



Mikaela Söderblom
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terevysalan
ammattikorkeakoulututkinto
Sosionomi (AMK)
Opinnäytetyö

OSATYÖKYKYISEN TULE- KIPUPOTILAAN TOIMIJUUDEN, TYÖELÄMÄOSALLISUUDEN JA ELÄMÄNLAADUN TUKEMINEN

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

TIIVISTELMÄ

Mikaela Söderblom

Osatyökykyisen TULE-kipupotilaan toimijuuden, työelämäosallisuuden ja elämänlaadun tukeminen.

53 sivua, 2 liitettä

Kevät 2023

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sosionomi (AMK)

Moni suomalainen kärsii kroonisesta kivusta tuki- ja liikuntaelimissä olevan vian, vamman tai sairauden vuoksi. Syyt kivun kroonistumiseen ei tiedetä. Kipu on subjektiivinen kokemus. Krooninen kipu voi aiheuttaa muutoksia toimintakyvyssä ja osatyökykyisyyttä.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, miten voidaan yhteiskunnallisella tasolla ja yksilötasolla auttaa ja tukea osatyökykyisiä TULE-kipupotilaita pitkäaikaisessa kivunlievityksessä, toimijuudessa sekä työelämäosallisuudessa. Tutkimuskysymyksiin etsittiin tieteellisiä artikkeleita pääasiallisesti kansainvälisistä tieteellisistä tietokannoista ja erilaisilla hakusanayhdistelmillä. Sovellettiin erilaisia sisäänotto- ja poissulkukriteereitä sekä hakusanayhdistelmiä, jonka jälkeen valikoitui lopullinen aineisto. Tämä aineisto sisälsi kymmenen englanninkielistä tieteellistä julkaisua ja yhden suomenkielisen tieteellisen julkaisun. Suomen Kipu ry oli opinnäytetyön työelämäkumppani. Tavoitteena oli lisätä työelämäkumppanin ammattilaisten, sidosryhmien ja jäsenten tietoa kroonisesta kivusta sekä selvittää miten kroonisen kivun haittavaikutuksia voidaan vähentää eritoten työelämäosallisuuden näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan kipukuntoutus on sattumanvaraista ja vaihtelevaa Suomessa. Monella terveydenhuollon ammattihenkilöllä ei ole kivun biopsykososiaalisen mallin luonteesta tarpeeksi tietoa, eikä kuntoutuspalveluita ole tarjolla riittävästi kaikille niitä tarvitseville. Palvelujärjestelmään pitäisi lisätä Kansaneläkelaitoksen järjestämä kipukuntoutus. Uusi kipukuntoutuspalvelu voisi sisältää kipupsykologista ja -fysioterapeuttista kuntoutusta. Tutkimusten mukaan työnantajien sitouttaminen työntekijän kuntoutuksen läpiviemiseen on tärkeää. IPS-malli voisi olla toimiva tässä ja sen soveltuvuutta Suomen olosuhteissa voisi tutkia lisää. Valtionyhtiö Työkanava Oy:n perustaminen loi myös osatyökykyisille lisää työmahdollisuuksia viimesijaisena keinona.

Tutkimusten valossa aerobisen liikunnan vaikutus kroonisen kivun voimakkuuteen on voimakas. Interventiot CBT ja CFT vaikuttavat kipuongelmaan ja kipukäyttäytymiseen myönteisesti. Työelämäosallisuus lisääntyi niillä työpaikoilla, joilla oli järjestetty ohjattu liikuntatuokio työpäivän aikana. Työelämäosallisuus koehenki myös niillä työpaikoilla, joilla esihenkilöllä oli laajoja työjärjestelymahdollisuuksia käytössään.

Asiasanat: krooninen kipu, osallisuus, toimintakyky, työkyky

ABSTRACT

Mikaela Söderblom

Support of human agency, working life participation and quality of life of partially disabled people suffering from pain in the musculoskeletal system.

53 p., 2 appendices

Spring 2023

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree in Social Services

Bachelor of Social Services

Many Finns suffer from chronic musculoskeletal pain due to a defect, disability, or disease. It is still unknown why pain becomes chronic. Chronic pain might alter functional capacity, and result in people of limited working ability.

The aim of the literature review was to clarify how partially disabled patients suffering from musculoskeletal pain could be assisted and supported individually and collectively in long-term pain relief, human agency, and participation at work. In order to address the research questions, research articles were searched for mainly in international scientific databases by means of different keyword search combinations. Different criteria for intake, exclusion and keyword search combinations were adopted where after the final material was at hand.

This material contained ten scientific publications in the English language, and one scientific publication in the Finnish language. The work life partner of the thesis was Suomen Kipury. The aim was to enhance the knowledge of professionals, stakeholder groups and members of the work life partner regarding chronic pain, and to clarify how the adverse effects of the same could be minimized, especially regarding working life participation.

According to the literature review pain rehabilitation is random and subject to variation in Finland. Many professionals in health care do not have sufficient knowledge of the biopsychosocial model of pain and rehabilitation services are not available for all those in need. Pain rehabilitation arranged by Kansaneläkelaitos should be added to the service system. The new Pain Rehabilitation Service could contain directed pain related psychological and physiotherapeutical rehabilitation. According to research the commitment of the employer to the rehabilitation of the employee is important. The IPS-model could be appropriate in this respect, and the applicability in Finnish circumstances should be investigated more. The establishment of the state-owned company Työkanava Oy created more work opportunities for people of limited working ability as a last resort.

According to research the effect of aerobic exercise on pain is strong. The interventions CBT and CFT have a positive impact on pain problem and pain behavior. Participation at work was enhanced in those workplaces where directed exercise was arranged during the working day. The same applied for workplaces where the superiors possessed vast authority in making working arrangements.

Keywords: chronic pain, participation, functional capacity, working capacity

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 KIPU, TOIMINTAKYKY JA TYÖLLISTYMINEN	6
2.1 Kipu.....	6
2.2 Krooninen kipu	6
2.3 Toimintakyky	9
2.4 Tuki- ja liikuntaelämestön sairaudet	10
2.5 Työelämäosallisuus.....	11
2.6 Osatyökykyisyys	12
3 KROONISEN KIVUN HOITO	14
3.1 Hoitomenetelmät.....	14
3.2 Liikunta.....	15
3.3 Kognitiivisbehavioraalinen terapia.....	16
3.4 Kognitiivisfunktionaalinen terapia	19
4 OSATYÖKYKYISTEN TYÖLLISYYTTÄ LISÄÄVÄT YHTEISKUNNALLISET HANKKEET JA TOIMENPITEET	19
4.1 Valtionyhtiö Työkanava Oy	19
4.2 Sijoita- ja valmenna malli	20
4.3 Paikka auki-ohjelma	21
4.4 Sosiaaliset yritykset ja kolmannen sektorin järjestöt	22
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TYÖELÄMÄKUMPPANI	23
5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	23
5.2 Opinnäytetyön työelämäkumppani	24
6 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI	25
6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	25
6.2 Aineiston keruun menetelmät.....	26
6.3 Kuvaus tutkimusaineiston käsittelystä ja analyysistä	27
7 TUTKIMUSTULOKSET	29

7.1 CBT- ja CFT-terapian vaikutus krooniseen kipuun.....	29
7.2 Liikunnan vaikutus krooniseen kipuun.....	30
7.3 Työelämäosallisuuden lisääminen yhteiskunnallisella tasolla	30
7.4 Kipukuntoutus Suomessa ja siitä johtuvat muutostarpeet	33
8 EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS	34
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	35
9.1 Millä tavalla voi itse vähentää kroonisen kivun haittavaikutuksia?	35
9.2 Millä tavalla työelämäosallisuutta voidaan lisätä?	37
9.3 Ammatillinen kasvu	38
9.4 Jatkotutkimusaiheet	40
LIITE 1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku- ja valintatulokset	49
LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston kuvaus	50

1 JOHDANTO

Merkittävä osa suomalaisista kärsii kroonisesta kivusta päivittäin (Suomen Kipury, i.a.-a). Esimerkiksi liikuntaelämisen pettäessä, sairauden, vian tai vamman vuoksi, pitkälle sairauslomalle tai jopa työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen voi olla järkytys ja suuri suru. Kipu voi olla läsnä enemmän ja vähemmän - useimmiten enemmän. Elinympäristö kutistuu, kipupotilas vetäytyy omiin oloihinsa. Taloudellinen tilanne voi olla uhattuna.

Tarkkaa syytä kivun kroonistumiselle ei tiedetä. Krooninen kipu voidaan paikallistaa aivojen kuvantamistutkimuksissa tunteiden, toiminnan ja ajatusten alueelle kipujärjestelmän herkistymisen vuoksi, kun taas akuutti kipu sijoittuu aivoissa sensoriselle alueelle. Kognitiivis-behavioraaliset työotteet, jotka kohdistuvat ajatuksiin, käyttäytymiseen ja tunteisiin ovat siten olleet tehokkaita kroonisen kivun hoidossa. (Estlander, 2003, s. 58; Granlund, 2001, s. 49–53; Saariaho ym., 2020, s. 363, s. 372; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017.) Myös liikunnan vaikutus kipukokemukseen, kivun voimakkuuteen ja mielialaan on merkittävässä roolissa (Ahlbeck ym., 2021).

Tässä opinnäytetyössä käsitellään kroonisen kivun haittavaikutuksia eritoten tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivien potilaiden näkökulmasta (jäljempänä ”TULE-kipupotilas”). Muita syitä krooniselle kivulle ja osatyökykyisyydelle ei käsitellä. Opinnäytetyössä tuodaan esille kroonisen kivun etiologiaa sekä erilaisia biopsykososiaalisia tekijöitä, jotka altistavat potilasta krooniselle kivulle.

Opinnäytetyön tarkoitus on siten tuoda vastauksia siihen, miten voidaan auttaa ja tukea osatyökykyisiä TULE-kipupotilaita pitkäaikaisessa kivunlievityksessä ja toimijuudessa, jolloin TULE-kipupotilaan elämänlaatu kohenee. Opinnäytetyön tavoitteena on muun muassa selvittää, miten TULE-kipupotilas voisi itse vähentää kroonisen kivun haittavaikutuksia elämässään sekä miten TULE-kipupotilaiden työelämäosallisuutta voidaan yhteiskunnallisesti lisätä.

Opinnäytetyössä ei käsitellä lääkinnällistä kuntoutusta TULE-kipupotilaille, eikä myöskään kivunlievitykseen saatavia akuutin kivun lääkkeitä tai kroonisen kivun eräitä kipukynnystä korottavia lääkeryhmiä. Tämä johtuu siitä, että tutkimuksissa on huomattu, että pitkäaikainen kipu lievittyy paremmin ja pidemmäksi aikaa, jos TULE-kipupotilas itse tekee jotain asiansa hyväksi, eli esimerkiksi harrastaa liikuntaa verrattuna tilanteeseen, että ”joku muu tekee jotain”, ja TULE-potilas on passiivinen, esimerkiksi potilas käy hieronnassa, akupunktiossa tai syö kipulääkettä. Tällöin kivunlievityksen teho on lyhytaikainen. (Ahlbeck ym., 2021.)

Jotkut kipupotilaat ovat osatyökykyisiä ja voivat olla haavoittuvassa asemassa avoimilla työmarkkinoilla. Varsinkin huoltovajeen uhatessa hyvinvointivaltion rakenteita, olisi tärkeää yhteiskunnallisestikin saada mahdollisimman moni osatyökykyinen avointen työmarkkinoiden piiriin. Yksittäiselle TULE-kipupotilaalle töihin pääseminen voi olla ratkaisevaa toimijuuden, osallisuuden ja elämänlaadun kannalta. (Akava ry, 2021; Hallituksen esitys 198/2021; Martimo, 2020; Työ- ja elinkeinoministeriö, 2021, s. 35–51.) Tähän tarvitaan myös asennemuutosta työnantajien piirissä ja ”täsmätyökyvyn” hyväksymistä (Martimo, 2020). Opinnäytetyössä käsitellään siksi joitakin tärkeitä yhteiskunnallisia toimenpiteitä osatyökykyisten työllisyyden lisäämiseksi.

Työelämäkumppanina toimii Suomen Kipu ry, joka on etu- ja yhteistyöjärjestö kipupotilaille, heidän läheisilleen, hoitohenkilökunnalle sekä kipuasioista kiinnostuneille (Suomen Kipu ry, i.a.-b). Yhdistyksellä on vuosina 2021–2023 vireillä hanke ”Kipu ja työ kohtaavat”, joka vahvasti liittyy opinnäytetyöni aiheeseen. Tämän hankkeen tavoitteena on muun muassa kouluttaa työnantajien edustajia ja ammattilaisia kivusta ja sen huomioimisesta työssä, jolloin työnantaja voisi myös tukea kipujen kanssa kamppailevaa työntekijää. Työelämäkumppani toivookin, että tässä opinnäytetyössä korostuisi työelämälähtöinen osallisuuden näkökulma (Suomen Kipu ry, i.a.-c.)

2 KIPU, TOIMINTAKYKY JA TYÖLLISTYMINEN

2.1 Kipu

Jokainen ihminen tuntee joskus kipua elämänsä aikana, mutta suomalaisista, noin 20 % kärsii pitkäaikaisista kivuista ja tästä väestöryhmästä jokapäiväisistä kivuista kärsii noin 14 %. (Suomen kipu ry, i.a.-a.). Kipu voi johtua esimerkiksi fyysisestä sairaudesta, kudonsvaurion aiheuttamasta ärsytyksestä tai toimintahäiriöstä (Estlander, 2003, s. 9). Akuutin kivun tarkoitus on varoittaa ihmistä niin, että hän vaistonvaraisesti siirtää pois kätensä esimerkiksi lämpimästä hellasta (Ahlbeck ym., 2021).

Akuutti kipu on joko kudonsvaurioista johtuva kipu (nosiseptiivinen kipu) tai hermovauriokipu (neuropattinen kipu). Kudonsvaurioista johtuva kipu on esimerkiksi lihas- tai nivelkipu tai luissa syntynyttä kipua, kun taas hermokipu voi johtua siitä, että aivoissa tai selkäytimessä on syntynyt vaurio tai sairaus. (Ahlbeck ym., 2021.) Heikkilä korostaa, että kipupotilailla on kipukohdan lihaksissa vähemmän happea kuin muilla henkilöillä, koska hermosto on supistanut verisuonia ja että tämä olisi yksi tärkeä kivun syy (hypoksiakipu) (Heikkilä, 2009, s. 98–99).

Joskus kipu kroonistuu, koska aivot ylläpitävät kipua (Ahlbeck ym., 2021). Esimerkiksi niskan retkahdusvammoissa elimellisen vamman paranemisen jälkeen, kivut voivat olla erittäinkin kovia (Estlander, 2003, s. 32; Hopper, 2014, s.12). On kuitenkin huomattava, että kipu on aina subjektiivista, eli kipupotilaat kokevat kivun yksilöllisesti (Paavonen ym., 2021, s. 6–7).

2.2 Krooninen kipu

Krooninen kipu tarkoittaa, että kipu on jatkunut yli 3–6 kuukautta (Estlander, 2003, s. 48; Paavonen ym., 2021, s. 6). Tällöin keskushermosto ei pysty suodattamaan kipusignaaleja, koska kipujärjestelmä on herkistynyt (Ahlbeck ym., 2021; Estlander, 2003, s. 42). Kipu saattaa siirtyä kehossa toiseen paikkaan alkuperäiseen kipukohtaan verrattuna, esimerkiksi toiselle puolelle kehoa tai sitten kipu

laajenee entisestään. Loogisia vastauksia kivun siirtymiseen löytyy harvoin, eli kuvantamistutkimus tuo harvoin lisäarvoa pitkäaikaisessa kivussa. Tämä tarkoittaa myös, että täysin normaali rasitus kehon yhdessä osassa voi aikaansaada kipukohtauksen kehon toisessa osassa. (Ahlbeck ym., 2021.) Kroonista kipua voi esiintyä myös ilman kudsvauriota. Esimerkiksi kroonista selkäkipua potevista potilaista, jopa 75 % on vailla lääketieteellistä diagnoosia, koska kivun syytä ei ole voitu todentaa kuvantamistutkimuksissa. (Estlander, 2003, s. 32.)

Sama sairaus tai vamma voi johtaa täysin erilaisiin kiputuntemuksiin ja rajoituksiin toimintakyvyssä eri henkilöillä. Monella potilaalla voi olla suuriakin rajoituksia fyysisessä ja psyykkisessä toimintakyvyssään, jotka eivät ole suhteessa kivun patofysiologiaan eli kivun (alkuperäiseen) syyhyn kivun monimuotoisuuden takia. (Estlander, 2003, s. 32.) Keskushermoston ”korjausjärjestelmä” on saattanut joutua huonoon kuntoon. Kipua voi siten aiheutua elimellisistä tapahtumista keskushermoston alueella, vaikka ei enää akuutin vaiheen jälkeen löydetä mitään poikkeavaa ääreishermoston alueella. (Ahlbeck ym., 2021; Estlander, 2003, s. 42.)

