkinointi. Tämä sisältää tuotteen halutuksi tekemisen kuluttajille, mutta myös tuottajaorganisaation sisäisen markkinoinnin. Sisäisen markkinoinnin avulla rakennetaan henkilöstön imagoa ja varmistetaan että henkilökunnalla on riittävästi tietoa tuotteesta ja sen käytöstä. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81, 118–119.)

Lomakkeen toimivuuden kannalta on tärkeää, että ajanvarauksen henkilökunta tuntee lomakkeen ja pitää sitä helposti käytettävänä. Oleellista on myös, että uusien ajanvaraajien ja sijaisten kouluttaminen lomakkeen käyttöön olisi helppoa. Tämä on pyritty huomioimaan mahdollisimman yksinkertaisella ja selkeällä ulkoasulla, jossa kaikki oleellinen tieto on näkyvissä. Lomakkeen liitteeksi on tehty lyhyt selvitys seulottavista oireista ja niihin liittyvistä sairauksista käytettäväksi koulutuksessa. Liite ei tämänhetkisen tiedon mukaan tule Efficiaan.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ETENEMINEN

Saimme vinkin opinnäytetyön aiheesta keväällä 2011 ja päätimme melkein saman tien hyväksyä aiheen. Kesä meni ideaa hautoessa ja opinnäytetyöprosessiin ilmoit-tauduimme alkusyksystä 2011. Myöhemmin samana syksynä tapasimme toimek-siantajan ensimmäistä kertaa ja todenteolla opinnäytetyön tekeminen alkoi joululo-malla.

Ensimmäinen haaste oli tutkimusluvan hakeminen. Jotta pystyimme hakemaan oikeanlaista tutkimuslupaa, meidän tuli olla tarkasti selvillä millaisin keinoin tut-kimuksen aikoisimme toteuttaa. Vaikeimmaksi tehtäväksi osoittautui lomakkeen testaamistavan päättäminen. Tämä johtui osaksi siitä, että emme voineet yksinään päättää miten testaaminen hoidetaan, vaan testaustavan tuli olla sellainen, että se ei liikaa häiritse terveysaseman ajanvarauksen normaalia toimintaa ja olisi vaiva-ton toteuttaa. Lisäksi lomakkeen testaaminen oli yksi asia, jota haluttiin haastatte-luin selvittää tehtävänsiirron jo toteuttaneista kunnista.

Päätimme tehdä haastattelut jo ennen tutkimusluvan hakemista, jotta saisimme käyttöömmme tiedon mitä muilla paikkakunnilla on tehty ja voisimme paremmin päättää miten lomake testataan ja toteutetaan.

9.1 Haastattelut

Haastateltavat kunnat/ kuntayhtymät; Espoo, Kotka, Saarikka (Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi ja Saarijärvi) ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri (Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari) valikoituivat sattumanvaraisesti internetistä ja yhteistyötahoilta saa-mamme tiedon perusteella, että näissä kunnissa on jo vakiintunutta akuuttivas-taanottoa toimintaa alaselän osalta. Haastateltavien valintaan vaikutti alkuvaiheessa myös se, että pyrimme siihen, että meillä olisi mahdollisuus mennä paikanpäälle tekemään haastatteluja. Haastateltavien toiveesta haastattelut kuitenkin toteutettiin puhelimitse. Pyrimme myös selvittämään haastattelulomakkeen toimivuutta Effica-potilastietojärjestelmässä, mutta meillä ei etukäteen ollut tietoa kaikkien haasta-teltaviksi valikoituneiden kuntien käytössä olevista potilastietojärjestelmistä.

Suunnittelimme toimeksiantajan kanssa yhteistyössä teemat ja kysymykset joihin ensisijaisesti haluamme saada vastaukset (LIITE 1). Osa kysymyksistä koskee faktatietoja, kuten kuinka kauan toiminta on kestänyt ja kuinka paljon henkilökuntaa on. Osa kysymyksistä taas koskee haastateltavan kokemuksia ja näkemyksiä mallin sujuvuudesta ja siitä miten malli on vastaanotettu heidän kunnassaan.

Ensimmäinen pilottihaastattelu tehtiin 30.1.2012 Espooseen. Loput haastattelut toteutimme viikolla kuusi. Seuraaviin haastatteluihin oli tarkoituksella pidempi väli, jotta ehtisimme haastattelun jälkeen muuttaa kysymyksiä tai haastattelun kirjaamistapaa tarvittaessa. Ensimmäisen haastattelun jälkeen valittuihin teemoihin ei tullut muutoksia, mutta joitakin sanavalintoja mietimme uudelleen. Esimerkiksi kaikissa kunnissa ei puhuta tehtävänsiirrosta, vaan akuuttivastaanotoista.

Alun perin suunnittelimme tekevämme haastattelut paikanpäällä ja nauhoittavamme käydyn keskustelun. Haastateltavien toiveista päädyimme kuitenkin puhe-
linhaastatteluihin. Tutkimme eri vaihtoehtoja nauhoittaa puhelut, mutta emme löytäneet luotettavaa vaihtoehtoa nauhoituksen toteuttamiselle. Siksi käytimme apuna neuvottelupuhelua tai puhelimen kaiutinta, jotta toinen meistä saattoi keskittyä haastatteluun ja toinen muistiinpanojen tekemiseen.

Haastattelut olivat keskenään hyvin erilaisia ja monesti ei ollut mahdollista edetä suunnitellusti, vaan haastateltavan kertomat asiat ohjasivat sitä missä järjestyksessä kysymykset esitettiin. Jotkut haastateltavat myös lähettivät meille materiaalia, jonka perusteella saimme vastaukset joihinkin kysymyksiin jo etukäteen.

Koska olimme jo valmiiksi haastattelun suunnitteluvaiheessa selvittäneet teemat, joihin haimme vastauksia, päätimme kirjata haastateltavien vastaukset teemoittain ja mahdollisimman jäsenneltyinä jo haastattelua tehdessä. Tämä oli järkevää myös siksi, että jos jokin kysymys jäi vastauksetta, puhelimesta oli helppo tehdä lisäkysymyksiä. Kirjoitimme haastattelut puhtaaksi heti haastattelujen jälkeen ja jos jotakin tietoja jäi puuttumaan, meillä oli mahdollisuus täydentää haastattelu sähköpostilla jälkikäteen.

Haastatteluissa selkeni sekä käytettävä termistö, että hoitoonohjauksen tärkeys. Haastattelujen ja työn toimeksiantajilta saamiemme tietojen perusteella meillä oli selkeä näkemys siitä miten hoitoonohjauslomake testattaisiin. Tässä vaiheessa suunnitelmaseminaari alkoi lähestyä ja meidän oli keskityttävä siihen, että raport-

timme teoriaosa vastaisi seminaarille asetettuja vaatimuksia. Suunnitelmana oli seminaarista saadun palautteen jälkeen täydentää teoriapohja lopulliseen muotoonsa, jotta voisimme mahdollisimman pian saada hoitoonohjauksen lomakkeen testattavaan muotoon.

9.2 Lomakkeen pilottitestausta

Suunnitelmaseminaari pidettiin 23.2.2012. Opinnäytetyön aikatauluihin vaikutti paljon toimeksiantajan aikataulu. Hoitoonohjauslomakkeen on tarkoitus olla käytössä vuoden 2013 alusta. Jo keväällä 2012 toimeksiantaja tarvitsi lomakkeesta karkean version potilastietojärjestelmän päivityksen yhteydessä. Teimme lomakkeesta raakaversion (LIITE 2) keräämiemme tietojen perustella ja maaliskuuhuhtikuussa kävimme sen läpi työn toimeksiantajan kanssa. Käydyn keskustelun perusteella muokkasimme lomakkeen sisältöä ja ulkoasua. Ulkoasullisesti päädyimme tekemään lomakkeeseen vastausmuodoksi kyllä tai ei, jolloin sen täyttäminen on sujuvampaa ja nopeampaa puhelinhaastattelun aikana.

