

Anna Räsänen & Jasmiina Uusitalo

Alaselkäpotilaan hoito ja kuntoutus ennen suoravastaanottotoiminnan käynnistämistä Seinäjoella ja sen ympäristökuntien alueella

Kyselytutkimus alaselkäpotilaiden kokemuksista hoitoon pääsystä ja fysioterapiasta

Opinnäytetyö

Syksy 2014

Sosiaali- ja terveysala

Fysioterapeutti (AMK) - Tutkinto-ohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Fysioterapiakoulutus/Fysioterapeutti AMK

Anna Räsänen ja Jasmiina Uusitalo

Alaselkäpotilaan hoito ja kuntoutus ennen suoravastaanottotoiminnan käynnistämistä Seinäjoella ja sen ympäristökuntien alueella

Ohjaaja: Lehtori Minna Hautamäki ja lehtori Tarja Svahn

Vuosi: 2014

Sivumäärä:47

Liitteiden lukumäärä:3

Joka hetki noin 15 prosentilla aikuisista on alaselkäkipua. 60–85 prosenttia ihmisistä kokee vähintään yhden selkäkipujakson elämänsä aikana. Usein alaselkäkipu on toiminnallinen vaiva, jolloin konservatiivinen hoito on ensisijainen hoitomuoto.

Tutkimuksissa on todettu, että noin 70 prosenttia alaselkäpotilaista hyötyy huomattavasti hoidon aloittamisesta jo akuutissa vaiheessa. Lisäksi varhaisen fysioterapeuttisen tutkimisen on todettu ehkäisevän alaselkä kivun kroonistumista. Akuutissa vaiheessa hoitoon pääsemisen mahdollistamiseksi on Suomessa kehitetty fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa, kuten muualla maailmassa. Suoravastaanottotoiminnassa alaselkäpotilas ohjautuu lääkärin sijasta suoraan fysioterapeutin vastaanotolle, mikäli viitteitä vakavista sairauksista ei seulonnassa ilmene. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on vuoden 2013 aikana käynnistetty hanke, jonka tarkoituksena on yhtenäistää selkäongelmien hoitoa sekä kehittää fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa alueella.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella Seinäjoen ja ympäristökuntien alaselkäpotilaiden hoitoa ja kuntoutusta ennen suoravastaanottotoiminnan käynnistämistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää alaselkäpotilaan hoitoa ja kuntoutusta Seinäjoella ja ympäristökunnissa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää kyselyn avulla selkäongelmaisten kokemuksia heidän saamastaan fysioterapiasta ja nykyisen hoitojärjestelmän toimivuudesta. Tutkimus toteutettiin kyselynä.

Tulosten mukaan alaselkäpotilaat ohjautuvat lähes poikkeuksetta lääkärille sekä useimmissa tapauksissa lääkärin läheteellä fysioterapeutille. Tutkimuksessa ilmeni, että alaselkäpotilaat pääsevät akuutissa vaiheessa nopeasti hoitoon, mutta ongelmia hoitoon pääsyssä ilmenee hoidon tarpeen jatkuessa. Huomionarvoiseksi ongelmiksi nousivat jatkohoidon pitkä odotusaika sekä potilaan tunne yksin jäämisestä ja siitä, että kivun voimakkuuteen ei uskota. Kokemukset fysioterapiasta koskivat sen vaikuttavuutta, menetelmiä sekä fysioterapeuttien toimintaa.

Avainsanat: alaselkäkipu, fysioterapia, suoravastaanottotoiminta

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

School of Health Care and Social Work

Degree Programme in Physiotherapy

Anna Räsänen and Jasmiina Uusitalo

Title of thesis: Low back pain patients' treatment and rehabilitation before implementing direct admission access in Seinäjoki and neighbouring municipalities

Supervisor(s): Senior lecturer Minna Hautamäki and senior lecturer Tarja Svahn

Year: 2014

Number of pages: 47

Number of appendices: 3

Every moment about 15% of the adult population suffers of low back pain. Between 60% and 85% of people experience at least one episode of back pain during their lifetime. Often, low back pain is a functional disorder, in which case conservative treatment is the primary form of treatment.