Rostenberg painottaakin, että neurobiologisten selitysmallien mukaan krooninen kipu johtuu muun muassa liian suurista katekoliamiini-, dopamiini-, noradrenaliini- ja adrenaliinitasoista aivoissa, joita keho ei pysty poistamaan tehokkaasti maksan ja pernan avulla (Rostenberg, 2018, s. 200–201, s. 210, s. 220–221).

Elimellinen vamma tai vaurio ei siten ole ainoa syy kivulle. Erinäiset biologiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat dynaamisesti ja monimuotoisesti keskenään ja voivat altistaa, laukaista muuntaa tai ylläpitää kipua. (Estlander, 2003, s. 33.) Biopsykososiaalisen viitekehyksen avulla hoitotaho auttaa potilasta tilanetta jäsentäen, tutkien, ohjaten ja kannustaen. Tavoitteena on siten potilaan kokonaistilanteen kartoittaminen ja hänen toimintakykynsä ja elämänlaatunsa parantaminen yhteistyössä auttajan ja potilaan välillä. Tällöin biologisten, fysiologisten ja sosiaalisten tekijöiden dynaaminen vuorovaikutus nähdään yksilön näkökulmasta, jolloin potilas ei ole vaivojensa kohde. Samalla syy-yhteydet potilaan tilanteessa nähdään prosessina, taustalla olevien biopsykososiaalisten seikkojen vuorovaikutuksena keskenään, jolloin häntä ei myöskään leimata vaivojensa

vuoksi (Cohen ym., 2021). (Estlander, 2003, s. 40, 44; Paavonen ym., 2021, s. 7.)

Sen sijaan että kiinnostuksen kohteena olisi esimerkiksi ääreishermoston tapahtumat, niin hoitotaho keskittyy potilaan keskushermoston erilaisiin tapahtumiin kuten ajatuksiin, käsityksiin, uskomuksiin kivuista sekä miten nämä seikat ohjaavat potilaan tunteita ja toimintaa. (Estlander, 2003, s. 40; Granström, 2001, s. 80–82; Hopper, 2014, s. 65, s. 69). Luvussa 3.3 käsitellään kognitiivisbehavioraalista psykoterapiaa (jäljempänä "CBT"-terapia) tähän liittyen.

Estlander painottaa, että kipu aiheuttaa henkistä ja fyysistä taakkaa ja tämä kuormitus altistaa kivulle. Mitään automaattisia fysiologisia muutoksia tai stressiä kipu ei kehoa uhkaavana tapahtumana aiheuta, vaan stressitaso riippuu siitä, miten potilas reagoi tilanteeseensa, eli minkälaisen merkityksen hän antaa tapahtumille. Tästä seuraa, että potilaan ajatukset, käsitykset ja tulkinnat ovat tärkeässä osassa, kun kivun aiheuttama fysiologinen ja emotionaalinen stressireaktio seurauksineen syntyy. (Estlander, 2003, s. 43.) On huomattava, että biopsykososiaalisen mallin mukaisesti, mikäli kipupotilas samanaikaisesti kärsii psyykkisestä oireilusta, hänellä on kohonnut riski vahvempiin kipuihin, saada huonompi hoitotulos sekä kokea elämänlaatunsa ja terveytensä heikommaksi verrattuna potilaaseen, jolla psyykkistä oireilua ei ole (Mills ym., 2019) (Läkartidningen, 2021; Paavonen ym., 2021, s. 8).

Siksi olisikin tärkeää varhaisessa vaiheessa huomioida psykologisten tekijöiden vaikutus potilaan elämässä, jotta voitaisiin vähentää potilaan kärsimystä sekä ki-puongelman muodostumista krooniseksi. Tässä avainasemassa ovat potilaan psyykinen oireilu, virheelliset uskomukset, kipuun liittyvät pelot ja katastrofiajatukset yms. (Estlander, 2003, s. 59.) Tästä seuraa, että biopsykososiaaliset selitysmallit voidaan ja pitääkin käyttää sekä kliinisessä työssä esimerkiksi diagnostiikassa, että muissa hoitovaihtoehdoissa. Potilas voi lääkehoidon lisäksi saada esimerkiksi apua psykososiaalisten työkalujen avulla, kuten psykoterapiasta ja stressin hallinnasta. (Estlander, 2003, s. 44; Läkartidningen, 2021.)

Moniammatilliset biopsykososiaalisen mallin mukaiset hoidot ovatkin osoittautuneet erittäin tehokkaiksi pitkäaikaisen kivun hoidossa. Esimerkiksi Ruotsissa käytetään moniammatillista kivunhoitoa, joka perustuu kipuanalyysiin, kipumekanismiseen luokitukseen ja potilaan sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen. Tämän perusteella lääkäri ja potilas laativat yhdessä kirjallisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman. (Läkartidningen, 2021.)

2.3 Toimintakyky

Toimintakyky voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista tai kognitiivista. Tällä tarkoitetaan henkilön kyky tulla toimeen työssä ja harrastuksissa hänen merkityksellisessä elinympäristössään näiden neljän ulottuvuuden perusteella. Tähän liittyy myös kyky huolehtia itsestään ja toisista henkilöistä. (Sirviö & Äijö, 2019.)

Kivun haittaavuus ilmenee muun muassa toimintakyvyn muutoksessa. Kipu voi estää työntekoa täysin. On mahdollista, että tietyt asennot istuessa, seisoessa tai liikkuesssa ovat mahdottomia kipujen vuoksi. Esimerkiksi hermovaurio selkärangassa voi aiheuttaa sen, että henkilö on täysin työkyvytön. Tällöin fyysinen toimintakyky on täysin rajoittunut. (Granström, 2001, s. 80–82.)

On myös huomattava, että psyykkinen toimintakyky voi laskea kipupotilaalla esimerkiksi koska kipu aiheuttaa kognitiivista haittaa kuten keskittymis- ja muistivaikeuksia. Omat voimavarat saattavat olla hukassa ja erilaisista haasteista selviäminen on vaikeaa. (Granström, 2001, s. 80–82.)

Kipulääkkeetkin saattavat aiheuttaa sivuvaikutuksia kuten kognitiivisen toimintakyvyn laskua, jotka estävät työntöön. Esimerkiksi tarkkaavaisuus, ongelmanratkaisutaidot, kielelliset toiminnot saattavat olla toimintoja, jotka kärsivät, kun kognitiivinen toimintakyky laskee. (Granström, 2001, s. 80–82; Sirviö & Äijö, 2019.) Sosiaalinen toimintakyky koostuu esimerkiksi suhteista omaisiin ja ystäviin, vastuusta lähiomaista sekä osallistumisesta sosiaalisiin tilanteisiin. Nämä aktiviteetit tuovat mielekkyyttä henkilön elämään. (Sirviö & Äijö, 2019.)

Arvioitaessa kipupotilaan toimintakykyä tärkeimpiä seikkoja ovat kipupotilaan subjektiiviset oireet, hänen oma kuvauksensa toimintakyvystään, somaattiset ja psyykkiset löydökset, suoriutuminen kognitiivisella tasolla, kuvantamisen, suorituskyvyn ja laboratoriotestien tulokset (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017).

2.4 Tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet

Lähtökohta hyvälle työkyvylle on hyväkuntoinen liikuntaelimestö. TULE-sairaudet alentavat työkykyä, aiheuttavat sairauspoissaoloja ja työkyvyttömyyttä. Vuonna 2015 noin 47 000 henkilöä sai työkyvyttömyyseläkettä tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien (jäljempänä ”TULE-sairaudet”) perusteella Suomessa. Vuonna 2011 todettiin Terveys 2011-tutkimuksessa, että selkä-, niska- ja polvikivut olivat lisääntyneet alle 45-vuotiaiden ikäryhmässä vaikka 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä ei ollut muutoksia toimintakyvyn laskussa. Siksi olisi tärkeää kohdistaa ennaltaehkäiseviä kuormitusta vähentäviä työjärjestelyitä jo nuorempiin ikäryhmiin, ettei yhteenlaskettu (kumulatiivinen) kuormitus elämän aikana aiheuta työkyvyttömyyttä myöhemmin. (Viikari-Juntura, 2018, s. 132–136.)

TULE-sairaudet johtuvat monesta syystä. Ensinnäkin fyysiset riskitekijät aiheuttavat haasteita liikuntaelimestölle kuten esimerkiksi työn tekeminen pitkään samassa asennossa, tärinä, staattinen työasento, huono valaistus, ja nostot yhdistettyinä kierto- ja taivutusliikkeeseen. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2021.)

Psykososiaaliset ja organisaatioon liittyvät riskitekijät ovat esimerkiksi alhainen työtyytyväisyys, työpaikkakiusaaminen, taukojen vähäisyys, vaativa ja nopeassa tahdissa tehtävä työ. Yksilölliset riskitekijät ovat esimerkiksi elintavat, tupakointi ja liikkumattomuus. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2021.)

On huomattava, että erilaiset fyysiset riskitekijät yhdistettyinä muihin riskitekijöihin voivat kerrannaisvaikutusten ja tästä syntyvästä stressistä, väsymyksestä ja ahdistuksesta lisätä riskiä sairastua TULE-sairauteen (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto, 2021; Viikari-Juntura, 2018, s. 134).

Tärkeää on tiedostaa, että työssäolo edistää terveyttä. Henkilön ollessa pitkään poissa työstä, tämä voi johtaa syrjäytymiseen ja erinäisiin haasteisiin palata työelämään. Tästä syystä esimerkiksi mahdollisuus pysyä työssä tai varhainen työhön paluu tuetuilla työjärjestelyillä on suotavaa. Merkityksellistä olisi myös miettiä, miten TULE-kipupotilas voisi tehdä työtä kohtuullisen kivun tasolla, kipujen tehdessä aaltoliikettä. (Viikari-Juntura, 2018, s. 132–142, Granström, 2010, s. 82–84.)

Työjärjestelyjä olisi hyvä muuttaa jo alkuvaiheessa, henkilön joutuessa sairaalalle TULE- sairauden vuoksi, eikä vasta sen jälkeen, kun tilanne on jo kroonistunut. Esimerkkejä työjärjestelyistä ovat muutokset ergonomiassa, apuvälineet, työtehtävien räätälöiminen, uusi työpiste, osa-aikatyö tai etätyö. (Viikari-Juntura, 2018, s. 139–140.)

TULE-kipupotilaan toimintakyvyn edistämistä aktiivisella tavalla ja kuntoutus, joka tähtää työhön paluuseen olisi tärkeää aloittaa viimeistään, kun kipua on ollut kuusi viikkoa. Kipujen kroonistuessa olisi hyvä vähentää TULE-kipupotilaan pelkoja ja välttämiskäyttäytymistä. Siihen voidaan tarvita erilaisia kuntoutuksen menetelmiä kuten fysioterapiaa, liikuntaharjoituksia ja CBT-terapiaa. Myös moniammatillinen kuntoutus voidaan mieluusti aloittaa jo työterveyshuollossa. (Viikari-Juntura, 2018, s. 139–140.) Nykyään suositaan myös TULE- sairauksissa enemmän aktiivista elämäntapaa liikeharjoituksineen kuin perinteistä vuodelepoa (Viikari-Juntura, 2018, s. 133).

2.5 Työelämäosallisuus

Osallisuus tarkoittaa muun muassa, että henkilöllä on mahdollisuus vaikuttaa omaan elämänsä osallistumalla eri toimintoihin yhteiskunnallisesti. Osallisuuden tukemisella voidaan vähentää köyhyyttä ja eriarvoisuutta yhteiskunnassamme. Osallisuuden taso ja henkilön sosioekonominen asema on vahvassa yhteydessä. Tämä tarkoittaa sitä, että mahdollisuus osallistua palkkatyöhön vaikuttaa osallisuuden kokemukseen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2022a.)

Työelämäosallisuus perustuu Suomen perustuslain (L 731/1999) 18 §:ään, jossa turvataan yksilön oikeus tehdä työtä ja harjoittaa ammattia ja elinkeinoa. Edellä kuvatun säännöksen mukaan julkisen vallan pitää edistää työllisyyttä ja yksilön oikeutta työhön. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2022b.)

Työelämäosallisuutta voidaan vahvistaa monella tavalla. Esimerkiksi työllisyysastetta voidaan esimerkiksi nostaa osallistavalla työllisyyspolitiikalla. Tämä ilmenee muun muassa siten että luodaan työpaikkoja työmarkkinoiden ulkopuolella oleville henkilöille. Silloin kun työmarkkinat osallistavat eri työntekijöitä tarvitaan yhteistoimia sekä valtion, työnantajien ja työntekijöiden kesken. Työelämäosallisuutta voidaan myös lisätä yksilön omia työllistymisvalmiuksia vahvistamalla. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2022b.)

Suomessa 1,7 miljoonaa ihmistä kärsii pitkäaikaisista tuki- ja liikuntaelinsairauksista. Työelämäosallisuuden tukeminen onkin tuki- ja liikuntaelin sairaudesta kärsivän kipupotilaan kannalta erittäin tärkeää, koska tilastojen valossa työkyvyttömyyden pitkittyessä, todennäköisyys siihen, että henkilö palaa (avointen) työmarkkinoiden piiriin pienenee. Mielenterveyden häiriöiden jälkeen tuki- ja liikuntaelin sairaudet ovat toiseksi yleisin syy joutua työkyvyttömyyseläkkeelle Suomessa. Selkäsairaudet ja nivelrikko ovat esimerkiksi tässä yhteydessä yleisiä työkyvyttömyyttä aiheuttavia vaivoja. Työelämäosallisuuden vahvistamista varsinkin osa-aikaratkaisuja räätälöimällä yksilöllisesti, työkyvyttömyys vähenisi ja samalla Suomen hallituksen työllisyystavoitteet olisi helpompi saavuttaa. Myös kuntien tarjoama kuntouttava työtoiminta ja sosiaalinen kuntoutus ovat työkaluja, jotka tukevat työelämäosallisuutta yksilötasolla. (Työterveyslaitos, 2020a; Terveys- ja hyvinvoinnin laitos, 2022b.)

2.6 Osatyökykyisyys

Osatyökykyinen on henkilö, jolla on osa työkyvystään jäljellä, ja joka on halukas tekemään työtä (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos, 2022c). Osatyökykyisiä on Suomessa suuri määrä. 200 000 henkilöä katsoo, että sairaus tai vamma vaikuttaa heidän mahdollisuuteensa työllistyä. Näistä henkilöistä 65 000 haluaisi tehdä työtä ja katsoo olevansa siihen myös kykeneviä. Kehitysvammaisista työikäisistä

ihmisistä ainoastaan 600 henkilöä 30 000 henkilöstä on palkkatyössä, vaikka heistä 3000–6000 henkilöä katsoo, että siihen olisi mahdollisuus. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021, s. 35–41.)

Osatyökykyisiin kuuluu laaja, heterogeeninen joukko ihmisiä. Syyt osatyökykyisyyteen ovat moninaisia. On huomattava, että työkyky on sidoksissa esillä olevan työtehtävään eikä lääketieteelliseen diagnoosiin. Siksi olisi tärkeää arvioida laajalaisesti osatyökykyisen henkilön toimintakykyä. Esimerkiksi vammaisen henkilö voi olla täysin työkykyinen tietyissä tehtävissä, jos hän saa oikeanlaista räätälöityä tukea. Osatyökyky voi olla myös väliaikaista tai osatyökykyinen voi olla henkilö, jonka työkyvyttömyyseläkettä koskeva hakemus on hylätty. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021, s. 35–41.)

Nykyään puhutaankin ”täsmätyökyvystä”. ”Täsmätyökyky” tarkoittaa sitä, että työhaluiselle henkilölle räätälöidään työkuva jäljellä olevan toimintakyvyn puitteissa, henkilön osaamisen, vahvuuksien ja mahdollisuuksien perusteella. Työn vaatimusten ja työtehtävien ollessa työntekijän toimintakykyyn nähden sopivalla tasolla, työkyky on täysi eikä osittainen. (Martimo, 2020.)

Tärkeää on siten vakauttaa osatyökykyisen työsuhde esimerkiksi räätälöimällä työtehtäviä yksilöllisesti ja tuetusti. Mikäli saavutetaan niitä sosiaalipoliittisia ja taloudellisia tavoitteita, joita osatyökykyisten työllistämiseen on asetettu yhteiskunnassamme, voidaan esimerkiksi ehkäistä työttömyyttä, lisätä työllisyyttä avoimilla työmarkkinoilla sekä vähentää välillisiä haasteita kuten esimerkiksi lastensuojelutoimenpiteitä, syrjintää sekä muiden etuuksien käyttöä. Onkin esitetty, että kaikki yhteiskunnan toimijat olisivat vastuussa siitä, että osatyökykyiset työllistyisivät avoimilla työmarkkinoilla. Tämä on kuten yllä todettiin, myös ihmisoikeusasia, sekä tasa-arvoon liittyvä kysymys. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021, s. 35–51.)