Lomake testattiin Kuusankosken terveysasemalla. Pilotin kestoksi oli sovittu kaksi viikkoa, 10.5.–25.5.2012 välisenä aikana. Ennen pilotin alkua pidimme tunnin mittaisen osastotunnin ajanvarausta toteuttavalle henkilökunnalle. Kaikki ajanvarajat eivät päässeet paikalle ja paikalla olleiden tehtäväksi jäi välittää tietoa edelleen työtovereilleen. Tilaisuuteen osallistui myös lääkäreiden edustajia.

Tunti koostui toimeksiantajan lyhyestä luennosta selkävastaanoton sisällöstä ja meidän osuudestamme. Kävimme läpi lomakkeen kysymys kysymykseltä ja annoimme tarvittaessa lisätietoja lomakkeesta ja seulottavista asioista. Lisäksi annoimme ajanvaraajille tietoa siitä millaisiin asioihin halusimme huomiota kiinnitettävän ja miten palaute kerätään.

Pidimme 14.6.2012 palautekeskustelun Kuusankosken terveysasemalla. Saamamme positiivisen palautteen perusteella emme pilotoinnin jälkeen tehneet lomakkeeseen muutoksia.

9.3 Raportin kirjoittaminen

Teoriatieto lomakkeen taustoja varten oli selvitettyä jo keväällä ennen lomakkeen testiversion laatimista. Raporttia on kirjoitettu pikkuhiljaa työn edetessä koska lomake perustuu raporttiin kokoamaamme teoriatietoon. Lopulliseen muotoon sitä alettiin muokata lomakkeen testauksen eli pilotoinnin jälkeen. Julkaisuseminaarin ajankohdaksi sovimme 2.11.2012.

10 HAASTATTELUJEN TULOKSET

Opinnäyteyöllä on ollut kaksi päätavoitetta. Pääasiallinen tavoite on ollut tuottaa sellainen seulontalomake, joka toimii hyvin ajanvaraustilanteissa. Toinen tavoite on ollut selvittää millaisia toimintamalleja ja käytännön ratkaisuja muualla Suomessa on akuuttivastaanottojen suhteen tehty ja miten niihin on päädytty. Siksi olemme koonneet haastattelujen tulokset kahdeksi pääluokaksi, joista toinen koskee akuuttivastaanoton toimintamallia esimerkkikunnissa ja toinen varsinaista lomaketta.

10.1 Toiminnan suunnittelu ja perusteet

Haastatelluista kunnista akuuttivastaanottoa akuutin selkäkivun osalta on ollut pisimpään Saarikan kuntayhtymässä eli aina vuoden 2006 syksystä alkaen. Samoihin aikoihin on myös Kotkassa alkanut vastaanottoa. Espoossa toiminta on alkanut vuonna 2007 ja Eksoten alueella 2010. Suunnittelu on vaatinut paljon aikaa. Toiminnan suunnittelu ja kehittäminen on haastateltujen henkilöiden mukaan vaatinut yhteistyötä niin lääkäreiden kuin kuntoutushenkilöstön välillä. Haastateltavat kokivat myös, että hoitoonohjausta tekevän henkilöstön eli ajanvaraajien on hyvä olla mukana alusta alkaen suunnittelemassa toimintaa.

Toiminnan käynnistämisen alkuvaiheessa on hyödynnetty paikallisten ammattikorkeakoulujen opiskelijoita opinnäytetöiden tai opettajia koulutusasiantuntijuiden näkökulmasta.

Tavoitteena suunnittelutyölle ja toiminnan aloittamiselle on ollut terveyskeskuksen toiminnan kehittäminen ja monipuolistaminen. Kaikissa kunnissa on pulaa terveyskeskuslääkäreistä, joten uudella toimintamallilla on pyritty siirtämään lääkäreiltä selkäkipuasiakkaita fysioterapeuteille ja siten vähentämään lääkäreiden kuormitusta. Fysioterapeuttien akuutit selkävastaanotot mahdollistavat asiakkaille nopean hoitopääsyn ja siten ennaltaehkäisevät kivun kroonistumista.

10.2 Toimintamallit

Vastaanottoaikojen määrä vaihtelee alueiden koon ja asiakasmäärän mukaan, pienemmällä paikkakunnilla aikoja on tarjolla vähemmän ja isommilla enemmän. Kolmessa paikassa haastatelluista on potilastietojärjestelmänä Effic ja yhdessä Pegasos. Akuutti selkävastaanotto on toiminnassa koko kunnan tai kuntayhtymän alueella olevissa terveyskeskuksissa.

Hoidontarpeen arvioinnin ja hoitoonohjauksen tekee ajanvarauksessa työskentelevä vastaanottovirkailija, perus- /lähihoitaja tai sairaanhoitaja. Ajanvarauksen henkilökunta on saanut koulutuksen hoidontarpeen arviointiin ja sitä järjestetään tarvittaessa osastotuntien yhteydessä.

Potilastietojärjestelmässä on nähtävillä akuuttivastaanottoajat erikseen merkittynä, jolloin fysioterapeutit ottavat akuutteja selkäkipuasiakkaita. Efficassa on mahdollista tehdä yhteinen päivystysajanvarauskirja jokaisen fysioterapeutin oman ajanvarauskirjan lisäksi, jolloin vastaanottohoitaja näkee päivystyskirjalta kaikki akuutit ajat yhdellä kertaa.

Vastaanottoajoilla on merkitystä niiden käytettävyyteen. Kokemuksen myötä keskipäivän ja iltapäivän ajat täyttyvät paremmin asiakkaista. Ennen klo 10 oleville ajoille asiakkaiden on vaikea ehtiä. Aikojen täyttyminen riippuu myös siitä miten väestö on jakaantunut suhteessa vastaanottopisteisiin, joten toimivien vastaanottoaikojen löytäminen voi olla hyvinkin kuntakohtaista. Lääkäreiden saatavuus vaikuttaa monilla paikkakunnilla siihen täyttyvätkö akuuttiajat vai eivät. Lääkäripulan aikana asiakkaita ohjautuu paremmin fysioterapeutin vastaanotolle.

Asiakkaalle tulee järjestyä aika kolmen päivän sisällä ja tämä onkin toteutunut haastateltavissa kunnissa hyvin. Akuuttiaikoja on jaettu eri viikonpäiville, jotta nopea hoitoonpääsy mahdollistuu. Vastaanottoaikojen määrä vaihtelee kunnittain kunnan koon ja fysioterapeuttien resurssien mukaan kahdesta neljään aikaa fysioterapeuttia kohden viikossa. Mahdollisia aluerajoja ei yleensä noudateta akuuttiaikoja annettaessa, vaan seuraava mahdollinen vapaa aika annetaan asiakkaalle. Vastaanottoajat vaihtelevat 30 minuutista 75 minuuttiin. Vastaanottoaikaan sisältyy yleensä myös kirjaaminen. Kirjaamisen helpottamiseksi ja nopeuttamiseksi käytössä on valmiita fraaseja sekä kaikilla fysioterapeuteilla yhtenevät käytännöt

tutkimisen ja kirjaamisen suhteen. Kaikissa kunnissa asiakkaalle järjestyy tarvittaessa seurantakäynti fysioterapeutin normaalille vastaanottoajalle. Tilanteen mukaan seuranta voidaan tehdä myös puhelimitse. Tavoitteena on, että akuuttiasiakkaalle riittäisi yksi käynti fysioterapeutilla, jolloin hän saa tarvittavan ohjeistuksen ja kotiharjoitteet. Asiakas voidaan ohjata myös joko fysioterapian, liikuntatoimen tai kansalaisopiston liikuntaryhmiin. Käynnin jälkeen potilaan tulisi tietää mistä hänen vaivassaan on kyse. Fysioterapeutin tehtävä on ohjata asiakasta omahoitoon.

Asiakkaan ohjautuessa fysioterapeutille, vaikka syystä tai toisesta tilanne vaatisikin lääkärin tutkimista, on kaikissa kunnissa järjestetty asia niin, että fysioterapeutti varaa ajan lääkärille jo samalle päivälle.

Ennen fysioterapeutin vastaanotolle tuloa asiakas yleensä täyttää esitietolomakkeen, jossa kysytään muun muassa kivusta, vaivan alkamisesta, kivun voimakkuudesta, toimintakyvystä ja siitä miten selkävaiva vaikeuttaa normaalielämää. Fysioterapeuteilla on käytössä yksikössä määritellyt yhtenäiset ohjeistukset ja tutkimukset asiakkaan tutkimisesta ja siihen tarvittavista tutkimuslomakkeista.