Studies indicate that about 70% of low back pain patients will benefit from initiation of treatment in the acute phase. Early physiotherapeutic examination also seems to prevent low back pain from becoming chronic. In the acute phase, access to care in Finland is developed to enable physiotherapists' direct access, just as in the rest of the world. In this way, low back patients go directly to the physical therapist's office, unless there is evidence of serious diseases. In 2013, Seinäjoki Central Hospital has initiated a project whose purpose is to standardize the treatment of back problems, and to develop physiotherapists' direct access.

The purpose of this study is to examine low back patients' treatment and rehabilitation in Seinäjoki and neighboring municipalities, before implementing direct admission access. The aim was to clarify low back pain patients' treatment and rehabilitation in Seinäjoki and surrounding municipalities. In addition, the aim was to see, with the help of a survey, the experiences back pain patients have regarding physiotherapy treatment and the current functionality of the system.

The results indicate that low back pain patients are almost without exception directed to the doctor, and in most cases, with a doctor's referral to the physiotherapist. The research revealed that patients with low back pain are quickly treated in the acute phase, but problems with access to treatment are visible as the need for further treatment. Examples of remarkable problems are: long waiting time to follow-up care, patients' feelings of being left alone, and disbelief regarding the intensity of pain. Physiotherapy experiences mostly refer to its effectiveness, methods, as well as physiotherapists' activities.

Keywords: low back pain, physiotherapy, direct admission access

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä..... | 1 |
| Thesis abstract..... | 2 |
| SISÄLTÖ..... | 3 |
| JOHDANTO | 4 |
| 1 ALASELKÄKIPU | 6 |
| 1.1 Kivun kokeminen..... | 7 |
| 1.2 Selkävun etiologia | 8 |
| 1.3 Alaselkävun luokittelu ja muodot | 9 |
| 1.4 Selkäpotilaan tutkiminen ja selkävun diagnosointi..... | 12 |
| 1.5 Red flagit ja yellow flagit | 15 |
| 1.6 Alaselkävun ennaltaehkäisy | 15 |
| 2 ALASELKÄKIVUN HOITO JA KUNTOUTUS | 17 |
| 2.1 Alaselkäpotilaat fysioterapeuttien suoravastaanotolle..... | 17 |
| 2.2 Fysioterapia osana alaselkäpotilaan kuntoutusta..... | 20 |
| 2.3 Lääkkeiden suosittelu ja määrääminen alaselkävun hoidossa | 21 |
| 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT..... | 23 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS | 24 |
| 4.1 Kohderyhmä..... | 25 |
| 4.2 Kyselylomake..... | 25 |
| 4.3 Tulosten analysointi | 26 |
| 5 TULOKSET | 27 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET | 35 |
| 7 POHDINTA | 36 |
| LÄHTEET | 41 |
| LIITTEET | 47 |

JOHDANTO

Alaselkäkipu on yleinen ongelma ja erityisesti sen toimintakykyä heikentävät vaikutukset ovat lisääntyneet viime vuosina (Hayden, van Tulder, Malmivaara & Koes 2011, 2). Alaselkäkipu aiheuttaa terveydellisten haittojen lisäksi yhteiskunnalle taloudellisia haittoja etenkin alaselkäkipun aiheuttamien sairauslomapäivien takia, ei niinkään sen hoitokustannusten vuoksi (Krismer & van Tulder 2007, 77).