Vates-säätiö, joka toimii vammaisten, osatyökykyisten ja pitkäaikaissairaiden hyväksi niin, että yhdenvertainen työllistyminen onnistuisi, on laatinut seikkaperäisen elektronisen esitteen työnantajille kotisivullaan siitä, mitä työnantajien pitäisi

ottaa huomioon työllistettäessä osatyökykyistä henkilöä. Esitteessä painotetaan rekrytoitaessa monimuotoisen työpaikan tärkeyttä eli että työympäristö on esteetön ja turvallinen, sekä että sitä voidaan mukauttaa ja että työntekijä saa mahdollisuuden käyttää apuvälineitä, avustajaa ja tulkkia, jos hän näitä tarvitsee. Työtehtäviä järjestetään ja räätälöidään myös uudelleen ja osa-aikatyön tekeminen mahdollistetaan. Seikkaperäisen perehdytyksen tärkeys korostetaan esitteessä. Tärkeää on myös, että johto ja kaikki työntekijät sitoutuvat monimuotoisen rekrytoimisen edistämiseen työpaikalla. (Vates-säätiö sr., ia-a; Vates-säätiö sr., ia-b.)

3 KROONISEN KIVUN HOITO

3.1 Hoitomenetelmät

Kipua koskevassa Käypä hoito- suosituksessa, mainitaan seuraavia lääkkeettömiä hoitoja kivunlievitykseen: liikunta, terapeuttinen harjoittelu, CBT-terapia ja fyysiset hoidot (kylmä -ja lämpöhoito sekä TNS-hoito). Lääkkeettömät hoidot ovat Käypä hoito -suituksen mukaan kivunhoidon kulmakivi. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017.) Suomen Kipu ry painottaa kivun laaja-alaisuutta. Ihminen kokee kipua kokonaisvaltaisesti. Tällä voi olla vaikutuksia TULE-kipupotilaan itsetuntoon, sosiaalisiin suhteisiin tai hänen unenlaatuunsa. Kivun vaikuttaessa näin laajasti ihmisen koko elämään, kivun hoito ja kuntoutus tulisi Suomen Kipu ry:n mukaan olla ”koko elämän kuntoutusta”. (Suomen Kipu ry, i.a.-a.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään lääkkeettömistä hoidoista pääasiallisesti liikuntaa, CBT-terapiaa ja CFT-terapiaa. Tämä johtuu siitä, että nämä työkalut lähtevät TULE-kipupotilaan omasta aktiivisuudesta. Kuten yllä todettiin, aktiiviset työkalut ovat kivunlievityksen kannalta tehokkaampia verrattuna työkaluihin, joiden perusteella TULE-kipupotilas on passiivisena, hoitojen kohteena, kuten esimerkiksi fysioterapia ja akupunktio. Tilanne on sama, jos TULE-kipupotilas on passiivisesti pelkästään kipulääkkeiden varassa. (Ahlbeck ym., 2021.)

3.2 Liikunta

Liikunta on tehokas lääke kipupotilaalle. Kipupotilaat pelkäävät usein liikuntaa koska he kokevat, että liikunta lisää kipua. Tästä syystä olisi tärkeää, että TULE-kipupotilas altistaa itseään liikkeelle vähitellen. Tällöin aivot ohjelmoituvat uudelleen niin, että liike, joka on aikaisemmin tuntunut uhkaavalta, tuntuu altistusharjoituksen jälkeen turvalliselta. Tämä tarkoittaa sitä, että kipu ei välttämättä poistu, mutta kipukokemukseen liittyvä pelko kivusta poistuu. (Ahlbeck ym., 2021; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017.)

Pitkäaikaisessa kivussa voimaharjoittelu on tärkeää. Suositus on, että TULE-kipupotilas aloittaisi voimaharjoittelun ensin tavanomaisilla kävelyillä, jonka jälkeen lisätään nopeutta ja kävelynkin pituutta pikkuhiljaa. Jo kolmenkymmen minuutin päivittäinen kävely on hyvä alku. Alaselkävivusta kärsiville varsinkin keskivartalon vahvistaminen on tehokasta kivun, toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta. (Ahlbeck ym., 2021; Paavonen ym., 2021, s. 35.)

Olisi myös tärkeää harjoittaa liikuntaa, joka nostaa sykettä muutaman kerran viikossa. Tämä johtuu siitä, että aivoissa tapahtuu voimaharjoittelun aikana muutoksia, jotka vaikuttavat siihen, miten ihminen kokee kipua. Juoksulenkit eivät sovi kaikille kipupotilaille, mutta pyöräily, uinti tai nopeatahtinen kävely sopii useimmille kipupotilaille. Tärkeää olisi löytää itselle mieluinen liikuntamuoto. (Ahlbeck ym., 2021.)

Liikunnan aikana keho erittää endorfiineja, jotka vaimentavat kipua. Kipua kudoksissa lisäävät välittäjäaineet poistuvat. Samalla lihasvoima, tasapaino, koordinaatiokyky, sekä jaksaminen lisääntyy. Tämän lisäksi verenkierto, kudosten liikkuvuus esimerkiksi selkärangassa sekä sydämen ja keuhkojen toiminta paranee. Myös painonhallinta helpottuu sekä lihasjännitys ja mahdollinen ummetus vähenee. Unenlaatuakin kohoaa. Tästä seuraa, että alakuloisuus, ahdistuneisuus ja huoliajatukset vähenevät, jolloin myönteinen elämäkatsomus lisääntyy. Liikuntaan liittyvän altistusharjoituksen lopputuloksena on merkityksellisyyden tunne ja elämänlaadun lisääntyminen. (Ahlbeck ym., 2021; Granström, 2010, s. 124–125.)

Myös työpaikoilla on tärkeää panostaa liikkumiseen. Työterveyslaitos kehottaakin työnantajia soveltamaan työpaikoilla uutta ”Liike- ja mieli-verkkomateriaalia”. Tämä verkkomateriaali antaa työntäjille tietoa liikkeen ja mielen yhteydestä, ideoita liikkumiseen työpaikalla sekä tietoja siitä, mitä liikettä eri työntekijät tarvitsevat vastapainona työtehtävien aiheuttaman fyysisen tai psyykkisen kuormituksen vuoksi, ettei turhaa työperäistä kuormitusta synny työntekijälle. Työterveyslaitos suosittelee työpaikoille muun muassa taukojumppaa, etäkokousten välissä kävelyä tai kävelykokouksia. (Työterveyslaitos, 2022b.)

3.3 Kognitiivisbehavioraalinen terapia

Lähtökohtana kognitiivisbehavioraalisen terapian (jäljempänä ”CBT” tai CBT-terapia) viitekehyksen työotteiden käyttämisessä kipupotilaiden hoidossa on, että mikäli muut kuin elimelliset syyt vaikuttavat potilaan kiputilaan, niin voidaan käyttää muita, kuin lääketieteellisiä menetelmiä hänen auttamisessaan (Estlander, 2003, s. 48).

Estlander korostaa myös, että psykologisten hoitojen käyttö ei ole sidoksissa siihen, onko kivun elimellistä syytä lääketieteellisesti löytynyt vai ei (Estlander, 2003, s. 184). Kuten edempänä todettiin, varsinkin selkäkipua sairastavien potilaiden osalta, ei aina löydy kivun syytä selittävää kuvantamistutkimuksessa, jolloin potilas jää ilman diagnoosia.

Kuten yllä todettiin, krooninen kipu näyttäytyy eri alueilla aivokuvauksissa kuin akuutti kipu. Akuutti kipu näkyy aivokuvissa sensorisilla aivoalueilla ja krooninen kipu näyttäytyy niillä aivoalueilla, jotka liittyvät kognitioon, emootioihin ja motivaatioon. (Saariaho ym., 2020, s. 363.) Tästä seuraa, että CBT:n avulla voidaan auttaa potilasta vaikuttamalla suoraan siihen, miten potilas kokee kivun (kipuongelma), potilaan kipukäyttäytymiseen, tunnereaktioihin, jotka liittyvät kipuun, potilaan uskoon, ”katastrofointitaijumukseen” sekä elimellisiin seikkoihin kuten lihaskäntynytään (Estlander, 2003, s. 84, s. 184).

Kartoittamalla yksilöllisesti potilaan biopsykososiaalisen viitekehyksen kokonaisuus, löydetään ne tekijät, joihin voidaan keskittyä CBT-terapiassa. Tässä

yhteydessä on myös tärkeää kartoittaa potilaan fyysiset tuntemukset kivusta (esimerkiksi kivun voimakkuus, ajallisuus, paikka) sekä kivun laadulliset ilmenemis-
muodot (esimerkiksi tylppä, musertava, polttava yms.), joka myös ilmentää kivun
merkitystä ja tunnepuolta. Moni kipupotilas saattaa myös kokea, että hänen kipu-
kertomustaan tai kipukokemustaan ei ole otettu vakavasti hoitopolun eri vai-
heissa. (Saariaho ym., 2020, s. 368–369.)

Estlander painottaa kuten Roberts (1986), että lihasjännitystä voi esimerkiksi op-
pia säätelemään rentoutuksella. Samalla potilaan kipuaistimus voidaan muuttaa
esimerkiksi hypnoosin avulla. Potilaan muuttaessa ajatus- ja toimintatapojaan
(CBT- terapian avulla) liittyen kipuun, hän saattaa kokea helpotusta tunneongel-
missaan ja ihmissuhteissaan. Hän oppii vähentämään varomista, passiivisuutta
tai lääkkeiden käyttöä apukeinona. (Estlander, 2003, s. 184–185.)

Muutos yhdellä kipuongelman osa-alueella johtaa todennäköisesti myös muutok-
seen toisella alueella. Ajatusten muuttuessa myönteisempään suuntaan, käyttäy-
tyminen ja tunteetkin muuttuvat. Potilas muuttuu aktiivisemmaksi, kun pelko-vält-
tämiskäyttäytyminen vähenee ja toivo lisääntyy. Kun potilas muuttaa toimintata-
pojaan esimerkiksi lisäämällä fyysistä aktiiviteettia ja erilaisia rentoutumismene-
telmiä, hänen käsityksensä itsestään ja siitä, mihin hän itse pystyy, johtavat sii-
hen, että hänen tunnetilansa muuttuu. (Estlander, 2003, s. 185; Saariaho ym.,
2020, s. 367.)

Estlander katsoo Härkäpään (1992) sekä Main & Bookerin (2000) tavoin, että
pystyvyydellä tarkoitetaan, että potilaan käsitys omasta selviytymisestään on
myönteinen. On huomattu, että selkäkipupotilaat suhtautuvat usein kielteisesti
omaan suorituskykyyn, ja jaksamiseen (esimerkiksi liikkuminen, istuminen ja fyy-
siset ponnistukset). Jos pystyvyyuskäsitys on kielteinen, selkäkipupotilas välttää
näitä toimintoja ja tämä lisää passiivisuutta ja sosiaalista eristäytymistä. (Estlan-
der, 2003, s. 84–85.)

Estlander painottaa kuten Linton & Skevington (1999) sitä, että pystyvyyskäsitteet ovat kivun kanssa elämisen osalta ratkaisevassa asemassa, koska ennuste siitä, miten potilas hyötyy saamastaan hoidosta, kuinka hänen kehonsa reagoi ja selviytyy kiputilanteesta, riippuu näistä. (Estlander, 2003, s. 84–85).

Potilas käyttää erilaisia kivun käsittelykeinoja. Nämä ovat usein yhteydessä kivun voimakkuuteen sekä kivun laadulliseen merkitykseen hänelle. Myös pystyvyyskäsitteet vaikuttavat. On huomattava, että potilas yrittää selviytyä kivusta samalla kun hän yrittää pärjätä myös elämän muilla alueilla. Kovan kivun käsittelykeinoja ovat esimerkiksi, että potilas: yrittää ajatella tai tehdä muuta, haluaa olla yksikseen, yrittää rentoutua, tekee voimisteluliikkeitä tai yrittää ajatella, että kipukohta loppuu. (Estlander, 2003, s. 85–89.)

Nykyään pitkäaikaisten ja haittaavien kehollisten oireiden kuntoutusohjelma voi tehdä itse kotona esimerkiksi nettiterapian muodossa kymmenen viikon ajan. Nettiterapia on maksuton, mutta edellyttää lähetettä lääkäriltä. Nettiterapiassa oppii muun muassa miten omat ajatukset ja oma toiminta vaikuttaa hermostoon sekä miten oman toiminnan kautta voi vaikuttaa elimistön stressitilaan. (Mielen-terveystalo, i.a.)

Myös jotkut työnantajat tarjoavat työntekijöilleen matalan kynnyksen mielenterveyspalveluja pitkien poissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden välttämiseksi. Esimerkkinä tästä on S-ryhmän asiantuntijaorganisaatio SOK. Työnantajana SOK tarjoaa lyhytpsykoterapiaa ja matalan kynnyksen keskusteluavun sähköisten palveluiden käyttöä työntekijöilleen esimerkiksi chat-palveluna tai videoyhteydellä saatavaa sparrausta psykologin tai psykoterapeutin kanssa. Nämä palvelut ovat arvokkaita työntekijän näkökulmasta inhimillisesti katsottuna, mutta palveluihin satsattu euromäärä on ollut taloudellisesti kannattavaa myös työnantajalle SOK:lle, esimerkiksi vähentyneinä poissaoloina. (S-ryhmä, i.a.)

3.4 Kognitiivisfunktionaalinen terapia

Kognitiivisfunktionaalinen terapia (jäljempänä ”CFT” tai ”CFT-terapia”) on perinteisesti käytetty pitkittyneen alaselkävivun fysioterapiassa ja on edellisessä alaluvussa kuvatun CBT:n työotteen alaryhmä (Karila ym., 2020; O’Sullivan ym., 2018.). Tämä työote on viime vuosien aikana todettu varsin tehokkaaksi, joten käsittelen työotetta lyhyesti CBT:n ohessa tässä opinnäytetyössä.

CFT-terapiassa fokusoidaan kolmeen ydintehtävään potilaan asettamien arvojen ja tavoitteiden valossa. Ensinnäkin fysioterapeutti tai muu vastaava ammattihenkilö auttaa TULE-kipupotilasta ymmärtämään kipunsa potilaan omassa kontekstissa eli potilaan oman narratiivin (kipukokemuksen) puitteissa. Tämän jälkeen kehitetään tehokkaita työkaluja kivun kontrolloimiseksi eli pureudutaan TULE-kipupotilaan negatiivisiin uskomuksiin ja tunneperäisiin reaktioihin kipuun. Reaktioita voidaan muuttaa ja potilas voi fysioterapeutin avulla oppia tekemään askareitaan ja tehtäviään toisella tavalla ja esimerkiksi erilaisilla liikkeillä kuin aikaisemmin. Kolmantena interventiona tässä työotteessa on potilaan mahdollisten ei-toivottujen elämäntapojen muuttaminen. (O’Sullivan ym., 2018.)

4 OSATYÖKYKYISTEN TYÖLLISYYTTÄ LISÄÄVÄT YHTEISKUNNALLISET HANKKEET JA TOIMENPITEET

4.1 Valtionyhtiö Työkanava Oy

Työkanava Oy-nimisestä osakeyhtiöstä annetun lain 1–2 §:n mukaan (L 242/2022) Suomeen perustettiin 1.7.2022 valtionyhtiö, jonka tehtävänä on työllistää työttömiä korkeimman työllistymiskynnyksen omaavia osatyökykyisiä henkilöitä ja tukea heitä siirtymisessä välityömarkkinoiden kautta avoimille työmarkkinoille.

Edellä kuvatun lain esitöiden (HE 198/2021) mukaan Työkanava Oy (jäljempänä ”Työkanava”) toimisi viimesijaisena keinona työllistää osatyökykyinen työtön työnhakija, kun muut toimintavaihtoehdot on selvitetty ja käytetty. Osatyökykyisiä työttömiä työnhakijoita ohjautuisi työ- ja elinkeinotoimiston kautta Työkanavan asiakkaiksi. Myös Kansaneläkelaitos ja sosiaaliviranomaiset voisivat ehdottaa osatyökykyisiä asiakkaitaan työ- ja elinkeinotoimistolle Työkanavan palvelujen piiriin.

Edellytyksenä olisi lain (L 242/2022) 4 §:n mukaan, että osatyökykyisellä työttömällä työnhakijalla olisi pitkäaikainen selkeä rajoittuneisuus työkyvyssään. Tämä rajoittuneisuus olisi todennettavissa lääkärintodistuksella tai muulla lääketieteellisellä lausunnolla, jonka perusteella ilmenisi vamman tai sairauden vaikutukset työtehtävien hoitamiseen. Myös työnhakijan muut terveydentilaan liittyvät seikat kuten työ- ja toimintakyky sekä vamman tai sairauden haittaavuuden kesto tulisi ottaa huomioon. Tämän lisäksi edellytetään, että osatyökykyinen työtön työnhakija on halukas tekemään työtä.