Akuuttivastaanottoa pitävillä fysioterapeuteilla on oikeus kirjoittaa sairauslomaa enintään 5 vuorokautta, joista yksi vuorokausi voi olla takautuvasti. Tämä voi olla tarpeen silloin, jos asiakkaalle ei ole järjestynyt aikaa samalle päivälle vaan seuraavalle ja sairausloman tarve on ollut jo vastaanottoaikaa edeltävänä päivänä. Fysioterapeutilla on oikeus myös suositella käsikauppalääkkeitä kivun lievitykseen. Suositeltavista lääkkeistä on sovittu ja saatu ohjeet lääkäriltä. Mikäli lääkekeensuositusoikeutta ei fysioterapeuteilla ole, on heillä mahdollisuus konsultoida lääkäriä lääkeasioissa.

Sekä Pegasos- että Effica -potilastietojärjestelmistä on mahdollista poimia akuuttiasiakkaista tilastotietoa tarvittavilla hakusanoilla. Tilastoja on mahdollista saada muun muassa alueittain ja fysioterapeuteittain.

10.3 Koulutus ja ammattitaidon ylläpitäminen

Fysioterapeutit ovat saaneet lisäkoulutusta ennen kuin he ovat voineet aloittaa akuuttivastaanottotoiminnassa. Koulutus on 30 opintopisteen/1,5 vuoden täyden-

nyskoulutusta. Ne, jotka eivät ole järjestettyä lisäkoulutusta suorittaneet, ovat täydentäneet osaamistaan muulla tavoin, kuten MDT- tai OMT-kurssilla. Lisäksi käytössä on ollut klinikkaopetusta, jossa fysioterapeutti on saanut käytännön ohjausta asiakastilanteissa fysiatriin vastaanotolla.

Osaamista ja ammattitaitoa fysioterapeutit pitävät yllä sisäisin koulutuksin ja säännöllisin kertauspäivin. Töistä poissaolon jälkeen, esimerkiksi äitiyslomalta palaaville fysioterapeuteille, voidaan järjestää osaamiskartoitus, jotta varmistetaan riittävä tieto- ja taitotaso akuuttivastaanotto toimintaan. Isommissa yksiköissä fysioterapeutit sijaistavat akuuttiajoilla toisiaan. Pienemmissä yksiköissä akuuttiajat perutaan esimerkiksi lomien ajaksi. Uudet fysioterapeutit opettelevat sisäisissä klinikoissa tarpeen mukaan, toimivat työnohjaajan opastuksella tai suorittavat osaamiskartoituksen. Koulutusresurssien rajallisuuden vuoksi uusia työntekijöitä ei ole yleensä mahdollista kouluttaa kattavammalla koulutuksella, jonka toiminnan aloitusvaiheessa mukana olleet fysioterapeutit ovat saaneet. Uusien työntekijöiden mukaan tuleminen vastaanotto toimintaan vaatiikin monessa paikassa jatkuvaa työtä ja kehittelyä akuuttivastaanotto toimintaan vaadittavan asiantuntijuuden saavuttamiseksi.

Akuuttivastaanotto toiminnassa mukana olevat fysioterapeutit saavat lisääntyneestä vastuusta ja asiantuntijuudestaan lisäkorvausta. Lisäkorvaukset vaihtelevat 50–225 euron välillä. Korvauksen suuruuteen vaikuttavat muun muassa yhdistyneissä kunnissa käynnissä olevat palkkojen harmonisoinnit. Korvaus on kiinteä summa kuukausittain riippumatta asiakasmäärästä. Korvauksen maksaminen asiakkaiden mukaan olisi myös mahdollista, sillä tilastoinnista voidaan poimia asiakkaat jostaista fysioterapeuttia kohden.

10.4 Ongelmat ja hyvät puolet

Toimintamuoto ja tehtävänsiirto on koettu kunnissa hyväksi niin fysioterapeuttien, lääkäreiden kuin asiakkaidenkin näkökulmasta. Lääkäreille ohjautuu nykyisin vähemmän selkäkipuasiakkaita, jolloin lääkäreiden kuormitus vähenee ja resurssit vapautuu muille asiakkaille enemmän. Lääkäreiden mielestä fysioterapeutit pystyvät hoitamaan akuuttia selkäkipua asiantuntevasti. Fysioterapeutit suhtautuvat myönteisesti toimintamuotoon ja kokevat, että heidän asiantuntijuuttaan tuki-

ja liikuntaelinongelmissa arvostetaan ja he pystyvät hyödyntämään osaamistaan paremmin. Fysioterapeutit pystyvät myös vaikuttamaan selkäkipuun ja sitä aiheuttavaan ongelmaan jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Asiakkaan näkökulmasta hoitoonpääsy on nopeampaa ja tarvittavien tutkimusten jälkeen annettava ohjaus ja kotiharjoitteet tarkoituksenmukaisia.

Fysioterapeuttien akuuttivastaanottotoiminnasta on jatkuvasti pidettävä tietoisuutta yllä, jotta ajanvaraajat muistavat tehdä seulonnan ja uskaltavat lähettää asiakkaita fysioterapeutin vastaanotolle lääkärin vastaanoton sijasta. Vastaanottohenkilökunnan vaihtuvuus ja keikkalääkäreiden perehdytys vaatii resursseja ja jatkuvaa muistutusta asiasta. Yhteistyötä fysioterapian ja ajanvarauksen välillä on tehtävä jatkuvasti. Yhteistyötä on edistetty muun muassa yhteisillä kahvitauoilla ja järjestämällä harjoituspäiviä, jossa on mahdollisuus keskustella toiminnan sujuvuudesta ja kehittämisen kohteista. Oikea hoitoonohjaus on olennaisen tärkeä osa hoitoprosessia.

Toimintamuoto on koettu haastatelluissa kunnissa hyväksi ja toimivaksi. Monessa kunnassa onkin akuuttivastaanottotoimintaa laajennettu myös muihin tuki- ja liikuntaelinvaivoihin tai se on suunnitteilla.

10.5 Lomakkeen suunnittelu ja sisältö

Ajanvaraajien käytössä oleva haastattelulomake tai tarkistuslista on yleensä laadittu yhteistyössä lääkärin ja fysioterapeuttien kanssa. Lomakkeen tulee olla selkeä ja riittävän seuloiva, mutta se ei kuitenkaan saa olla liian laaja. Lomake ja ohjeet ovat muotoutuneet nykyisiksi joko pilottihankeen avulla tai käytännön työssä.

Jokaisella haastatellulla kunnalla/kuntayhtymällä on käytössään lomake, jonka avulla seulotaan tuleeko asiakas ohjata lääkärin vai fysioterapeutin vastaanotolle. Saarikan, Espoon ja Eksoten lomakkeet ovat muodossa, jossa vastausvaihtoehdot ovat kyllä/ei. Kun taas Kotkan lomake on lista niistä asioista, joita akuutin selkävun potilaalta tulee kysyä. Vaihtelua on hoitoonohjauksen perusteiden kirjaamisessa. Osassa kunnista olennaiset asiat kirjataan hoitolehdelle, josta se on myös lääkärin tai fysioterapeutin nähtävissä. Toisissa paikoissa vastaanottava taho ei tiedä etukäteen millä perusteella asiakas on vastaanotolle ohjautunut.

Lääkärille lähettämisen kriteereitä olivat alle 18 vuoden tai yli 65 vuoden ikä, Cauda equina -oireet tai alaraajassa toispuoleinen polven alapuolelle säteilevä kipu, tapaturmat (myös pienet vakuutusteknisistä syistä), äkillinen ja voimakas kipu (aortta-aneurysma epäily), pahanlaatuinen kasvain anamneesissa tai sen oireet (äkillinen laihtuminen, pahoinvointi, lepokipu, väsymys), osteoporoosi, katkokävelyoireet, kuume tai kyseiseen kipujaksoon liittyvät virtsatie- tai ihoinfektiot, suonensisäisten huumeiden käyttö, yli 12 viikkoa kestänyt kipu tai riittävän korkea VAS. Selvien psykologisten ongelmien yhteydessä Saarikassa asiakas ohjataan mielenterveystoimistoon, psykologille tai lääkärille.

