



Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä kroonisen kivun hoidossa

Kivun Kera -hoitomalli

Siru Koskelainen

Anna Mantere

Juulia Raatikainen





2021 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä
kroonisen kivun hoidossa**

Kivun Kera -hoitomalli

**Siru Koskelainen,
Anna Mantere,
Juulia Raatikainen**

Fysioterapeuttikoulutus

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2021

Siru Koskelainen, Anna Mantere, Juulia Raatikainen

**Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä kroonisen kivun hoidossa
Kivun Kera -hoitomalli**

Vuosi 2021

Sivumäärä 56

Krooninen kipu on monitahoinen ongelma, joka kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää ja josta aiheutuu huomattavia kuluja yhteiskunnalle. Päävastuu hoidosta Suomessa on perusterveydenhuollolla ja tutkimusten mukaan hoidon tulisi olla moniammatillista. Keravan terveyskeskuksessa käynnistyi tammikuussa 2020 Kivun Kera -hoitomalli, jossa kroonisen kipuasiakkaan hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta kroonisen kivun hoidossa perusterveydenhuollossa ja Kivun Kera -hoitomallissa. Vastauksia pyrittiin saamaan siihen, millaisia näkemyksiä fysioterapeuteilla on moniammatillisesta yhteistyöstä kroonisten kipupotilaiden hoidossa sekä minkälaista tukea ja haasteita moniammatillinen yhteistyö tuo.

Tutkimus toteutettiin laadullisin keinoin ja aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastatteluihin osallistui syksyllä 2020 seitsemän Keravan terveyskeskuksen fysioterapeuttia. Haastattelutavat kokivat, että moniammatillinen yhteistyö perusterveydenhuollossa on vähäistä. Kokemukset Kivun Kera -hoitomallista olivat positiivisia, sen koettiin tuovan laadukkaampaa hoitoa sekä lisäävän ja helpottavan yhteistyötä. Haasteiksi nousi hoitomallin keskeneräisyys ja kuormittavuus. Lisäksi fysioterapeuteilta saatiin näkemyksiä, kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin tulevaisuudessa edistää. Tuloksia voidaan toivottavasti hyödyntää hoitomallin edelleen kehittämisessä ja mahdollisesti myös muualla perusterveydenhuollossa kroonisen kivun hoitoa tai moniammatillisuutta edistäessä.

Asiasanat: krooninen kipu, moniammatillinen yhteistyö, fysioterapia, perusterveydenhuolto

Siru Koskelainen, Anna Mantere, Juulia Raatikainen

Physiotherapists' experiences of chronic pain management in a multiprofessional team - Kivun Kera treatment method

Year	2021	Pages	56
------	------	-------	----

Chronic pain is a complex problem that imposes a huge burden to the health care system and significant costs on society. In Finland the main responsibility for the care of chronic pain lies with the primary health care, and studies show that the care should be multiprofessional. In January 2020, Kerava Health Center launched Kivun Kera, a multiprofessional treatment model for patients with chronic pain.

The aim of this thesis was to analyse physiotherapists' experiences and perspectives in multiprofessional cooperation in the treatment of chronic pain. The aim was to find out what kind of views physiotherapists have about multiprofessional cooperation in the treatment of patients with chronic pain, and what kind of support and challenges the multiprofessional cooperation brings.

Qualitative method was applied in this thesis and the material was collected through thematic interviews. In the autumn of 2020, seven physiotherapists from Kerava Health Center participated in the interviews. The physiotherapists felt that multiprofessional cooperation in the primary health care is generally limited. They had positive experiences of the treatment model. They experienced that it brought better quality to the care and increased and facilitated cooperation. The challenges were the incompleteness and intense workload of the treatment model. In addition, insights were obtained from physiotherapists on how the treatment of chronic pain could be promoted in the future.

The findings could be useful to further develop the treatment model and to promote the multiprofessional treatment of chronic pain in the primary health care.

Keywords: chronic pain, multiprofessional cooperation, physiotherapy, primary health care

Sisällys

1	Johdanto.....	8
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	9
3	Kivun Kera -hoitomalli.....	9
4	Kipu ja kivun kroonistuminen.....	11
4.1	Kivun fysiologiaa ja mekanismit	11
4.2	Krooninen kipu.....	13
4.3	Kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä	13
5	Kroonisten kipupotilaiden hoito.....	14
5.1	Moniammatillinen kivunhoito.....	14
5.2	Moniammatilliseen kivunhoitoon liittyvät tutkimukset	16
5.3	Fysioterapia kroonisen kivun hoidossa	18
6	Tutkimuksen toteuttaminen	21
6.1	Teemahaastattelu.....	23
6.2	Aineiston analyysimenetelmä	24
7	Tulokset	25
7.1	Kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa	25
7.2	Kokemuksia moniammatillisuudesta hoitomallissa	27
7.3	Ajatusmaailman muuttuminen hoitomallin myötä	31
7.4	Hoitomallin kehityskohteita	32
7.5	Kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää	35
8	Johtopäätökset	40
9	Pohdinta	41
9.1	Opinnäytetyön tulosten yhteys kirjallisuuteen.....	42
9.2	Opinnäytetyöprosessi	43
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	44
9.4	Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset.....	45
	Lähteet.....	46
	Kuviot	52

1 Johdanto

Kipu on ajankohtainen ja monitahoinen aihe. Jokainen kokee elämänsä aikana kipua ja se on osa normaalia elämää. Yleensä kivusta tulee isompi ongelma, jos kipu pitkittyy. (Kipu: Käypä hoito- suositus 2017.) Suomessa arviolta 14 % ihmisistä kärsii jonkinlaisesta kroonisesta kivusta, jolla on myös vahva yhteys huonoon itse arvioituun terveyteen (Mäntyselkä ym. 2003). Kroonisista kivuista suurin osa on tuki- ja liikuntaelinperäisiä. Krooninen kipu aiheuttaa paljon käyntejä terveydenhuollossa ja siitä aiheutuu huomattavia kuluja sekä suoraan terveydenhuollolle että välillisesti työpoissaolojen ja toimintakyvyn heikentymisen johdosta. (Kipu: Käypä hoito -suositus, 2017.)

Suomessa päävastuu kivun hoidosta on perusterveydenhuollolla, jossa kroonisen kivun hoidon saatavuudessa sekä resursseissa on suuria alueellisia eroja. Kansallisen toimintasuunnitelman tavoitteena on kehittää kivun hoitoa etenkin perusterveydenhuollossa, jotta kivun kroonistumista voidaan nykyistä paremmin ennaltaehkäistä ja toisaalta pitkittynyttä kipua hoitaa tehokkaammin. (Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020.)

Fysioterapiaopinnot ja työharjoittelukokemukset saivat meidät kiinnostumaan kivun hoidosta ja fysioterapian mahdollisuuksista kroonisen kivun hoidossa. Keravan terveystieteiden keskuksessa keväällä 2020 aloitettu moniammatillinen hoitomalli vaikutti kiinnostavalta ja opinnäytetyöehdotus otettiin vastaan positiivisesti.

Kipuun liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetöitä on paljon, mutta useimmiten tietyn hoitomenetelmän vaikuttavuudesta tai asiakkaan näkökulmasta. Tutkimusta fysioterapeuttien kokemuksista moniammatillisuudesta tai kivun hoidosta sen sijaan on tehty vähän.

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta kroonisen kivun hoidossa perusterveydenhuollossa ja Kivun Kera -hoitomallissa. Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla.

Opinnäytetyön aihe on merkityksellinen ja ajankohtainen, koska moniammatillisuus lisääntyy terveydenhuollossa ja se on olennaista erityisesti kroonisen kivun hoidossa, jossa fysioterapeuteilla on tärkeä rooli.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Keravan terveyskeskuksen fysioterapeuttien näkemyksiä moniammatillisuudesta kroonisten kipuasiakkaiden hoidossa yleensä sekä Kivun Kera -hoitomallissa. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään minkälaista tukea tai minkälaisia haasteita moniammatillinen yhteistyö tuo ja vaikuttaako se fysioterapeutin työhön kivun hoidossa. Tavoitteena on, että kerättyä tietoa voitaisiin käyttää osana Kivun Kera -hoitomallin kehittämistä.

3 Kivun Kera -hoitomalli

Kivun Kera on Keravan terveyskeskus aloitettu moniammatillinen hoitomalli, jossa kroonista kipua kokevaa potilasta hoidetaan kokonaisvaltaisesti. Tavoitteina on potilaan kokeman kivun lievittyminen, toimintakyvyn paraneminen ja elämänlaadun koheneminen. Hoitomallin tarkoitus on, että paremmat kivunhallinnalliset taidot ja toimintakykyä ylläpitäjät tekijät saadaan pysyvästi osaksi potilaan arkea. Kohderyhmänä ovat aikuiset kipupotilaat, joilla on todettu tuki- ja liikuntaelimistöperäinen tai neuropaattinen tila, joka hallitsee tai uhkaa hallita potilaan elämää ja jonka helpottuminen tai poistuminen lähikuukausina on epätodennäköistä. (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020.)

Kivun Kera -hoitajakson kesto on kuusi kuukautta ja tammikuussa 2020 ensimmäiset 35 potilasta aloittivat hoitajakson. Hoitajaksoon sisältyy vähintään kaksitoista vastaanottokäyntiä sekä jakson päätyttyä kontrollikäynti vastuulääkärin luona. Hoitosuunnitelma tehdään yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja kipuongelman mukaan. Hoitoon osallistuvat vastuulääkäri, kipuun perehtynyt hoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja sosiaaliohjaaja. (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020.)

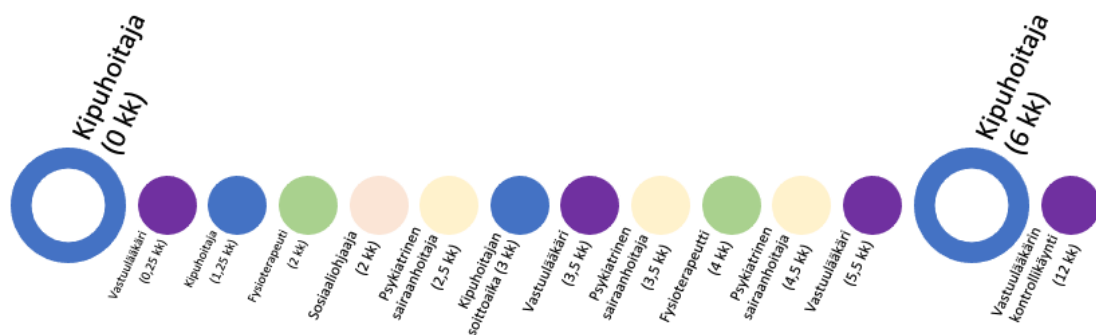
Hoitomalliin sisältyy kolme vastaanottokäyntiä sekä soittoaika kipuhoitajan luona. Vastuulääkärille on kolme vastaanottokäyntiä sekä kontrollivastaanottokäynti. Psykiatriselle sairaanhoitajalle on varattu kolme vastaanottokäyntiä, fysioterapeutille kaksi vastaanottokäyntiä ja sosiaaliohjaajalle yksi. Hoitomalliin kuuluu lisäksi tiimin ammattihenkilöiden yhteistapaaminen kerran kuukaudessa, jossa tarkoituksena on käsitellä potilaiden hoitoon liittyviä ongelmia. (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020.)

Hoitotiimin ammattilaisille on määritelty työnjako ja jokaiselle vastaanottokäynnille päätaivoite. Omalääkäri on se ammattilainen, joka ohjaa potilaan mukaan hoitomalliin. Lisäksi hänen vastuulleen kuuluu diagnostiset tutkimukset ja myös potilaan muiden terveysongelmien hoito. Kipuhoitaja on kontaktihenkilö, joka koordinoi hoitomallia, informoi sekä potilasta että ammattilaisia ja konsultoi vastuulääkärää hoitosuunnitelman muutoksissa. Hänelle kuuluu

myös hoitomallista ja kroonisesta kivusta tiedottaminen sekä alustavan hoitosuunnitelman laatiminen. Kivun Kera -vastuulääkäri kantaa vastuun potilaan kivunhoidollisista asioista ja toimii lääketieteellisenä konsulttina muulle tiimille. Hänellä on myös yhteys Kipuklinikkaan. Sosiaaliohjaaja auttaa käsittelemään kipuongelmaa ylläpitäviä ja kuntoutumista estäviä sosiaalisia ongelmia. Psykiatrisen sairaanhoitajan tavoitteena on auttaa potilasta löytämään omia voimavaroja ja keinoja kivun hallintaan, jotta se ei olisi elämää hallitseva tekijä. (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020.)

Fysioterapeutin tavoitteena on lisätä potilaan liikunnallisuutta, vahvistaa tunnetta liikunnallisesta pystyvyydestä ja ohjata terapeuttista harjoittelua. Pyrkimyksenä on tukea potilaan omatoimista harjoittelua ja vahvistaa arjen liikunnallista aktiivisuutta. Fysioterapian keinoin pyritään myös vahvistamaan positiivisia mielikuvia omasta kehosta ja sen pystyvyydestä arjen suoritteisiin. Ensimmäinen vastaanottokäynti on kahden kuukauden kuluttua hoitajakson aloittamisesta ja käynnin päätavoitteena on kartoitus, johon sisältyy kipuongelmaan perehtyminen, harjoitteiden ohjaaminen ja apuvälinetarpeen arvio. Toinen vastaanottokäynti on neljän kuukauden kuluttua hoitajakson aloittamisesta ja päätavoitteena potilaan liikunnallisen pystyvyyden vahvistaminen ja keinot aktiivisuuden ylläpitämiseksi arjessa. Käynnillä pyritään arvioimaan terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuutta ja painottamaan keinoja, jolla potilas pystyy ylläpitämään liikunnallisuutta arjessa. (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020.)

Ennen hoitomallin aloitusta ammattilaisille jaettiin kirjallinen tietopaketti kroonisesta kivusta ja sen hoidosta (Kivun Kera -hankemateriaali, 2020) sekä järjestettiin sisäistä koulututusta.



Kuvio 1: Kivun Kera -hoitomallin hoitopolku

4 Kipu ja kivun kroonistuminen

Kipu määritellään usein kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain, IASP) määritelmää lainaten. Tätä yleisesti käytettyä määritelmää muotoiltiin uudestaan vuonna 2020. Uuden määritelmän mukaan kipu on ”*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*”. (IASP, 2020.) Tämän mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen ja emotionaalinen kokemus, johon liittyy todellinen tai mahdollinen kudosaivaurio, tai sellaista muistuttava tuntemus.

IASP:n varsinainen määritelmä ei muuttunut olennaisesti aikaisemmasta, mutta sitä laajennettiin tarkennuksilla kivun luonteesta. Näiden tarkennusten mukaan kipu on henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät. Kivun kokemus ja nosiseptio, eli tuntohermojen välittämä kipuärsyke, ovat eri asioita ja kivun määrittely on opittua. Henkilön kertomusta koetusta kivusta tulee kunnioittaa ja ottaa huomioon, että kipua ilmaistaan myös muulla tavoin kuin verbaalisesti. Kivulla voi olla negatiivinen vaikutus henkilön kykyyn toimia ja hänen hyvinvointiinsa. (IASP, 2020.)

Kipu voi olla akuuttia tai kroonista. Akuutti kipu on oire, joka on seurausta vauriosta tai mahdollisesta vauriosta kudoksessa. Sen tarkoitus on suojella kokijaa kudosaivuriolta ja antaa aikaa parantumiselle, mikäli vaurio on jo ehtinyt tapahtua. (Sluka 2016, 23-24.) Akuutilla kivulla on siis elimistöä suojeleva merkitys ja yleensä selkeä syy, jota voidaan hoitaa tehokkaasti. Akuutin kivun fysiologia tunnetaan ja nykyisillä kivunhoitomenetelmillä kipua pystytään hoitamaan hyvin. Joskus kipu voi kuitenkin pitkittyä ja muuttua krooniseksi. Tällaisella kroonisella kivulla ei ole mitään positiivista fysiologista funktiota. (Kalso 2018, kip00821.)

4.1 Kivun fysiologiaa ja mekanismit

Kehon kipujärjestelmä eli hermosto, toimii kokonaisuutena (Kalso & Kontinen 2018, kip00620). Kipuinformaatio ei pelkästään välity hermoja pitkin aivoihin, vaan informaatio voi heikentyä tai vahvistua matkalla ja vasta informaation tulkinta aivoissa saa aikaan kipukokemuksen. Kipuinformaation välittyminen hermostossa jaetaan kipuärsyksen syntymiseen, kivun välittymiseen, muunteluun ja kokemiseen. (Kalso & Kontinen 2018, kip00621.)

Akuutissa kivussa kudosaivurion uhasta varoittava kipuärsyke siirtyy ääreiskudoksesta selkäytimen kautta aivoihin. Ärsyksen muuntelu tapahtuu keskushermostossa, jossa voi aktivoitua sekä kipuviestiä vahvistavia eli eksitatorisia tai sitä vaimentavia eli inhibitorisia mekanismeja. Näiden mekanismien välinen tasapaino vaikuttaa siihen, kuinka voimakkaana kipuärsyke aistitaan. Kivun kroonistumiselle voi altistaa sekä kipuviestiä vahvistavien järjestelmien voimistuminen että vaimentavien järjestelmien heikkeneminen. Jatkuva kipuviesti voi aiheuttaa

muutoksia myös aivojen tasolla, joiden seurauksena koettu kipuvaste voimistuu. (Kalso 2018, kip00821.)

Kivun kokeminen on subjektiivinen tunne, joka syntyy aivoissa, kun kipua välittävät neuronit aktivoituvat (Kalso & Kontinen 2018, kip00621). Kipuviestin käsittely aivoissa vaikuttaa olennaisesti kivunsäätelyyn ja kokemiseen. Vaaralliseksi koettu kipu aktivoi elimistössä stressireaktion ja toisaalta esimerkiksi asiakkaan usko hoidon auttamiseen voi auttaa kipuun. (Luomajoki 2020, 42.)