Anna-Stiina Nykäsen Helsingin Sanomissa (15.6.2014) kirjoittaman artikkelin ”Selkä on kansan kipukohta” mukaan lääketiede ei kykene yksinään löytämään ratkaisua selkäongelmiin. Hannu Luomajoki toteaa artikkelissaan, että lääketieteessä tehdään selkäkipun hoidossa turhia ja kalliita tutkimuksia, joita seuraa jo aiemmin hyödyttömiksi todistettuja hoitoja. Ratkaisuksi ongelmaan Luomajoki esittää fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntämistä heti hoidon alussa sekä potilaskohtaisesti räätälöityjä neuvoja selkäpotilaille. Näin säästettäisiin kustannuksissa sekä pienennettäisiin ihmisten henkistä ja fyysistä kuormitusta. (Nykänen 2014 [Viitattu 16.9.2014].)

Tutkimusten perusteella varhaisen fysioterapeuttisen tutkimisen on todettu ehkäisevän alaselkäkipun pitkittymistä ja vähentävän kroonistumisesta johtuvia poissaoloja töistä (Paatelma 2011b, 4). Tämän vuoksi useissa kunnissa on järjestetty suoravastaanottoa, jossa seulonnan kautta potilaat pyritään ohjaamaan lääkärin sijaan fysioterapeutin vastaanotolle, mikäli heillä ei ole viitteitä vakavista sairauksista (Kukka & Partia 2007, 44–45).

Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä on vuoden 2013 aikana käynnistetty hanke, jonka tarkoituksena on yhtenäistää selkäongelmien hoitoa sekä kehittää fysioterapeuttien suoravastaanottoa alueella. Aiheen ajankohtaisuuden vuoksi halusimme opinnäytetyöllämme kartoittaa tulevan uudistuksen tarvetta, mahdollisuuksia ja tärkeyttä selvittämällä nykyisen hoidon ja kuntoutuksen ongelmakohtia selkäpotilaiden näkökulmasta.

Tämä opinnäytetyö tarkastelee Seinäjoen ja ympäristökuntien alaselkäkipupotilaiden hoitoa ja kuntoutusta ja niihin liittyviä ongelmakohtia ennen suoravastaanotto toiminnan käynnistämistä alueella. Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisena kyselynä

Seinäjoen Seudun Selkäyhdistyksen jäsenille. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää alaselkäkipupotilaan hoitoa ja kuntoutusta Seinäjoella ja ympäristökunnissa sekä selvittää selkäpotilaiden kokemuksia heidän saamastaan fysioterapiasta ja nykyisen hoitojärjestelmän toimivuudesta.

1 ALASELKÄKIPU

Alaselkäkipu luokitellaan kivuksi, joka sijoittuu 12. kylkiluun ja pakarapoimun välille ilman säteilykipua tai sen kanssa (Krismer & van Tulder 2007, 78). Alaselkäkipu voi johtua monesta eri hermotetusta kudoksesta kuten lihaksista, fasettinivelistä, välilevyistä tai ligamenteista (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 178). Usein alaselkäkipu on toiminnallinen vaiva, jolloin konservatiivinen hoito on ensisijainen hoitomuoto. Vaivan pitkittyessä on hyvä hakeutua mahdollisimman pian kivun syytä selventäviin jatkotutkimuksiin, joiden avulla voidaan ehkäistä kiputilan kroonistuminen ja pysyvät rakenteelliset muutokset. (Airaksinen & Lindgren 2005, 181.) Alaselkäkipun pitkittyessä yleisimpänä syynä pidetään välilevyperäistä aiheuttajaa (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 178).

Alaselkäkipua esiintyy 60–85 prosentilla ihmisistä heidän elämänsä aikana (Murphy, Blake, Power & Fullen 2013, 1). Keskimäärin noin 15 prosenttia aikuisista kärsii joka hetki alaselkäkivuista. Usein alaselkäkipu rauhoittuu parissa viikossa ja suurin osa ihmisistä palaa töihin ensimmäisen sairauslomaviikon jälkeen. Kahden kuukauden jälkeen oireiden ilmenemisestä 90 prosenttia alaselkäkipupotilaista on palannut takaisin töihin sairauslomalta. (Krismer & van Tulder 2007, 79.) Suomessa 1980-luvun vaihteessa tehdyn Mini-Suomi-terveystutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuvista henkilöistä 75 prosentilla oli ollut vähintään yksi selkäkipujakso elämänsä aikana. Pitkäaikaista selkäkipua esiintyi 17 prosentilla henkilöistä. (Pohjolainen 2005, 12–13.)