Sisällöltään ja pituudeltaan lomakkeet ovat hyvin samankaltaisia. Kaikissa lomakkeissa selvitetään Cauda equina -oireet, kuume, pahanlaatuisten kasvaimien esiintyminen ja osteoporoosi, sekä kivun alku mahdollisella tapaturmalla. Ikää ei kysytä kaikissa lomakkeissa, mutta silti toimintaohjeena yleensä on alle 18-vuotiaiden ohjaaminen suoraan lääkärin vastaanotolle. Eksotessa myös yli 65-vuotiaat ohjataan lääkärille. VAS-asteikkoa käytetään Espoon (10 ->lääkäriin) ja Eksoten (7-> lääkäriin) lomakkeissa, Saarikassa kivun voimakkuutta selvitetään ainoastaan aneurysma epäilyn yhteydessä ja Kotkassa lääkäriin lähetetään ne asiakkaat, joiden arvellaan tarvitsevan vahvaa kipulääkitystä tai reseptin uusimista. Spinaalisten viittaavasta katkokävelystä kysytään vain Saarikan lomakkeessa. Espoon lomakkeessa selkäleikatut voidaan ohjata fysioterapeutille, mikäli he ovat kuntoutuneet ennen nykyisen kipujakson alkamisesta. Aikaisemmista selkävaivoista kysytään myös Kotkassa.

11 LOMAKKEEN LAATIMINEN

Lomakkeen (LIITE 3) laatimisessa on käytetty hyödyksi teoriatietoa ja haastattelujen tuloksia. Lisäksi lomakkeen toimivuutta ja laatua on pyritty lisäämään testaamalla lomake.

11.1 Kysymysten valinta

Aluksi kartoitimme tutkimusten ja kirjallisuuden avulla vakavat lääkärihoitoa vaativat sairaudet ja niihin viittaavat oireet eli Red flagsit. Nämä on esitetty kuviossa 1. Lomakkeen ensimmäisessä työversiossa (LIITE 2) oli 14 kysymystä, joilla pyrittiin saamaan kiinni kaikki taulukossa mainitut sairaudet.

Haastattelusta saatujen tietojen perusteella lomakkeen tulisi olla mahdollisimman lyhyt ja selkeä, jotta kiireisessä vastaanottotyössä olisi aikaa tehdä hoitoonohjaus. Liian pitkä ja monimutkainen lomake häiritsee seulontaa, joten tiesimme, että osa kysymyksistä pitää jättää pois. Karsinta tehtiin yhdessä työn toimeksiantajan kanssa.

Lomakkeen (LIITE 3) kysymykset on jaettu kolmeen pääryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä selvitetään sellaisia yleisiä tietoja, kuten asiakkaan ikä ja kivun kesto sekä intensiteetti, jotka eivät suoraan seulo mitään yksittäistä. Toisessa ryhmässä seulotaan oireita, jotka vaativat kiireellistä päivystysluntoista hoitoa. Kolmannessa ryhmässä on oireita, joiden ilmetessä lääkärin vastaanotolle voidaan hakeutua 1-3 päivän kuluessa.

11.2 Yleiset kysymykset

Iän selvittäminen on tarpeen, koska hoitolinjauksen mukaan kaikki alle 18-vuotiaat ohjataan lääkärin vastaanotolle.

Fysioterapeutille ohjataan akuutin kivun potilaita, joten lomakkeessa selvitetään alaselkäkipujakson kesto. Jos kyseinen kipujakso on kestänyt yli 6 viikkoa, niin asiakas ohjataan lääkärin vastaanotolle. Ennen työversiota suunnittelimme erillistä kysymystä siitä, ovatko oireet alkaneet vähitellen vai äkillisesti. Kysymys jätettiin pois, koska kivun äkillisyyttä selvitetään myöhemmin aortta-aneurysmia seulovi-

en kysymysten yhteydessä. Sen sijaan kysymys kivun kestosta muotoiltiin koskemaan kyseistä selkäkipujaksoa. Aiemmista selkäkivuista ei myöskään kysytä erikseen, mutta myöhemmin tiedustellaan aiemmista selkäoperaatioista toipumista. Sähköinen lomake avataan asiakkaan potilaspapereihin, joten aiemmat diagnoosit näkyvät siellä.

Lomake ohjaa lääkärille asiakkaat, joiden kipukokemus ylittää suullisessa arvioissa VAS-janalla arvon seitsemän, eli kipu voidaan määritellä vakavaksi (Jensen, Chen & Brugger 2003, 407–414). Fysioterapeutit saavat Kouvolan mallissa oikeuden suositella tulehduskipulääkkeitä, mutta vakavan kivun hoitoon tarvitaan todennäköisesti vahvempia lääkkeitä. Kivun subjektiivisuuden vuoksi on vaikea määritellä rajaa, jolloin voimakkaampaa lääkitystä tarvitaan.

11.3 Päivystysluontoiseen hoitoon ohjaavat kysymykset

Tässä ryhmässä selvitetään onko asiakkaalla aortta-aneurysmaan tai Cauda equina -oireistoon viittaavia oireita. Lomakkeen työversiossa virtsan- ja ulosteenpidätysvaikeuksista kysyttiin erikseen omassa kysymyksessä, mutta lopulliseen versioon kumpaankin tilaan viittaavat kysymykset yhdistettiin omaksi kokonaisuudekseen. Kysymysten loppuun tulee sulkuihin merkintä tilasta, jota kysymyksillä yritetään seuloa.

Ratsupaikkaoireyhtymää seulovien kysymysten kohdalla jouduimme tekemään karsintaa. Päänvaivaa tuotti miten saisimme mahdollisimman tiiviisti ja selkeästi kysytyä kaikki tilaan viittaavat oireet. Päädyimme yhdistämään kaikki oireet samaan kysymykseen ja jättämään polven alapuolelle säteilevän kivun seulomisen pois. Tähän päädyimme koska polven alapuolelle säteilevä kipu on yleistä eikä välttämättä oire mistään vakavasta. Vakavan tilan kohdalla potilas seuloutuu todennäköisesti lääkärille joko kivun, tuntopuutosten tai halvaantumisoireiden perusteella.

11.4 Lääkärin hoitoon 1-3 vuorokaudessa ohjaavat kysymykset

Lääkärin hoitoon 1-3 vuorokaudessa ohjaavat kysymykset -ryhmässä oli alun perin kahdeksan erillistä kohtaa, joilla pyrittiin seulomaan pahanlaatuisen kasvai-

men, bakterispondyliitin, spondylodiskiitin, selkärangan kompressiomurtuman, spinaalistennoosin, selkärankareuman ja spondylolisteesin oireita. Lopullisessa lomakkeessa ryhmään jäi neljä kysymyskokonaisuutta.

Jos asiakas on joutunut tapaturman uhriksi, hänet ohjataan lääkärille vaikka tapaturma ei olisikaan vakava, koska mahdolliset vakuutukset vaativat lääkärin lausunnon. Lääkärin vastaanotolle ohjataan myös asiakkaat, jotka eivät ole toipuneet edellisestä selkäleikkauksesta, sillä tällöin kyse ei ole akuutista selkäkivusta. Jos kipujaksoon liittyy kuumeilu, on asiakas syytä ohjata lääkärille, koska oire voi olla merkki tulehduksesta tai pahanlaatuisesta kasvaimesta. Lääkärille ohjataan myös, jos asiakkaalla on jo todettu pahanlaatuinen kasvain tai osteoporoosi.

Yleiset linjaukset karsivat lomakkeesta selkärankareumaa koskevat kysymykset, sillä selkäreuman tunnusmerkkeihin kuuluu yli kolmen kuukauden kipujakso eikä täten sisälly akuutin selkävun määritelmään.