Kipua voidaan luokitella monilla eri tavoin, mutta kivun hoidossa kipu luokitellaan usein taustamekanismin mukaan nosiseptiseksi, neuropaattiseksi tai idiopaattiseksi. Nosiseptinen kipu johtuu erilaisista kudonvaurioista ja neuropaattisella kivulla tarkoitetaan hermojärjestelmän vioittumisesta johtuvaa kipua, joka voi johtua hermoon kohdistuvasta vammasta tai hermostoon vaikuttavasta sairaudesta. Idiopaattisessa kivussa ei löydy kipua selittävää kudon- tai hermovauriota. (Hamunen, Karlsson & Vainio 2018, kip01021.)

Nosiseptiivinen kipu voi johtua mekaanisesta ärsytyksestä, tulehduksesta tai iskemiasta (Luomajoki 2020, 53). Nosiseptisessä kivussa kudokseen kohdistuva ärsyke aiheuttaa perifeeristen vapaiden hermopäätteiden aktivoitumisen, joita pitkin informaatio siirtyy selkäytimessä sijaitseviin päätteisiin, jossa projektineuronien verkosto aktivoituu ja kuljettaa informaatiota selkäytimestä aivorunkoon ja talamukseen sekä siitä edelleen aivokuorelle. Periaatteessa ääreishermoston impulssien taajuus välittää eteenpäin kipuärsytyksen voimakkuuden, mutta keskushermoston inhibitoriset ja eksitatoriset järjestelmät voivat vaikuttaa kipuinformaation välittämiseen. (Kalso & Kontinen 2018, kip00621.)

Neuropaattisessa kivussa ongelma on itse kipua välittävissä hermojärjestelmässä (Hamunen ym. 2018, kip01021). Hermoston vaurioituminen joko ääreishermoston tai keskushermoston alueella saattaa aiheuttaa pysyviä rakenteellisia ja neurokemiallisia muutoksia hermosoluissa sekä niiden ympäristössä. Muutokset voivat johtaa tuntohäiriöihin ja tietyn ärsykkeen aiheuttaman hermosoluvasteen muuttumiseen, hermosolut voivat esimerkiksi herkistyä joillekin ärsykeille. Vaikka alkuperäinen vaurio olisi perifeerinen, neuropaattiseen kipuun liittyy muutoksia aina myös keskushermoston tasolla. (Kalso & Kontinen 2018, kip00627.) Perifeerisiä neuropaattisia kiputiloja voi aiheuttaa esim. ääreishermostovammat tai välilevypullistuman aiheuttama hermojuurivaurio. Sentraalisen neuropaattisen kiputilan taustalla voi olla esim. MS-tauti tai aivoverenkiertohäiriö. (Haanpää 2007.)

Idiopaattisesta kivusta puhutaan, kun ei löydy kipua selittävää kudon- tai hermovauriota. Idiopaattisille kiputiloille on yhteistä kivunvälitysjärjestelmän herkistyminen, autonomisen hermoston toiminnan muutokset sekä psykososiaaliset tekijät. (Hamunen ym. 2018, kip01021.)

4.2 Krooninen kipu

Kipu voidaan luokitella krooniseksi, mikäli se on kestänyt kauemmin, kuin kudoksen normaali paranemisaika tai jos sen aiheuttama haitta on suurempi kuin vamma tai fyysiset löydökset antavat olettaa ja/tai kipu ilmenee ilman tunnistettavissa olevaa kudosaauriota (Sluka 2016, 23-24). Kroonisena kipuna pidetään yleensä yli kolme kuukautta jatkunutta kipua (Kipu: Käypähoito -suositus, 2017).

Kivun kroonistumisen johtavat mekanismit painottuvat eri tavalla erilaisissa kiputiloissa. Esimerkiksi kudosauriosta johtuvan kivun taustalla voi olla sairaus, kuten nivelreuma. Vaikka sairauden aiheuttama tulehdus saataisiin lääkkeillä hallintaan, osalla potilaista tulehduksen poistaminen ei poista kipua. Kivun jatkumiseen vaikuttaa tässä tapauksessa todennäköisesti keskushermoston herkistyminen. (Kalso 2018, kip00821.)

Herkistymisellä tarkoitetaan hermoston muuttunutta toimintaa selkäytimen ja aivojen alueella. Selkäytimen tietyt hermosolut voivat herkistyä jatkuville kipuärsykeille ja herkistymiseen vaikuttavat myös keskushermoston välittäjäaineet. Välittäjäaineet voivat olla kipua lievittäviä kuten serotoniini, oksitosiini tai kivulle herkistäviä, kuten esimerkiksi stressihormonit adrenaliini ja kortisoli. Ajatukset ja tunteet vaikuttavat suoraan näiden välittäjäaineiden erittymiseen. (Luomajoki 2020, 41-42.)

Neuropaattisissa kiputiloissa sairaus tai vamma aiheuttaa pysyviä muutoksia suoraan kipuviestä siirtäviin hermoihin. Vaurioiden seurauksena tavallinen kosketus voi muuttua kivuliaaksi tai henkilölle voi kehittyä jatkuva spontaani kipu. Vaikka kroonistumisen mekanismit kudosauriosta johtuvissa kiputiloissa ja hermovaurioissa ovat erilaisia, niissä voi olla myös samoja tekijöitä. (Kalso 2018, kip00821.)

Suurin osa kroonisista kiputiloista aiheutuu tuki- ja liikuntaelinsairauksista, erityisesti selän kiputiloista. Myös primäärit päänsäryt ja neuropaattiset kiputilat ovat yleisiä pitkittyneissä kiputiloissa. (Haanpää & Vainio 2018, kip00920.) Tuki- ja liikuntaelimistön kiputilojen osalta tutkimuksissa on todettu, että psykososiaalisilla tekijöillä on suurempi merkitys kivun pitkittymisessä, kuin fysiologisilla tekijöillä (Elomaa 2018, kip00822).

4.3 Kroonistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Pienellä osalla henkilöistä kipu pitkittyy ja siihen vaikuttavia tekijöitä tunnetaan nykyisin lukuisia. Nykyään laajasti hyväksytty taustateoria pitkittyneen kivun ymmärtämiselle on biopsykososiaalinen lähestymistapa, jonka mukaan kipuun vaikuttaa aina sekä biologiset (esim. lihakset, geenit, immuunijärjestelmä), psykologiset (esim. ajatukset, tunteet, käyttäytymismallit) ja sosiaaliset tekijät (esim. kulttuuri, perhe, työ, elämäntavat). Näiden suhde vaihtelee, joissakin tapauksissa psykologiset tekijät voivat vaikuttaa voimakkaasti kivun

pitkittymiseen ja toipumiseen, toisessa tapauksessa taas fyysisillä tai sosiaalisilla tekijöillä on suurempi rooli. (Holopainen 2020, 63-65.)

Kivun pitkittymiseen vaikuttavia tekijöitä voidaan määritellä ja jaotella monin eri tavoin. Tässä on lyhyesti esitelty yleisiä psykologisia, sosiaalisia ja elämäntapoihin liittyviä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa kivun kroonistumiseen ja siten myös sen hoitoon.

Psykologisia tekijöitä ovat esimerkiksi psyykinen kuormitus, traumat, katastrofointi, odotukset ja uskomukset omasta selviytymisestä. Psyykinen kuormitus lisää ahdistuksen tunteita ja stressireaktioita kehossa, mikä vaikuttaa myös kivunhallinnan mekanismeihin. Lisäksi kipu itessään on merkittävä stressitekijä keholle. Psyykinen kuormitus on yhteydessä henkilön voimavaroihin ja selviytymiskeinoihin, mitä vähemmän näitä on, sitä helpommin psyykinen kuormitus ylittää henkilön voimavarat. Traumaattiset kokemukset, erityisesti lapsuudessa voivat altistaa kivun kroonistumiselle. Traumat voivat olla luonteeltaan fyysisistä tai psyykkistä kaltointohtelua tai vakavia kriisikokemuksia (esim. läheisen menetys). Katastrofoinnilla tarkoitetaan automaattisia ajatuksia, joissa usein ajatusvääristymiä ja niissä korostuu esim. pahimman olettaminen tai mustavalkoinen ajattelu. Nämä negatiiviset ajatukset yhdistyvät usein masennus- ja ahdistusoireisiin. Odotukset ja uskomukset liittyen kipuun tai sen alkuperään vaikuttavat sekä kivun kokemiseen että hoitotuloksiin. Myös uskomukset liittyen ammattilaisten tarjoamaan hoitoon vaikuttavat kuntoutuksen vaikuttavuuteen. Kuntoutuksen kannalta tärkeitä ovat myös henkilön omat uskomukset selviytymisestään. (Röning 2020, 103-114.)

Nykyisin tiedetään myös, että monet elämäntapoihin ja sosiaaliseen ympäristöön tai yksilön kokemuksiin liittyvät asiat voivat vaikuttaa kipuherkkyyteen ja kivun kokemiseen. Elämäntapoihin liittyviä asioita ovat esimerkiksi uni, ravinto ja liikunta. Univaje vaikuttaa hermoston toimintaan ja herkistää kivulle. Epäterveellinen ruokavalio voi johtaa kehon viskeraalisen rasvan kertymiseen ja siten matala-asteiseen tulehdustilaan, mikä saattaa altistaa pitkäaikaiselle kivulle. (Ekström 2020, 415-428.) Säännöllinen liikunta puolestaan vähentää matala-asteista tulehdusta ja fyysisen aktiivisuuden lisääminen vaikuttaa positiivisesti myös mielialaan ja unen laatuun (Tarnanen 2020, 248). Sosiaaliseen ympäristöön ja yksilön kokemuksiin liittyvistä asioista kipuun voi vaikuttaa esimerkiksi yksilön saama sosiaalinen tuki, yksinäisyys, stressi tai kokemus epäoikeudenmukaisuudesta (Ekström 2020, 434-438).

5 Kroonisten kipupotilaiden hoito

5.1 Moniammatillinen kivunhoito

Kipuasiakkaiden ensisijainen hoitovastuu on Suomessa perusterveydenhuollolla. Hyvää hoitoa tukee selvät rakenteet hoitoketjuissa sekä yksilöllinen hoitosuunnitelma ja seuranta.

Pitkäkestoista kipua ei yleensä pystytä poistamaan kokonaan ja hoidon tavoitteina ovatkin kivun lievittyminen, toimintakyvyn koheneminen ja elämänlaadun parantuminen. Lääkkeettömät hoidot ovat kivunhoidossa ensisijaisia ja niihin yhdistetään lääkehoito. Lääkkeettömiä hoitoja ovat mm. liikunta, terapeuttinen harjoittelu, kognitiivisbehavioraalinen terapia ja fysikaaliset hoidot. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Kipuasiakkaat hyötyvät usein monen eri ammattilaisen osaamisesta, koska krooninen kipu on monitahoinen ongelma, johon liittyy myös psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Useita eri palveluja tarvitsevan asiakkaan palvelupolku voi olla pirstaleinen, kun yhteistyön puuttuessa hänet lähetetään aina uuden palveluntarjoajan luo. On tutkittu, että moniammatillinen osaaminen edistää sosiaali- ja terveydenhuollon työn vaikuttavuutta ja tuottavuutta ja yhdistettynä asiakaslähtöiseen työhön, ovat vaikutukset myös työn laatuun ja potilasturvallisuuteen olleet myönteisiä. (Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen 2019.) Käypä hoito -suosituksen (Kipu 2017) mukaan kipuasiakkaan kuntoutus tulisi suunnitella ja toteuttaa moniammatillisesti ja myös Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa (Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020, 13) mainitaan kroonisen kivun hoidossa toimivimmaksi lähestymistavaksi asiakkaan monialainen arviointi ja hoito.

Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan eri asiantuntijoiden työskentelyä, jolla pyritään asiakkaan kokonaisvaltaiseen huomioimiseen. Asiakkaalle rakennetaan yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys ongelman ratkaisuun vaadittavista toimenpiteistä. (Isoherranen 2005, 14.) Moniammatilliset työryhmät voivat toimia yhdessä hyvinkin pitkäkestoisesti ja myös asiakkaalla sekä mahdollisesti hänen läheisillään on tärkeä rooli ryhmässä (Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen 2019). Ideaalisessa moniammatillisen yhteistyön mallissa voi olla asiantuntijoita eri organisaatioista ja ammattiryhmistä (asiakkaan tarpeiden mukaisesti) ja heidän tietonsa kootaan yhteen sekä käsitellään yhdessä. Näin huomioidaan lääketieteelliset, sosiaaliset, hoidolliset sekä moraaliset näkökulmat ja parhaimmillaan mukana on myös psykologiset, eettiset ja taloudelliset puolet. (Isoherranen 2005, 17-18.)

Moniammatillisessa kivun hoidossa kipu ymmärretään biopsykososiaalisen mallin mukaan, eli se muodostuu useista eri tekijöistä, joihin kuuluu fyysinen toimintahäiriö, kipukäyttäytyminen, uskomukset, selviytymiskeinot, tunteet sekä sosiaalinen vuorovaikutus ja sairaan rooli (Pohjolainen & Hamunen 2018, kip02121). Työryhmän tehtävä on tukea ja kannustaa asiakasta sekä motivoida omatoimiseen hoitoon, harjoitteluun ja liikuntaan. Tiimi voi muodostua esimerkiksi lääkäristä, psykologista, fysioterapeutista, toimintaterapeutista, sairaanhoitajasta ja sosiaalityöntekijästä. Kaikilla ammattilaisilla on oma erityisosaamisensa, mutta ryhmällä on kuitenkin yhteinen vastuu asiakkaan hoidosta ja kuntoutuksesta. (Pohjolainen & Hamunen 2018, kip02122.) Vaikean kroonisen kivun hoidossa on vahvaa tutkimusnäyttöä monialaisen, kipuklinikkahoitoon sekä kognitiivis- behavioraaliseen lähestymistapaan perustuvan psykologisen hoidon vaikuttavuudesta (Haanpää 2020).

Pohjolainen & Hamunen (Kipu 2018, kip02122) ovat jakaneet moniammatillisessa kivunhoitoryhmässä työskentelevien ammattilaisten rooleja seuraavasti. Lääkäri vastaa hoito- ja kuntoutuskokonaisuudesta ja lääkehoidosta, antaa tietoa kivun syystä ja hoidosta, korjaa mahdollisia virheellisiä uskomuksia, seuraa ja kirjaa hoidon tuloksia sekä suunnittelee jatkohoidon. Psykologi arvioi kipuun vaikuttavia psykososiaalisia tekijöitä, mielialahäiriön vaikeutta ja jatkohoitotarvetta, ohjaa lääkkeettömiä kivunhallintakeinoja (kuten hyväksymistä, rentoutumista ja kognitiivis-behavioraalista terapiaa) sekä järjestää ryhmämuotoista hoitoa ja psykologista kuntoutusta. Sairaanhoitajan tehtävä on koordinoida eri ammattiryhmien toteuttamaa hoitoa, ohjata asiakasta sekä lääkkeellisessä että lääkkeettömässä kivunhallinnassa ja seurata hoidon etenemistä ja mahdollisia haittavaikutuksia. Sosiaalityöntekijä ohjaa ja neuvoo kuntoutukseen, etuuksiin ja taloudellisiin ongelmiin liittyvissä asioissa. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti toteuttavat terapeuttista harjoittelua, ohjaavat ja motivoivat omatoimiseen harjoitteluun ja aktiivisuuteen, käyttävät muita fysio- ja toimintaterapeuttisia hoitomuotoja (kuten TENS-hoito) sekä arvioivat apuvälineiden tarvetta ja ohjaavat niiden käytössä. Kaikki ammattilaiset tutkivat ja arvioivat asiakkaan toimintakykyä oman osaamisalueensa kannalta, tukevat oma-aloitteisuuteen ja antavat ymmärrettävää informaatioita kroonisen kivun luonteesta, hoidosta, kuntoutusmahdollisuudesta sekä ennusteesta.

5.2 Moniammatilliseen kivunhoitoon liittyvät tutkimukset

Moniammatillisuutta kivun hoidossa on tutkittu paljon asiakkaan sekä vaikuttavuuden näkökulmasta ja siitä on saatu hyviä tuloksia. Cochrane-katsauksessa (Kamper ym. 2014) todettiin, että biopsykososiaalista ja moniammatillista kuntoutusta krooniseen alaselkäkipuun saavat potilaat kokevat todennäköisesti vähemmän kipua ja toimintakyvyn vajetta verrattuna tavanomaista hoitoa saaviin. Laajassa ruotsalaisessa PROM-tutkimuksessa löydettiin lisäksi pitkäaikaisempia hyötyjä; osallistujien kiputilanne sekä kyky elämänhallintaan oli parantunut moniammatillisen kuntoutuksen jälkeen ja vaikutus oli nähtävissä vielä seurantamittauksissa vuoden päästä (Ringqvist, Dragioti, Björk, Larsson & Gerdle 2019). Havaintotutkimus Australian perusterveydenhuollossa järjestetystä kroonisen kivun interventtiosta antoi myös hyviä tuloksia. Merkittäviä parannuksia tapahtui lääkityksen hallinnassa, osallistujan minäpystyvyyden tunteessa ja ilmoitetut sairaalakäynnit vähenivät. (Joypaul, Kelly & King 2018.) Myös Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportissa todetaan, että keskimäärin asiakkaat ovat hyötäneet monialaisesta kipuklinikatoiminnasta merkittävästi (Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020, 14-15).

Moniammatillisuutta kivun hoidossa on tutkittu myös ammattilaisen näkökulmasta, mutta huomattavasti vähemmän kuin asiakkaan. Tietoperustaa varten valittiin tutkimuksia, jotka kuvaavat moniammatillisuutta kivunhoidossa yleisellä tasolla tai tutkimuksia kivunhoitomalleista,

jotka on toteutettu sellaisissa puitteissa, että ne olisivat verrattavissa Suomen perusterveydenhuollossa järjestettävään hoitoon.

Uusiseelantilaisessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin hyvin toimivan kroonista kipua hoitavan tiimin ominaisuuksia. Esille vahvimmin nousi neljä piirrettä: tiimifilosofia, yhteinen sijainti, vakituinen henkilökunta ja kommunikaatio. Tiimifilosofia näkyi yhteisenä ymmärryksenä arvoista ja tiimin tarkoituksesta. Jaettu toimisto tai hoitotilat helpottivat keskustelua sekä päätöksentekoa ja lisäsivät kommunikaatiota jäsenten välillä. Koettiin myös, että vakituinen henkilökunta oli etu, koska he kehittivät työhönsä erityisosaamista ja tiimihengen muodostaminen henkilökunnan vaihtuessa vei aikaa. Toimiva kommunikaatio tuki tiimin yhteistä oppimista ja asiakkaan hyvää hoitoa, keskusteluyhteys mahdollisti tiedonvaihdon, palautteen antamisen sekä tuen antamisen. Tämä lisäsi jäsenten tietoa toisen ammattiryhmän osaamisesta ja rooleista. (Griffin & Hay-Smith 2019.)

Tanskalaisessa tutkimuksessa selvitettiin monialaisen tiimin haasteita perusterveydenhuollossa alaselkäkipupotilaiden hoidossa. Esille nousi ongelmia erityisesti yhteistyössä, tiedon jakamisessa ja toisen työntekijän huomioon ottamisessa. Kaikki ammattilaiset uskoivat potilaan hyötävän moniammatillisesta työskentelystä, mutta haasteena saattoi olla, että he eivät jakaneet näkemystä potilaan hoidosta tai yhteisestä tavoitteesta. Useiden mielestä kommunikation vähäisyys tai puute oli yksi yhteistyön ongelmien syistä. Toisiin ammattilaisiin oli vaikea saada yhteyttä, se oli aikaa vievää tai tuli tunne toisen häiritsemisestä. Tiedon jakamisen ongelmat näkyivät esimerkiksi siinä, että melkein kaikki ammattilaiset toivoivat yhteistä kirjaamisjärjestelmää, jossa potilaan tiedot saisi jaettua. Ongelmat toisen ammattilaisen huomioon ottamisessa ilmenivät epäluottamuksena tai kokemuksena vastakkainasettelusta, joka loi negatiivisuuden ilmapiirin ja haasteita yhteistyöhön. (Petersen, Birkelund & Schiøttz-Christensen 2020.)

Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen (2019) kirjoittavat, että haasteena voi olla myös sosiaali- ja terveyspalveluissa monin paikoin riittämättömät resurssit. Työntekijöiden kuormittuneisuus voi vaikuttaa yhteistyöhön, jos sen ajatellaan lisäävän työtä ja vievän aikaa. Työolojen järjestämisessä tulisi ottaa huomioon, että työntekijöillä on aidosti mahdollisuus osallistua moniammatilliseen työskentelyyn.

Kivunhoitoon liittyen on tehty myös opinnäytetöitä. Aiheen monitahoisuus näkyy töiden määrässä. Niitä on tehty esimerkiksi kivun hoidon, kirjaamisen ja arvioinnin osa-alueilta useita. Opinnäytetöitä on tehty myös akuutin, kroonisen ja palliativisen kivun hoidosta, erilaisten hoitomenetelmien käytöstä, eri ikäisten asiakkaiden hoidosta, erilaisiin sairauksiin liittyvien erityispiirteiden huomioimisesta kivun hoidossa ja myös ammattilaisen sekä asiakkaan näkökulmista.

Aiheeseen liittyen kroonisten kipuasiakkaiden kokemuksia terveydenhuollossa ovat kartoittaneet Kiiala & Piipponen (2020). Boren & Nuorala (2015) ja Ala-Tainio & Lipiä (2015) taas selvittivät asiakkaiden kokemuksia kiputiimistä sekä moniammatillisesta yhteistyöstä.

Ammattilaisten kokemuksia kivun hoidosta ovat tutkineet mm. Klaavu, Laurila & Aaltonen (2017) opinnäytetyöllään muistisairaana asiakkaan kivun hoitotyöstä ja Heikkanen & Mohammadi (2011) kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksista.

Kaikki edellä mainitut opinnäytetyöt on tehty hoitotyön tai sairaanhoidon koulutusohjelmista. Fysioterapian koulutusohjelman opinnäytetöistä lähinnä aihetta on Ropposen & Trobergin (2010) opinnäytetyö ”Varhaisvaiheen alaselkäpotilaan vastaanotto toiminta tehtäväsiirtana fysioterapeuteille perusterveydenhuollossa”, jossa käsitellään myös moniammatillisuutta alaselkäpotilaiden hoidossa fysioterapeutin, lääkärin ja hoitajien näkökulmasta kvantitatiivisin menetelmin.

5.3 Fysioterapia kroonisen kivun hoidossa

Kivun hoidossa fysioterapian tavoitteena pyritään useimmiten vähentämään kipua ja ehkäisemään kivun aiheuttamia toiminnallisia rajoituksia. Fysioterapeutin rooli voi näkyä toimintakyvyn parantamisessa ja ylläpitämisessä, joka on erityisen tärkeää kroonisesta kivusta kärsivälle ja voi parantaa elämänlaatua. (Sluka 2016, 160.)

Fysioterapian keskeisiä menetelmiä kivun hoidossa ovat toimintakykyä edistävä ohjaus, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut (Suomen Fysioterapeutit 2016). Suurin osa kroonisista kivuista on tuki- ja liikuntaelimiin liittyviä ja niiden hoidossa liikunta ja terapeuttinen harjoittelu ovat keskeisiä elementtejä. Kipukuntoutuksessa harjoittelua ei tule käsittää vain kipuun kohdistettuna interventiona vaan huomioida sen vaikutus laajemmin toimintakykyyn. (Tarnanen 2020, 239.) Kipupotilaan kuntoutuksessa voidaan ajatella, että kaikki fyysinen aktiivisuus on tärkeää ja olennaista on löytää liikkumistavat, jotka asiakas kokee mielekkäiksi. Harjoittelun suunnittelussa tulee kuitenkin ottaa huomioon kipuongelman kannalta keskeisimmät alueet ja määrittää mihin harjoittelulla pyritään. (Tarnanen 2020, 239.)

Kivuista kärsivän potilaan ja ammattilaisen välisessä onnistuneessa hoitosuhteessa kuten myös fysioterapeutin osalta, korostuu kohtaamisosaaminen. Ammattilaisen tulee muistaa, että potilaan kokema kipu on todellinen riippumatta sen etiologiasta ja patofysiologiasta. Potilaan hyvä hoito perustuu hoitosuhteeseen, jossa potilaalle annetaan aikaa ja potilaaseen suhtaudutaan empaattisesti ja kuuntelevasti. (Kipu: Käypä hoito- suositus 2017.) Toimiva ja luottamuksellinen terapiasuhte on turvallinen ja sen perustana voidaan kuvata olevan läsnäolo ja

vastaanottavuus. On ammattilaisen vastuulla luoda ilmapiiri ja olosuhteet suotuisiksi, mutta terapiasuhteen syntyminen vaatii kuitenkin aina ammattilaisen ja asiakkaan osallistumista vastavuoroisesti. Asiakkaat kaipaavat kuulluksi tulemistä ja arvostavat myös ammattilaisen hyviä vuorovaikutustaitoja, joissa tiedonkulku tapahtuu kaksisuuntaisesti ammattilaisen ja asiakkaan välillä. (Holopainen, 2020, 179-185.)

Fysioterapia, joka toteutuu psykologisessa viitekehyksessä voi sisältää stressin hallintaa, rentoutustekniikoita, selviytymisstrategioiden harjoittelua, hyväksymis- ja omistautumisterapian tekniikoita tai asteittaista altistamista, jotka yhdistetään muihin perinteisen fysioterapian menetelmiin. Yhtenä olennaisena psykologisena tekijänä, jossa fysioterapialla voi olla vaikutusta, on liikkumisen pelko. (Holopainen 2020, 277-278.) Mikäli terapeutti ei tunnista pelkovälttämiskäyttäytymistä, toteutuu harjoitteiden valinta ja ohjaaminen lähinnä terapeutin näkökulman pohjalta. Potilaan on tärkeä tuntea harjoittelu turvalliseksi ja hyödylliseksi, jotta harjoitteet tulevat tehdyiksi, eikä pelkokäyttäytyminen lisääny tai potilas turvaudu ainoastaan passiivisiin hoitoihin. Päämääränä kuntoutuksessa olisi, että potilas ymmärtää kivun vaarattomuuden ja sen merkityksen uudelleen. Kun on kyse kroonisesta kivusta, harjoittelu on harvoin täysin kivutonta, jolloin fysioterapeutin on tärkeämpää pyrkiä lisäämään potilaan ymmärrystä kivun mekanismeista ja lisäämään keinoja sen hallintaan, kuin etsiä täysin kivuttomia harjoittelumenetelmiä. (Koho 2020, 291-297.)

Georg Engelin biopsykososiaalinen lähestymistapa ottaa huomioon ihmisen biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä niiden keskinäisen vuorovaikutuksen ja vaikutukset terveyden ja sairauden ymmärtämisessä (Wade & Halligan 2017). Nykyään biopsykososiaalinen malli on laajasti hyväksytty etenkin kroonisen kivun ymmärtämisessä sekä kivun hoidon taustateorian (Holopainen 2020, 64). Fysioterapeutit saavat monesti useita tunteja enemmän kipuun liittyvää koulutusta kuin lääketieteen opiskelijat, mutta vain harvat kroonisista kivuista kärsivät potilaat saavat fysioterapiaa ja Euroopassa vain noin 20%:lla fysioterapia on osana hoitoa. Sen lisäksi, että fysioterapeutit ovat edistämässä potilaan fyysisen toimintakyvyn palauttamista, he ovat ihanteellisessa asemassa tarjoamaan rauhoittavia neuvoja, selitystä ja koulutusta sekä kannustamaan potilaita palaamaan normaaliin aktiiviseen toimintaan ja tunnistamaan psykososiaalisia ongelmia. Fysioterapia voi olla tärkeässä osassa biopsykososiaalisessa kuntoutuksessa, mutta se vaatii usein lisäkoulutusta kroonisen kivun monitahoisesta luonteesta ja sen hallinnasta. Erityisesti itsehallintastrategioiden käyttö edellyttää hyvää työsuhdetta potilaan ja fysioterapeutin välillä, jolloin ne voivat olla erittäin tehokkaita menetelmiä. (Kress ym. 2015, 6.)

Vuonna 2020 julkaistu Holopaisen ym. systemaattinen katsaus käsittelee fysioterapeuttien kokemuksia biopsykososiaalisen lähestymistavan koulutuksesta ja menetelmien käyttämisestä kivun hoidossa tuki- ja liikuntaelinsairauksissa. Tutkimukseen valituissa artikkeleissa fysioterapeutit hoitivat erilaisia tuki- ja liikuntaelinongelmia. Koulutukset, joihin fysioterapeutit olivat

osallistuneet, erosivat hieman toisistaan. Vastauksista löytyi kuitenkin samankaltaisuuksia. Yhteenvetona biopsykosiaalisen lähestymistavan koulutus 1. muutti fysioterapeuttien ymmärrystä ja käytäntöä, 2. toi ammatillista hyötyä, 3. kliinisiä haasteita, sekä 4. oppimiseen liittyviä vaatimuksia. (Holopainen ym. 2020a.)

Koulutus oli muuttanut heidän ajattelutapaansa sekä hoitoa tuki- ja liikuntaelinkivuissa. Toimintatavoista oli tullut yksilöllisempää ja koulutus lisäsi muun muassa viestintätaitoja. Fysioterapeutit saivat ymmärrystä tuki- ja liikuntaelinkipujen moniulotteisuudesta ja miten kipua tulisi hallita. Heidän kommunikointityylinsä muuttui myötätuntoisemmaksi ja potilaiden kuuntelemista korostettiin. Potilaan omaa ääntä kuunneltiin tarkemmin ja tavoitteet pyrittiin kohdentamaan paremmin potilaiden omaan arkeen sopivimmiksi. Fysioterapeutit kokivat toimivansa enemmän potilaiden valmentajina, jossa potilasta kannustetaan ottamaan aktiivista roolia omasta kuntoutumisesta. Monet kokivat saaneensa itsevarmuutta tuki- ja liikuntaelinkipujen hoidossa, ja pystyvyys monimutkaisten terveysongelmien hallitsemisessa parani. Vastauksista ilmeni myös, että terapia koettiin vaikuttavampana ja palkitsevampana. (Holopainen ym. 2020a.)

Haasteita fysioterapeutit kokivat psykososiaalisessa viitekehyksessä, joka eroaa heidän normaalista lähestymistavastansa. Raja psykososiaalisen ja perinteisen biomekaanisen fysioterapian välillä oli vaikeaa erotella, ja haasteita toi ajatus siitä, mikä fysioterapeutin rooli on ja mitä heiltä odotetaan. Yleisesti uusi lähestymistapa herätti fysioterapeuteissa vastustamista ja kyseenalaistamista, uusien taitojen oppiminen koettiin raskaana ja teoriaa oli haastavaa viedä käytännön työhön. (Holopainen ym. 2020a.)

Edellä esiteltyyn tutkimukseen liittyy myös laadullinen tutkimus, jossa kartoitettiin alaselkäkipuisten käsityksiä CFT -koulutukseen osallistuneiden fysioterapeuttien toteuttamasta fysioterapiasta perusterveydenhuollossa (Holopainen, Vuoskoski, Piirainen, Karppinen & O'Sullivan, 2020). Koulutuksella viitataan cognitive functional therapy (CFT) eli kognitiiviseen toiminnalliseen terapiaan, joka on potilaskeskeinen lähestymismalli, jossa pyritään tunnistamaan oireilun taustalla olevat biopsykososiaaliset tekijät ja suunnittelemaan fysioterapia niiden mukaisesti. Tutkimuksessa asiakkaiden kokemukset vaihtelivat suuresti. Joillekin biopsykososiaalista lähestymistapaa hyödyntävä fysioterapia oli ollut käännteentekevä ja johti ymmärrykseen kivusta sekä itsehoidon tärkeyden omaksumiseen. Toiset saivat hyvää tukea kipujen hallintaan ja kokivat fysioterapeuttien monipuolisen biopsykososiaalisen osaamisen tärkeäksi. Joidenkin kokemuksena oli, että he eivät saaneet tarpeeksi apua terveydenhuollosta ja itsehoitoa oli vaikea jatkaa käyntien loputtua. Joillekin fysioterapia oli myös aluksi pettymys, koska he olivat odottaneet manuaalisia hoitoja. Kipu ja sen syyt jäivät myös epäselviksi, vaikka niitä oli käsitelty vastaanotolla. (Holopainen ym. 2020b.)

Heikommin kivun hoidon kanssa eteneville yhteistä oli heikko sosiaalinen tuki omassa elämässä ja osa oli myös taloudellisesti riippuvaisia esimerkiksi puolisostaan tai yhteiskunnan tuista. Tutkimuksen perusteella tärkeiksi haasteiksi hoidon vaikuttavuudessa nousi sosiaalisen tuen ja hoidon jatkuvuuden puute sekä asiakkaiden taloudelliset huolet. (Holopainen ym. 2020b.)

Holopainen ym. (2020) toteavat, että terveydenhuollossa tulisi luoda nykyistä joustavampia hoitopolkua alaselkäkipuisille ja mahdollistaa pidempään jatkuva tuki kaikkein heikoimmassa asemassa oleville. Terveydenhoidon ammattilaisten tulisi kiinnittää huomiota vahvan terapeutin suhteen luomiseen ja siihen että hoidossa huomioidaan myös potilaiden sosiaaliset tukiverkostot. Ammattilaisten tulisi myös auttaa asiakkaita kivun biopsykososiaalisessa ymmärtämisessä ja itsehoidon tukemisessa. (Holopainen ym., 2020b.)

Fysioterapeuteille on olemassa erilaisia lisäkoulutuksia, joita voidaan hyvin hyödyntää kroonisten kipupotilaiden hoidossa. Biopsykososiaalisen lähestymistavan lisäksi samankaltaisuuksia löytyy kognitiivisbehavioraalista lähestymistavasta, jossa potilas nähdään aktiivisena kuntoutumiseen vaikuttavana osapuolena. Kivun lievenemisen lisäksi potilaan hoidon tavoitteena voi olla muun muassa kivunhallintakeinojen oppiminen, potilaan voimavarojen tukeminen tai pystyvyyksien parantaminen sekä lopulta psyykkisen kärsimyksen vähentäminen. (Elomaa & Sipilä 2018, kip01922.)

Psykofyysinen fysioterapia lähestyy ihmisen liikkumis-, toimintakykyä ja voimavaroja vahvistavalla ja tukevalla tavalla ottaen ihmisen kokonaisvaltaisesti huomioon. Sen taustalla on ihmisen kokonaisvaltaisuutta korostava ihmiskäsitys, jossa fyysinen ja psyykinen puoli muodostavat kokonaisuuden ja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. (Kauranen 2018, 522.)

Kivun hallinnassa kivun mekanismeihin perustuvan lähestymistavan lähtökohtana on, että kun kivun eri mekanismit tunnetaan, niitä tulisi hoitaa myös fysioterapiassa parhaiten soveltuvalla tavalla. Kahden yksilön välillä, joilla on sama kipua aiheuttava sairaus, voi silti kipumeکانismi olla täysin erilainen. Tämä tulisi myös fysioterapeutin tiedostaa ja toteuttaa kuntoutus sekä käytettävät menetelmät siihen pohjautuen. (Chimenti, Frey-Law & Sluka 2018.)

6 Tutkimuksen toteuttaminen

Kiinnostus kivun hoitoon ja fysioterapian mahdollisuuksiin kroonisen kivun hoidossa heräsi opintojen aikana. Idea opinnäytetyölle sai alkunsa uutisesta, jossa kerrottiin Keravan terveystieteiden keskuksen uudesta moniammatillisesta hoitomallista. Yhteydenottoon opinnäytetyön tekemisestä hoitomalliin liittyen vastattiin myönteisesti ja tutkimusprosessi aloitettiin yhdessä Keravan terveystieteiden keskuksen kanssa maaliskuussa 2020. Yhteistyössä päätettiin keskittyä

opinnäytetyössä fysioterapeuttien näkökulmaan, koska asiakkaiden osalta tehtiin jo tutkimusta. Tutkimuslupa hyväksyttiin Keravan kaupungin puolesta kesäkuussa.