Alaselkäkipu vaikuttaa ihmisten toimintakykyyn rajoittavasti. Usein oletetaan, että ihmisillä, joiden toimintakyky on alentunut selkäkipun vuoksi, on myös fyysinen aktiivisuus vähentynyt. Alentuneen toimintakyvyn ja fyysisen aktiivisuuden vähentymisen välistä yhteyttä ei ole kuitenkaan pystytty varmasti osoittamaan. Etenkin akuutin alaselkäkipun aiheuttaman toimintakyvyn alentumisella oli vain heikko yhteys fyysisen aktiivisuuden määrään. (Lin, McAuley, Macedo, Barnett, Smeets & Verbunt 2011, 607–610.) Vaikka alaselkäkipun paranemisennuste on usein hyvä, toistuvat selkäkipujaksot vaikuttavat merkittävästi ihmisten elämänlaatuun (Paatelma 2011a, 11).

1.1 Kivun kokeminen

Kipu ajatellaan epämiellyttäväksi tuntemukseksi ja sen koetaan usein liittyvän elimistön kudonsvaurioon, mutta sillä on myös tärkeä elimistöä suojeleva tehtävä. Kipuaistimus varoittaa elimistöä uhkaavasta vaurioittavasta tekijästä. (Soinila 2005, 20.) Kipu turvaa myös elimistön paranemisprosessia: kipu pakottaa välttämään vaurioituneen kehonosan käyttöä, jolloin kudon saa rauhassa parantua. Vaurion korjautuessa kipu vähenee ja vaurioituneen kehonosan käyttö lisääntyy asteittain. Kipukokemus on aina henkilökohtainen, eikä sitä pitäisi kyseenalaistaa, vaan mieluummin yrittää selvittää sen taustatekijöitä ja syntymekanismia. Myös psykososiaalisilla tekijöillä kuten mielialalla, peloilla, aiemmilla kokemuksilla ja opituilla käyttäytymismalleilla on vaikutusta kivun kokemiseen. (Haanpää & Salminen 2009, 54–56.)

Yleisesti kivut jaetaan syntymekanisminsa mukaan kolmeen pääluokkaan: noisiseptiseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosisseptisessä kivussa kipupulsseja välittävät reseptorit stimuloituvat suoraan esimerkiksi kudokseen kohdistuvasta mekaanisesta, kemiallisesta tai lämpöenergisestä ärsykkeestä. (Tanner & Niezgod-Hadjidemetri 2012, 144.) Neuropaattisessa kivussa kipu syntyy kipuradan vaurioituessa. Mikäli kivun taustalta ei löydy selkeää kudokseen kohdistunutta ärsykettä tai hermoradan vaurioita, on kyse idiopaattisesta kivusta. (Haanpää & Salminen 2009, 55.)

Kivun hoidossa aiemmin vallassa ollut biolääketieteellinen malli ei selitä täysin alaselkävaurion pitkittymistä tai sen aiheuttamaa toimintakyvyn haittaa, sillä se keskittyy vahvasti ihmisen rakenteellisiin ja biomekaanisiin tekijöihin. Malli ei huomioi psykologisia eikä yksilöön vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä yhtä hyvin kuin biopsykososiaalinen malli. (Koho 2011, 10.) Biopsykososiaalisessa mallissa ihmisen ruumiilliset toiminnot, ajatukset, sosiaaliset suhteet, tunteet ja motivaatio vaikuttavat jatkuvasti toisiinsa muodostaen monitasoisen muuttuvan kokonaisuuden (Vainio 2009).