Työkanavan tehtävänä on työnantajana toimiminen suhteessa osatyökykyisiin työntekijöihin, joille se tarjoaa työtä Työkanavan asiakasyrityksissä. Asiakasyritykset ostavat siten Työkanavalta osatyökykyisen työpanoksen. Samalla Työkanava varmistaa, että osatyökykyiset työntekijät pääsevät niiden julkisten palvelujen piiriin, joihin he ovat oikeutettuja työterveyshuollon lisäksi. Kyseisten työntekijöiden kyky ja osaaminen voidaan vahvistaa niin, että heille tarjotaan erilaisia palveluita kuten esimerkiksi ”työssävalmentaja” tai työkykykoordinaattori. (Työ- ja elinkeinoministeriö, i.a.-b.)

4.2 Sijoita- ja valmenna malli

Sijoita -ja valmenna (”Individual Placement and Support”) - malli (jäljempänä ”IPS- malli”) on näyttöön perustuvan tuetun työllistymisen malli. IPS-malli, joka on kehitetty Pohjois-Amerikassa, perustuu siihen, että jokainen, joka haluaa työskennellä voi sitä tehdä, avoimilla työmarkkinoilla, oikeanlaisten tukitoimien avulla työhönvalmennuksen avulla. (Harkko ym., 2018, s. 6.)

IPS-malli on tutkitusti vaikuttava. Se on tehokas työllistymisen väline, koska mahdollisuus työllistyä avoimille työmarkkinoille on kaksinkertainen, mikäli henkilö on osallistunut IPS-mallin mukaiseen työhönvalmennukseen. (Harkko ym., 2018, s. 10.) IPS-malli voidaan hyödyntää eri asiakasryhmien osalta, koska malli on epäspesifinen diagnoosin osalta (Harkko ym., 2018, s. 22–23). Malli on käytetty eritoten mielenterveyskuntoutujien parissa, mutta se näyttäisi olevan erittäin käyttökelpoinen myös pitkäaikaisista kivuista kärsiville (Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma, 2022; Paavonen ym., 2021, s. 59). Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriö rahoittaa alueellisia IPS-mallin mukaisia kokeiluja viidellä paikkakunnalla Suomessa 1.5.2020–31.12.2024 (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2023d).

Tämän mallin mukaisesti pyritään auttamaan osatyökykyistä kuntoutujaa pysymään nykyisessä työssään tai kiinnittymään uuteen työpaikkaan, henkilön oman osaamisen ja työkuvan kiinnostavuuden perusteella (Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma, 2022). Kuntoutujalle nimetään ”työssävalmentaja”, joka tukee kuntoutujaa, työnantajaa ja myös työyhteisöä IPS-mallin mukaisen työhönvalmennuksen eri vaiheissa. Valmentaja käy myös työpaikoilla, osallistuu työelämäverkostoitumiseen ja voi olla mukana kuntoutujan hoitotapaamisissa. (Työturvallisuuskeskus ym., 2022.)

Tärkeää on Paavosen ym. mukaan, joka mukailee Rødevandia (2019), että kuntoutujan työkykyä koskeva kipukuntoutus on kytketty työhön. Ratkaisevaa on myös, että työnantaja sitoutuu kuntoutuksen läpiviemiseen. Kuntoutujan työtehtäviä on myös pystyttävä joustavasti räätälöimään. Työpaikoilla pitäisi myös olla tietoa pitkäaikaisen kivun etiologiasta ja siitä, miten pitkäaikainen kipu rajoittaa henkilön toimintakykyä ja työssä selviytymistä. (Paavonen ym., 2021.)

4.3 Paikka auki-ohjelma

Paikka auki-avustusohjelma kuuluu Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen. Ohjelman perusteella sosiaali- ja terveysalan järjestöt voivat hakea avustusta työntekijän palkkaamisessa. Avustuksen määrä on 100 % työntekijän kuluista. Tämän ohjelman kautta haettavissa olevat työpaikat on tarkoitettu kaikille

osatyökykyisille iästä riippumatta, sekä alle 30-vuotiaille työttömille nuorille. (Paikka auki-avustusohjelma, i.a.)

Ohjelman tavoitteena on työllistää vaikeasti työllistyvät henkilöt vuodeksi äsken kuvatuissa järjestöissä, niin että työllistyminen avoimilla työmarkkinoilla jatkossa helpottuisi (Paikka auki-avustusohjelma, i.a.). Viime kevään aikana 315 järjestöä haki Paikka-auki avustuksia. Ohjelmaan osallistuneiden työttömyys väheni 50 %:illa. (Paikka auki-avustusohjelma, i.a.)

4.4 Sosiaaliset yritykset ja kolmannen sektorin järjestöt

Sosiaaliset yritykset palkkaavat erityisesti osatyökykyisiä ja pitkäaikaistyöttömiä, koska se on tämän yhtiömuodon tarkoitus. Sosiaalisten yritysten työllistämistä työntekijöistä vähintään 30 % on oltava vajaakuntoisia tai vajaakuntoisia ja pitkäaikaistyöttömiä saman osuuden verran. Sosiaaliset yritykset voivat toimia kaikilla aloilla ja saavat myös tuottaa voittoa. Kaikille työntekijöille maksetaan työehtosopimuksen mukaista palkkaa. (Työ- ja elinkeinoministeriö, i.a.-b.)

Sosiaalisten yrityksen rekisteriin oli merkitty kaksikymmentä yritystä 1.10.2021 mennessä. Yritysten toimiala vaihtelee suuresti ja esimerkkeinä rekisteröidyistä sosiaalisista yrityksistä ovat kuntosalitoiminta, keramiikan valmistus, lahjatavaroiden vähittäiskauppa, liikunta- ja siivouspalvelut, kahvila- ja ravintolatoiminta. (Työ- ja elinkeinoministeriö, i.a.-c.)

Kolmannella sektorilla on myös erilaisia järjestöjä, jotka toimivat vammaisten ja osatyökykyisten puolesta esim. erinäisten hankkeiden puitteissa. Esimerkkeinä tästä ovat Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö sr. (VAMLAS) sekä edellä mainittu Vates-säätiö sr. (Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö sr., 2017; Vates-säätiö sr., i.a.-a.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TYÖELÄMÄKUMPPANI

5.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla ja koota tutkittua tietoa siitä, miten voidaan yhteiskunnallisesti ja yksilötasolla auttaa ja tukea osatyökykyisiä TULE-kipupotilaita pitkäaikaisessa kivunlievityksessä, toimivuudessa sekä työelämäosallisuudessa. Tavoitteena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millä tavalla TULE-kipupotilas voi vähentää kroonisen kivun haittavaikutuksia elämässään ja samalla lisätä osallisuutta, toimijuutta ja elämänlaatua?
2. Millä tavalla osatyökykyisten TULE-kipupotilaiden työelämäosallisuutta voidaan yhteiskunnallisesti lisätä?

Opinnäytetyön tavoitteena on siten tuoda lisää tietoa yleiskatsauksen tavoin siitä, miten yhteiskunnallisella tasolla voidaan työllistää osatyökykyisiä TULE-kipupotilaita niin, että yhteiskunta hyötyisi siitä lisääntyvien verovarojen osalta huoltovajeen ollessa kriittisellä tasolla. TULE-kipupotilaan työmarkkina-aseman vakauttamisella hyötyisi hän itse esimerkiksi osallisuuden, elämänlaadun, ja merkityksellisuuden lisääntymisen muodossa. Tämän lisäksi opinnäytetyön tavoitteena on lisätä työnantajien tietämystä siitä, miten voisi heidän keskuudessaan, tutkittujen hyviksi todettujen keinojen avulla lisätä työelämäosallisuutta osatyökykyisillä. Tavoitteena on myös opinnäytetyön perusteella tuottaa työelämäkumppani Suomen Kipu ry:lle ja yhdistyksen jäsenille ja sidosryhmille lisää tietoa ja työkaluja, joita voivat käyttää omassa toiminnassaan. (Akava ry, 2021; Martimo, 2020; Työ- ja elinkeinoministeriö, 2021a, s. 35–51.)

Haluaisin myös tuoda kootusti tietoa opinnäytetyön avulla siitä, miten joidenkin edellä kuvatun kipua koskevan Käypä hoito- suosituksen mukaisten lääkkeettömien hoitojen avulla, TULE-kipupotilas voisi itse aktiivisella toiminnalla saada helpotusta kipuihinsa, jolloin hän ei olisi kipujensa uhri ja ainoastaan lääkkeen tai

erilaisten hoitojen passiivinen vastaanottaja. Tällöin toimijuus olisi TULE-kipupotilaalla itsellään eikä hän olisi olosuhteidensa vanki.

5.2 Opinnäytetyön työelämäkumppani

Suomen Kipu ry on vuonna 1992 perustettu voittoa tavoittelematon etu- ja yhteistyöjärjestö. Yhdistyksen tehtävänä on muun muassa vertaistukitoiminnan kehittäminen kivunhoidossa, kipupotilaiden edunvalvojana toimiminen, kivunhoidosta tiedottaminen sekä tukea tutkimusta kivusta. (Suomen Kipu ry, i.a.-b.)

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA on mukana tukemassa Suomen Kipu ry:n toimintaa. Myös monet kunnat ovat mukana rahoittamassa Suomen Kipu ry:n paikallista vertaistoimintaa. (Suomen Kipu ry, i.a.-b.) Monet vapaaehtoiset ovat myös mukana yhdistyksen toiminnassa (Suomen Kipu ry, i.a.-b.).

Tärkeä osa Suomen Kipu ry:n toiminnassa on vertaistukitoiminta. Vertaistukiryhmät kipupotilaille kokoontuvat joko paikan päällä tai etäyhteydellä. Myös vertaistukea voi saada soittamalla ”kipuluuriin.” (Suomen Kipu ry, i.a.-d.)

Työelämäkumppanin kanssa on sovittu, että esittäisin keväällä 2023 webinaarissa tämän opinnäytetyön tutkimustulokset Suomen Kipu ry:ssä. Suomen Kipu ry julkaisee myös kotisivuillaan opiskelijoiden opinnäytetyöt niiden valmistuttua.

6 AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

6.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jonka perusteella laaditaan yleiskatsaus esillä olevasta aiheesta ja luokitellaan erilaisia ominaisuuksia ilman tiukkoja ja tarkkaviivaisia sääntöjä. Myös kirjallisuuskatsauksen tausta-aineistot ovat usein laaja-alaisia ja aineiston valintaan ja sen rajaamiseen ei käytetä metodisia sääntöjä. Kirjallisuuskatsaus voi olla kuvaileva. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi olla luonteeltaan myös narratiivinen, jolloin ei tuoteta analyttistä tulosta vaan kootaan tutkimustietoa sanallisesti ja tuodaan lukijalle kokonaiskuva aiheesta. Hoitotieteissä onkin yleistä, että kuvataan tiettyä ilmiötä ja samalla tutkitaan tähän liittyviä taustatietoja ja niiden suhdetta kuvailtavaan ilmiöön. Hoitotieteissä käytetään myös usein narratiivisia kirjallisuuskatsauksia ja ei ole harvinaista, että uusia hoitosuosituksia voidaan perustaa kirjallisuuskatsauksiin. (Aveyard, 2019, s. 1–17; Kankkunen ym., 2017, s. 91–101; Salminen, 2011, s. 6–11, 38.)

Tutkimusmenetelmäksi olen valinnut kuvailevan narratiivisen kirjallisuuskatsauksen, koska ajattelen että tutkimusmenetelmä sopii hyvin tutkittavan aihepiirin ja siihen liittyvän tietoperustan vuoksi. Tutkimuksen kohteena olevat ilmiöt ja tausta-aineistot ovat laajat, joskin selkeät. Jotkut valitun tutkimusmenetelmän mukaan verrattain väljästi laadittujen tutkimuskysymysten taustalla olevat ilmiöt ovat tällä hetkellä muutosten kohteena, joko uuden lainsäädännön tai uusien neurobiologisten tutkimustulosten vuoksi. Tästä seuraa, että kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista systemaattisesti koota näitä myös poikkitieteellisiä, taustalla vaikuttavia seikkoja ja muuttujia selkeäksi kokonaisuudeksi yleiskatsaukseksi. (Aveyard, 2019, s. 15; Kankkunen ym., 2017, s. 94; Salminen, 2011, s. 6.)

6.2 Aineiston keruun menetelmät

Aveyard viittaa erityyppiseen kirjallisuuteen opinnäytetöitä varten sosiaali- ja terveysalalla, ja painottaa, että tutkimuskirjallisuuteen kuuluva kirjallisuus (”research literature”) olisi kirjallisuuskatsauksessa luontevin vaihtoehto kirjallisuuskatsauksen ominaisuuksien vuoksi (Aveyard, 2019, s. 41–49).

Olin jo opintojen alkuvaiheessa päättänyt, että tulen laatimaan opinnäytetyön TULE-kipupotilaiden kroonisesta kivusta ja osatyökykyisyydestä. Olen siitä syystä seurannut tarkkaan tutkimuskysymyksiä koskevaa lainsäädäntöä, hankkeita ja mediassa esitettyjä uutisia sekä kerännyt opinnäytetyölle omaa tietokantaa tästä tietokokonaisuudesta. Aloittaessani opinnäytetyötä koskevan suunnitelman tekemisen elokuussa 2022, minulla oli noin kymmenen aiheeseen liittyvää sähköistä lähdettä valmiina. Tämän jälkeen suunnittelin opinnäytetyön teoreettista käsitteistöä kuten kipu, krooninen kipu, osatyökykyisyys, toimintakyky, työelämäosallisuus yms. Käytettäessä näitä käsitteitä myös hakusanoina, Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin kampuksen kirjastossa, Diak Finnan tietokannasta löytyi suurempi määrä tutkimuskirjallisuutta, joka valikoitui opinnäytetyön tietoperustaksi. Samojen hakusanojen perusteella löytyi manuaalisen haun kautta muutama sähköinen tieteellinen lähde. Tämän lisäksi löytyi yksi äänikirja ja muutama aiheeseen liittyvä tietokirja omasta kirjahyllystä. Valittavan tutkimusmenetelmän osalta löytyi tutkimuskirjallisuutta (kaksi kirjaa) Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin kampuksen kirjastosta yhden sähköisen lähteen lisäksi (Vaasan yliopisto). Kivun etiologian osalta poissulkukriteerinä oli ennen vuotta 2000 julkaistut teokset ja tutkimusmenetelmän osalta noin kymmenen vuotta vanhat teokset. Muutoin ajallisena poissulkukriteerinä oli teoria -ja käsitteet osion osalta maksimissaan noin viisi vuotta vanha tietoperusta.

Esitin opinnäytetyön suunnitelman 5.10.2022, jonka jälkeen ryhdyin tutkimaan tietokantoja, jotka sisältävät hoitotieteellisiä julkaisuja kuten Cinahl, Cochrane Library, MedLine, PubMed ja ProQuest (Liite 1–2). Suoritin myös manuaalista hakua löytääkseni suomalaisia tutkimuksia aiheesta, joita oli vaikea löytää tietokannoista. Tieteellisten tutkimusten osalta, jotka liittyvät kirjallisuuskatsauksen tutkimustuloksiin aikaikkuna haulle oli pääasiallisesti vuodet 2012–2022.

Pyrkimyksenä oli myös löytää laadukkaita, vertaisarvioituja tieteellisiä artikkeleita ("research article"), joista löytyi koko teksti tietokannassa.

Kielellinen sisäänottokriteeri teoriaosuutta koskevassa tiedonhaussa oli suomi, ruotsi ja englantia. Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten osalta kielellinen sisäänottokriteeri oli suomi ja englantia. Tämän lisäksi olin suunnitellut, että jatkaisin tiedonhakuja Diak Finnasta sekä tein manuaalista hakuja koko prosessin aikana. Samalla täydensin teoriaperustaa ja käsitteistöä, jos tutkimustuloksista löytyi näkökulma, joka edellytti teoriaperustan muokkaamista, kuten esimerkiksi työtöteesta CFT:stä saadut erittäin hyvät tulokset. Työelämäkumppani Suomen Kipury toimitti ystävällisesti myös aineistoa opinnäytetyötä varten. Minua yllätti suomalaisten tutkimusten vähäisyys esillä olevassa aihepiirissä.

6.3 Kuvaus tutkimusaineiston käsittelystä ja analyysistä

Salminen viittaa Finkin (2005) malliin kirjallisuuskatsauksen laatimisesta, kun hän kuvailee niitä vaiheita, joita tarvitaan tutkimusaineiston käsittelyssä ja analyysissä. Ensin aloitetaan valitsemalla tutkimuskysymykset kirjallisuuskatsaukseen. Tämän jälkeen valitaan tietokannat, jotta voisi hakea tutkittua tietoa. Sitten luodaan hakutermit, jonka jälkeen valitaan käytännön seuloja kuten esimerkiksi tutkimuksen kieli ja sen valmistusvuosi. Tällä pyritään varmistamaan tutkimusten tieteellisen laadun arviointi. Näiden työvaiheiden jälkeen suoritetaan lopuksi itse kirjallisuuskatsaus, jonka jälkeen voidaan tehdä yhdistely eli synteesi tuloksista. (Salminen, 2011, s. 11.)