Bakterispondyliitin seulomiseksi aiomme aluksi kysyä riskitekijöitä, kuten huumeiden käyttöä ja lääkitystä. Keskustelun jälkeen päädyimme kuitenkin siihen, että myös muita sairauksia kartoittavat kysymykset kuumeesta ja kivusta, sekä mahdollisesta aikaisemmasta selkäoperaatiosta seulovat bakterispondyliitti tapauksia. Tarkempi seulonta jää tehtäväksi joko lääkärin/fysioterapeutin vastaanotolla, jolloin oirekuvaan ja taustatietoihin on mahdollistua syventyä tarkemmin.

Työversiossa katkokävelyoireiset asiakkaat seulottiin lääkärille. Oire voi viitata spinaalistennoosiin tai selkärangan kompressiomurtumaan. Kysymyksestä luovuttiin ja lopullinen lomake ohjaa lääkärille vain sellaiset vakavat tapaukset, joissa esiintyy ratsupaikkaoireyhtymän tai alaraajan halvaantumisen merkkejä. Tämä rajaus tehtiin siksi, että spinaalistennoosin ollessa kyseessä lievemmissä tapauksissa konservatiivinen hoito on ensisijainen vaihtoehto (Käypähoito 2008). Lisäksi fysioterapeutti voi arvioida tilanteen tarkemmin vastaanotolla. Mahdolliset murtumat pyritään sulkemaan pois osteoporoosia ja onnettomuutta selvittäville kysymyksillä.

11.5 Palaute pilotista

Pilotin aikana Kuusankosken terveystaseman ajanvaraukseen tuli vain kaksi puhelua, jotka koskivat akuuttia alaselkäkipua. Molemmille soittajille oli tehty kysely eri ajanvaraajan toimesta. Toinen asiakkaista olisi ohjautunut fysioterapeutille ja toinen lääkärille.

Ajanvaraajien kokemuksen mukaan lomake oli helppokäyttöinen ja nopea käyttää, koska kysymyksiä oli sopiva määrä ja selkeästi ilmaistuna. Päätös asiakkaan ohjautumisesta lääkärille tai fysioterapeutille oli helppo tehdä rajattujen kysymysten perusteella. Erityisen hyvinä kysymyksinä ajanvarauksen sairaanhoitajat pitivät kivun voimakkuutta 0-10 kuvaavaa asteikkoa sekä kysymystä 7. Onko teille tehty selkäleikkaus, jonka jälkeen ette ole kuntoutuneet/palanneet työelämään? Lomakkeen mukana olevat perustelut kysymyksille olivat riittävät eivätkä ajanvaraajat kokeneet tarvitsevansa enempää perusteluita. Saamamme positiivisen palautteen perusteella emme pilotoinnin jälkeen tehneet lomakkeeseen muutoksia.

12 POHDINTAA

Akuuttivastaanotot ovat yleistynyt käytäntö ja useassa paikassa nopean puuttumisen malli on ollut käytössä jo pitkään. Akuutti alaselkäkipu on yksi yleisimmistä syistä hakeutua hoitoon. Fysioterapeuttien akuuttivastaanottotoiminnalle akuutin alaselkä kivun osalta on todellista tarvetta. Kukan (2009, 11–12) selvityksen mukaan akuuttivastaanottotoiminnalla saadaan hyödynnettyä fysioterapeuttista osaamista alaselkä kivun kuntoutuksessa. Samalla saadaan konkreettista apua terveyskeskuksissa vallitsevaan lääkäri vajeeseen. Akuuttivastaanottotoiminnasta hyötyvät niin fysioterapeutit, saadessaan hyödyntää erikoisosaamistaan, kuin lääkäritkin, joiden vastaanottoaikoja vapautuu muiden lääkärin hoitoa vaativien asiakkaiden käyttöön. Akuuttivastaanottotoiminta hyödyttää myös asiakasta, kun hoitoon pääsy akuutissa vaiheessa nopeutuu (Kukka 2009, 1-2).

Opinnäytetyön aihe vaikutti ajankohtaiselta ja kiinnostavalta, koska se käsitteli fysioterapeutin työn kuvan laajentamista ja fysioterapeutin asiantuntijuuden hyödyntämistä tuki- ja liikuntaelinvaivojen ongelmissa. Lisäksi aiheen ja työn mielenkiintoa lisäsi se, että opinnäytetyömme tulee konkreettisesti hyödyttämään meidän tekijöiden asuinseudun kuntoutuspalveluita. Työn tekeminen mahdollisti myös verkostoitumista oman alueen työelämän kanssa.

Aiheen rajaukseen vaikutti jo itsessään toimeksianto. Aihe oli jo valmiiksi hyvin rajattu koskemaan akuuttia alaselkäkipua. Meidän tehtäväksemme jäi selvittää perusteet joilla asiakas voidaan ohjata pelkän puhelinhaastattelun perusteella fysioterapeutille. Materiaalia aiheesta oli paljon saatavilla niin suomeksi kuin englanniksikin. Materiaalin läpikäyminen ja niiden oleellisten kriteereiden löytäminen olikin työn haastavin osuus. Tekemämme haastattelut kuntiin joissa akuuttivastaanottotoiminta on jo käytössä, tukivat teoriasta saamaamme tietoa. Lisäksi haastatteluista saimme hyviä käytännön kokemuksia kerrottavaksi eteenpäin, jotta akuuttivastaanottotoiminnasta Kouvolassa saataisiin mahdollisimman sujuvaa ja käytännössä toimivaa.

12.1 Tiedonhakumetodit ja lähteet

Opinnäytetyötämme olisi voinut lähteä toteuttamaan myös määrällisin menetel-

min, sillä eri puolella Suomea toteutetut selän akuuttivastaanotot olisivat tarjonneet hyvän tausta-aineiston tiedonkeruulle. Päädyimme kuitenkin laadullisiin menetelmiin, sillä opinnäytetyömme pääasiallisena tarkoituksena on vastata juuri Kouvolan kaupungin kuntoutuspalveluiden tarpeisiin, eikä tehdä yleiskatsausta akuuttivastaanottojen toiminnasta.

Akuuttivastaanoton toimintamalleja kartoitimme haastattelujen avulla. Selkäsairauksista ja niiden oireista olemme hakeneet tietoa ensisijaisesti perusteoksista ja suosituksista. Lisäksi etsimme tietoa tieteellisistä artikkeleista. Artikkelihaku tehtiin pääasiassa Elsevierin ScienceDirect ja EBSCO Academic Search Elite tietokannoista. Hakusanoina käytimme yhdistelmää ”red flags” AND ”back pain”.

Artikkeleita, joissa käsiteltiin red flagseja, oli paljon. Artikkeleissa esiintyvä seuloittavat sairaudet olivat pääsääntöisesti yhteneväiset, mutta oireiden kuvaamisen tarkkuus vaihteli. Suurimmassa osassa artikkeleita pääpaino oli selkäkivun hoitokäytänteissä. Lähteeksi on valittu sellaisia englannin- tai suomenkielisiä artikkeleita, joissa red flagseista on tehty yhteenvetoja tai niitä on muuten käsitelty laajemmin.

Kokosimme oireet yhteen taulukkoon (KUVIO 1), jotta saisimme paremman kokonaiskuvan. Lomakkeeseen päätyneet kysymykset seuloivat yleisimpiä ja selkeämpiä oireita, jotka löytyvät miltei kaikista lähteistä. Tarkempaan seulontaan ei puhelimesta ole mahdollisuutta. Yksityiskohtaisempi taulukko toimii kuitenkin hyvänä taustamateriaalina lomakkeelle esimerkiksi uusien hoitajien perehdytyksessä.

Kivun mittaamisesta haimme tietoa edellä mainituista tietokannoista hakusanoilla ”Pain measurement” AND ”acute low back pain”, ”visual analogue scale” AND ”pain medication”. Päämääränä oli löytää viitteitä siitä millaisella VAS-tuloksella kipu on niin kovaa, että asiakas on syytä ohjata lääkärille. Tällaisia hakutuloksia oli hyvin vähän näissä tietokannoissa. Kipututkimusta tehdään koko ajan paljon ja sen tarkempi kartoittaminen olisi oman tutkimuksen aihe, eikä meillä ollut mahdollista perehtyä tässä yhteydessä kovin syvällisesti siihen.