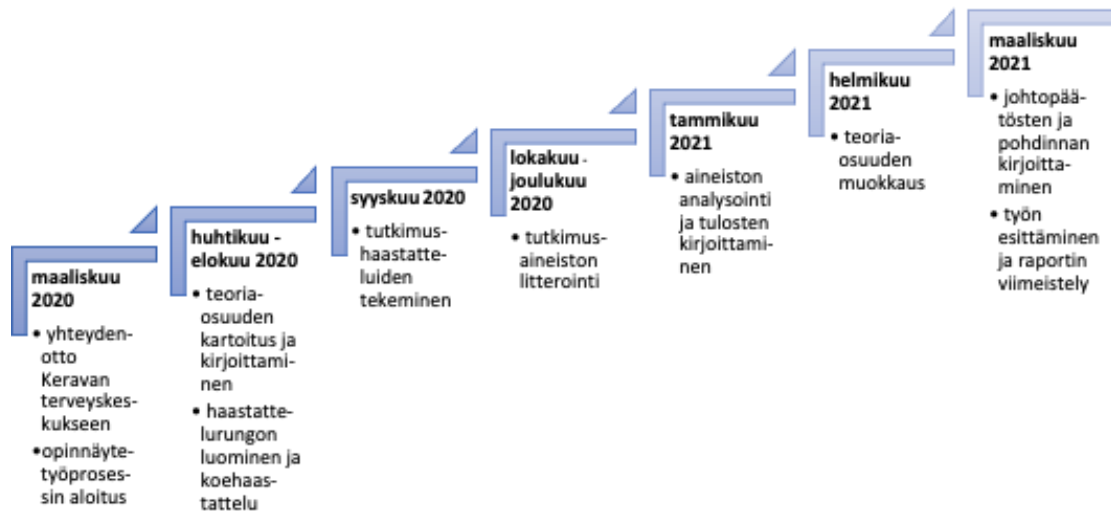
Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla, jonka tulokset analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kesän 2020 aikana kerättiin opinnäytetyön teoriaosuutta, jonka pohjalta laadittiin teemahaastattelurunko. Haastattelurungon toimivuutta testattiin koehaastattelulla, jossa haastateltava oli pääkaupunkiseudun terveysaseman avopuolella työskentelevä fysioterapeutti. Haastatteluteemat todettiin toimiviksi ja haastatteluajat sovittiin Keravan terveyskeskuksen fysioterapeuttien kanssa.

Varsinaiset haastattelut suoritettiin syyskuun 2020 aikana. Koronatilanteen vuoksi haastattelut tehtiin etänä Skype -sovelluksen avulla ja nauhoitettiin. Opinnäytetyön tekijöistä haastatteluun osallistui aina kaksi, yksi haastatteli ja toinen teki muistiinpanoja sekä tarvittaessa esitti jatkokysymyksiä. Viimeisessä haastattelu tehtiin yhden haastattelijan toimesta. Haastateltaville lähetettiin etukäteen teemahaastattelun runko (liite 1), tiedote opinnäytetyön tutkimuksesta (liite 2) sekä suostumuslomake haastatteluun (liite 3).

Tutkimukseen osallistuivat kaikki Keravan terveyskeskuksen seitsemän fysioterapeuttia, joista viisi oli mukana kevään 2020 Kivun Kera -hoitomallissa. Haastattelut sujuivat hyvin, vaikka joidenkin osalta oli pieniä teknisiä haasteita. Haastattelut olivat kestoltaan 29-50 minuuttia. Haastattelunauhoitukset litteroitiin sanatarkasti ja litteroitua materiaalia kertyi yhteensä 60 sivua (Fonttikoko 12, Calibri).

Haastatteluaineiston litterointi valmistui joulukuussa 2020 ja aineiston analyysiin siirryttiin tammikuussa 2021. Analyysin tekemisen jälkeen vuorossa oli tulosten kirjoittaminen, teoriaosuuden muokkaus sekä opinnäytetyön raportin loppuun kirjoittaminen. Opinnäytetyö esitettiin ja viimeisteltiin maaliskuussa 2021.

Yhteistyö Keravan terveyskeskuksen kanssa oli ystävällistä ja sujuvaa. Alun yhteydenottopyynnöstä lähtien prosessi eteni jouhevasti etäyhteyksillä Skypen välityksellä, puhelimitse ja sähköpostitse. Yhteydenottoihin vastattiin nopeasti ja haastatteluiden osalta aikatauluttaminen oli myös vaivatonta. Koko terveyskeskuksen toiminnasta ja yhteistyöstä jäi positiivinen vaikutelma.



Kuvio 2: Opinnäytetyöprosessin aikataulu

6.1 Teemahaastattelu

Tutkimus toteutettiin laadullisin menetelmin, koska tarkoituksena oli kuvata, luokitella, ymmärtää ja tulkita tutkimusaineistoa (Paavilainen 2014, 17). Yleisimpiä laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, kysely tai erilaisiin dokumentteihin perustuva tieto (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83).

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, joka on puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelu on lähellä syvähaastattelua ja se etenee keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87.)

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelu, koska tarkoituksena oli saada mahdollisimman laajasti tietoa fysioterapeuttien kokemuksista ja näkemyksistä Kivun Kera -hoitomallista ja moniammatillisesta yhteistyöstä perusterveydenhuollossa. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on joustava. Tarvittaessa haastateltavan kysymyksiä voidaan toistaa, tarkentaa tai oikaista väärinkäsityksiä. Jotta haastatteluista saatiin mahdollisimman paljon tietoa, haastateltaville lähetettiin valmiiksi laadittu haastattelurunko etukäteen. Tämä on suositeltava tapa onnistumisen kannalta, jotta haastateltavat voivat hyvissä ajoin etukäteen tutustua aiheeseen, teemoihin tai kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85-86.)

Tutkimusongelman ja kirjallisuuden pohjalta poimittiin teemat ja aiheet, joiden ympärille haastattelu rakennettiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87-88). Haastattelun ja siinä esitettävien syventävien kysymysten kautta saatiin mahdollisuus ymmärtää fysioterapeuttien yksilöllisiä kokemuksia ja toisaalta eroja kokemuksissa muiden haastateltavien välillä (Kananen 2014, 86). Teemat olivat muuten samoja kaikille haastateltaville, mutta yksi teema koski suoraan kokemuksia Kivun Kera -hoitomallista ja oli siten suunnattu vain hoitomallissa mukana olleille. Haastateltavien määrän puolesta menetelmä oli sopiva ja työmäärä säilyi kohtuullisena, koska tutkimuksen tekijöitä oli kolme (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98.)

6.2 Aineiston analyysimenetelmä

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, jossa merkityssuhteita ja kokonaisuuksia etsitään tutkimusmateriaalista. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jaotella karkeasti kolmeen vaiheeseen; aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, klusterointiin eli ryhmittelyyn sekä viimeisenä abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Aineiston analyysi aloitettiin haastattelujen kuuntelemisella ja auki kirjoittamisella, eli litteroinnilla. Tämän jälkeen aineisto pelkistettiin jättämällä epäolennainen informaatio pois ja aineisto ryhmiteltiin. Viimeisenä vaiheena aineisto abstrahoitettiin eli pyrittiin luomaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä tutkimuksen aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 121-127.)

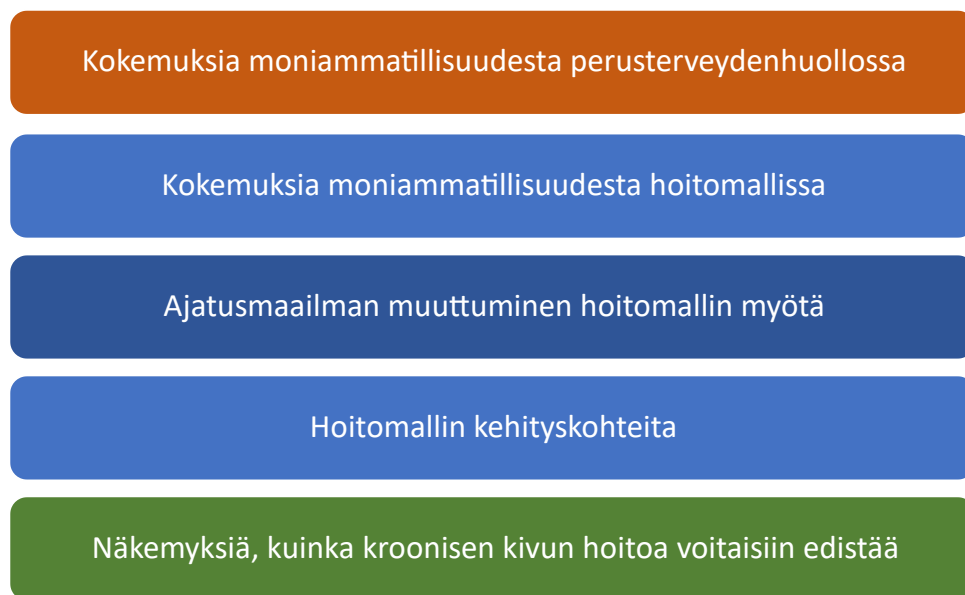
Sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla sanalliseen muotoon kirjoitettu aineisto useampaan kertaan. Sen jälkeen aineistosta kerättiin Excel -taulukon kaikki tutkimuskysymyksen kannalta olennaiset ilmaukset. Sisällönanalyysi tehtiin vaihe vaiheelta Excel -ohjelmassa, ensin pelkistämällä kaikki aineistosta poimitut ilmaukset. Nämä pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samankaltaisuuksien mukaan alaluokiksi, joista edelleen koottiin yläluokkia. Yläluokista koostettiin edelleen laajempia pääluokkia, joista muodostettiin kokoavat luokat, joiden mukaan opinnäytetyön analyysiosuus on jaoteltu.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistus	Alaluokka
Se tieto siellä <u>terveysasemalla</u> että sitä pitäis saada <u>niinku</u> lisää ja että ne kaikki, kaikki ammattilaiset <u>niinku</u> tietäis siitä kroonisen kivun hoidosta.	Tietoa pitäisi saada lisää terveysasemille Kaikkien ammattilaista tulisi tietää kroonisen kivun hoidosta	Ajantasainen tietotaito kaikille
<u>Kylhän</u> me varmaan nykypäivänä siis aika paljon tiedetään kivusta <u>mut</u> että ja kroonisesta kivusta, <u>mut</u> että <u>siit</u> ei ois huono jos siitä <u>tulis</u> aina välillä vähän jotain <u>sellast</u> muistutusta tai yhteisiä koulutuksia ja <u>sellasta</u> .	Toivoisi yhteiskoulutuksia ja kertausta kroonisesta kivusta	

Kuvio 3: Esimerkki sisällönanalyysin ensimmäisistä vaiheista

7 Tulokset

Haastatteluaineiston analyysin lopputuloksena oli viisi luokkaa, joiden kautta tutkimustulokset esitetään. Ensimmäinen luokka koskee fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa ennen Kivun Kera -hoitomallia ja sen ulkopuolella. Seuraavat kolme luokkaa kuvaavat kokemuksia ensimmäisestä toteutuksesta keväällä 2020: kokemukset moniammatillisuudesta hoitomallissa, ajatusmaailman muuttuminen hoitomallin myötä ja hoitomallin kehityskohteita. Analyysin tulosten viimeinen luokka kokoaa fysioterapeuttien näkemyksiä siitä, miten kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää. Tässä luokassa tulee esiin fysioterapeuttien ajatuksia millaista kroonisen kivun hoito tulisi olla tai olisi ihannetilanteessa.



Kuvio 4: Haastatteluaineiston analyysin viisi tärkeintä luokkaa

7.1 Kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa

Haastattelun alkuun kartoitettiin fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa ennen hoitomallia ja sen ulkopuolella. Vastauksissa korostui moniammatillisen yhteistyön vähyys, yksinäisyyden kokemukset ja näkemykset yhteistyöhön syntymiseen vaikuttavista tekijöistä. Vastauksista muodostui kaksi pääluokkaa: terveydenhuollon totuttu rakenne ei tue moniammatillisuutta sekä ammattilaisten näkemykset ja persoonat vaikuttavat moniammatillisuuden syntymiseen.



Kuvio 5: Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa

Terveydenhuollon totuttu rakenne ei tue moniammatillisuutta

Fysioterapeutit kokivat, että moniammatillisuus näkyy käytännön työssä vähän tai ei ollenkaan ja haastatteluissa toistui kokemus yksin jäämisestä asiakkaan kanssa. He kertoivat moniammatillisuuden näkyvän lähinnä siinä, että asiakas on käynyt eri ammattilaisten luona, mutta keskustelua ammattilaisten välillä on vähän ja ammattilaiset pysyvät mielellään oman toimialansa rajoissa.

”Että ei sitä nyt ihan kauheesti ollu. Et lääkäri teki lähetteen ja on tehny omat juttunsa ja sitte se tulee meille tai tulee, tuli ja tulee potilas meille, ja sit sitä on kyl aika yksin sit.”

Ilmeni, että yhteistyötä tehdään tällä hetkellä eniten toimintaterapeutin ja lääkärin kanssa, hoitajien kanssa vähiten. Moniammatillisuuden vähyyteen vaikuttaviksi seikoiksi mainittiin organisatorisia tekijöitä, kuten erilaiset aikataulut ja yhteisten taukotilojen sekä kokousten puute. Myös lääkärin vaihtuvuuden koettiin vaikuttavan yhteistyöhön. Samoin kynnys yhteydenottoon koettiin suuremmaksi esimerkiksi päivystyksessä käyneen asiakkaan kohdalla, koska konsultoitava lääkäri ei ollut välttämättä tavannut asiakasta.

”Ja sit tietysti voi olla et lähete on tullu vaikka päivystävältä lääkäriltä ja sit pitäis konsultoida niinku omaa lääkäriä joka ei ehkä koskaa oo edes nähny tätä potilasta ni.”

Tiiviimpää yhteistyötä ammattilaisten välille kuitenkin toivottiin.

Ammattilaisten näkemykset ja persoonat vaikuttavat moniammatillisuuden syntymiseen

Toinen pääluokka muodostui erilaisten näkemysten ja persoonien vaikutuksista moniammatillisuuden syntymiseen. Usea haastateltava koki yhteistyön tapahtuvan yleensä fysioterapeutin aloitteesta. Myös yhteistyön toteutuminen oli ammattilaiskohtaista, toiset ovat avoimempia moniammatilliselle vuoropuhelulle, jolloin myös yhteistyöstä oli positiivisia kokemuksia. Fysioterapeuttien näkemys oli, että kaikki ammattilaiset eivät kuitenkaan koe yhteistyötä tarpeellisena ja erilaisilla työskentelytavoilla on vaikutusta moniammatillisuuteen syntymiseen.

”Mutta tota et sit käydään semmost vuoropuheluu niinku siitä lääkärin kanssa kyl siitä asiasta. Mut toiset on valmiit sitäkin käymään enemmän ja toiset hyvin tiukasti sen oman linjan kanssa ja fysioterapeutti tekee sit sen mitä tekee.”

7.2 Kokemuksia moniammatillisuudesta hoitomallissa

Fysioterapeuttien hoitomallia koskevista kokemuksista korostui kroonisten kipuasiakkaiden hoidon parantuminen, konkreettisen avun sekä tuen saaminen muilta ammattilaisilta.



Kuvio 6: Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta hoitomallissa

Selkeät vastuualueet ja moniammatillisuus tuovat laadukkaampaa hoitoa

Kaikki hoitomallissa mukana olleet fysioterapeutit kokivat moniammatillisuuden lisääntyneen

kroonisten kipuasiakkaiden hoidossa mallin myötä. Eri ammattilaisten tiiviimmän yhteistyön myötä asiakkaat saavat käyttöönsä eri ammattilaisten osaamisen ja laajemman näkemyksen ongelmien työstämiseen. Monen haastateltavan vastauksessa toistui nimettyjen lääkärin ja hoitajien rooli, jolloin yhteydenpito ja konsultointi on helpompaa, kun tietää heti kenen vastuulle asian hoitaminen kuuluu.

”Ne tietyt henkilöt joita ei tartte niinku metsästää ikään kun tiettyjä niinkun ympäri taloa kuka nyt hoitaja on et kenellä vois tän asian kertoa niin sit on helpompi myös tää arjessa muina hetkinä niin lähestyä, lähestyä niinku jotain tiettyä ihmistä keneltä nyt haluais jotain tähän asiaan liittyen niinku konsultoida.”

Selkeä vastuunottaminen kroonisista kipupotilaista koettiin myös positiivisena asiana. Asiakkaan hoidosta otetaan vastuu, eikä häntä jätetä yksin etsimään apua ja seuraavaa ammattilaista tai tutkimusta.

”se, että se hoitovastuu niinko just otetaan tänne, jos ne on vaikka kipuklinikalta tipahtanu pois, että ne ei vaan jää tuonne ajelehtimaan ja tavallaan että on joku selkee paikka mistä se hoito sit saadaan ja se on jollaki hallussa... tavallaa sen koko kivunhoidon se punainen lanka pysyis niinko selkeenä”

Haastatteluissa kartoitettiin myös fysioterapeuttien näkemyksiä yhteisvastaanotoista osana moniammatillista yhteistyötä.

Kevään 2020 hoitomalliin ei vielä kuulunut yhteisvastaanottoja, jotka syksyllä 2021 aloittavien asiakkaiden kanssa aloitettiin. Heidän hoitopolkunsa ensimmäinen lääkäritapaaminen on vaihdettu lääkärin ja fysioterapeutin yhteisvastaanottoon, jossa yhdessä myös suunnitellaan hoitoa. Haastateltavilla ei haastatteluhetkellä ollut vielä omaa kokemusta näistä yhteisvastaanotoista. Muutamit fysioterapeutit olivat kuitenkin hoitomallin puitteissa pitäneet yhteisvastaanoton toimintaterapeutin kanssa ja muutamilla oli kokemusta yhteisvastaanotoista esim. lääkärin kanssa mallin ulkopuolella.