Jaoin tämän mukaisesti tutkittavat aiheet osa-alueisiin tutkimuskysymysten perusteella. Tutkimuskysymykset muuttuivat jonkin verran syksyn 2022 aikana, Diakoniamattikorkeakoulun opinnäytetyötä koskevan ohjauksen sekä työelämätaimon toivomusten vuoksi. Työelämätaimo toivoi työelämäosallisuuden näkökulmaa opinnäytetyöhön.

Kroonisen kivun haittavaikutusten vähentäminen TULE-potilaan oman aktiivisuuden valossa perustui tiedonhakuun hakusanojen CFT, CBT, ja liikunnan perusteella. Työelämäosallisuuden ulottuvuudet jaoin omiksi hauiksi. Löysin yhteensä

kymmenen ulkomaista tutkimusta ja yhden kotimaisen tutkimuksen, joita pystyin hyväksymään kirjallisuuskatsaukseeni. Jaoin tämän mukaisesti tulokset seuraaviin ryhmiin, jonka jälkeen tein synteesin tuloksista:

1. CFT vai CBT – kumpi on tehokkaampi?
2. CBT vai hoitojonossa odottaminen / lääkärikäynnit?
3. Liikunnan vaikutus kipuun ja toimintakykyyn.
4. Fysioterapia ja liikunta verrattuna CFT:hen.
5. Työhön paluu ja CBT.
6. Ohjattu liikunta työpaikalla vai itse toteutettu liikunta kotona kirjallisen ohjeen perusteella?
7. ”Telekuntoutus” laituskuntoutuksen jälkeen ja sen vaikutus työelämäosallisuuteen.
8. Kuntoutus ja siihen liitetty ”työmoduli” verrattuna pelkkään kuntoutusohjelmaan.
9. Työntekijän henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikutus työelämäosallisuuden tasoon.
10. Esihenkilön johtamistyyli ja työjärjestelyt työelämäosallisuutta muuttavana tekijänä.
11. Kipukuntoutuksen nykytila Suomessa ja siitä johtuva muutostarve.

Edellä kuvatut tiedonhauet, hakusanat ja valintatulokset käyvät ilmi liitteestä 1 ja tutkimustulokset liitteestä 2. Tämän lisäksi alla oleva taulukko kuvastaa synteesin syntyä.

Tutkimustulokset (pääluke 7)	Toimenpide	Tutkimuksen numero liitteessä 2
Alaluku 7.1	CBT- ja CFT-terapian vaikutus krooniseen kipuun.	1,2
Alaluku 7.2	Liikunnan vaikutus krooniseen kipuun.	3,8
Alaluku 7.3	Työelämäosallisuuden lisääminen yhteiskunnallisella tasolla.	4, 5, 6, 7, 9, 10,11
Alaluku 7.4	Kipukuntoutus Suomessa ja siitä johtuvat muutostarpeet	11

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 CBT- ja CFT-terapian vaikutus krooniseen kipuun

Laajassa systemaattisesta kirjallisuuskatsauksessa (59 tutkimusta, yli 5 000 osallistujaa) tutkittiin psykologisten interventioiden tehokkuutta verrattuna aktiivisiin kontrollikäynteihin tai hoitojonossa olemiseen, kroonista kiputilaa sairastavien aikuisten parissa. Potilaiden ikä oli noin 50 vuotta ja heillä oli ollut kroonista kipua noin yhdeksän vuotta. Keskeisinä johtopäätöksiä ja tuloksena oli, että CBT-terapia verrattuna kontrollikäynteihin, tuotti kivun, haitan ja tuskaisuuden kannalta pienen tai hyvin pienen hyödyn potilaalle. Pieniä hyötyjä todettiin kontrolliryhmässä, joka oli ollut CBT:n kohteena, verrattuna hoitojonossa olleeseen kontrolliryhmään. Tehokkainta olisi tämän tutkimuksen mukaan, tarjota CBT heti hoidon jälkeen tai viimeistään 6 kuukautta siitä, kontrollikäynnillä, ja samalla identifioida mitkä potilasryhmät hyötyisivät tästä työotteesta eniten. (Williams ym., 2020.)

Toisessa tuoreessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa haluttiin selvittää kumpi työote - CFT vai CBT - on tehokkaampi. Molemmat työotteet ovat esillä olevan tutkimuksen mukaan todettu tehokkaiksi, vaikka kohderyhmät ovatkin erilaiset. CBT on ollut erittäin tehokasta joissakin potilasryhmissä kuten esimerkiksi fibromyalgiapotilaiden parissa ja naisten keskuudessa, mutta kaikille potilasryhmille kuten esimerkiksi miehille se ei ole yhtä tehokasta. CFT keskittyy potilaan kipukokemukseen ja hänen omaan reaktioonsa kipuun. Kipukäyttäytyminen ehdollistuu monessa tilanteessa potilaan kannalta huonolla tavalla. CFT:n avulla potilaan ehdollistunut kipukäyttäytyminen puretaan toiminnallisesti ja yksilöllisesti uusien ajatusmallien, altistusharjoitusten ja kipuihin liittyvien uusien ydinuskosten perusteella, jolloin potilas pystyy muuttamaan elintapojaan. Tässä työotteessa toimintakyky ja mieliala on keskiössä kivun mittaamisen sijasta. (Hadley ym., 2021.)

7.2 Liikunnan vaikutus krooniseen kipuun

Uuden vuonna 2022 laaditun systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kohteena oli ollut yksitoista tutkimusta. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää vähentääkö aerobinen liikunta kuten kävely, pyöräily ja astelu (stepping) herkistymistä kivulle henkilöillä, joilla on muskuloskeletaalista kipua. Tämän lisäksi haluttiin selvittää minkä tyyppistä liikuntaa ja mikä liikunnan määrä vähentää herkistymistä kivulle. Myös liikunnan intensiivisyys tutkittiin kivunlievityksen osalta. (Tan ym., 2022.)

Aerobinen liikunta vähensi tämän tutkimuksen perusteella muskuloskeletaalisesta sairaudesta kärsivien koehenkilöiden herkistymistä kivulle (hypoalgeesia) tehokkaasti. Heikentynyt kipuherkkyys saavutettiin tutkimuksessa kävelyn tai pyöräilyn avulla submaksimaalisella intensiivisyydellä. Kivun väheneminen edellytti 4–60 minuutin pituista kävelyä tai pyöräilyä ja toistuvuutta 3–5 kertaa per viikko 2–12 viikon ajan. (Tan ym., 2022.)

Satunnaistetussa kontrolloiduissa vertailututkimuksissa verrattiin CFT:n tehoa manuaaliseen terapiaan ja liikuntaan koskien potilaita, joilla oli epäspesifinen krooninen alaselkäkipu. CFT vähensi merkittävästi - liikuntaa sekä manuaalista terapiaa enemmän - toimintakyvyttömyyttä, masennusta, ahdistuneisuutta sekä kipuun liittyvää pelkoa, mutta ei kivun voimakkuutta. (Kjartan ym., 2019.)

7.3 Työelämäosallisuuden lisääminen yhteiskunnallisella tasolla

Koska kivun voimakkuus ei suoranaisesti ole toimintakyvyn mittari, niin haluttiin haastattelututkimuksen avulla selvittää ja löytää työstä johtuvan alaselkäkipun tapauksissa työhön paluuseen liittyviä psykososiaalisia tekijöitä sekä miten niihin voisi vaikuttaa. Johtopäätöksenä ja tuloksena oli, että potilaan kipuun liittyvä välttämiskäyttäytyminen, "katastrofointitaipumus" pelon osalta ja työntekijän oma luottamuksen puute liittyen työhön paluuseen ovat tekijöitä, joihin CBT:n perusteella voidaan vaikuttaa. (Besen, 2014.)

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin millä työnjohdollisilla strategioilla voisi helpottaa tutkimuksen kohderyhmän eli kroonisen niska- ja selkävun potilaita, työelämäosallisuuden vahvistamisessa, erilaisia riskejä vähentämällä. Näistä työkaluista sairauksien ehkäisy, työhön paluu ja tilanteen pitkäaikainen seuranta ja hallinnointi oli tutkimuksen fokuksessa. Tutkittiin muun muassa työpaikalla tehdyn ohjatun voimaharjoittelun tehokkuutta verrattuna kotona (kontrolliryhmä) itsenäisesti tehtyyn voimaharjoitteluohjelmaan kirjallisen ohjeen avulla. Tutkimuksen johtopäätöksenä ja tuloksena oli, että kummankin ryhmän osalta kipu väheni oleellisesti, mutta työpaikalla tehdyn ohjatun voimaharjoittelun lopputuloksena oli lisäksi se, että, työntekijöiden kipu väheni vielä enemmän kontrolliryhmään verrattuna. Myös toimintakyky parani ensimmäisessä ryhmässä. Toisijaisia myönteisiä tuloksia olivat muun muassa työtyytyväisyyden lisääntyminen, lisääntynyt halu liikkua, hyvä olo, enemmän energiaa perheelle ja ystäville sekä terveellisempi ruokavalio. (Skamagki ym., 2018.)

Poikittaistutkimuksessa tutkittiin, onko työntekijöiden henkilökohtaisilla ominaisuuksilla eroa. Työntekijöillä oli kroonista epäspesifistä muskuloskeletaalista kipua. Moni, joka kuuluu tutkimuksen kohteena olleeseen potilasryhmään, ei hae sairauslomaa, konsultoi lääkäriä tai hae ammatillista kuntoutusta, vaan on töissä. Tutkimuksen tavoitteena oli siten selvittää, mitkä ovat ne henkilökohtaiset ominaisuudet biopsykososiaalisen mallin mukaisesti, niillä työntekijöillä, jotka pysyvät työssä kivusta huolimatta. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että työssä pysyneiden henkilöiden osalta oli vähemmän pelko-välttämiskäyttäytymistä liikuntaan liittyen, vähemmän katastrofiajatuksia, ja tuskaisuutta. Työtä tekevien ryhmän jäsenillä oli myös pienempi koettu fyysinen haittaa vaivastaan. Aktiivisuustaso oli kuitenkin sama molemmissa ryhmissä. Työntekijäryhmässä koettiin sairaslomalla olleeseen ryhmään verrattuna myös, että työtaakka oli pienempi, hyväksyttiin kipu enemmän sekä minäpystyvyys ja elämänhallinta oli parempi kuin kontrolliryhmässä. (Vries ym., 2012.)

Ammatillisessa kuntoutusketjussa on todettu olevan heikko linkki, kun kuntoutuja siirtyy laitospäätyä kotoon omaan elinympäristön piiriin. 3,5 viikkoa kestäneen laitospäätyä osallistunut kuntoutujaryhmä tutkittiin. Keski-ikä oli 42 vuotta ja osallistujia oli 213 kappaletta. 30 % näistä osanottajista sairasti

muskuloskeletaalista sairautta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, voiko kuntoutuksen jälkeisellä tehostetulla kuuden kuukauden ”telekuntoutuksella” sen henkilön taholta, joka oli ollut kuntoutujan yksilöllisenä koordinaattorina laituskuntoutuksessa, lisätä työelämäosallisuutta kuntoutujilla, joilla oli halu tehdä työtä avoimilla työmarkkinoilla. Tämän satunnaistetun kontrolloidun vertailututkimuksen johtopäätöksenä oli, että interventioryhmällä, joka oli ollut ”telekuntoutuksen” kohteena kuusi kuukautta, oli yhden vuoden jälkeen oleellisesti suurempi työelämäosallisuus. Tästä seuraa, että interventioryhmä oli palkallisessa työssä yhden päivän tai enemmän viikossa verrattuna kontrolliryhmään, joka oli ainoastaan lain edellyttämän perustavanlaatuisen yleisen seurannan kohteena. Työelämäosallisuus interventioryhmällä oli myös laadullisesti laajempaa, verrattuna kontrolliryhmään, osa-aikaisuuden tai kokopäivätyön merkeissä. (Hara ym., 2017.)

Työelämäosallisuutta tutkittiin Alankomaissa retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa. Alankomaissa työelämäosallisuus on sekä työnantajan että työntekijän vastuulla kahden vuoden sisällä sairausloman alkamisesta. Pakottavan lain mukaan työnantajan on tarjottava räätälöityjä työjärjestelyitä sekä palkkaa kahden vuoden aikana työntekijälle. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, oliko olemassa olevaan ammatilliseen kuntoutusohjelmaan, joka koostui liikunnasta, CBT:stä sekä ryhmäkoulutuksesta ja rentoutuksesta työmoduulin lisääminen tehokasta. Johtopäätöksenä oli, että työntekijöillä, joilla oli myönteinen asenne työhön paluun osalta, oli kolme kertaa suurempi todennäköisyys onnistua tavoitteissaan ammatillisen kuntoutuksen jälkeen. Tuloksena oli myös, että ammatilliseen kuntoutukseen liitetty työmoduli olennaisesti ja myönteisellä tavalla lisäsi työelämäosallisuutta. (Beemster ym., 2020.) Tämä vahvistaa Paavosen ym. näkemystä siitä, että työnantajan sitoutuminen työntekijän kuntoutukseen on ensiarvoisen tärkeää (Paavonen ym., 2021, s. 68).

Poikittaistutkimuksessa selvitettiin mikä on esihenkilön rooli työjärjestelyiden osalta, ja miten tämä vaikuttaa työelämäosallisuuteen. Tutkittiin yhdeksäntoista eri aloja edustavaa työnantajaa USA:ssa ja Kanadassa. Työntekijöillä oli fyysisiä työtehtäviä. He olivat saaneet alaselkäkipuja, joko tapaturmaisesti kotona, tai työpaikalla. Tutkimuksen tuloksena oli, että eniten työjärjestelyitä oli niillä

työpaikoilla, joilla esihenkilö käytti "hienovaraista johtajuustyyliä" (considerate leadership style) sekä erilaisia työkyvyttömyyden hallinnointikäytäntöjä, ja joissa esihenkilöllä oli laajahko autonomia tehdä itsenäisiä ratkaisuja työjärjestelyihin liittyvissä asioissa. (Kristman ym., 2016.) Paavosen ym. laajassa tuoreessa alla kuvatussa tutkimuksessa painotetaan myös työjärjestelyjen tärkeyttä ja joustavuutta työelämäosallisuuden mahdollistajana (Paavonen ym., 2021, s. 68).

7.4 Kipukuntoutus Suomessa ja siitä johtuvat muutostarpeet

Tuoreessa vuonna 2021 julkaistussa Kansaneläkelaitoksen tilaamassa suomalaisessa kartoittavassa kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin laajasti (57 tutkimusta tarkasteltu), miten voisi tukea kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden työllistymistä sekä kuntoutumista. Tutkimus ei ole vertaisarvioitu. Potilasryhmän tarpeet ovat tämän tutkimuksen mukaan yksilöllisiä. Kuntoutuksessa olisi hyvä käyttää kestävyys- ja lihasvoimaharjoittelua sekä psykologisia työotteita. Työkykyä ja työssä selviytymistä tukeva kuntoutus tulisi olla moniammatillista ja työhön kytettyä. (Paavonen ym., s. 1–89, 2021.)

Tällä hetkellä Suomessa kyseisen potilasryhmän hoitoon ohjautuminen sekä kuntoutuminen on vaihtelevaa ja sattumanvaraista. Terveystieteiden ammattihenkilöillä ei ole kivun luonteesta (biopsykososiaalinen malli) tarpeeksi tietoa eikä kuntoutuspalveluja ole tarjolla riittävästi kaikille niistä tarvitseville. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa tulisi olla enemmän kipupsykologista tietotaitoa ja muutenkin pitäisi kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaa kivunhoidon ja kipukuntoutuksen liittyvien suositusten mukaisesti. (Paavonen ym., s. 1–89, 2021.)

Palvelujärjestelmään olisi myös tarvetta lisätä Kansaneläkelaitoksen järjestämä kipukuntoutus. Uusi kuntoutuspalvelu voisi olla esimerkiksi ohjattua kipupsykologista ja kipufysioterapeuttista kuntoutusta esim. kyseisten ammattihenkilöiden työparityöskentelyn muodossa. Kipukuntoutusta voisi kohdentaa esimerkiksi henkilöille, joiden kipuongelma on vaikea tai laaja-alainen tai henkilöille, jotka ovat työsuhteessa, tai joiden työstä poissaoloaika on suhteellisen lyhyt. Kipukuntoutus voisi järjestää esimerkiksi ryhmäkuntoutuksen muodossa. Työnantajien

sitouttaminen kuntoutuksen läpiviemiseen lienee yksi tärkeimmistä keinoista tuettaessa kroonisesta kivusta kärsivää työntekijää työhön paluussa. Kuntoutus voisi perustua esimerkiksi yllä kuvattuun IPS-toimintamalliin. Työnantajilla pitäisi olla tietoa kroonisesta kivusta, sen luonteesta sekä sen aiheuttamista rajoituksista työntekijän toimintakykyyn. ”Täsmätyökyvyn” edellyttämiä joustavia työjärjestelyitä tarvitaan myös työpaikoilla. (Paavonen ym., s. 1–89, 2021.)