Lähteinä olemme pyrkineet käyttämään tuoreita tutkimuksia ja kirjallisuutta. Mielestämme on kuitenkin ollut perusteltua käyttää hieman vanhempiaakin lähteitä, jos

ne ovat olleet painotukseltaan sopivimpia meidän työhömmä, kuten esimerkiksi Jämsän ja Mannisen (2000) teos sosiaalialan tuotteistamisesta.

12.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuslupa haettiin Kouvolan kaupungilta. Tutkimuksessa ei käsitelty kenenkään henkilökohtaisia tietoja. Haastateltaviin oltiin alkuvaiheessa yhteydessä sähköpostitse ja tiedusteltiin heidän halukkuuttaan tutkimukseen. Haastateltavat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Haastateltavien pyyntöä olla julkistamatta jotakin tietoa raportissa kunnioitettiin.

Haastatteluja ei nauhoitettu, mikä vähentää luotettavuutta. Haastattelut ovat vain osa opinnäytetyötä ja oleellinen tieto on kirjattu suoraan haastattelutilanteessa ylös, jolloin on myös ollut mahdollista esittää tarkentavia kysymyksiä. Haastateluista saamaamme tietoa on täydennetty haastateltavilta saaduilla kirjallisilla tiedoilla, joita he toimittivat sähköpostitse. Tarvittaessa myös tietoja on tarkennettu asianosaisten sähköpostitse jälkikäteen.

Haastateltavien joukon pienyydestä johtuen saamaamme tietoa ei voi yleistää. Työmme pääasiallisena tarkoituksena ei kuitenkaan ollut selvittää akuuttivastaanottojen toimintaa ja sen sujuvuutta laajemmalti. Haastatteluissa saamillamme tiedoilla on kuitenkin ollut merkitystä meille hoitoonohjauslomakkeen laadinnassa. Hoitoonohjauslomakkeen käytettävyydellä ja toimivuudella on iso merkitys koko akuuttivastaanotto toiminnan sujuvuuteen.

Lomakkeen luotettavuutta pyrittiin lisäämään pilotoimalla tiedonkeruuhaastattelut sekä lomakkeen käyttö. Testitulosten suurempi määrä olisi parantanut luotettavuutta. Lomakkeen pilotointi tapahtui puhelimitse ajanvaraajien toimesta, jolloin meillä työn tekijöinä ei ole tietoa asiakkaiden henkilöllisyydestä. Työmäärän ja ajankäytön suhteen oli pakko tehdä useita kompromisseja. Tämä on tyypillistä myös työelämässä tehtäville kehityshankkeille.

12.3 Sovellettavuus ja jatkotutkimusaiheet

Lomake tulee jokapäiväiseen käyttöön koko Kouvolan alueella. Lomakkeen käytettävyys selviää vasta sitten, kun sitä on käytetty jonkin aikaa. Tähän vaikuttavat sisällön lisäksi myös tekninen toteutus ja potilastietojärjestelmä, joihin meillä ei ollut mahdollista vaikuttaa. Sisällön muokkaaminen on mahdollista myöhemmin, lomakkeen jo ollessa käytössä potilastietojärjestelmässä.

Lomakkeen toimivuuden seuraaminen ja käyttäjäpalautteen kerääminen ovat tärkeitä akuuttivastaanoton toiminnan kehittämiseksi ja mahdollisia aiheita esimerkiksi tuleville opinnäytetöille. Jatkossa olisi tarpeen tarkempi tutkimus siitä, miten akuuttivastaanottojen nykyisin käytössä olevat mallit toimivat. Mahdollisia lähestymistapoja on useita: käyttäjäkokemukset, lisätutkimus henkilökunnan kokemuksista sekä kustannustehokkuus. Tarpeellista olisi myös selvittää fysioterapeutin ammatillisen tietotaidon hyödyntäminen myös muiden tuki- ja liikuntaelinvaivojen akuuttivastaanottotoiminnassa.

LÄHTEET

Aikuisten alaselkäsairaudet. 2008. Duodecim, Käypä hoito [viitattu 18.1.2012].
Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi20001.pdf>.

Airaksinen, O. 2012. Selkäkipupotilaan kliininen tutkiminen. *Therapia fennica* [viitattu 18.1.2012]. Saatavissa:
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Selk%C3%A4kipupotilaan_kliininen_tutkiminen.

Bäckmand, H. & Vuori, I. (toim.). 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimestö, Opas tulesairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Helsinki: Yliopistopaino.

Chanda M., Alvin M., Schnitzer T. & Apkaria A 2011. Pain Characteristic Differences Between Subacute and Chronic Back Pain. *The Journal of Pain*, Vol 12, Iss 7, p. 792-800 [viitattu 23.8.2012]. Saatavissa Elsevier –tietokannassa:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590011000344>.

Ferguson, F., Holdsworth, L. & Rafferty, D. 2010. Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy* Vol. 96, Iss. 4, p. 282-288 [viitattu 7.2.2012]. Saatavissa Elsevier –tietokannassa:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940610000258>.

Hakulinen, K. 2004. Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa, Terveys 2000 - tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2004. Helsinki: Hakapaino Oy.
Saatavissa:
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/8326/G0000502.pdf?sequence=1>.

Haukatsalo, K. 2002. Hoida selkäsi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

HE283/2009. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090283>.

Heistaro, S., Arokoski, J., Kröger, H., Leino-Arjas, P., Riihimäki, H., Nykyri, E.

& Heliövaara, M. 2007. Back pain and chronic low-back syndrome. Teoksessa Kaila-Kangas, L. (toim.) Musculoskeletal disorders and diseases in Finland, results of the Health 2000 Survey. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 25/2007. Helsinki: Hakapaino Oy, 14–18. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b25.pdf>.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Häkkinen, U. & Alha P. (toim.) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot, Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki: Hakapaino Oy. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>.

Jensen M., Chen C. & Brugger A. 2003. Interpretation of Visual Analog Scale Ratings and Change Scores: A Reanalysis of Two Clinical Trials of Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, Vol. 4, Iss. 7, p. 407–414. [viitattu 30.8.2012]. Saatavissa Elsevier – tietokannassa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590003007168>.

Jämsä, K. & Manninen E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) 2009. Kipu. Jyväskylä: Otavan kirjapaino Oy.

Kankare, J. 2012. Spondylodiskiitti. [viitattu 4.3.2012.] Saatavissa: http://www.kirurgia.med.helsinki.fi/runkokoulutus/index.php?__file_display_id=644.

Katainen, A. 2008. Laadullinen ja määrällinen tutkimus sosiaalilääketieteessä - erillisiä vai toisiaan täydentäviä näkökulmia? *Sotilaslääketieteen aikakauslehti* 46/2009, 46–50.

Kela. 2009. Sairauspäivärahojen määrä kääntyi laskuun vuonna 2008, tilastokatsaus [viitattu 15.12.2011]. Saatavissa: [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/161209122151MV/\\$File/TK_2009_](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/161209122151MV/$File/TK_2009_)

12_16_Sairauspaivarahapaivien_maara_kaantyi_laskuun_vuonna_2008.pdf?OpenElement.

Kouvolan kaupunki. 2011a. Fysio- ja toimintaterapian lähetekäytäntö. Moniste.

Kouvolan kaupunki. 2011b. Yhteiset hoitolinjaukset tule-ortopedisille asiakkaille avokuntoutuksessa.

Kouvolan kaupunki. 2012a. Kuntoutuspalvelut [viitattu 15.11.2011]. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/palvelut/terveyspalvelut/kuntoutusjaapuvalineet.html>.

Kouvolan kaupunki. 2012b. Fysioterapia perusterveydenhuollossa [viitattu 15.11.2011]. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/palvelut/terveyspalvelut/kuntoutusjaapuvalineet/fysioterapia.html>.

Krismer, M. & van Tulder, M. 2007. Low back pain (non-specific). Best Practice & Research Clinical Rheumatology Vol. 21, Iss. 1, p. 77-91 [viitattu 6.2.2012]. Saatavissa Elsevier –tietokannassa: <http://www.sciencedirect.com/aineistot.phkk.fi/science/article/pii/S1521694206001082>.

Kukka A. 2009. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtäväsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen fysioterapeutit.

Käypähoito. 2008. Alaselkäsairaudet. [viitattu 1.10.2012.]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi20001>.