Yleisesti haastateltavien vastauksissa korostuu positiivinen asenne ja odotukset yhteisvastaanotoille. Kaikki hoitomallissa työskennelleet fysioterapeutit kannattivat yhteisvastaanottojen aloittamista. Vastauksissa tuli esiin, että yhteisvastaanotot parantaisivat ammattilaisten välistä yhteistyötä, joka koettiin edelleen liian vähäiseksi.

Syksyllä 2021 alkavat lääkärin ja fysioterapeutin yhteisvastaanotot nähdään fysioterapeuttien näkökulmasta hyödyllisiksi monin tavoin. Niiden kautta fysioterapeutti pääsee asiakkaan tilanteesta selville jo prosessin alussa, pystyy keskustelemaan lääkärin kanssa ja suunnittelemaan yhdessä hoitoa, asiakkaan ei tarvitse kertoa samoja asioita uudestaan niin monta kertaa ja aikaa voi käyttää fysioterapian vastaanotolla enemmän ongelmien työstämiseen.

*”nekin [yhteisvastaanotot] on nytte vasta alkamassa, nyttten tässä seuraavassa Kikessä lääkä-
rin kanssa ne yhteisvastaanotot...on vaan ollu siellä teamsin kautta ne yhteiset meetingit
sitte missä ollaan näitä käyty näitä asiakkaita läpi...se on ollu hyvin irrallista vielä, että että
et nyt sit ja toivoin itekin tätä että nyt ne ois lääkärin kans yhdessä”*

*”joo, no mun mielestä ihan niinku hyvää. Ja mun mielestä niin hyvää sille asiakkaalle, tai ku-
vittelisin sille asiakkaalle, kun he tulee kuulluksi siinä ja saa kertoa niistä omista tuntemuk-
sistaan ja ja näin sitte...Tai se tavallaan antaa et mahdollisuuden keskustella siitä krooni-
sesta kivusta ja ja, hoidonkulusta ja muusta. Se on mun mieltä silleen niinku hyvä. Ja sitten
ku ei tarvi niin ku moneen kertaan asiakkaan se että niitä samoja asioita. Ja sit et me ollaan
niinku keskenään heti kartalla lääkärin kanssa että tota siinä vastaanottotilanteessa.”*

Useammassa haastattelussa myös toivottiin mahdollisuutta yhteisiin vastaanottoihin myös muiden asiakasryhmien kanssa.

*”No mä ainakin ite toivoisin niitä yhteisvastaanottoja niinku ihan muutenkin et et eikä pel-
kästään vaan noiden kroonisten kipupotilaiden kanssa.”*

Toisten ammattilaisten apu helpommin saatavissa kuin ennen

Haastateltavien vastauksista tuli esille, että hoitomallin asiakkaiden kohdalla hoitomalliin ni-
mettyjen ammattilaisten apua oli helpompi pyytää ja saada. Vastauksissa tuli esiin esimerk-
kejä, joissa hoitomallin vastuulääkäriltä oli saanut nopeasti apua ja psyykkistä apua tarvitse
asiakas on voitu saattaa suoraan psykiatrisen sairaanhoitajan luo. Hoitomallin myötä eri am-
mattilaisten kesken on enemmän suoraa kanssakäymistä, mikä on madaltanut kynnystä kysyä
apua ja koetaan, että sitä saadaan myös helpommin kuin ennen.

*”Se on vähän tätä samaa mihin osastolla on tottunut, että lääkäri reagoi heti ja ottaa tosis-
saan sen mitä me sanotaan, koska mä koen et me ei kyllä, et kyl me yritetään niin pitkään ku
mahdollista sinnitellä yksin sen asian kans mut että sit on paljon sellasia mitkä ei ole edes
meidän alueella mut saatetaan sitte asiakkaan näkökulmasta se nopeasti hoidettua, ni se on
iso juttu.”*

Vastauksissa korostui myös hoitomallin yhteispalavereista saatu ammatillinen tuki. Yhteispa-
lavereissa on mahdollisuus saada apua haastaviin asiakastilanteisiin ja keskustella omista aja-
tuksista tai ehdotuksista hoidon eteenpäin viemisen suhteen. Fysioterapeutit kokivat, että
muiden ammattilaisten näkemykset antavat myös itselle uusia eväitä sekä avaavat silmiä sille,
mitä muut ammattilaiset konkreettisesti tekevät.

*”No hyvää on mun mielest just tämä että me ollaan niinku, yhdessä tehdään, yhdessä käy-
dään näit palavereita läpi ja ongelmakohtia. Niinkun jonkun hoidossa vaikka käydään yhdessä*

läpi ja ehkä just se et se vähän avaa silmiäki sille et mitä muutkin tekee niin, niin se kun yhdessä tekee.”

”Meil on ollu niit yhteisiä palavereita nyt tähän Kikeen liittyen elikkä ollaan sit saatu jakaa niitä ajatuksia kunkin vaikka potilaan kohdalta et jos on jotain semmost mis tuntuu että itse ei pääse niinku eteenpäin tai itsel on joku ajatus niin sit pystyy helposti niinkun muiden ammattiryhmien kanssa käymään sitä keskustelua siitä läpi.”

Moniammatillisen tuen saaminen keventää työn kuormitusta

Ammatillisen avun ja tietotaidon lisäksi vastauksissa toistui muilta saatu henkinen tuki. Kipukroonikkojen kanssa työskentely koettiin usein psyykkisesti haastavaksi ja asiakkaiden yhteinen hoitaminen on keventänyt koettua kuormitusta. Aiemmin fysioterapeutit kokivat jääneensä yksin kroonisten kipuasiakkaiden hoidon kanssa. Hoitovastuun jakaminen ja mahdollisuus keskusteluun eri ammattilaisten kanssa helpottivat omaa taakkaa hoidosta. Myös tieto siitä, että muiden ammattiryhmien apu on saatavilla, oli helpottavaa.

” tässä mallissa ehkä just hyvää on se et siin on sit ne pysyvät lääkärit, pysyvät hoitajat. Me tiedetään, kenen kanssa me ollaan keskustelussa, ja että se jakautuu myös se tuska kaikille, että se on hyvin raskasta tehdä työtä kyllä kipukroonikon kanssa.”

”Hyvää on nimenomaan se, et me ollaan nyt saatu kaikki sieltä nyt valjastettua. Niinku koko henkilökunta. Se sehän ei sen kivun kanssa ei yks työntekijäryhmä jää yksin. Se on valtavan iso voimavara.”

Muiden ammattilaisten tuen lisäksi oman ammattiryhmän tuki koettiin tärkeäksi. Hoitomalliin osallistuvat fysioterapeutit saivat tukea myös toisiltaan ja pystyivät jakamaan kokemuksia asiakkaiden kanssa työskentelystä.

”et musta oli kivaa et meitä oli useampi fysioterapeutti et se ei kaatunut yhden kahden harveille, vaan et meitä oli useampi siinä. Et sitten pystyttiin kuitenkin keskenämme keskustelemaan. Et se oli mun mielestä hyvä asia. Voitiin tukea toinen toistamme.”

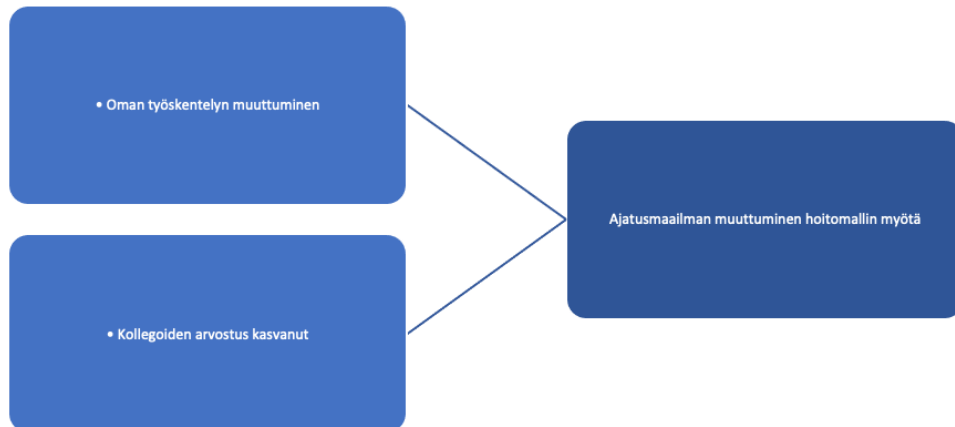
Vastauksissa tuli esiin myös yhteisöllisyyden lisääntyminen, mistä myös saa tukea työhön ja työssä jaksamiseen.

”tulee paljon spontaanimpaa kanssakäymistä ja sit sitä tulee niinku muuten että huomaa et on tutustunut paljon enemmän niihin työkavereihinsa nytten...”

”et mä en usko et mä olisin sitä aikasemmin tehnyt, et miten mä olisin sen tilanteen hoitanut mut mä tiedän nyt että ne ihmiset on siellä juuri tällaisia tilanteita ja meitä varten ni siis silleen se on madaltanut kynnyksiä, kynnyksiä paljon.”

7.3 Ajatusmaailman muuttuminen hoitomallin myötä

Haastateltavat kertoivat hoitomallin myötä tapahtuneista muutoksista sekä omissa työskentelytavoissaan että ajatusmaailmassaan kipuasiakkaiden kanssa toimiessa. Lisäksi arvostus kollegoiden työtä kohtaan oli kasvanut.



Kuvio 7: Ajatusmaailman muuttuminen hoitomallin myötä

Oman työskentelyn muuttuminen

Fysioterapeutit olivat tehneet konkreettisia muutoksia omien vastaanottokäyntien totuttuun rakenteeseen ja jättäneet esimerkiksi mittaamista ja tutkimista vähemmälle. Vastauksissa korostui, että nykyään aikaa käytetään enemmän keskusteluun. Lisäksi haastateltavat kertoivat pyrkineensä kannustamaan asiakasta ymmärtämään omat vaikutusmahdollisuutensa ja sanoittamaan tavoitteensa. Yksi haastateltava mainitsi itselleen uutena työkaluna rentoutusharjoitukset. Uusia ohjauskeinoja oli otettu käyttöön myös muiden asiakasryhmien kanssa.

”Et se on ehkä semmonen iso muutos siinä työskentelyssä että et mä en voikaan niinku vaan, mä en voikaan mitata tätä ihmistä, enkä mä voi oikeen näillä mun mittauksilla ja tutkimisella niinku hoitaakaan sitä ihmistä vaan se lähtee ihan jostain muualta. Et se lähtee siitä et se ihminen itse havaitsee että et okei että et hänellä on ne työkalut ja ne keinot hoitaa itse itseänsä ja se, että et ne ihmiset pitäis saada ymmärtämään se et et he voi itse vaikuttaa siihen.”

Ajatusmaailman muuttumisesta kertoi se, että kivun syitä osattiin nykyään katsoa myös laajemmin ja yksilöllisemmin kuin vain fyysisestä näkökulmasta. Yksi haastateltavista kertoi hoitomallin myötä oppineensa päästämään irti ajatuksesta, että kivusta tulisi päästä eroon, vaan sen kanssa voi oppia tekemään asioita. Tiedon myötä myös armollisuus itseä kohtaan oli lisääntynyt.

”Et sitä ei ajattele et se on niinkun oma, omaa osaamattomuutta se että se kipu ei poistu sieltä vaan et osaa vähän niinku olla armollisempi itsellensäkin et.”

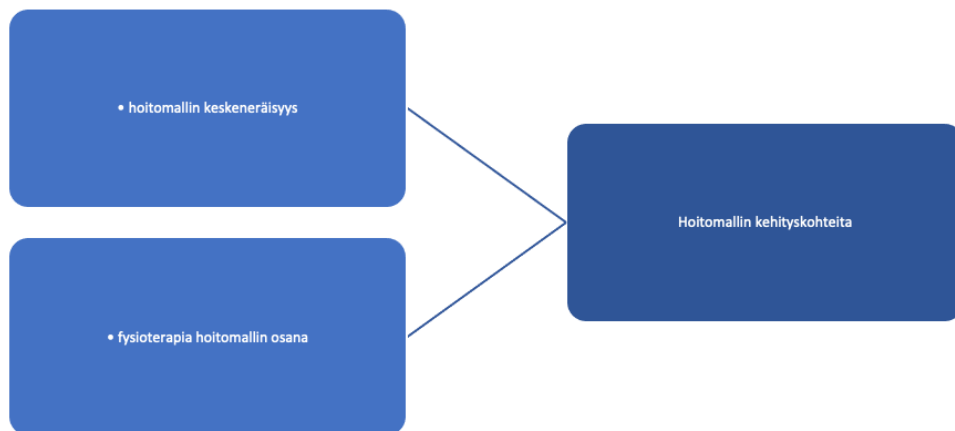
Kollegoiden arvostus kasvanut

Vastauksista kävi ilmi, että tuntemus muiden ammattilaisen työtä kohtaan oli myös parantunut, joka kasvatti kollegoiden arvostusta entisestään. Yhdessä tekeminen, koulutus, yhteiset palaverit ja ongelmakohtien läpikäynti oli avannut silmiä muiden työnkuvalle.

”Se koulutus itsessään toi sen, että me tiedetään todella paljon enemmän siitä mitä ne muut niissä omissa, omissa käynneissänsä käy läpi et, että tota se, se on ehkä tota kaikista isoin juttu et, että me todella nähdään mitä muut tekee ja, ja tajutaan se ihan konkreettisesti.”

7.4 Hoitomallin kehityskohteita

Kivun Kera -hoitomallin osalta hyvien muutosten lisäksi haastatteluista nousi esiin monia kehityskohteita. Niistä muodostui kaksi pääluokkaa, joista toinen liittyi hoitomallin kehitysvaiheeseen ja toinen fysioterapiaan hoitomallin osana.



Kuvio 8: Hoitomallin kehityskohteita

Hoitomallin keskeneräisyys

Fysioterapeutit kokivat hoitomallin olevan vielä monelta osin keskeneräinen. Haastateltujen kehitystoiveista muodostui kolme pääluokkaa: hoitomalli on ammattilaisille raskas, moniammatillisuudessa olisi vielä kehitettävää ja toisten työn parempi tunteminen olisi hyödyllistä.

Hoitomalli koettiin raskaaksi erityisesti siksi, että iso määrä asiakkaita aloitti hoidon yhtä aikaa. Tämä oli haastavaa vuorolistojen suunnittelun kannalta, kun heille piti löytää vastaanottoajat kaikille mallin ammattilaisille ja miettiä miten heidän käyntinsä menevät mallin mukaisessa järjestyksessä. Haastatteluissa tuli myös esiin, että malli voisi olla asiakaslähtöisempi, eivätkä kaikki asiakkaat välttämättä tarvitse kaikkia ammattiryhmiä tai samaa määrää heidän vastaanottokäyntejään.

”mut kyl tässä niinko ite mallissa on viel paljon parannettavaa, et tää on aika sekava ja raskas meille työntekijöille tällä hetkellä... rankka ku ne alkaa tälleen kerralla aina tämmönen 30-40 ihmistä ja varsinki meidän työssä niinko vuorolistojen suunnittelu ni se on sit aika haastavaa... pitäis olla jotenki silleen et ne vaan tipahtelis tänne aina sillon tällön mukaan ku ne tulee hoitoon”

”Et sit siit ei tulis ehkä ihan näin raskasta kun se on, et me otetaan 30 potilasta kerralla ja sitte yritetään sumplia ne sinne kalentereihin meidän, ni tota saada ne kaikki ajat niinku kaikille ammattilaisille mitä täs mallissa on ajateltu että potilaat tarvitsee.”

Hoitomallin myötä muiden ammattiryhmien osaaminen ja tehtävänkuvat ovat tulleet tutummaksi. Silti useat haastateltavista kokivat, että olisi kipuasiakkaiden hoidon kannalta olisi hyödyllistä tuntea toisten työtä vielä paremmin ja mitä he vastaanottokäynneillään tekevät.

Tämä auttaisi paremmin hahmottamaan myös hoidon kokonaisuuden. Oman vastaanottokäyntien sisältöä pystyisi kehittämään niin, että ei kävisi samoja asioita läpi asiakkaan kanssa. Samojen asioiden tai harjoitusten kertaamista ei pidetty asiakkaan kannalta välttämättä huonona, koska se vahvistaa asiakkaalle viestiä, että ammattilaisten näkemykset kroonisen kivun parhaasta hoidosta ovat yhteneväisiä. Toisaalta fysioterapeutit kokivat, että päällekkäisyydet vievät vastaanottoaikaa ja resursseja, joita voisi käyttää paremmin.

”hahmottais paremmin myös itekki sen kokonaisuuden kun tietää mitä nää muut tekee niillä omilla käynneillään että...ei tuu myös sitä hirveästi päällekkäisiä asioita et ehkä joskus tuon hoitajien kanssa huomaa että sitte puhutaan ihan samoja asioita ja samoja rentoutusharjoituksia ja ... tätä terveystalon kiputaloo käyty läpi ja muuta, ... vaikka ei nyt haittaa varmaan jos niitä kertaillaan mutta sillä että se olis vähän selkeempää”

”eihän se just haittaa vaikka siellä sitä kertausta tuleekin mut tavallaan sit vois ehkä viel keskittyä eri juttuihin ite ko tietää et nämä ainaski käyty läpi siellä että, tavallaan se ajankäytön suhteen ni olis sitte helpompi myöski”

Vaikka hoitomallin myötä moniammatillisuuden koettiin lisääntyneen, niin yhteistyön edelleen kehittäminen koettiin tärkeäksi. Eniten yhteistyötä tehtiin toimintaterapeuttien ja lääkärien kanssa, mutta lääkäreiden suhteen toivottiin tiiviimpää yhteistyötä ja alkamassa olevat

yhteisvastaanotot koettiin edistyksenä tähän suuntaan. Mielenterveyden- ja päihdepuolen hoitajien sekä sairaanhoitajien kanssa toivottiin enemmän yhteistyötä. Osa haastateltavista koki, että yhteistyö heidän kanssaan on edelleen potilastietojärjestelmästä nähtävien kirjausten varassa.