8 EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (jäljempänä ”TENK”) ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä (jäljempänä ”HTK-ohje”) mukaisesti tieteellinen tutkimus tuloksineen on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ainoastaan, jos hyvän tieteellisen käytännön ohjeita on sovellettu tutkimusta tehdessä. Jokainen tutkija vastaa itse siitä, että hän on tutkimuksessaan noudattanut HTK-ohjeita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 4–7.)

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa muun muassa, että noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyön ja sen perusteella tehtävien tulosten käsittelemisessä. Tämän lisäksi on sovellettava säädettyjä menetelmiä tiedonhankinnassa, tutkimuksessa ja arvioinnissa. Muiden tutkijoiden julkaisuihin on viitattava asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012, s. 4–7.) Salminen painottaa Haaparannan ja Niiniluodon (1986) tavoin tutkimuksen objektiivisuutta, kriittisyyttä, itsekorjautuvuutta ja julkisuutta (Salminen, 2011, s. 1).

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry:n opinnäytetyön eettisen ohjeen opiskelijan muistilistassa korostetaan, että opiskelijan pitäisi olla: perehtynyt aiheeseen, tutustunut tutkimuseettisiin ohjeitukseen, selvittänyt mahdollista esteellisyyttä, solminut tarvittavia opinnäytetyöhön liittyviä sopimuksia ja pyytänyt tarvittavia lupia. Tämän lisäksi korostetaan opinnäytetyön luonnetta julkisena

asiakirjana ja opiskelijan tietoisuutta siitä, että opinnäytetyö tarkistetaan plagiaa-
tintunnistusjärjestelmässä. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry,
2019, s. 14.)

Pyrin koko opinnäytetyön prosessin aikana noudattamaan hyviä tieteellisiä käy-
täntöjä TENK:in HTK-ohjeen mukaisesti. Tavoitteeni oli olla objektiivinen, tarkka
ja erittäin hyvin perehtynyt aiheeseen tutkimustyötä tehdessäni. Pyrin käyttä-
mään laadukkaita vertaisarvioituja tieteellisiä julkaisuja, laadukasta tieteellistä kir-
jallisuutta ja muita tieteellisiä lähteitä eri kielillä. Tiedostin myös vaatimukset kriit-
tisydestä tutkijan osalta.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Millä tavalla voi itse vähentää kroonisen kivun haittavaikutuksia?

Opinnäytetyössä on käsitelty kroonisen kivun haittavaikutuksia tuki- ja liikunta-
elinsairauksista kärsivien potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä on tuotu
esille kroonisen kivun etiologia sekä erilaisia biopsykososiaalisia tekijöitä, jotka
altistavat potilaita krooniselle kivulle ja sen haittavaikutuksille. Opinnäytetyön tar-
koitus oli yleiskatsauksen tavoin, tuoda vastauksia siihen, miten yhteiskunnalli-
sella ja yksilötasolla voidaan auttaa ja tukea osatyökykyistä TULE- kipupotilasta
pitkäaikaisessa kivunlievityksessä, toimijuudessa sekä työelämäosallisuudessa.
Mielestäni opinnäytetyö vastaa näihin kysymyksiin. Teoriaperusta ja johtopäätök-
set tutkimustuloksista ovat yhdenmukaisia. Joitakin yllätyksiä itse kirjallisuuskat-
saus kuitenkin tuotti tutkimustulosten osalta. Minua yllätti se, että CBT-terapia
kivun, haitan ja tuskaisuuden kannalta tuotti pienen tai hyvin pienen hyödyn poti-
laille. (Williams ym., 2020.) CBT on kuitenkin työote, joka käytetään paljon psy-
kososiaalisen tuen menetelmänä. Mutta miettiessäni asiaa tarkemmin, tulin sii-
hen lopputulokseen, että ehkä TULE-kipupotilaan on vaan hyväksyttävä se tosi-
asia, että kivun voimakkuus on mikä se on, kipu aaltoilee ja että sen kanssa on

tultava toimeen. Tässä lienee asian ydin. Myös Estlander korostaa teoksessaan "Kivun psykologia" sitä, että kipupotilas saa apua CBT:stä nimenomaan kipuongelmaansa eli siihen miten hän kokee kivun, sekä tunnereaktioihinsa ja kipukäyttäytymiseensä (Estlander, 2003, s. 184). Esillä olevan tutkimuksen mukaan, potilaat olivat myös kärsineet kroonisesta kivusta noin yhdeksän vuotta keskimäärin, joten CBT:n tuominen osaksi hoitolinjaa jo aikaisessa vaiheessa olisi varmaan ollut tehokkaampaa ja parantanut tutkimustuloksia (Williams ym., 2020).

Opittaessa elämään kivun kanssa, niin CBT ja CFT voivat auttaa TULE-kipupotilasta ajatusten, tunteiden ja toiminnan osalta (Kjartan ym., 2019). Ydinuskomusten ja toiminnan muuttuessa, myös tunne muuttuu ja asenne muuttuu myönteisemmäksi. Estlander toteaa tämän mukaisesti, että muutos yhdellä elämänalueella aiheuttaa kerrannaisvaikutusten muodossa myönteisen muutoksen toisella elämänalueella, jolloin muun muassa pystyvyyskin kohenee (Estlander, 2003, s. 185). Parhaassa tapauksessa toimintakyky lisääntyy, masennus vähenee ja ahdistus hävenee, samalla kun kipuun liittyvä pelko jää taka-alalle. CFT:n avulla TULE-kipupotilas oppii muun muassa tekemään kehon eri liikkeitä eri (oikealla) tavalla, kotiaskareissa ja työssä, jolloin kehon vääränlainen kuormitus ja pelko itse liikkeen tekemisestä vähenee. (Besen ym., 2014; Hadley ym., 2021.)

Liikunnan vaikutus kivunlievitykseen Ahlbeckin ym. (2021) kuvatuilla tavoilla saa vastakaikua kirjallisuuskatsaukseni tutkimuksissa. Yllättävää ei sinänsä ollut, että yhtenä tutkimustuloksena oli, että liikunta auttaa kipupotilaita kivunlievityksessä. "Liike on lääke" - mantra on toistettu pitkään myös Suomessa. Mutta mielenkiintoista oli se, minkälaista liikuntaa, miten paljon sitä pitää harjoittaa, että saadaan aikaan kivunlievitys, joka on pitkäaikaisempi ja tehokkaampi, siitä tutkimukset antoivat selvää osviittaa. Kävely ja pyöräily, joka sopii useimmille TULE-kipupotilaille, olivat erittäin soveltuvia lajeja. Kolmella-viidellä harjoituskerralla viikossa kipupotilaat pääsivät jo 4–60 minuutin aikana erittäin hyviin tuloksiin. (Tan ym., 2022.) Nämä liikuntalajit ovat myös halpoja, ne eivät edellytä kalliita kuntosalikortteja tai muita kalliita osallistumismaksuja. On myös huomattava, että monen TULE-kipupotilaan, joka on joutunut pitkälle sairauslomalle tai työkyvyttömyyseläkkeelle, taloudellisessa tilanteessa on sattunut vähintäänkin romahdus. Silloin on

mahdollista, että kalliisiin liikuntaharrastuksiin ei ole mahdollista osallistua. Mutta ulos luontoon voi mennä reippaalle kävelylle. Se on ilmaista.

9.2 Millä tavalla työelämäosallisuutta voidaan lisätä?

Ohjatun liikunnan harjoittaminen työpaikalla on tärkeä lisä työkyvyn ylläpitämisessä ja työelämäosallisuuden vahvistamisessa. Skamagkin ym. tutkimuksessa oli suorastaan loistavia lopputuloksia. Kipu väheni oleellisesti, toimintakyky parani, työtyytyväisyys ja halu liikkua lisääntyivät myös, kuten hyvä olo. Ajattelen, että tämä on myös työnantajille verrattain huokea keino ylläpitää työntekijöiden työkykyä, ja niille työntekijöille, joilla on jo heikentynyt työkyky, saadaan ”liike on lääke”-periaate käyttöön kätevästi työpaikalla. Ohjattu liikunta työaikana voi olla ratkaisevaa myös toimijuuden kannalta. (Skamagki ym., 2018.)

Tutkimustuloksissa kävi myös ilmi työntekijöiden henkilökohtaisten ominaisuuksien merkitys toimijuuden, toimintakyvyn ja kipuun liittyvien haittavaikutuksen käsittelyssä. Biopsykososiaalisen mallin mukaan työntekijöillä, joilla oli vähemmän pelko- ja välttämiskäyttäytymistä liikuntaan liittyen, vähemmän katastrofijatuksia ja tuskaisuutta pystyivät olemaan työssä, ja heillä oli myös pienempi koettu fyysinen haitta vaivastaan. Näihin asioihin CBT ja CFT vaikuttavat vahvasti. Esitetyt ehdotukset siitä, että halvemmat digiperusteiset iCBT ja iCFT, pitäisi saada laajaan käyttöön, voisi olla jatkossa myös tärkeää, varsinkin jos näiden työotteiden menetelmät standardisoituvat. (Hadley ym., 2021.) SOK-ryhmän tarjoama matalan kynnyksen keskusteluavun mahdollisuus työntekijöille on mielestäni oivallinen (S-ryhmä, i.a.).

Johdon tuki on myös tärkeä työkyvyn ja työelämäosallisuuden kannalta. Niillä työpaikoilla, joilla on laajasti käytössä monimuotoista työympäristöä, rekrytointia ja laajoja työjärjestelyitä, on tutkimusten mukaan ”hienovaraista johtajuutta” käytössä, joka on muita huomioon ottava. (Kristman ym., 2016.) Työntekijän ”kytkeminen työhön” myös kuntoutuksen aikana on erittäin tärkeää Alankomaiden mallin mukaisesti (Beemster ym., 2020). Norjalaisessa tutkimuksessa laituskuntoutuksen jälkeinen ”telekuntoutus” aiheutti selvää määrällistä ja laadullista lisääntymistä työelämäosallisuudessa verrattuna yleiseen seurantaan (Hara ym., 2017).

Suomessa on pitkään ollut vallalla työelämässä ”joko tai periaate”. Joko henkilö on täysin työkykyinen tai sitten hän ei ole työkykyinen laisinkaan. Tässä olisi tärkeä saada asennemuutosta aikaiseksi yhteiskunnallisesti. Oikeilla työjärjestelyillä henkilö voi olla täysin työkykyinen työtehtävään nähden. Tämän tosiseikan osoittaa myös ”Sijoita- ja valmenna malli”. (Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma, 2022.) On myös huomattava, että TULE- sairaudet kipuavat alas ikäryhmiin ja sen tähden jo nuorten työjärjestelyt täytyy tarkkailla ja pitää hyvässä kunnossa, ettei kumuloitunut työtaakka tuki- ja liikuntaelimiin, aiheuta keski-ikässä tai jo sitä ennen TULE-sairauksia, pitkiä sairauslomia, tai työkyvyttömyyseläkettä (Viikari-Juntura, 2018, s. 132–136).

On myös tärkeää huomioida, että kaikki älylaitteet, jotka lapset ja nuoret käyttävät paljon, jo lapsuudesta lähtien, altistavat staattisen jännityksen kautta tuki- ja liikuntaelimiä haavoittuvuuksiin, jotka voivat jo hyvin aikaisessa vaiheessa näkyä näiden lasten ja nuorten työurien alkuvaiheessa aikuisina.

9.3 Ammatillinen kasvu

Tämä opinnäytetyö on tuonut lisää ammatillista kasvua monella tavalla. Olen opinut, miten laaja osatyökykyisten TULE-kipupotilaiden tukemisen kenttä on Suomessa, vaikka se onkin pirstaleinen. Yllätyksenä oli kuitenkin se, että Suomessa kipukuntoutus on yhä sattumanvaraista, vaihtelevaa vähäisine resursseineen sekä että ammattihenkilöiden osaaminen kroonista kipua selittävän biopsykososiaalisen mallin mukaan, on vielä alkeellisella tasolla perusterveydenhuollossa. Sosionomin osaamisvaatimusten eli ”kompetenssien” mukaan sosionomin tehtävänä on muun muassa puolustaa heikossa asemassa olevia yhteiskuntaryhmiä (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2016). Osa-tökykyiset TULE-kipupotilaat ovat usein haavoittuvassa asemassa työmarkkinoilla. Koen, että tämä opinnäytetyö tuo konkreettisia työkaluja tälle yhteiskuntaryhmälle (myös yksilötasolla).

Myös uusi valtionyhtiö Työkanava Oy on minusta hieno lisä tälle usein haasteellisessa asemassa olevalle osatyökykyisten yhteiskuntaryhmälle. Sosiaalisten yritysten vähäisyys oli hienoinen pettymys, olin luullut, että niitä olisi paljon enemmän. Paikka-auki ohjelma on tärkeä mahdollisuus osatyökykyiselle päästä

avoimille työmarkkinoille tuetun työelämäjakson jälkeen. Sijoita ja valmennamalli tuo ”täsmätyökyvyn” soveltamisessa, työelämäosallisuuden osalta, upean työkalun osatyökykyisille. Näitä työkaluja pystyn osatyökykyisille asiakkaille suosittelemaan sosionomin kompetensseihin pohjautuvassa asiakastyössä, koska minulla on tämän lopputyön laatimisen vuoksi tietoa osatyökykyisten palvelujärjestelmän yksityiskohdista. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2016.)

Myös se tosiasia, että niin moni kärsii kivusta tai kroonisesta kivusta, on tärkeä ottaa huomioon, kun tekee työtä sosiaalialalla asiakkaiden kanssa. On varma, että oleellinen osa sosionomin asiakkaista kärsii tai on joskus kärsinyt jopa kovistakin kivuista. Sosionomin kompetensseihin kuuluva eettinen herkkyys asiakastyössä on myös tärkeä tässä suhteessa. Monen kipupotilaan kipukertomusta ei aina kuunnella terveydenhuollossa. Siksi olisi tärkeää, että sosionomi eri tehtävissä toimiessaan, osaisi ottaa huomioon myös asiakkaan kipukertomuksen biopsykososiaalisen mallin mukaisesti, kun suunnitellaan asiakkaalle eri palveluita, ja asiakkaan kohtaamisessa yleisestikin. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2016.)

Suomen Kipu ry painottaakin, että kivun vaikuttaessa laajasti ihmisen koko elämään, kivun hoito ja kuntoutus tulisi olla ”koko elämän kuntoutusta” (Suomen Kipu ry, i.a.-a). Tässä asiakkaan ”koko elämän kuntoutuksessa” sosionomilla on muiden ammattihenkilöiden lisäksi tärkeä rooli. Hän tukee asiakasta muun muassa auttamalla häntä huomaamaan voimavarojaan ja ottamaan niitä käyttöön sosionomin kompetenssivaatimusten mukaisesti. Tällöin asiakkaan osallisuus myös kohenee. (Diakonia-ammattikorkeakoulu, 2016.) Tämä on erittäin tärkeää, koska minäpystyvyyden lisääntyminen on avainasemassa kipupotilaiden toipumisessa kuten yllä todettiin (Estlander, 2003, s. 84–85).

Yllätyin siitä, että suomalaisia tutkimuksia oli niin vähän opinnäytetyöhön liittyvistä tutkimuskysymyksistä. Toivon siksi, että opinnäytetyöni myös kehittää sosiaalialaa tuomalla lisää tietoa yleiskatsauksen tavoin suomeksi eri ulkomaalaisista tutkimuksista TULE-kipupotilaiden kivunlievityksestä, toimijuudesta, osallisuudesta ja elämänlaadusta.

9.4 Jatkotutkimusaiheet

IPS-toimintamallia ja sen vaikuttavuutta on tutkittu Norjassa (Rødevand ym., 2017) ja Iso-Britanniassa (Froud ym., 2020), mutta Suomessa sitä voisi tutkia lisää, kuten Paavosen ym. tutkimuksessa todetaan (Paavonen ym., 2021, s. 72). Mielestäni olisi myös tärkeää tutkia Suomessa, voisiko Alankomaiden kahden vuoden pakottava ”työelämäosallisuussääntö” pitkien sairauslomien tilanteissa, soveltua myös Suomeen (Beemster ym., 2021). Tällöin työntekijä ei jää yksin potemaan huonoa oloaan kotiin vaan kytkös työpaikkaan säilyy sairauslomasta huolimatta.