Ladeira C. 2011. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. Revista Brasileira de Fisioterapia Vol. 15, Iss. 3, p. 190-199 [viitattu 1.3.2012]. Saatavilla SciELO tietokannassa: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.

Lakka, M. 2008. Kotkan terveyskeskuksen uusi työnjakomalli tukee tehtävänsiir-

toajattelua. *Fysioterapia* 6/2008, 4-7.

Lindgren, K-A. (toim.). 2005. TULES, tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Luomajoki, H. 2010. Movement control impairment as a sub-group of non-specific Low Back Pain- Evaluation of movement control test battery as a practical tool in the diagnosis of movement control impairment and treatment of this dysfunction. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta [viitattu 17.1.2012]. Väitöskirja. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0192-7>.

Luomajoki, H. 2011. Testistö selkäpotilaiden liikekontrollin häiriöiden tunnistamiseksi. *Fysioterapia* 1/2011, 4-8.

Magee, D. 2008. Orthopedic physical assesment. 5. painos. Kanada: Saunders Elsevier.

Malmivaara, A. 2010. Akuutisti kipeytynyt selkä. Teoksessa Mustaniemi, M. (toim.) *Traumatologia*. 7. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 727-733.

Mustajoki, P. 2011. Selkärankareuma. Lääkärikirja Duodecim [viitattu 24.1.2012]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00076.

Mäkelä, P. & Pesälä, J. 2006. Kasvuikäisen selän spondylolisteesin diagnoosi ja konservatiivinen hoito. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* Vol. 29, Iss. 1, p. 93-97 [viitattu 24.1.2012]. Saatavissa: <http://www.soy.fi/sot-lehti/1-2006/26.pdf>.

O'Sullivan, P. 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maldaptive movement and motor control imapairments as underlying mechanism. *Manual Therapy* Vol. 10, Iss. 4, p. 242-255 [viitattu 13.6.2012]. Saatavissa Elsevier-tietokannassa: <http://www.sciencedirect.com.aineistot.phkk.fi/science/article/pii/S1356689X05011104>.

Paatelma M. 2011. Orthopedic Manual Therapy on Low Back Pain with Working Adults. Clinical Tests, Subclassification and Clinical Trial of Low Back Pain.

- Jyväskylän yliopisto, Studies in Sport, Physical Education and Health [viitattu 13.2.2012]. Väitöskirja. Saatavissa <http://julkaisut.jyu.fi/?id=978-951-39-4436-0>.
- Pakkala, I. (toim.) 2008. Alaselkä- ja niskasairaudet, Facultas toimintakyvyn arviointisuositukset [viitattu 3.2.2012]. Saatavissa: www.tela.fi/data/userpdf/AlaselkaNiska.pdf.
- Pohjolainen, T., Seitsalo, S., Sund, R. & Kautiainen, H. 2006. Mitä selkävaikea maksaa, selkäsairauksien suorat ja epäsuorat kustannukset. Suomen ortopedia ja traumatologia Vol. 29, Iss. 3, p. 254-258 [viitattu 16.1.2012]. Saatavissa: <http://www.soy.fi/sot-lehti/3-2006/13.pdf>.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.). 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Saarelma, O. 2012. Selkäydinkanavan ahtauma (spinaalistenooosi). Lääkärikirja Duodecim [viitattu 24.1.2012]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00327.
- Suomen sydänliitto ry. 2010. Aortan sairaudet ja liikunta [viitattu 23.1.2012]. Saatavissa: http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file?uuid=db5d28ca-7de8-4429-954b-664e742c1cdd&groupId=14302.
- Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry 2007. Kansallinen TULE-ohjelma [viitattu 3.10.2012]. Saatavissa: <http://www.suomentule.fi/kto.htm>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tuotteistaminen [viitattu 14.10.2012]. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/kehittaminen/toiminta/tuotteistus/paketointi.
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. (toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 10.3.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-

4602.pdf

van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M.T., Hutchinson, A., Koes, B., Lærum, E. & Malmivaara, A. 2006. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care [viitattu 4.10.2012] . Saatavissa: http://www.backpaineurope.org/web/html/wg1_results.html.

Tunninen, M. 2010. Selkäkipujen tutkimus: Selkäkipupotilaan kliinisen tutkimuksen pääpiirteet toimintahäiriöiden diagnostiikassa [viitattu 10.10.2011]. Saatavissa: http://www.fysiatria.net/Selk_kipujen_tutkimus.html.

LIITTEET

LIITE 1. HAASTATTELURUNKO

Akuuttivastaanoton suunnittelu

Koska akuuttivastaanotto on kunnassanne alkanut? Mitkä tahot olivat mukana suunnittelemassa/käynnistämässä toimintaa? Hyödynnettiinkö opinnäytetöitä tai muiden kuntien kokemuksia? Mikä oli toiminnan aloittamisen tavoitteena?

Toimintamallin kuvaus?

Onko toimintamalli käytössä koko kunnassa? Mikä potilastietojärjestelmä kunnassa on käytössä? Millaisia linjanvetoja kunnassanne on tehty lääkäriin ohjaamisen suhteen? (Esim kaikki alle 18 v. Lääkärille tms?)

Onko käytäntö hyvä mielestänne?

Miksi? Millaisia ongelmia on ilmennyt? Mitä hyvää?

Ajanvaraus

Miten ajanvaraus on hoidettu? Mikä on oleellisinta (tärkeää) selvittää asiakkaalta aikaa varattaessa fysioterapeutille vai lääkärille? Tulevatko ajat täyteen ja paljonko aikoja on varattu / ft / vk? Kuinka pian potilas saa keskimäärin ajan ft:n vastaanotolle? Miten ajanvaraajat kokevat päätöksenteon kenelle aika varataan, vaikeaa vai helppoa, onko ollut riittävä perehdytys? Onko ohjautunut potilaita väärälle vastaanottajalle, jos on niin miksi? Mihin aikaan päivästä vastaanottoajat ovat?

Vastaanottotoiminta

Onko fysioterapeuteilla käytössä jokin tietty tutkimuslomake? Jos on, niin kuka sen on kehittänyt ja onko se sähköisessä potilasjärjestelmässä? Voiko tutkimuslomakkeeseen liittää mm. erillisiä testejä? Kuinka pitkä vastaanottoaika on varattu ft:lle? Kuinka monta aikaa keskimäärin potilaalle annetaan? Onko järjestetty seuranta-aikoja, jos on, niin kuinka pitkän ajan päähän? Ohjataan esim. liikunta-toimen tai omiin ryhmiin ja onko jokin sovittu toimintamalli jatkokuntoutuksesta? Pystyvätkö poimimaan akuutin alaselän asiakkaat tilastoista ja millainen tilastointi

on käytössä? Onko käytössä ICD10 diagnoosit, jos ei, niin mitkä? Kuinka paljon ft:t ovat joutuneet ohjaamaan ensimmäisen käynnin jälkeen lääkärin vastaanotolle? Kuinka nopeasti asiakkaat ovat päässeet fysioterapeutin vastaanoton jälkeen lääkärille. Ovatko fysioterapeutit joutuneet usein kirjoittamaan SV3 – lähetteen ja onko ollut ongelmia saada siihen lääkärin allekirjoitus?

Henkilökunta ja koulutus

Paljonko on henkilökuntaa (ajanvaraajat/ft:t, lääkärit)? Miten ajanvaraajat on koulutettu? Entä fysioterapeutit? Onko ft:lla lääkkeen- tai sairauslomankirjoitusoikeus? Miten ammattitaitoa/ koulutusta pidetään yllä ja miten uusien/sijaisten koulutus hoidetaan? Paljonko ft:t jotka tekevät alaselän akuuttivastaanottoa ovat saaneet rahallista korvausta / kk?

Hoitoonohjauksen (=ajanvaraajien lomakkeen) käyttöönotto

Miten hoitoonohjaus tapahtuu? Miten ajanvaraajien lomake on laadittu? Miten lomake on testattu? Onko lomaketta muutettu alun jälkeen?