”siis muiden kuin omien kollegoiden kanssa niin [yhteistyötä on eniten] tosiaan toimintaterapeutin ja sit lääkäreiden kanssa. Et esimerkis todella, oikeestaan en ollenkaan mielenterveyspuolelta tai sit esimerkiks sairaanhoitajien kanssa.”

”noitten hoitajien kanssa...vaikka näkee niitten kirjaukset kyllä mutta vähän niinko niittenki kanssa ois kivempi sitte vähän enempi, enempi tehä yhteistyötä että mitä, mitä se niitten käynti pitää sisällään”

Fysioterapia hoitomallin osana

Haastatteluista nousi esiin myös suoraan fysioterapiaan liittyviä kehittämistoiveita. Hoitomalli oli uusi tilanne, johon liittyi epävarmuutta oman osaamisen riittämisestä ja siitä mitä fysioterapeuteilta odotetaan. Jotkut fysioterapeutit kokivat, että asiakkaiden hoitoprosessin kokonaisuus jää edelleen itselle irralliseksi ja toivoivat, että he saisivat paremmin tietoa asiakkaan tilanteesta hoitomallin loppuessa.

”Ja et toikin on ku sitä vasta räätälöitiin koko tota systeemiä niin, niin tota, se oli meille kaikille uutta ja sitte oli vähän ehkä ristiriitaset ajatukset meil siitä et mitä meiltä oikeestaan niin kuin edes odotetaan. Että riitetäänkö me?”

”He on käyny ne kivun kera -mallin mukaset fysioterapiakäynnit ja sit se päättyy siihen ja ei meil oo tietoa sit välttämättä heistä et no miten he täst eteenpäin.”

Käytännön tasolla fysioterapeutit kokivat haastavaksi, että hoitomallissa oli vain kaksi fysioterapiakertaa, joka koettiin liian vähäiseksi kroonisen kipuasiakkaan kanssa työskentelyyn. Lisäksi monessa haastattelussa tuli esiin, että eri ammattilaisten käyntien järjestyksen tulisi olla joustava. Fysioterapeuttien kokemusten mukaan kaikki asiakkaat eivät pystyneet fysioterapiassa työskentelyyn sillä hetkellä, kun heillä oli vastaanottokäynnit, vaan olisivat ensin tarvinneet esimerkiksi mielenterveyspuolen apua.

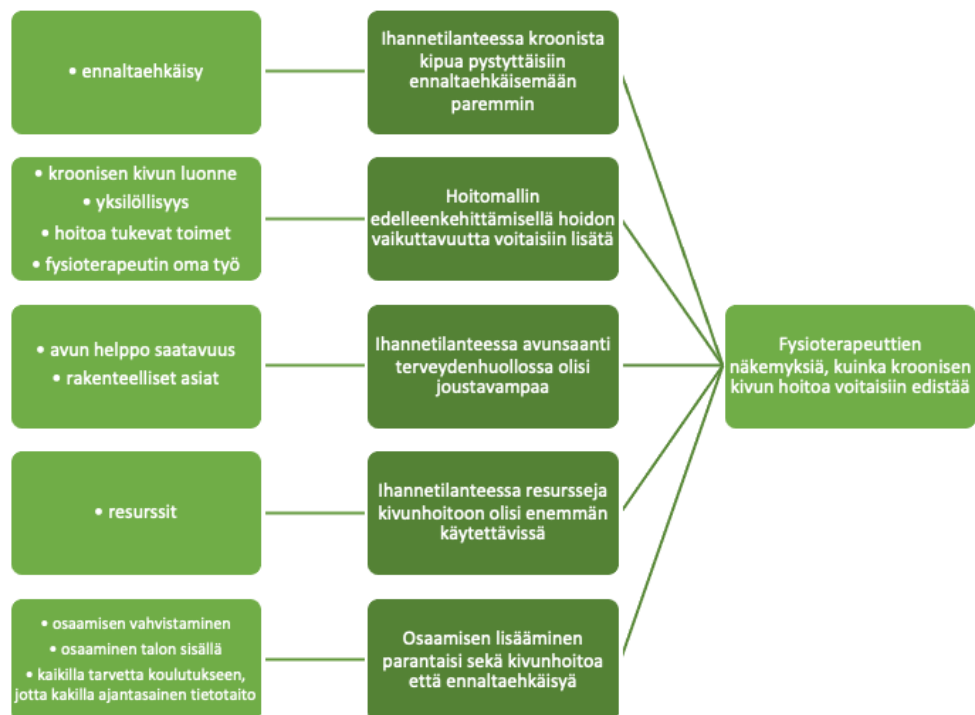
”et ehkä koen että fysioterapian osalta mitä nyt siin ensimmäisessä jaksossa oli se kaks fysioterapiakäyntiä, niin se on kroonisen kipupotilaan kanssa mun mielest aika vähän”

”...et sit pystyis niinku lisäämään siinä vaiheessa vaikka fysioterapia mukaan kun potilas on siihen kykenevä. Et nythän ne tulee vähän niinku paketissa, että onko se kykenevä vai ei niin siitä huolimatta se tulee.”

7.5 Kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää

Haastatteluista nousi esille viisi erilaista näkökulmaa, joilla kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää; Ihannetilanteessa kroonista kipua pystyttäisiin ennaltaehkäisemään paremmin, Hoitomallin edelleen kehittämällä hoidon vaikuttavuutta voitaisiin lisätä, Ihannetilanteessa avunsaanti terveydenhuollossa olisi joustavampaa, Ihannetilanteessa resursseja kivunhoitoon olisi enemmän käytettävissä ja Osaamisen lisääminen parantaisi sekä kivunhoitoa että ennaltaehkäisyä.

Vastauksissa korostui moniammatillisen yhteistyön merkitys ja sen tarve kroonisen kivun hoidossa. Resursseja kaivataan lisää, jotta asiakkaille olisi enemmän aikaa, hoito olisi yksilöllisempää ja hoitoon olisi käytettävissä enemmän ammattilaisia. Yhteneväistä vastauksissa oli myös koulutuksen tarve, jotta kaikki terveydenhuollon ammattilaiset tunnustaisivat kroonisen kipupotilaan ja saisivat itse varmuutta omaan työskentelyynsä.



Kuvio 9: Fysioterapeuttien näkemyksiä, kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää

Ihannetilanteessa kroonista kipua pystyttäisiin ennaltaehkäisemään paremmin

Haastatteluista kävi ilmi, että kroonisen kivun hoitoa perusterveydenhuollossa voitaisiin entistään edistää ennaltaehkäisevillä toimilla.

Yhden haastatteluun osallistuneen fysioterapeutin näkemyksen mukaan ihannetilanteessa ennaltaehkäisy kuuluisi kaikille terveydenhuoltoon kuuluville ammattilaisille, joilla tulisi olla tarvittavat tiedot ja taidot mahdollisen kroonisen kipuasiakkaan tunnistamiseen. Jokaisessa terveyskeskuksessa olisi nimetty yhteyshenkilö/kipuhoitaja, johon muut ammattilaiset voisivat olla yhteydessä, mikäli he havaitsisivat asiakkaalla mahdollista kipukäyttäytymistä tai kroonistumisen mahdollisuutta. Näin kivun kroonistumiseen päästäisiin puuttumaan mahdollisimman nopeasti ja moniammatillisesti.

”Mä tietenkin toivoisin, että kaikki, koko terveyskeskuksen kaikki työntekijät niinku tietäs että minkälainen on krooninen kiputila ja osais tavallaan tehdä semmosen ensiarvion siitä.”

Kaksi haastateltavista mainitsivat erikseen, kuinka kipuasiakkaiden hoitoon pääsyä pitäisi saada nopeammaksi, jotta kipu ei pääsisi kroonistumaan. Kivun kroonistumisen pitkittyessä fysioterapeutit kokivat sen pitkittävän ja vaikeuttavan hoitoa.

”jos on kipu, on se sit krooninen kipu tai tai sitten akuutti kipu niin sen ajan saisi, on sitten lääkäriin tai sitten fysioterapeutille tai kelle tahansa niin saisi ajan viikon sisällä, kun asiakas ottaa yhteyttä. Eli useimmiten ajat voi mennä sinne useitten viikkojen päähän. Jolloin sitten, kun se taas pitkittyy, niin sitten taas kipukin, kun pitkittyy, niin sitä on taas vaikeampi lähteä hoitamaan.”

Hoitomallin edelleen kehittämällä hoidon vaikuttavuutta voitaisiin lisätä

Toisena näkemyksenä, miten kroonisen kivun hoito voitaisiin edistää, liittyy hoitomallin edelleen kehittämiseen. Hoitomallin edelleen kehittämällä voitaisiin lisätä hoidon vaikuttavuutta.

Useissa haastatteluissa esille nousi hoitomallin pituus. Monet fysioterapeutit kokivat hoitomallin olevan lyhyt asiakkaiden tilanteeseen nähden. Kroonisen kivun luonne tulisi huomioida asiakkaan hoitoa suunnitellessa. Haastateltavat kokivat hoitomallin olevan hyvä, mutta osittain raskas. Asiakkaalle tulee hoitajakson aikana valtava määrä uutta asiaa ja käyntejä usean eri ammattilaisen vastaanotolla. Osa terapeuteista koki, että kaikki asiakkaat eivät ole vielä valmiita vastaanottamaan kaikkea tätä hoitoa ja informaatiota, jota on tarjolla, ja toisaalta riippuen asiakkaan tilanteesta, osa hyötyisi pidemmästä seurannasta. Hoitomallin pituudeksi toivottiin vähintään vuoden mittaista hoitajaksoa, asiakkaan oma tilanne huomioiden.

”Kyl mä ajattelisin et ainakin vuoden. Ehkä jopa pidempää...mä jotenkin ajattelen näin, et sit jos jollakin nopeemmin se prosessi tapahtuu niin et eihän sitä ole pakko tavallaan jatkaa niin pitkään, mut et se että ne ihmiset tietäis että niillä on mahdollisuus esimerkiksi sen ainakin sen vuoden tai jopa puoltoist, niin heil voi olla se mahdollisuus siihen tiiviimpään kontaktiin.”

Kroonisen kivun luonne huomioon ottaen hoidon vaikuttavuutta voidaan lisätä moniammatillisella yhteistyöllä.

”Ja mun mielestä siinä on se lähtökohta, että sitten ku me tajutaan, että kaikilla meillä on omaa arvokasta osaamista ja tietoa ja otetaan se kaikki hyöty käyttöön. Ni mä luulen, et se tulis vähän muuttamaan tätä kokonaisuutta kevyempään ja moniammatillisempaan suuntaan.”

” Ois helpompi sitten tehdä sitä yhteistyötä, jos ois tässä jossain lähellä ja tietäs et se on tossa, tossa kymmenen metrin päässä on joku tai tietty henkilö kehen, kenelt mä haluan sit sitä apua.”

Moniammatillisuutta tulisi entisestään korostaa, ja hyödyntää eri ammattilaisten omia osaamisalueita ja jakaa tietoa muille asiakkaan hoitoon osallistuville ammattilaisille. Vuoropuhelun toivottiin olevan avoimempaa ja sitä olisi hyvä entisestään lisätä. Haastatteluissa kävi ilmi, että moniammatillista yhteistyötä ja tiedon jakamista edistäisi eri ammattilaisten lähempi fyysinen läsnäolo ja helppo konsultointimahdollisuus sekä yhteisvastaanotot.

Hoidon vaikuttavuutta voitaisiin lisätä myös yksilöimällä asiakkaan hoitoa entisestään. Kaikilla haastateltavilla oli yhteneväiset mielipiteet, kuinka kroonisen kipupotilaan hoitoa olisi hyvä entisestään yksilöllistää asiakkaiden tarpeiden mukaan. Osa haastateltavista nosti esille sen, kuinka kaikki hoitomalliin osallistuvat asiakkaat eivät hyödy fysioterapiasta ja osa taas hyötyisi enemmänkin, mutta käyntejä on liian vähän. Yksi haastateltava mainitsi, että fysioterapeutti saisi itse tehdä oman arvion asiakkaan fysioterapia tarpeesta ja hoito etenisi sen mukaisesti. Yksilöllinen hoito pitäisi sisällään myös aina asiakkaan omien voimavarojen vahvistamista.

”ja just se et ois niinko yksilöllisesti sit suunniteltu se polku, että miten se menee ja montako vaikka fyssarikäyntiä ja onko, onko hän siinä tilanteessa, että nyt on aihetta siihen fysioterapialle vai onko ne enempi sitten ne psykykepuolen jutut siellä mitkä pitäis saaha ensin hallintaan ja... sitten vasta pystyis fysioterapiaa jatkamaan.”

Ihannetilanteessa avunsaanti terveydenhuollossa olisi joustavampaa

Fysioterapeuttien vastauksista ilmeni, että hoitomalliin toivottiin jatkossa vielä enemmän

joustavuutta etenkin asiakkaiden näkökulmasta katsoen. Avunsaannista toivottiin helpompaa, jotta esimerkiksi turhia päivystyskäyntejä kroonisten kipupotilaiden osalta voitaisiin vähentää. Asiakkaille olisi hoitajakson aikana suunniteltu ja annettu lupa mahdollisille lisäkäynneille, johon he matalalla kynnyksellä voisivat tarvittaessa varata ajan. Näin asiakasta hoitavat ammattilaiset pysyisivät samoina, eikä vastaan tulisi aina uutta ammattilaista, esimerkiksi päivystyksen kautta, joilla ei ole samanlaista tietoa asiakkaan tilanteesta. Etenkin helpompi avunsaanti mielenterveys- ja päihdepalveluiden puolelta koettiin fysioterapeuttien mukaan tarpeellisena.

”no mä ajattelen sen sitten sellasena lähitukena siis että, et me ollaan, ollaan sitte tai joku meistä olisi jotenkin helposti saatavissa et me voitais just vähentää niitä päivystyskäyntejä sitä raskasta mikä, mikä tuntuu et aina siin on uudet ihmiset.”

Yhdessä vastauksessa mainittiin, että asiakkaalla voisi etenkin hoitomallin alkaessa olla hyvä, että käyntejä kenelle tahansa hoitomallissa olevalle ammattilaiselle voisi tarpeen mukaan lisätä, kun avuntarve voi olla suurempi, niin että hänellä on mahdollisuus tiiviimpään hoitokontaktiin. Tieto seuraavasta käynnistä avuntarpeen hetkellä seuraavalle viikolle tai parin viikon päähän voi asiakkaalle olla merkittävä, jos vastaavasti normaalitilanteessa käynti on vasta kuukausien päästä.

Joustavuutta lisäisi myös se, että krooniset kipupotilaat tulisivat hoitomalliin mukaan sitä mukaa, kun he hakeutuvat vastaanotoille terveyskeskukseen, jonka jälkeen lähdetäisiin suunnittelemaan yksilöllistä hoitopolkua. Myös yhtenäisellä kivunhoidolla terveydenhuollossa saataisiin lisää joustavuutta suuremmissa mittakaavassa kroonisten kipupotilaiden kanssa. Tämä tarkoittaisi, että ihannetilanteessa julkinen ja yksityinen sektori toimisivat enemmän yhteistyössä keskenään.

”Toinen, toinen on se mihin he sit hakeutuu, et jos he kokee, että, et hei saa niinku terveyskeskuksesta sitä apua ni sithän he menee yksityiselle ja sit he hakee ne kipulääkkeet sieltä yksityiseltä puolelta et, et niinku isommassa kuvassa tää vaatis niinku yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä ja sitte tiettenki potilaan kannalta sitä kipuedukaatiota siitä että, et mitkä lääkkeet niinku on järkeviä siinä vaiheessa, jos kipu on kroonista.”

Ihannetilanteessa resursseja kivunhoitoon olisi enemmän käytettävissä

Suurin osa haastateltavista totesi resursseilla olevan suuri merkitys vaikuttavaan ja laadukkaaseen kroonisen kivun hoitoon perusterveydenhuollossa. Tällä hetkellä resursseja on liian vähän ja niitä toivottiin lisää kroonisen kivun hoidossa, joka tarkoittaisi lisää ammattilaisia ja vastaanottokäyntejä.

Eräs haastateltava mainitsi, että toisinaan joutuu ajan puutteen takia miettimään, kuka hoitoa tarvitsee eniten ja kuka selviäisi vähemmällä vastaanottokäynneillä.

“ Kyl mä ajattelisin et tähän ois enemmän resursseja, kun mitä tähän nyt. Et kyl valitettavasti joutuu käymään semmost kauppaa niinku siitä, että kuka tarvis ja tarvisko ja vieläkö tarvis ja hitsi ku ei oo aikaa ja ehkä tää nyt just pärjää ja niinku vähän sellast...”

Pitkäkestoisen seurannan puolesta kroonisen kipupotilaan hoidosta yhden vastauksen mukaan on havaittavissa pientä ristiriitaisuutta. Jotkut kokevat, että resursseja kaivataan lisää, jotta seuranta voidaan jatkaa pidempään, kun taas osa on sitä mieltä, että mitä nopeammin kipupotilas saadaan omille jaloilleen, sen parempi. Seurannan tarkoituksena olisi nimenomaan kroonisen kipupotilaan kivun hyväksyminen, sillä tasolla, ettei se rajoittaisi henkilön toimintaa ja minäpystyvyyden lisääminen.

Ammattilaisten käytettävyyden lisäämisestä kroonisen kivun hoidossa vastaukset olivat yhteneväiset. Useimmissa vastauksissa ilmeni, että ihannetilanteessa ammattilaisia olisi enemmän käytettävissä eri ammattiryhmistä. Kahdessa vastauksessa toivottiin, että kipupsykologi olisi aina saatavilla.