Kivun voimakkuuden hoitoon on rajallisia mahdollisuuksia ja kaikille potilaille lääkkeetkään ei, silloin kun niitä määrätään, tuo toivottua vaikutusta. Tästä syystä on haluttu tutkia mitä tapahtuu, jos ”siirretään asiakkaan todellisuus” hetkellisesti toiseen todellisuuteen virtuaalilasien avulla, jolloin voidaan CBT:n työotteen keinoin muuttaa aivojen kipuja ylläpitäviä rakenteita aivojen neuroplastisuutta hyväksi käyttäen. Yhdysvaltojen elintarvike- ja lääkeviranomaisen FDA onkin hyväksynyt ”virtuaalilasihoidon” niille kroonista alaselkäkipua poteville potilaille, joilla on laitteelle lääkärin määräys. Virtuaalilasit ovat eri tutkimuksissa vähentäneet kivun voimakkuutta tehokkaasti, ja tuovat toivoa uudesta työkalusta kipupotilaille. (New York Times, 2022; U.S. Food & Drug Administration, 2021.) Suomessa voisi mielestäni myös tutkia miten tämä kivunhallintakeino toimii, ja toimisiko se myös muilla potilailla kuin alaselkäkipusta kärsivillä potilailla.

Suomalainen lääkeyhtiö Orion Oyj on mukana maailmalaajuisessa lääketutkimuksessa, jossa pyritään löytämään kipulääke sekä akuuttiin että krooniseen kipuun, joka vaikuttaa suoraan kivun syntymekanismiin ja juurisyyhyn. Keskiössä on NaV 1.8.-salpaajan hyväksi käyttäminen kivunhoidossa. NaV 1.8.-salpaajalla on tärkeä rooli kivun välittymisessä, koska se on keskeinen, natriumkanavan kipuäikeiden ärtyvyyden säätelyssä. (Orion Oyj, 2022.)

Jokaisen Suomen kansalaisen perustuslaillinen oikeus on ”oikeus tehdä työtä”. Valtiovallan vastuulla on järjestää ne puitteet, joissa jokainen pystyy tekemään työtä oman toimintakykynsä puitteissa, jolloin henkilö on ”täsmätyökykyinen” juuri siihen, hänelle tarkoitettuun yksilöityyn, räätälöityyn tehtävään, diagnoosista riippumatta. Samalla kestävyysvaje kuroutuu umpeen, kun saamme yhteiskuntana kaikkien halukkaiden osatyökykyisten työpanokset tehokkaasti käyttöön vapailla työmarkkinoilla. Lopputuloksena on myös osallisuuden, toimijuuden, merkityksellisyyden ja elämänlaadun koheneminen henkilökohtaisella tasolla osatyökykyisen TULE-kipupotilaan elämässä.

Valtiovallalla on vastuuta työmahdollisuuksien järjestämisestä, mutta niin on yksikölläkin. Tämä tarkoittaa sitä, että myös TULE-kipupotilaan omalla asenteella on vaikutusta. Tutkimusten valossa, niillä työntekijöillä, joilla on myönteinen suhtautuminen työhön paluun osalta pitkän sairasloman jälkeen, pystyy toteuttamaan ammatillisia unelmiaan ja työelämäosallisuuttaan laajemmin, toimintakyvyn vajauksesta huolimatta, verrattuna työntekijään, joka suhtautuu työhön paluuseen negatiivisesti. Tämä kuvastaa minäpystyvyyden tärkeyttä ja on aivan ratkaisevaa TULE-kipupotilaan toipumisessa, työelämäosallisuudessa ja toimijuudessa ja sitä kautta elämänlaadussa. (Estlander, 2003, s. 84–85; Vries ym., 2012.)

LÄHTEET

- Ahlbeck, K., & Hjulström, C. (2021). *Överlista smärtan. Programmerna om din hjärna och få livet tillbaka*. [Audio, Äänikirja]. Bonnier Fakta.
- Akava ry (1.10.2021). *Hyvää tarkoittavat tukitoimet osatyökykyisille vievät toisinaan kauemmas työelämästä*. <https://akava.fi/akavalainen/hyvaa-tarkoittavat-tukitoimet-osatyökykyisille-vievat-toisinaan-kauemmas-työelämästä/>
- Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry (12.9.2019). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset*. <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>
- Aveyard, Helen (2019). *Doing a literature review in health and social care. A Practical Guide* (4. uud. p.). Open University Press: London
- Beemster, T. T., van Bennekom, C. A. M., van Velzen, J. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Reneman, M. F. (2021). Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), s. 72–83. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09893-z>
- Besen, E., Young, A. E., & Shaw, W.S. (2015). Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(1), s. 25–37. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9522-9>
- Diakonia-ammattikorkeakoulu (29.4.2016). *Sosionomi (AMK) -koulutuksesta valmistuneen osaamisvaatimukset eli kompetenssit*. <https://www.diak.fi/opiskelu/opiskelijan-polku/opintojen-suorittaminen/arviointi/osaamisvaatimukset-sosionomi/>
- Estlander, A-M. (2003). *Kivun psykologia*. (1. painos). WS Bookwell: Juva.

- Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto (2021). *Tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet*. <https://osha.europa.eu/fi/themes/musculoskeletal-disorders>
- Granström, V. (2001). *Kipu ja mieli*. Edita Publishing Oy: Porvoo
- Hadley, G., & Novitch, M. B. (2021). CBT and CFT for Chronic Pain. *Current Pain & Headache Reports*, 25(5), s.1–4. <https://doi.org/10.1007/s11916-021-00948-1>
- Hara, K. W., Bjørngaard, J. H., Brage, S., Borchgrevink, P. C., Halsteinli, V., Stiles, T. C., Johnsen, R., & Woodhouse, A. (2018). Randomized Controlled Trial of Adding Telephone Follow-Up to an Occupational Rehabilitation Program to Increase Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), s. 265-278. <https://doi.org/anna.diak.fi/10.1007/s10926-017-9711-4>
- Harkko, J., Lehto, S., Pitkänen, S., & Ala-Kauhaluoma, M. (2018): *Selvitys sijoita ja valmenna- mallin (IPS-mallin) tuloksista ja toimeenpanosta*. Kuntoutusäätiön työseloste 55/2018. <https://kuntoutussaatio.fi/assets/files/2018/11/Sijoita-ja-valmenna-tyoselosteita-55-18.pdf>
- HE 198/2021. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Työkanava Oy- nimisestä osakeyhtiöstä ja siihen liittyviksi laeiksi. Saatavilla 26.9.2022 <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2021/20210198?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Ty%C3%B6kanava>
- Heikkilä, A. (2009). *Siunattu kipu*. (3. painos). Rasalas Kustannus: Helsinki
- Hopper, A. (2014). *Wired for healing. Remapping the Brain to Recover from Chronic and Mysterious Illnesses*. The Dynamic Neural Retraining System™: Victoria B.C. (Kanada)
- Kankkunen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). *Tutkimus hoitotieteessä*. (3.–5. painos). Sanoma Pro Oy: Helsinki.
- Karila, I., Koivisto, M., & Fredriksson, J. (2020). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Kähkönen S., Karila I., Koivisto M., & Holmberg N. (toim.), *Kognitiivisen psykoterapian alku ja kehitys* (s. 14–15) (9. uudistettu painos). Kustannus Oy Duodecim: Helsinki
- Keskinäinen työeläkevakuutusyhtiö Varma (23.3.2022). *Varman ja Spring Housen yksilöllisen työssävalmennuksen IPS-pilotti jatkuu ja laajenee*.

- <https://www.varma.fi/ajankohtaista/uutiset-ja-artikkelit/uutiset/2022-q1/varman-ja-spring-housen-yksilollisen-tyossavalmennuksen-ips-pilotti-jatkuu-ja-laajenee/>
- Kristman, V. L., Shaw, W. S., Reguly, P., Williams-Whitt, K., Soklaridis, S., & Loisel, P. (2017). Supervisor and Organizational Factors Associated with Supervisor Support of Job Accommodations for Low Back Injured Workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(1), s. 115-127. <https://doi-org.anna.diak.fi/10.1007/s10926-016-9638-1>
- L 731/1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perustuslaki>
- L 242/2002. Laki Työkanava Oy- nimisestä osakeyhtiöstä 1.4.2022/242. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220242>
- Läkartidningen (2021). *Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering*. <https://lakartidningen.se/wp-content/uploads/2021/09/21-010.pdf>
- Martimo, K-P. (25.9.2020). *Osittain vai riittävän työkykyinen?* <https://www.ilmari.fi/tietoa-ilmarisesta/ajankohtaista/blogit-ja-artikkelit/blogikirjoitukset/kari-pekka-martimo/osittain-vai-riittavan-tyokykyinen/>
- Mielenterveystalo (i.a.). *Pitkääikaisten ja haittaavien kehollisten oireiden kuntoutusohjelma*. Saatavilla 26.10.2022 <https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/pitko/Pages/default.aspx>
- New York Times (26.4.2022). *Can Virtual Reality Help Ease Chronic Pain?* <https://www.nytimes.com/2022/04/26/magazine/virtual-reality-chronic-pain.html?referringSource=articleShare>
- Orion Oyj (6.5.2022). *Orion ja Jemincare solmivat yksinoikeudellisen sopimuksen koskien kivun hoitoon tarkoitettua opioideihin kuulumatonta lääkekandidaattia*. <https://www.orion.fi/konserni/media/lehdistotiedotteet/2022/orion-ja-jemincare-solmivat-yksinoikeudellisen-sopimuksen-koskien-kivun-hoitoon-tarkoitettua-opioideihin-kuulumatonta-laakekandidaattia/>
- O'Sullivan, P. B., Caneiro, J. P., O'Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K., & O'Sullivan, K. (16.4.2018). Cognitive functional therapy: an integrated behavioral approach for the targeted management of

- disabling low back pain. *Physical therapy*, 98(5), s. 408–423.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzy022>
- Paavonen, A-M., & Karinkanta, S. (2021). *Pitkääikaista kipua koskevien aikuisten kuntoutus. Kartoittava kirjallisuuskatsaus*. Kansaneläkelaitoksen työpapereita 166/2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/337317/Tyopapereita166_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Paikka-auki avustusohjelma (i.a.). *Ohjelma, joka vie nuoria ja osatyökykyisiä jatkopolkuihin*. Saatavilla 29.10.2022 <https://www.paikka-auki.fi/>
- Rostenberg, A. (2018). *Your genius body: A guide for optimizing your genes & changing your life*. Red Mountain Natural Medicine: Boise (USA)
- Saariaho, A., & Saariaho T. (2020). Kognitiivinen psykoterapia. Teoksessa Kähkönen S., Karila I., Koivisto M., & Holmberg N. (toim.), *Krooninen kipu* (s. 362–375) (9. uudistettu painos). Kustannus Oy Duodecim: Helsinki
- Salminen, A. (2011). *Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin*. (Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4). Vaasan yliopisto. https://osuva.uwasa.fi/bitstream/handle/10024/7961/isbn_978-952-476-349-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sirviö, K., & Äijö, M. (19.12.2019). *Iäkkään ihmisen toimintakyvyn tarkastelu suun terveyden edistämisen näkökulmasta*. Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/trv00200>
- Skamagki, G., King, A., Duncan, M., & Wåhlin, C. (2018). A systematic review on workplace interventions to manage chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy Research International*, 23(4), N.PAG. <https://doi.org/10.1002/pri.1738>
- S-ryhmä (i.a.). *Mielenterveystyöllä S-ryhmässä poikkeuksellisen lupaavia tuloksia – ”Työnantajilta vaaditaan kokonaisvaltaista otetta ja tabujen purkua”*. Saatavilla 25.10.2022 <https://s-ryhma.fi/uutinen/mielenterveystyolla-s-ryhmassa-poikkeuksellisen-lu/xfvmPCDK8vrwn4SxYmCWv>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (22.8.2017). *Kipu*. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50103>

- Suomen kipu ry (i.a.-a). *Mitä kipu on?* Saatavilla 18.8.2022 <https://www.suomenkipu.fi/tietoa/>
- Suomen kipu ry (i.a.-b). *Suomen Kipu ry*. Saatavilla 12.9.2022 <https://www.suomenkipu.fi/yhdistys/>
- Suomen kipu ry (i.a.-c). *Kipu ja työ kohtaavat (2021–2023)*. Saatavilla 25.10.2022 <https://www.suomenkipu.fi/yhdistys/hankkeet/kipu-ja-tyo-kohtaavat/>
- Suomen kipu ry (i.a.-d). *Mistä saada tukea kivun kanssa elämiseen?* Saatavilla 12.1.2023. <https://www.suomenkipu.fi/tukea/>
- Tan, L., Cicuttini, F., Fairley, J., Romero, L., Estee, M., Hussain S.M., & Urquhart, D. (2022). Does aerobic exercise effect pain sensitisation in individuals with musculoskeletal pain? A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 23. 10.1186/s12891-022-05047-9. https://www.researchgate.net/publication/358340767_Does_aerobic_exercise_effect_pain_sensitisation_in_individuals_with_musculoskeletal_pain_A_systematic_review
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2022a). *Osallisuus*. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2022b). *Työelämäosallisuus*. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtamien/osallisuuden-edistaminen/tyoelamaosallisuus>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2022c). *Osatyökykyisyys*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/iisisti-toihin/osatyokykyisyys>
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (2023d). *IPS-Sijoita ja valmenna! -kehittämishanke*. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/ips-sijoita-ja-valmenna-kehittamishanke>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (14.11.2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012*. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Työ- ja elinkeinoministeriö (i.a.-a). *Kysymyksiä ja vastauksia Työkanava Oy:stä*. Saatavilla 26.9.2022. <https://tem.fi/kysymyksia-ja-vastauksia-tyokanava>

- Työ- ja elinkeinoministeriö (i.a.-b). *Sosiaalinen yritys*. Saatavilla 29.10.2022 <https://tem.fi/sosiaaliset-yritykset#:~:text=Sosiaalisten%20yritysten%20tarkoituksena%20on%20luoda%20ty%C3%B6paikoja%20erityisesti%20osaty%C3%B6kykyisille,palveluja%20markkinoille%20ja%20tavoittelee%20voittoa%20kuten%20muutkin%20yritykset>.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (i.a.-c). *Rekisteriin merkityt yritykset*. Saatavilla 29.10.2022. <https://tem.fi/rekisteriin-merkityt-yritykset>
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2021). *Selvitys osatyökykyisten Suomen mallista*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2021:8. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162815>
- Työterveyslaitos (21.10.2020a). *Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet lyhentävät työuria ja haastavat hallituksen työllisyystavoitteita*. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/tiedote/tuki-ja-liikuntaelinten-sairaudet-lyhentavat-tyouria-ja-haastavat-hallituksen-tyollisyystavoitteita>
- Työterveyslaitos (20.10.2022b). *Näin edistät liikuntaa ja liikkumista työpaikalla – uusi Liike ja mieli verkkomateriaali tarjoaa ratkaisuja*. <https://www.ttl.fi/ajankohtaista/uutinen/nain-edistat-liikuntaa-ja-liikkumista-tyopaikalla-uusi-liike-ja-mieli-verkkomateriaali-tarjoaa>
- Työturvallisuuskeskus & Työsuojelurahasto (8.2.2022). *Takaisin työelämään IPS-mallin mukaan*. <https://telma-lehti.fi/ips-malli>
- U.S. Food & Drug Administration (16.11.2021). *FDA Authorizes Marketing of Virtual Reality System for Chronic Pain Reduction*. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-virtual-reality-system-chronic-pain-reduction>
- Vammaisten lasten ja nuorten tukisäätiö sr. (2017). *Yhdenvertaisuuden asialla*. Saatavilla 6.3.2023. <https://vamlas.fi>
- Vates-säätiö sr. (i.a.-a). *Näin työllistät osatyökykyisen*. Saatavilla 10.11.2022. <https://www.vates.fi/media/esitteet/ty-f6nantajaesite-2021-nettiversio.pdf>
- Vates-säätiö sr. (i.a.-b). *Vates lyhyesti*. Saatavilla 10.11.2022. <https://www.vates.fi/vates/vates-lyhyesti.html>
- Vibe Fersum, K., Smith, A., Kvåle, A., Skouen, J. S., & O'Sullivan, P. (2019). Cognitive functional therapy in patients with non-specific chronic

low back pain-a randomized controlled trial 3-year follow-up. *European Journal of Pain*, 23(8), s.1416–1424.

<https://doi.org/10.1002/ejp.1399>

Viikari-Juntura, J. (2018). Työ- ja liikuntaelimityö. Teoksessa Martimo K-P., Uitti, J., Antti-Poika, M. (toim.), *Työstä terveyttä* (s. 132–142) (4. uudistettu painos). Kustannus Oy Duodecim: Helsinki

Vries, H., Reneman, M., Groothoff, J., Geertzen, J., & Brouwer, S. (2012). Workers Who Stay at Work Despite Chronic Nonspecific Musculoskeletal Pain: Do They Differ from Workers with Sick Leave? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), s. 489–502.