Ajanvaraajien lomakkeen käyttö

Millainen lomakkeen sisältö on, missä muodossa lomake on? Onko se lomakelaukossa, navigaattorissa vai missä sähköisessä järjestelmässä? Saako lääkäri/fysioterapeutti lomakkeen käyttöönsä hoitotilanteessa?

Mitä muuta haluaisitte tuoda ilmi? Miten kehittäisitte toimintaa/toimintamallia edelleen?

LIITE 2. HOIDONTARPEEN ARVIOINTI – LOMAKE (TYÖVERSIO)

HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

1. Ikä _____
2. Kuinka kauan oireenne ovat kestäneet? _____ (yli 3kk => Lääkäriin)
3. Arvioikaa alaselkäkipunne voimakkuutta asteikolla 1-10: _____

JOS VASTAUS ON KYLLÄ, OHJATAAN LÄÄKÄRILLE VIIPYMÄTTÄ

4. Onko kipu kova ja onko se alkanut äkillisesti? Onko teillä ollut viime aikoina hengästymistä tai puristavaa tunnetta rinnassa? KYLLÄ/EI
5. Onko teillä virtsaamis- tai ulosteenpidätysvaikeuksia? KYLLÄ/EI
6. Liittyykö alaselkäkipuun säteilevää kipua ja/tai tuntopuutoksia/halvausoireita? KYLLÄ/EI

JOS VASTAUS ON KYLLÄ, OHJATAAN LÄÄKÄRILLE

7. Liittyykö alaselkäkipuunne liikenne-, työ- tai muu tapaturma? KYLLÄ/EI
8. Oletteko ollut selkäoperaatiossa aikaisemmin? KYLLÄ/EI
9. Liittyykö tähän kipujaksoon virtsatie/ihoinfektio tai onko teillä immunosuppressio tai kortikosteroidilääkitys. Oletteko käyttäneet huumeita suonensisäisesti? KYLLÄ/EI
10. Onko teillä todettu pahanlaatuisia kasvaimia tai osteoporoosi? KYLLÄ/EI
11. Onko teillä ollut pahoinvointia tai selittämätöntä painonlaskua tai väsymystä? KYLLÄ/EI
12. Onko teillä kuumetta? KYLLÄ/EI
13. Onko teillä ollut katkokävelyoireita? (kivut tulevat kävellessä ja helpottavat etukumarassa, joutuu pysähtymään välillä) KYLLÄ/EI
14. Onko kipu jatkuvaa tai esiintyykö sitä levossa? KYLLÄ/EI

LIITE 3. HOIDONTARPEEN ARVIONTI – HAASTATTELULOMAKE
LIITTEINEEN

SELKÄKYSELY

AKUUTIN ALASELKÄKIVUN HOIDONTARPEEN ARVIONTI

1. Ikä _____ (alle 18-vuotiaat lääkärille)
2. Kuinka kauan tämä alaselkäkipujakso on kestänyt? _____ (yli 6 vkoa => Lääkäriin)
3. Arvioikaa alaselkäkipunne voimakkuutta asteikolla 0-10: _____ (7 tai yli => Lääkäriin)
0=kipua ei ole lainkaan, 10=kipu on pahin mahdollinen

JOS VASTAUS ON KYLLÄ, OHJATAAN SAMAN PÄIVÄN AIKANA PÄIVYSTYKSEEN

4. Onko kipu kova ja onko se alkanut äkillisesti? Onko teillä ollut viime aikoina hengästymistä tai puristavaa tunnetta/kipua rinnassa? (aortta-aneurysman repeämä) KYLLÄ EI
5. Onko teillä tähän alaselkäkipuun liittyvää virtsaamis- tai ulosteenpidätysvaikeuksia ja/tai tuntopuutoksia/halvausoireita istuinpaikkaseudussa/alaraajoissa? (ratsupaikkaoireyhtymä/cauda equina – oireet) KYLLÄ EI

JOS VASTAUS ON KYLLÄ, OHJATAAN LÄÄKÄRILLE

6. Liittyykö alaselkäkipuunne liikenne-, työ- tai muu tapaturma? KYLLÄ EI
7. Onko teille tehty selkäleikkaus, jonka jälkeen ette ole kuntoutuneet/palanneet työelämään? KYLLÄ EI
8. Onko teillä tähän alaselkäoireeseen liittyvää kuumetta? (tulehdus, kasvain) KYLLÄ EI
9. Onko teillä todettu pahanlaatuisia kasvaimia? KYLLÄ EI
tai osteoporoosi? KYLLÄ EI

PERUSTELUJA

1. Alle 20 ja yli 55 vuoden ikää pidetään selkävun yhteydessä mahdollisena indikaattorina vakavasta syytä selkävun taustalla. Alle 18-vuotiaat ohjataan lääkärin vastaanotolle joka tapauksessa. Jos 8-15-vuotiailla on säteilyoireita jalkaan, pitää spondylolisteesin mahdollisuus sulkea pois.
2. Akuutti selkäkipu määritellään yleensä alle 6 viikkoa kestäneeksi. Jos kipu on kroonistunut, asiakas on syytä lähettää lääkärin vastaanotolle.
3. Kroonistumisen estämiseksi kivun hoito on tärkeää. Jos kiputuntemus ylittää Vas-kipujanalla arvon 7 on todennäköistä, että kipulääkityksen määräämiseen tarvitaan lääkäri.
4. Äkillinen sietämätön kipu ja mahdolliset sydänoireet voivat viitata aortan laajentumaan/ repeämään, joka vaatii välitöntä sairaalahoitoa.
5. Virtsaamis/ulostamisvaikeudet ja tuntuuutokset genitaalialueilla/alaraajoissa, sekä alaraajojen halvausoireet viittaavat ratsupaikkaoireyhtymään, joka vaatii välitöntä sairaalahoitoa.
6. Jos kyseessä on työ- tai liikennetapaturma, vakuutusyhtiöt vaativat lääkärin lausunnon. Jos tapaturma on vakava (putoaminen tai törmäys) tai jos asiakas on iäkäs tai hänellä on todettu osteoporoosi, on syytä sulkea pois selkärankamurtuman mahdollisuus.
7. Selkäleikatut voidaan ohjata fysioterapeutille selkävun akutisoituessa, mikäli hän on kuntoutunut ja palannut työhön ennen nykyisten oireiden alkamista. Muussa tapauksessa lääkärille.
8. Kuume viittaa mahdolliseen infektiin, kuten bakteerispondyloliittiin/spondylodiskiittiin, se voi olla myös pahanlaatuisen kasvaimen merkki.
9. Jos anamneesissa on pahanlaatuisia kasvaimia tai osteoporoosia ohjataan asiakas lääkärin vastaanotolle.

SELKÄKIPUA AIHEUTTAVIA SPESIFEJÄ SAIRAUKSIA

Sairaus	Potilaan oire, esitieto, löydös
Ratsupaikkaoireyhtymä = Cauda equina -oireet	<ul style="list-style-type: none"> • Virtsaumpi, ulosteenpidätyskyvyn vaikeus • ratsupaikka-anestesia • alaraajahalvausoireet
Aortta-aneurysman repeämä, aortan dissekoituma	<ul style="list-style-type: none"> • Äkillinen, sietämättömän kova kipu • ikä yli 50 vuotta • hermodynamiikan häiriöitä
Pahanlaatuinen kasvain	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • anamneesissa syöpä • selittämätön painon lasku • jatkuva kipu • kuumeilu • etenevät oireet • yökipu • kipua kestänyt yli kuukauden • parapareesi
Bakteerispondyliitti, spondylodiskiitti	<ul style="list-style-type: none"> • Aiempi selkäleikkaus • virtsatie- tai ihoinfektio • immunosuppressio tai kortikosteroidilääki- tys • suonensisäisten huumeiden käyttö • paikallinen selkäkipu, erityisesti levossa • kuume • väsymys • painonlasku
Selkärangan kompressiomurtuma	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • kaatumistapaturma • kortikosteroidien käyttö
Spinaalistenooosi	<ul style="list-style-type: none"> • Ikä yli 50 vuotta • neurogeeninen katkokävelyoire • oireet ilmenevät aina kävellessä
Spondylolisteesi	<ul style="list-style-type: none"> • kasvuikäinen, 8-15 – vuotias • säteily alaraajoihin