”Mutta jos sais päättää, niin toki mä haluaisin lisää ammattilaisia ja, ja tota ja ehkä sit myös sitte ainakin tän kipupsykologin niin että hän olis täällä talos ihan kokonaan tai niinku käytettävissä aina ja...”

Osaamisen lisääminen parantaisi sekä kivunhoitoa että ennaltaehkäisyä

Viides pääluokka kertoi haastateltavien tarpeesta lisäkoulutukselle ja kollegiaaliselle tuelle. Fysioterapeutit kokivat myös, että koulutuksesta olisi hyötyä suuremmassa mittakaavassa: kivun kroonistumiseen voitaisiin puuttua ajoissa, mikäli kaikilla ammattilaisilla olisi ajantasaista tietotaitoa.

Muutamassa vastauksessa toivottiin pohjakoulutusta, esim. mahdollisuutta osallistua kipukoulutukseen, joka koettiin tärkeäksi etenkin, jos ei ollut mitään aikaisempaa osaamista kipuasiakkaiden parissa. Vastauksissa kaivattiin lisäkoulutusta, nykyisen osaamisen vahvistusta sekä lisää työkaluja ja kertausta kivunhoitoon liittyen. Aikaisemman koulutuksen puute oli aiheuttanut myös epävarmuutta työskentelyyn.

Eräs haastateltava koki käynnit kipupotililla hyödylliseksi, erikoissairaanhoido on lisännyt tietotaitoa sekä moniammatillisuutta. Tukea toivottiin myös talon sisälle, kokeneemalta kollegalta tai esimerkiksi kipupsykologilta voisi tarvittaessa konsultoida ja kysyä neuvoa.

”Mut tokihan sitä kaipas tänne vähän lisää koulutustakin että niinkun olis joku osaavampi vaikka joka on tehny pidempään ja osais sit antaa vaikka vinkkejä ja et ehkä niinku tämmöst niinku kollegiaalist tukea...”

Useassa haastattelussa mainittiin, että ihannetilanteessa kroonisen kivun koulutus kuuluisi kaikille terveysaseman työntekijöille. Ehdotettiin, että voitaisiin järjestää yhteiskoulutuksia, jotka takaisivat samat tietotaidot ammattilaisille ja parhaimmassa tapauksessa kipuun päästäisiin puuttumaan ennen sen kroonistumista. Koulutuksen ajateltiin olevan hyödyllistä kivun havaitsemisessa ja myös lisävammojen ennaltaehkäisyssä, esimerkiksi rannemurtumien ja kipusausten kohdalla ei aiheutettaisi herkistymistä kivulle ja mahdollista CRPS:sää.

”Justiin tällaisen koulutuksen ja muun kautta ni mä luulen et ja toivon että se, me osattais myös ennaltaehkäistä sitte kroonisen, kivun kroonistumista. Et alusta asti mietitään ettei aiheuteta mitään lisävammoja.”

8 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Keravan terveyskeskuksen fysioterapeuttien näkemyksiä moniammatillisuudesta kroonisten kipuasiakkaiden hoidossa yleensä sekä Kivun Kera -hoitomallissa. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään minkälaista tukea tai minkälaisia haasteita moniammatillinen yhteistyö tuo ja vaikuttaako se fysioterapeutin työhön kivun hoidossa.

Fysioterapeuttien kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä kroonisen kivun hoidossa ennen hoitomallia ja sen ulkopuolella olivat vähäisiä. Yhteistyötä ei juuri ollut ja vastauksissa korostui yksinäisyyden kokemukset. Ammattilaiset pysyttelivät mielellään oman toimialansa rajoissa ja keskustelua ei syntynyt. Haastateltavat kokivat ammattilaisten erilaisten näkemysten ja persoonien sekä organisatoristen tekijöiden vaikuttavan moniammatillisuuden vähyyteen.

Kivun Kera -hoitomalli paransi moniammatillista yhteistyötä ja fysioterapeuttien kokemukset hoitomallista olivat pääosin positiivisia. Yhteistyö ammattilaisten välillä lisääntyi ja helpottui selkeiden roolien ansiosta. Haastateltavat kokivat asiakkaiden saavan laadukkaampaa hoitoa moniammatillisuuden myötä. Yhteisvastaanottojen aloittamista pidettiin hyvänä asiana sekä asiakkaan että fysioterapeutin näkökulmasta. Yhteispalaverit lisäsivät ammatillista tukea ja avasivat silmiä muiden työnkuvalle. Hoitomallissa mukana oleminen toi myös konkreettisia muutoksia fysioterapeuttien työtapoihin.

Lisääntyneen moniammatillisuuden ja hoitovastuun jakamisen koettiin keventävän työn henkistä kuormitusta. Yhteisöllisyys ammattilaisten kesken lisääntyi hoitomallin myötä, minkä koettiin tuovan tukea työhön sekä työssä jaksamiseen.

Esille nousseet haasteet moniammatillisessa yhteistyössä liittyivät hoitomallin koettuun keskeneräisyyteen. Hoitomalli koettiin kuormittavaksi, kun iso joukko kipupotilaita aloitti kerralla ja hoitopolkuun kuuluvat käynnit piti saada sopimaan kaikkien ammattilaisten kalentereihin. Toiseksi fysioterapeutit kokivat, että konkreettista yhteistyötä ammattiryhmien välillä tulisi edelleen kehittää. Yhteistyön kehittämiseen liittyi toive muiden hoitokertojen sisällön paremmasta avaamisesta, mikä auttaisi myös omien vastaanottokäyntien sisällön suunnittelussa. Fysioterapeuteille hoitomalli loi uuden tilanteen, joka toi mukanaan myös epävarmuutta oman osaamisen riittämisestä ja siitä mitä heiltä odotetaan.

Lisäksi saatiin tietoa, kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin tulevaisuudessa edistää. Fysioterapeutit korostivat resurssien merkitystä kroonisten kipupotilaiden hoidossa. Resurssien lisääminen tekisi potilaiden hoidosta yksilöllisempää, moniammatillisuus lisääntyisi sekä hoitoon olisi enemmän aikaa. Koulutuksen lisäämisellä perusterveydenhuollossa kaikkien ammattiryhmien kesken kipupotilaat tunnistettaisiin nopeammin ja mahdollistettaisiin kivun kroonistumisen ennaltaehkäisy. Lisäkoulutus toisi ammattilaisille myös varmuutta omaan työskentelyyn.

9 Pohdinta

Kipu on monitahoinen aihe ja koskettaa jokaista ihmistä elämänsä aikana. Kroonistuessaan kipu heikentää toimintakykyä, huonontaa itse arvioitua terveyttä, kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää ja lisää kuluja sekä hoidon että sairaspöissaolojen kautta. Moniammatillisella lähestymistavalla saadaan tutkimusten mukaan hyviä tuloksia kroonisen kivun hoidossa asiakkaiden ja vaikuttavuuden näkökulmasta. Ammattilaisten puolelta asiaa ei kuitenkaan ole tutkittu paljoa ja ainakaan tämän opinnäytetyön valossa moniammatillinen yhteistyö ei ole juuriakaan aiemmin toteutunut perusterveydenhuollossa.

Kivun Kera -hoitomalli on pyrkinyt vastaamaan kroonisten kipuasiakkaiden tarpeisiin ja tuonut strukturoidun hoitomallin ammattilaisille. Hoitomallin vaikuttavuudesta oli jo käynnissä lääketieteellinen tutkimus, joten opinnäytetyön näkökulma koettiin tärkeäksi rajata fysioterapeuttien kokemuksiin moniammatillisesta yhteistyöstä, joita ei aikaisemmin ollut riittävästi kartoitettu.

9.1 Opinnäytetyön tulosten yhteys kirjallisuuteen

Mönkkönen, Kekoni & Pehkonen (2019) kirjoittavat sosiaali- ja terveystalouden monin paikoin riittämättömistä taloudellisista ja ajallisista resursseista, jotka voivat hankaloittaa moniammatillista työskentelyä. Myös haastatteluaineistossa moniammatillisen yhteistyön haasteeksi nostettiin hoitomallin kuormittavuus. Ongelmat liittyivät samaan aikaan aloittaviin suuriin potilasmääriin ja oman työn aikatauluttamiseen. Fysioterapeutit myös toivoivat ihannetilanteessa olevan enemmän resursseja kroonisen kivun hoitoon, joka tarkoittaisi lisää vastaanottokäyntejä ja ammattilaisia.

Uusiseelantilaisessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin hyvin toimivan kroonista kipua hoitavan tiimin ominaisuuksia, joista löytyi yhtäläisyyksiä myös opinnäytetyön aineistossa esiin nousseisiin teemoihin. Tutkimuksessa tiimin eduksi koettiin yhteinen toimisto ja hoitotilat, jotka lisäsivät keskustelua ja loivat tilaisuuden hyvien ammatillisten suhteiden syntymiselle. Yhteiset tilat mahdollistivat sosiaalisen kanssakäymisen, yhteistyön ja muiden rooleista ja työnkuvasta oppimisen. (Griffin & Hay-Smith 2019.) Opinnäytetyön haastatteluaineistossa yhteisten tilojen puute koettiin moniammatillista yhteistyötä vähentäväksi tekijäksi ennen hoitomallia. Hoitomallin myötä tulleet yhteiskokoukset ja yhteisvastaanotot taas koettiin positiivisena ja ne olivat lisänneet keskustelua sekä arvostusta muiden ammattilaisten työlle.

Fysioterapeuttien haastatteluissa lääkäreiden vaihtuvuuden koettiin vaikuttavan negatiivisesti moniammatilliseen yhteistyöhön hoitomallin ulkopuolella. Tämä vastaa myös Griffin & Hay-Smithin (2019) tutkimuksen tuloksia, joissa henkilökunnan vaihtumisen mainittiin vievän tiimin energiaa ja hidastavan yhteistyötä. Myös kommunikaatio oli yksi vahvasti esiin nousseista teemoista. Muun muassa tunteiden purkamista muiden ammattilaisten kanssa hankalien kliinisten tilanteiden jälkeen pidettiin tärkeänä psykologisen terveyden kannalta. Myös opinnäytetyössä haastatellut fysioterapeutit kokivat hoitomallin myötä saadun moniammatillisen tuen sekä lisääntyneen keskustelun vähentävän työn henkistä kuormitusta.

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuvien fysioterapeuttien kokemuksissa kroonisten kiputilaisten hoidossa löytyi yhtäläisyyttä myös Holopaisen ym. systemaattiseen katsaukseen (2020a) liittyen, joka käsitteli fysioterapeuttien kokemuksia biopsykososiaalisen lähestymistavan koulutuksesta ja menetelmien käytöstä kipupotilailla. Lisäkoulutuksen myötä ajattelutapaan kipupotilaiden hoidossa ja sopivien menetelmien käytöstä oli havaittavissa muutos. Kipupotilaiden hoidon tulisi olla yksilöllistä ja keskusteluun potilaan kanssa käytettiin enemmän aikaa. Käytettäviin menetelmiin oli tehty muutoksia, muun muassa mittaaminen ja perinteinen biomedikaalinen lähestymistapa oli muuttunut potilasta kannustavaksi ja osallistavaksi terapiaksi, jotta potilas ymmärtäisi omat vaikutusmahdollisuutensa ja heidän omat tavoitteensa tulisivat paremmin huomioituiksi. Vaikka hoitomallin myötä fysioterapeutit olivat

saaneet hieman lisäkoulutusta, tätä toivottiin kuitenkin lisää, etenkin jos aikaisempaa kokemusta kipupotilaiden parissa työskentelystä ei juuri ollut. Aikaisemman koulutuksen puute aiheutti epävarmuutta omaan työskentelyyn ja lisää työkaluja kaivattiin. Myös Holopaisen ym. tutkimuksen perusteella fysioterapeutit olivat biopsykososiaalisen koulutuksen myötä saaneet vahvistusta ja varmuutta omaan työskentelyynsä.

Haastatteluissa esiin tullut tarve hoidon jatkuvuudelle ja hoitopolun joustavuudelle tuli esiin myös alaselkäkipuisten kokemuksia fysioterapiasta kartoittaneessa tutkimuksessa (Holopainen ym., 2020b). Opinnäytetyössä fysioterapeutit toivat esille, että hoitomallissa pitäisi olla mahdollisuus myös pidempään hoitosuhteeseen, jos asiakkaan tilanne niin vaatii. Useita vuosia kipuongelmista kärsineelle asiakkaalle puolen vuoden hoitajakso saattaa olla liian lyhyt. Yleisesti koettiin myös, että varsinaisen hoitopolun jälkeen tulisi olla jonkinlaista seuranta tai mahdollisuus vertaistukeen sekä hoitoon matalalla kynnyksellä. Holopainen ym. (2020b) tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon tulisi tarjota joustavampia mahdollisuuksia hoidon jatkamiseen ja heikoimmassa asemassa olevien kipuasiakkaiden tukemiseen, jotta he eivät koe tulevansa hylätyksi terveydenhuollon toimesta ja kivun hoidossa päästään eteenpäin.

9.2 Opinnäytetyöprosessi

Aineistonkeruumenetelmänä teemahaastattelu oli aiheeseen sopiva valinta. Haastatteluilla saatiin kattava aineisto, jossa fysioterapeutit saivat omin sanoin kertoa kokemuksiaan moniammatillisesta yhteistyöstä kivunhoidossa. Teemahaastattelussa kysymykset ovat laajoja ja tuovat näkyviin vastaajien omat käsitykset. Eri teemojen sisältä nousi esiin aiheita, joita ei esimerkiksi tarkemmilla kysymyksenasetteluilla tai lomakehaastattelulla olisi saatu näkyviin. Sisällönanalyysillä tutkimusmateriaali saatiin purettua johdonmukaisesti luokkiin aineiston runsaudesta huolimatta.

Oman haasteensa opinnäytetyön tekemiselle toi Covid 19 -pandemian luoma poikkeustilanne. Haastattelut ja yhteistyö Keravan terveyskeskuksen kanssa, sekä koko tutkimus- ja kirjoitusprosessi tekijöiden kesken tehtiin kokonaan etäyhteyksillä. Pelkästään etäyhteyksien avulla tehty opinnäytetyö oli prosessina ehkä hitaampi ja raskaampi, kuin jos olisi voinut normaaliin tapaan tehdä analyysi- ja kirjoitustyötä yhdessä. Tämän haasteen ei kuitenkaan koettu vaikuttavan opinnäytetyön lopputulokseen.

Tutkimuksen osalta yhteistyökumppanin toiveena oli kaikkien vapaaehtoisten fysioterapeuttien haastattelu, ei vain hoitomalliin osallistuvien. Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuvivatkin kaikki seitsemän sillä hetkellä Keravan terveyskeskuksessa työskentelevää fysioterapeuttia. Näin laaja osallistuminen opinnäytetyön haastatteluihin oli tietysti hieno asia ja tutkimusaineistosta saatiin kattavasti vastaukset tutkimuskysymyksiin.

Toisaalta haastatteluista saatu tutkimusaineisto oli laaja opinnäytetyön puitteissa analysoitavaksi. Valittu sisällönanalyysi menetelmänä mahdollisti aineiston kattavan analyysin, mutta samalla se ei välttämättä tuonut kaikkia aineiston näkökulmia esille. Menetelmän ideana on samankaltaisuuksien etsiminen, pelkistäminen ja yhdistely laajemmiksi kokonaisuuksiksi. Näin ollen analysointitapa ja tulosten auki kirjoittaminen opinnäytetyön laajuudessa ei välttämättä mahdollista aineiston syvällistä analysointia.

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön teossa pyrittiin rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten objektiivisessä arvioinnissa. Tiedonhankinta tapahtui oman alan asianmukaisiin tietolähteisiin perustuen ja käytettyjen menetelmien käyttö oli perusteltua sekä johdonmukaista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Haastattelut pyrittiin tekemään mahdollisimman samalla tavalla. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, että sama henkilö suorittaisi kaikki haastattelut, mutta koska kyseessä on oppimistilanne, työtä haluttiin jakaa niin, että kaikki pääsivät harjoittelemaan haastattelun tekemistä.

Tutkimuksessa otettiin huomioon yhteistyökumppani ja muut tutkijat sekä viitattiin heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimuksen tärkeä eettinen kysymys koski aineiston haastateltavien fysioterapeuttien tunnistettavuutta. Opinnäytetyössä ei esiinny kohderyhmän tunnistetietoja ja aineisto on vain tutkimuksen tekijöiden nähtävissä. Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa, kaikki haastatteluun osallistuvat olivat vapaaehtoisia, tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja mahdollisuudesta keskeyttää missä vaiheessa tahansa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.) Henkilöitä kohdeltiin asiallisesti ja tiedonkeruumenetelmät olivat harmittomia (Paavilainen 2014, 29).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. On otettava myös huomioon, että lukija saa kaiken mahdollisen tarvittavan tiedon tutkimuksesta. Raportointi pyrittiin tekemään mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tarkasti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkimuksen tuloksia ja johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 163-165.) Haastattelujen autenttisia lainauksia käytettiin lisäämään tulosten luotettavuutta.

Menetelmän rajoitteena on laadullisen tutkimuksen vertailukelpoisuus. Aineisto on kerätty vain yhdestä terveyskeskuksesta ja heidän kehittämästään hoitomallista. Tuloksia ei siten voi yleistää koskemaan muita perusterveydenhuollon toimipisteitä tai hoitomalleja.

Opinnäytetyö on tuonut tekijöilleen arvokasta käytännön kokemusta tutkimusprosessista yhteistyökumppanin kanssa. Lisäksi perehtyminen kroonisen kivun moniammatilliseen hoitoon ja haastatteluiden analysointi on antanut näkemystä kivun hoitoon sekä avannut silmiä myös huomioimaan hoidon kehittämisen haasteet ja realistiset mahdollisuudet.

9.4 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyö lisää käytännön tietoa moniammatillisesta kroonisen kivun hoidosta ja hoidon kehittämisestä perusterveydenhuollossa. Lisäksi työ tuo esiin fysioterapeuttien näkökulman moniammatilliseen kivunhoitoon, jota ei aikaisemmin ole juurikaan kartoitettu. Opinnäytetyön tuloksia voidaan toivottavasti hyödyntää Kivun Kera -hoitomallin edelleen kehittämisessä.