<https://doi.org/10.1007/s10926-012-9360-6>

Williams, ACC., Fisher, E., Hearn, L., Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 12;8(8):CD007407. doi: 10.1002/14651858.CD007407.pub4. PMID: 32794606; PMCID: PMC7437545.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7437545/>

LIITE 1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku- ja valintatulokset

Tietokanta/lähde ja tutkimuksen numero liitteessä 2	Hakusanat	Hakusanoilla saadut tulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Hyväksytyt julkaisut
Cochrane Library (1)	chronic + pain + cbt	15	1	1	1
CINAHL (2,3)	cognitive functional therapy + low back + chronic pain	25	10	4	2
MedLine (4)	cbt or cognitive behavioral therapy + pain + low back pain	41	1	1	1
CINAHL (5)	chronic pain + return to work + cbt or cognitive behavioral therapy	1	1	1	1
CINAHL (6,7)	exercise or physical activity + musculoskeletal + chronic pain	53	10	4	2
ProQuest (8)	exercise + chronic pain + pain reduction+ neck or low back	271	15	5	1
ProQuest (9,10)	occupational participation + chronic pain + musculoskeletal diseases	16	8	4	2
Manuaalinen haku (11)	kuntoutus + kipu + krooninen	46	3	1	1

LIITE 2 Kirjallisuuskatsauksen tutkimusaineiston kuvaus

Tutkimuksen tekijät, vuosi, paikka	Tutkimuksen otsikko	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset johtopäätökset ja tulokset
1. Williams ym., 2020, Iso-Britannia	Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults	Tavoitteena oli tutkia psykologisten interventioiden (CBT, HOT – Hyväksymis- ja omistautumisterapia, KT - Käyttäytymisterapia) tehokkuus verrattuna aktiivisiin kontrollikäynteihin tai hoitojonossa olemiseen kroonisista kiputilaa sairastavien aikuisten (pääasiallisesti fibromyalgian, nivelrikon, selkäsairauden, sekamuotoisen kroonisen kivun vuoksi) parissa. Potilaiden ikä n. 50 vuotta, kivun kesto n. 9 vuotta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	CBT-terapia verrattuna kontrollikäynteihin tuotti kivun, haitan ja tuskaisuuden kannalta pienen tai hyvin pienen hyödyn potilaalle . Pieniä hyötyjä todettiin kontrolliryhmässä, joka oli ollut CBT:n kohteena, verrattuna hoitojonossa olleeseen kontrolliryhmään. Tehokkainta olisi tarjota CBT heti hoidon jälkeen tai viimeistään 6 kk siitä kontrollikäynnillä ja samalla identifioida mitkä potilasryhmät hyötyisivät CBT:stä eniten (59 tutkimusta, > 5000 osallistujaa).
2. Hadley ym., 2021, USA	CBT and CFT (Cognitive Functional Therapy) for chronic pain	Tutkimuksen avulla haluttiin selvittää mikä työote CBT vai CFT on tehokkaampi kroonisen kivun hoidossa. CBT on ollut erittäin tehokasta joissakin potilasryhmissä kuten esim. fibromyalgiapotilaiden (Glombiewski, 2018) joukossa ja eritoten naisten keskuudessa, mutta kaikille potilasryhmille kuten esim. miehille se ei ole yhtä tehokasta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kumpikin työote todettu tehokkaaksi, vaikka kohderyhmät ovatkin erilaiset . CFT fokusoii potilaan kipukokemukseen ja hänen omaan reaktioonsa kipuun (ajatusmallit, käyttäytyminen, katastrofointitaito). Käyttäytyminen ehdollistuu monessa tilanteessa potilaan kannalta huonolla tavalla. Työotteen (CFT) avulla potilaan ehdollistunut kipukäyttäytyminen puretaan tämän tutkimuksen perusteella toiminnallisesti ja yksilöllisesti uusien ajatusmallien, altistusharjoitusten, kipuihin liittyvien uusien ydinuskomusten perusteella, jolloin potilas pystyy muuttamaan elintapaansa (nukkuminen, liikunta, passiivisuuden vähentäminen). Toimintakyky ja mieliala on fokuksessa kivun mittaamisen sijasta. Työote on tämän tutkimuksen perusteella käytetty armeijassa Iso-Britanniassa varsin hyvin tuloksin. Nettiperusteiset iCBT and iCFT voisivat olla tulevaisuuden työotteita kivunhoidossa tutkijoiden mukaan. Standardisoidut menetelmät CBT:ssä ja CFT:ssä olisivat myös toivottavia tutkijoiden mukaan.
3. Kjartan ym., 2019, Norja	Cognitive functional therapy (CFT) in patients with non-specific chronic low back pain - a randomised controlled trial three-year follow up	Tutkimuksen tavoitteena oli verrata CFT manuaalisen terapiaan ja liikuntaan koskien potilaita, joilla oli epäspesifinen krooninen alaselkäkipu.	Satunnaistettu kontrolloitu vertailututkimus	CFT (verrattuna liikuntaan ja manuaaliseen terapiaan) vähensi merkittävästi toimintakyvyttömyyttä, masennusta, ahdistuneisuutta sekä kipuun liittyvää pelkoa mutta ei kivun voimakkuutta.
4. Besen ym., 2014, USA	Returning to work following low back pain towards a model of individual psychosocial factors	Kivun voimakkuus ei suoranaisesti ole toimintakyvyn mittari. Tutkimuksen tavoitteena oli siksi löytää työstä johtuvan alaselkäkipun tapauksissa työhön paluuseen liittyviä psykososiaalisia tekijöitä, ja keinoja miten niihin voisi vaikuttaa.	Haastattelututkimus	Potilaan kipuun liittyvä välttämiskäyttäytyminen, katastrofointitaito pelon osalta ja työntekijän oma luottamuksen puute liittyen työhön paluuseen, ovat tekijöitä, joihin CBT:n perusteella voidaan vaikuttaa .

5. Beemster ym., 2021, Alankomaat	Vocational rehabilitation with or without work module for patients with chronic musculoskeletal pain and sick leave from work: longitudinal impact on work participation	Alankomaissa työelämä- osallisuus on sekä työnantajan että työntekijän vastuulla kahden vuoden sisällä sairaus loman alkamisesta. Pakottavan lain mukaan työnantajan on tarjottava muokkauksia työjärjestelyjä sekä palkkaa tämän kahden vuoden ajanjakson aikana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, oliko olemassa olevaan ammatilliseen kuntoutusohjelmaan, joka koostui liikunnasta, CBT:stä sekä ryhmäkoulutuksesta ja rentoutuksesta, työmoduulin lisääminen tehokasta.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus	Johtopäätöksenä oli, että työntekijöillä, joilla oli myönteinen asenne työhön paluun osalta, oli kolme kertaa suurempi todennäköisyys onnistua tavoitteissaan ammatillisen kuntoutuksen jälkeen. Tuloksena oli, että ammatilliseen kuntoutukseen liitetty ”työmoduli” olennaisesti ja myönteisellä tavalla lisäsi työelämäosallisuutta. Huomioitavaa on, että Alankomaiden pakottava lainsäädäntö kahden vuoden säännöstä, luultavasti tuotti pienemmän tuloksen lisätyn ”työmodulin” osalta verrattuna maahan, jossa kahden vuoden ”työelämäosallisuussääntöä” ei ole alkuunkaan, koska työntekijä ei ole kytketty työhön sairauslomalla pakottavan lain perusteella.
6. Skamagki ym., 2018, Iso-Britannia	A systematic review on workplace interventions to manage chronic musculoskeletal conditions	Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää millä työnhoidollisilla strategioilla voisi helpottaa tutkimuksen kohderyhmän potilaita työelämäosallisuuden vahvistamisessa erilaisia riskejä vähentämällä. Näistä työkaluista sairauksien ehkäisy, työhön paluu ja tilanteen pitkäaikainen seuranta/hallinnointi oli tutkimuksen fokuksessa. Tutkittiin mm. työpaikalla tehdyn, ohjatun voimaharjoittelun tehokkuutta verrattuna kotona itsenäisesti tehtyyn voimaharjoitteluohjelmaan.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Työpaikalla ja kotona tehdyt voimaharjoittelun liikuntaohjelmat kroonisen niskä- ja selkävaurion työntekijäryhmässä tutkittiin. 200 osallistujaa jaettiin kahteen ryhmään. 100 henkilöä pyydettiin tekemään voimaharjoittelua työpaikalla terveyden ammattihenkilön ohjaamana 10 viikon ajan (vastuskuminauha, kahva-kuula). ”Kontrolliryhmä”, eli toinen ryhmä, koostuen 100 henkilöstä, teki voimaharjoittelua kotona kirjallisten ohjeiden perusteella. Kummankin ryhmän osalta kipu väheni oleellisesti, mutta työpaikalla tehdyn voimaharjoittelun lopputulos oli, että työntekijöiden kipu väheni vielä enemmän kontrolliryhmään verrattuna. Myös toimintakyky parani ensimmäisessä ryhmässä. Tois-sijaisia myönteisiä tuloksia olivat mm.: työtyytyväisyyden lisääntyminen, lisääntynyt halu liikkua, hyvä olo, enemmän energiaa perheelle ja ystäville sekä terveellisempi ruokavalio.
7. Vries ym., 2012, Alankomaat	Workers who stay at work despite chronic non-specific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave?	Moni, joka kuuluu tutkimuksen kohteena olevaan potilasryhmään ei hae sairauslomaa, konsultoi lääkärinä tai hae ammatillista kuntoutusta vaan on töissä (”sairauslänäolo”). Tutkimuksen tavoitteena oli siten selvittää mitkä ovat ne henkilökohtaiset ominaisuudet biopsykososiaalisen mallin mukaisesti, niillä työntekijöillä, jotka pysyvät työssä, vaikka ovat sairaina, verrattuna siihen potilasryhmään, joka on ammatillisessa kuntoutuksessa (ja sairauslomalla) samanlaatuisten vaivojen vuoksi (eli ”kontrolliryhmä”).	Poikittaistutkimus/poikkileikkaustutkimus	Johtopäätöksenä oli, että seuraavat fyysiset, ja psyykkiset sekä työn tekemiseen liittyvät ominaisuudet kuvasivat niitä työntekijöitä, jotka olivat töissä, vaikka heillä on muskuloskeletaalin vaiva: Heillä oli vähemmän pelko-välttämiskäyttäytymistä liikuntaan liittyen, vähemmän katastrofiajatuksia ja tuskaisuutta. Työtä tekevien ryhmän jäsenillä oli myös pienempi koettu fyysinen haitta vaivastaan (vaikka aktiivisuustaso oli sama molemmissa ryhmissä) sekä pienempi koettu fyysinen työtaakka, enemmän hyväksymistä kipuunsa liittyen sekä parempi minäpystyvyys ja elämänhallinta.

8. Tan ym., 2022, Australia	Does aerobic exercise effect pain sensitisation in individuals with musculoskeletal pain? A systematic review	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vähentääkö aerobinen liikunta kuten kävely, pyöräily, astelu (stepping) herkistymistä kivulle henkilöillä, joilla on muskuloskeletaalista kipua? Mikäli näin on, niin mikä on liikunnan teho siinä tapauksessa? 2. Minkä tyyppistä ja mikä määrä aerobista liikuntaa vähentää herkistymistä kivulle? 		<p>Johtopäätöksenä oli, että kaikissa tutkimuksissa 11 kpl), aerobinen liikunta vähensi koehenkilöiden herkistymistä kivulle. Heikentynyt kipuherkkyys (hypoalgesia) saavutettiin 2,2 %-24,1 % (mediaani: 10,6 %) seuraavilla parametreilla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laji: Kävely tai pyöräily 2. Intensiivisyys: "submaksimaalinen" eli <ul style="list-style-type: none"> • max 50–75 % VO₂ (happenkulutus) ja • max 40–85 % HRR (syke-reservi) tai • 66–85 % MHR (maksimisyke) 3. Kesto: 4–60 minuuttia 4. Toistuvuus: Kertaharjoitus – 3–5 x /viikko 2–12 viikon ajan
9. Hara ym., 2017, Norja	Randomized controlled trial of adding telephone follow-up to an occupational rehabilitation program to increase work participation	<p>Ammatillisessa kuntoutusketjussa on todettu olevan heikko linkki, kun kuntoutuja siirrytään laitokuntoutuksesta kotiin oman elinympäristön piiriin. 3,5 viikkoa kestäneen HOT-terapiaan osallistunut kuntoutujaryhmä tutkittiin. Lukumäärä: 213 osallistujaa. Keski-ikä: 42 vuotta. 30 % osanottajista sairasti muskuloskeletaalista sairautta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, voiko kuntoutuksen jälkeisellä tehostetulla 6 kk telekuntoutuksella (puhelinsoitot, videopuhelut, tapaamiset paikan päällä), sen henkilön taholta, joka oli ollut kuntoutujan yksilöllisenä koordinaattorina laitokuntoutuksessa, lisätä työelämäosallisuutta kuntoutujilla, joilla oli halu tehdä työtä avoimilla työmarkkinoilla. Kustannus: 390,50 € / henkilö.</p>	Satunnaistettu kontrolloitu vertailututkimus	<p>Johtopäätöksenä oli, että interventioryhmällä, joka oli ollut "telekuntoutuksen" kohteena 6 kk, oli vuoden jälkeen oleellisesti suurempi työelämäosallisuus eli oli palkallisessa työssä yksi päivä tai enemmän viikossa, verrattuna kontrolliryhmään, joka oli ainoastaan lain edellyttämän perustavanlaatuisen yleisen seuran kohteena. Työelämäosallisuus interventioryhmällä oli myös laadullisesti suurempaa verrattuna kontrolliryhmään osa-aikaisuuden tai kokopäivätyön merkeissä.</p>
10. Kristman ym., 2016, USA	Supervisor and organizational factors associated with supervisor support of job accommodations for low back injured workers	<p>Selvitettiin mikä on esihenkilön rooli työjärjestelyiden osalta, ja miten tämä vaikuttaa työelämäosallisuuteen. Tutkittiin yhdeksäntoista eri aloja edustavaa työnantajaa USA:ssa ja Kanadassa. Työntekijöillä oli fyysisiä työtehtäviä. He olivat saaneet alaselkäkipuja, joko tapaturmaisesti kotona, tai työpaikalla.</p>	Poikittaistutkimus	<p>Tutkimuksen tuloksena oli, että eniten työjärjestelyitä oli niissä työpaikoissa, joissa esihenkilö käytti "hienovaraista johtajuustyyliä" (considerate leadership style) sekä erilaisia työkyvyttömyyden hallinnointikäytäntöjä (workplace disability management policies and practices) ja joissa esihenkilöllä oli laajahko autonomia tehdä itsenäisiä ratkaisuja työjärjestelyihin liittyvissä asioissa.</p>
11. Paa-vonen ym., 2021, Suomi	Pitkäaikaista kipua koskevien aikuisten kuntoutus. Kansaneläkelaitoksen työpapereita 166/2021.	<p>Tutkittiin miten Suomessa voisi kehittää kuntoutusta pitkäaikaisesta kivusta kärsivien osalta sekä voisiko Kelan rooli muuttua tässä myös. Tutkimuksen painopisteenä oli miten</p>	Kartoittava kirjallisuuskatsaus	<p>Potilasryhmän tarpeet ovat yksilöllisiä. Kuntoutuksessa olisi hyvä käyttää kestävyys- ja lihasvoimaharjoittelua sekä psykologisia työotteita. Työkykyä ja työssä selviytymistä tukeva kuntoutus tulisi olla moniammatillista ja työhön kytkettyä. Tällä hetkellä Suomessa kyseisen</p>

		<p>voisi tukea työkykyä ja työssä selviytymistä tällä potilasryhmällä.</p>	<p>potilasryhmän hoitoon ohjautuminen ja kuntoutuminen on sattumanvaraista ja vaihtelevaa. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä ei ole kivun luonteesta tarpeeksi tietoa eikä kuntoutuspalveluja ole tarjolla riittävästi kaikille niitä tarvitseville. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa tulisi olla enemmän kipupsykologista tietotaitoa. Palvelujärjestelmään olisi tarvetta lisätä Kelan järjestämä kipukuntoutus. Uusi kuntoutuspalvelu voisi olla esimerkiksi ohjattua kipupsykologista ja kipufysioterapeuttista kuntoutusta. Palvelua voisi kohdentaa myös henkilöille, joiden kipuongelma on vaikea tai laaja-alainen esim. TULE-kipu ja CRPS-kipu (eli alueellinen kipuoireyhtymä), tai henkilöille, jotka ovat työsuhteessa tai joiden työstä poisoloaika on suhteellisen lyhyt. Työnantajien sitouttaminen kuntoutuksen läpiviemiseen on todennäköisesti yksi tärkeimmistä keinoista tuettaessa kroonisesta kivusta kärsivää työntekijää työhön paluussa. Kuntoutus voisi perustua esimerkiksi IPS-toimintamalliin. Työnantajilla pitäisi olla tietoa kroonisesta kivusta, sen luonteesta sekä kivun aiheuttamista rajoituksista työntekijän toimintakykyyn.</p>
--	--	--	--