Mahdollisesti tuloksia voitaisiin hyödyntää myös muualla perusterveydenhuollossa, kun kehitetään kroonisen kivun hoitoa tai moniammatillista hoitomallia.

Yksi analyysissä esiin nousseita asioita oli tarve parantaa kivun hoidon osaamista koko terveydenhuollossa. Ajantasainen ja yhtenäinen näkemys kroonistumiselle altistavista tekijöistä ja vaikuttavasta hoidosta parantaisi sekä kivun hoitoa että mahdollisuuksia kroonistumisen ennaltaehkäisyyn. Tämä korostaa tarvetta kaikkien ammattiryhmien osaamisen kehittämiseksi. Tätä voitaisiin edistää sisällyttämällä teema kaikkien terveysalan ammattilaisten perusopintoihin sekä mahdollistamalla osaamisen kehittäminen perusterveydenhuollossa.

Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyön aiheeksi voisi olla muiden Suomessa kehitettyjen kivunhoitomallien kartoitus ja niiden vertailu, jonka avulla saataisiin lisää käytännöntietoa kivunhoidosta ja työkaluja sen kehittämiseen.

Opinnäytetyön ja teorian perusteella kroonisen kivun hoito ei nykyisellään toteudu parhaalla mahdollisella tavalla perusterveydenhuollossa. Keravan terveyskeskuksessa aloitettu Kivun Kera -hoitomalli ja ammattilaisten tiiviimpi yhteistyö koettiin fysioterapeuttien toimesta hyvänä muutoksena kroonisten kipuasiakkaiden hoidossa. Nykyistä tutkimusnäyttöä vastaavien hoitomallien ja terveydenhuollon perinteisiä rakenteita joustavampien hoitopolkujen käytäntöön vieminen yleisemmin perusterveydenhuollossa olisi tärkeä askel kohti parempaa kroonisen kivun hoitoa ja ennaltaehkäisyä.

Lähteet

Painetut

- Ekström, K. 2020. Lifestyle factors ja kipu. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 415-440.
- Holopainen, R. 2020. Biopsykososiaalinen lähestymistapa. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 63-69.
- Holopainen, R. 2020. Psykologisesti informoitu hoito. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 277-278.
- Holopainen, R. 2020. Terapiasuhte, vuorovaikutus ja alkukeskustelu. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 179- 185.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö - Välineitä koulutukseen ja työyhteisön kehittämiseen. WSOY: Porvoo.
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino.
- Kauranen, K. 2018. Fysioterapeutin käsikirja. 1.- 2. Painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Koho, P. 2020. Kipuun liittyvän pelon hoitokeinot. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 291-303.
- Luomajoki, H. 2020. Kipumekanismit- ja mallit. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 53-60.
- Luomajoki, H. 2020. Kivun fysiologiaa- Missä tapahtuu mitäkin? Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 39-50.
- Paavilainen, P. 2014. Psykologian tutkimustyöopas. 1.-2. Painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Röning, T. 2020. Kivun psykologiaa. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 99-117.

Sluka, K. 2016. Mechanisms and Management of Pain for the Physical Therapist. Iowa: Wolters Kluwer. IASP Press.

Tarnanen, S. 2020. Kipu ja harjoittelu. Teoksessa Luomajoki, H., Koho, P., Ojala, T., Röning, T., Takatalo, J., Tarnanen, S., Holopainen, R., Mikkonen, J., Ekström, K. ja Kouri, J-P. Ammattilaisen kipukirja. Lahti: VK -kustannus, 239-275.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

Ala-Tainia, K. & Lipiä, A. 2015. KIPUPROJEKTI. Kroonista kipua sairastavan potilaan kokemuksia ammatillisesta yhteistyöstä. Opinnäytetyö. Centria-ammattikorkeakoulu. Kokkola. Viitattu 5.8.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101257/Katariina_Ala-Tainio_ja_Anna-Liisa_Lipia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Boren, H. & Nuorala, S. 2015. ”Kipu, se on kuitenkin aina läsnä”. Kiputiimin asiakkaiden kokemuksia kroonisen kivun hoidosta ja hallinnasta. Opinnäytetyö. Centria-ammattikorkeakoulu. Kokkola. Viitattu 5.8.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/101596/boren_helja_nuorala_sanna.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chimenti, R., Frey- Law, L. & Sluka, K. 2018. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. Physical Therapy, Volume 98, Issue 5, May 2018, Pages 302-314. Viitattu 17.8.2020. <https://academic.oup.com/ptj/article/98/5/302/4934705>

Elomaa, M. 2018. Kivun kroonistumisen psykososiaaliset tekijät. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00822. Viitattu 26.6.2020. https://www-oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00822/do?p_haku=elomaa#q=elomaa

Elomaa, M. & Sipilä, R. 2018. Kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa (CBT). Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip01922. Viitattu 17.8.2020. https://www-oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip01922/do?p_haku=elomaa#q=elomaa

Griffin, H. & Hay-Smith, E. 2019. Characteristics of a well-functioning chronic pain team: A systematic review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 47(1), 7-17. Viitattu 25.6.2020.

https://www.researchgate.net/publication/332907482_Characteristics_of_a_well-functioning_chronic_pain_team_A_systematic_review/link/5d0afe0192851cfcc6252562/download

Haanpää, M. & Vainio, A. 2018. Kroonisen kivun epidemiologia ja kustannukset. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). *Kipu*. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00920. Viitattu 24.6.2020. <https://www-oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00920/do>

Haanpää, M. 2020. Krooninen kipu. Lääkärin käsikirja. Viitattu 25.6.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00412/search/krooninen%20kipu>

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Duodecim Käypä hoito -suositus. Viitattu 25.6.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix00086>

Hamunen, K., Karlsson, H. & Vainio, A. 2018. Luokitteluperusteista. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). *Kipu*. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip01021. Viitattu 25.6.2020. <https://www-oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip01021/do>

Heikkanen, O. & Mohammadi, A. 2011. Kipu ja kivunlievitys Kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien kuvaamana. Opinnäytetyö. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Helsinki. Viitattu 5.8.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/27065/Heikkanen_Olga.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Holopainen, R., Simpson, P., Piirainen, A., Karppinen, J., Schütze, R., Smith, A., O’Sullivan, P. & Kent, P. 2020a. Physiotherapists’ perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Viitattu 6.3.2021. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/68279/Physiotherapists%20perceptions%20of%20learning.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Holopainen, R., Vuoskoski, P., Piirainen, A., Karppinen, J. ja O’Sullivan, P. 2020b. Patients’ conceptions of undergoing physiotherapy for persistent low back pain delivered in Finnish primary healthcare by physiotherapists who had participated in brief training in cognitive functional therapy. *Disability and Rehabilitation*, DOI: 10.1080/09638288.2020.1861116. Viitattu 7.3.2021.

International Association for the Study of Pain, 2020. IASP Announces Revised Definition of Pain. Viitattu 30.1.2021. <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=10475>

JoyPaul, S., Kelly, F. & King, M. 2018. Turning Pain into Gain: Evaluation of a Multidisciplinary Chronic Pain Management Program in Primary Care. Viitattu 24.6.2020.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497132/>

Kalso, E. 2018. Kivun biologinen merkitys. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00821.

Viitattu 24.6.2020. <https://www-oppiporrtti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00821/do>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Aistimuksesta tuntemukseksi: kipujärjestelmä kokonaisuutena.

Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00621. Viitattu 24.6.2020.

<https://www-oppiporrtti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00621/do>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Hermoston toimintahäiriö kroonisen kivun aiheuttajana. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja.

Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip00627. Viitattu 24.6.2020.

<https://www-oppiporrtti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00627/do>

Kalso, E. & Kontinen, V. 2018. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy

Duodecim, kip00620. Viitattu 24.6.2020. <https://www-oppiporrtti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00620/do>

<https://www-oppiporrtti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip00620/do>

Kamper, S., Apeldoorn, A., Chiarotto, A., Smeets, R., Ostelo, R., Guzman, J. & Tulder, M.

2014. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Systematic Review. Viitattu 22.5.2020.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000963.pub3/full>

Kiiala, K. & Piipponen, H. 2020. Krooninen kipupotilas terveydenhuollon asiakkaana. Tutkimuksellinen opinnäytetyö kroonisten kipupotilaiden kokemuksista. Opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu. Joensuu. Viitattu 5.8.2020.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333774/Kiiala_Kirsi_Piipponen_Henna_2020_09_03.pdf?sequence=2&isAllowed=y

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/333774/Kiiala_Kirsi_Piipponen_Henna_2020_09_03.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Kipu. Käypä hoito - suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim, 2017. Viitattu 15.3.2021.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Klaavu, A., Laurila, R. & Aaltonen, S. 2017. Sanatonta kipua. Hoitajien kokemuksia muistisairaahan kivun hoitotyöstä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Viitattu 5.8.2020.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/127604/Klaavu_Anna-Marie_Laurila_Roosa_Aaltonen_Saara_HELSINKI.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kress, H- G., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Collett, B., Coluzzi, F., Huygen, F., Jaksch, W., Kalso E., Kocot-Kepska, M., Mangas, A-C., Ferri, C-M., Mavrocordatos, P., Morlion, B., Müller-Schwefe, G., Nicolaou, A., Hernández, C-P. & Sichère, P. 2015. A holistic approach to chronic pain management that involves all stakeholders: change is needed. Viitattu 14.2.2021. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1185/03007995.2015.1072088>

Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Viitattu 8.5.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79292/Rap_2017_4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon. Suomen Kipu Ry. 2019. Viitattu 17.8.2020. <http://www.suomenkipu.fi/wordpress-3.8/wp-content/uploads/2017/10/Menetelmi%C3%A4-%C3%A4k%C3%A4kkeett%C3%B6m%C3%A4n-kivunhoitoon.pdf>

Mäntyselkä, P., Turunen, J., Ahonen, R. & Kumpusalo, E. 2003. Chronic pain and poor self-rated health. JAMA, 290, 2435-42. Viitattu 7.5.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14612480>

Mönkkönen, K., Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö - Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. E- kirja. Helsinki: Gaudeamus. Viitattu 25.6.2020. <https://www.ellibslibrary.com/book/9789523455665>

O'Sullivan, P., Caneiro, J., O'Keefe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K. & O'Sullivan, K. 2018. Cognitive Functional Therapy: An Integrated Behavioral Approach for the Targeted Management of Disabling Low Back Pain. (Verkkojulkaisu). Journal of the American Physical Therapy Association 98 (5). Viitattu 17.8.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037069/>

Petersen, L., Birkelund, R. & Schiøttz_ Christensen, B. Challenges to cross-sectoral care experienced by professionals working with patients living with low back pain: a qualitative interview study. Viitattu 22.5.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7057631/>

Pohjolainen, T. & Hamunen, K. 2018. Mitä moniammatillinen yhteistyö on? Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip02121. Viitattu 20.6.2020. <https://www.oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip02121/do>

Pohjolainen, T. & Hamunen, K. 2018. Moniammatillinen yhteistyö käytännössä. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M., Hamunen, K., Kontinen, V. & Vainio, A. (toim.). Kipu. E- kirja.

Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, kip02122. Viitattu 20.6.2020. <https://www-oppiportti-fi.nelli.laurea.fi/op/kip02122/do>

Ringqvist, Å., Dragioti, E., Björk, M., Larsson, B. & Gerdle, B. 2019. Moderate and Stable Pain Reductions as a Result of Interdisciplinary Pain Rehabilitation - A Cohort Study from the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQRP). Viitattu 22.5.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6617026/>

Ropponen, M. & Troberg, A. 2010. Varhaisvaiheen alaselkäpotilaan vastaanotto toiminta tehtäväsiirtona fysioterapeuteille perusterveydenhuollossa - kolmen ammattiryhmän kokemuksia. Opinnäytetyö. Metropolia-ammattikorkeakoulu. Helsinki. Viitattu 5.8.2020. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/12681/RopponenTrobergopinnaytetyo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suomen fysioterapeutit. Fysioterapeutin ydiosaaminen. 2016, 6. Viitattu 22.5.2020. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydiosaaminen/FysioterapeutinYdiosaaminen.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 6.5.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Wade, D-T. & Halligan P-W. 2017. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Volume: 31 issue: 8, page(s): 995-1004. Viitattu 17.8.2020. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269215517709890>

Julkaisemattomat

Marttinen, M. 2020. Kivun Kera -hankemateriaali. Keravan terveystieteiden keskus. Kerava.

Kuviot

Kuvio 1: Kivun Kera -hoitomallin hoitopolku.....	10
Kuvio 2: Opinnäytetyöprosessin aikataulu	23
Kuvio 3: Esimerkki sisällönanalyysin ensimmäisistä vaiheesta	24
Kuvio 4: Haastatteluaineiston analyysin viisi tärkeintä luokkaa	25
Kuvio 5: Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta perusterveydenhuollossa	26
Kuvio 6: Fysioterapeuttien kokemuksia moniammatillisuudesta hoitomallissa	27
Kuvio 7: Ajatusmaailman muuttuminen hoitomallin myötä	31
Kuvio 8: Hoitomallin kehityskohteita	32
Kuvio 9: Fysioterapeuttien näkemyksiä, kuinka kroonisen kivun hoitoa voitaisiin edistää.....	35

Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelurunko	54
Liite 2: Tiedote haastatteluun osallistuville	55
Liite 3: Suostumuslomake	56

Liite 1: Teemahaastattelurunko

Teemahaastattelurunko

1. Haastateltavan tausta

- Koska olet valmistunut fysioterapeutiksi?
- Työhistoria & koska olet aloittanut nykyisessä paikassa?
- Työkokemus kipupotilaiden hoidosta?
- Koulutus kivunhoitoon liittyen?

2. Käsitteet

Miten käsität

- moniammatillisuuden?
- kroonisen kipuasiakkaan hoidon?

3. Moniammatillisuus & kivunhoito

Miten moniammatillisuus näkyy käytännön työssäsi kroonisen kivun hoidossa? (*Kivun kera -hankkeessa toimivat fysioterapeutit: kokemukset hoitomallin osalta ja ennen/muut asiakkaat*)

4. Fysioterapeutin rooli moniammatillisessa kivunhoidossa

Miten näet oman ammattiryhmäsi roolin/merkityksen kroonisen kivun hoidossa?

5. Kivun kera -hoitomalli (*teema vain hankkeen fysioterapeuteille*)

Onko oma työsi kipuasiakkaiden kanssa muuttunut hoitomallin myötä? Miten?

Onko työssäsi tapahtunut muutoksia vastaanottotoiminnassa, esim. yhteistyössä toisen ammattiryhmän edustajan kanssa? Kokemuksesi tai näkemyksesi yhteisvastaanotoista kroonisten kipuasiakkaiden kanssa?

Miten koet hoitomallin vastaavan kroonisten kipuasiakkaiden hoitoon terveysasemallanne?

6. Kroonisen kivun hoito perusterveydenhuollossa

Jos saisit päättää, millaista kroonisen kivun hoito olisi perusterveydenhuollossa?

Liite 2: Tiedote haastatteluun osallistuville



19.8.2020

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJALLE

Olemme fysioterapiaopiskelijoita Laurea -ammattikorkeakoulussa ja teemme opinnäytetyönä tutkimuksen kroonisen kivun hoidosta perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Keravan terveysaseman kanssa, liittyen tammikuussa 2020 aloitettuun moniammatilliseen Kivun kera -hoitomalliin. Tarkoituksena on selvittää terveysaseman fysioterapeuttien näkemyksiä moniammatillisuudesta kroonisen kivun hoidossa. Tavoitteena on, että tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Kivun kera -toimintamallin kehittämisessä. Haastattelemme opinnäytetyötä varten sekä Kivun kera -toimintamallissa työskenteleviä, että muita terveysaseman fysioterapeuteja. Oletuksena on, että saamme näin enemmän tietoa ja näkökulmia moniammatilliseen työhön sekä kivunhoitoon fysioterapeutin näkökulmasta.

Haastattelut toteutetaan etänä Skype -sovelluksen avulla ja nauhoitetaan. Tutkimukseen osallistujien tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja niin, että yksittäistä vastaajaa ei voida identifioida tutkimuksen missään vaiheessa. Kun opinnäytetyö on valmis, hävitämme haastattelutallenteet ja muistiinpanot. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa.

Kiitos osallistumisesta opinnäytetyömme toteuttamiseen.

Yhteistyöterveisin,

Juulia Raatikainen
sähköposti

fysioterapeuttiopiskelija, Laurea -ammattikorkeakoulu
juulia.raatikainen@student.laurea.fi

Siru Koskelainen
sähköposti

fysioterapeuttiopiskelija, Laurea -ammattikorkeakoulu
siru.koskelainen@student.laurea.fi

Anna Mantere
sähköposti

fysioterapeuttiopiskelija, Laurea -ammattikorkeakoulu
anna.mantere@student.laurea.fi

Liite 3: Suostumuslomake



19.8.2020

SUOSTUMUS HAASTATTELUTUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Osallistun haastateltavaksi Laurea-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttipiskelijöiden Anna Mantereen, Juulia Raatikaisen ja Siru Koskelaisen opinnäytetyön tutkimukseen fysioterapeuttien näkemyksistä moniammatillisesta yhteistyöstä kroonisten kipupotilaiden hoidossa. Kerättyä tietoa on tarkoitus käyttää osana Kivun kera -hoitomallin kehittämistä.

Olen saanut tietoa tutkimuksesta etukäteen. Osallistun tutkimukseen vapaaehtoisesti ja tiedän, että voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa.

Annan suostumukseni haastatteluun, sen äänittämiseen ja tallentamiseen. Kerättyä aineistoa saa käyttää tässä tutkimuksessa. Olen myös tietoinen, että tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja tietojani ei luovuteta ulkopuolisille. Henkilöllisyyteni jää haastattelijöiden tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään, kun tutkimus on valmis.

Päiväys

Allekirjoitus