Alaselkävaurion kroonistumisen taustalla on useimmiten psykososiaalisia tekijöitä. Psykososiaaliset tekijät voidaan jaotella karkeasti kognitiivisiin ja emotionaalisiin tekijöihin, kipukäyttäytymismalleihin sekä niin sanottuihin yellow flageihin. (Luoma-

joki 2014, 10–11.) Erityisesti tärkeä psykososiaalinen tekijä alaselkäkivun kroonistumisen taustalla on pelko kivusta ja kivun ajatteleva tuhoisana terveydelle (Koho 2011,10).

Usein kipuongelman hoidossa psykososiaalisten tekijöiden selvittäminen tapahtuu liian myöhään (Elomaa & Estlander 2009, 144). Tutkimusten mukaan varhaisessa vaiheessa tehty psyykkisen rasittuneisuuden arviointi ja hoidon aloittaminen vähentävät sairauspoissaoloja sekä ehkäisevät kivun muuttumista krooniseksi (Schiltenwolf, Buchner, Heindl, von Reumont, Müller & Eich 2006, 1091.) Psykologin selvitystä tarvitaan muun muassa silloin, jos potilaan kipuongelma on krooninen tai vaarassa kroonistua, potilas on psyykkisesti rasittunut, potilaan aktiivisuuden määrä muuttuu tai jos potilas käyttää runsaasti lääkkeitä, päihteitä tai erilaisia terveydenhuoltopalveluita (Elomaa & Estlander 2009, 144).

1.2 Selkäkivun etiologia

Monet tekijät vaikuttavat alaselkäkivun syntyyn, vaikka selkeitä syy-seuraussuhteita tekijöiden vaikutuksista ei tutkimuksilla ole kyetty luotettavasti osoittamaan (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 180). Riskitekijät voidaan luokitella fyysiseen kuormitukseen liittyviin tekijöihin, yksilöllisiin tekijöihin sekä psykososiaalisiin ja psykologisiin tekijöihin. Riskitekijät voidaan jakaa myös vaikutettaviin ja ei-vaikutettaviin tekijöihin. Vaikutettaviin tekijöihin kuuluvat ne, joihin muutoksilla voidaan ainakin teoriassa vaikuttaa. Ei-vaikutettaviin tekijöihin kuuluvat yksilölliset tekijät. (Viikari-Juntura, Heliövaara & Alaranta 2009, 29–30.)

On oletettu, että raskas fyysinen työ, toistuvat kumarrukset, kiertoasento, nostot, työnnöt ja vedot, toistotyö, staattiset asennot sekä tärinä ovat yleisimpiä fyysisen kuormituksen tekijöitä. Yksilöllisiä tekijöitä ovat ikä ja sukupuoli, paino, tupakointi ja fyysisen aktiivisuuden määrä. Pitkään tupakoineilla sekä fyysisesti todella aktiivisilla on todettu lisääntynyt riski lannerangasta lähtevään säteilykipuun. Psykososiaalisiin ja psykologisiin tekijöihin kuuluvat stressi, uupumus, ahdistus, masennus, kognitiiviset häiriöt, kipukäyttäytyminen, tyytymättömyys työhön sekä työssä jaksaminen. (Paatelma 2011a, 13–14.)

Selkävun mahdollisten riskitekijöiden selkeitä syy-seuraus-suhteita ei tutkimuksilla ole kyetty vahvasti osoittamaan (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 180). Ortizin, Julinin, Airikaisen ja Hellmanin artikkelin (2013, 40) mukaan tämä voi johtua riskitekijöiden yksilöllisyydestä ja siitä, että selkävun syntymisen taustalla vaikuttavat monet yksittäin heikosti vaikuttavat tekijät.

1.3 Alaselkävun luokittelu ja muodot

Alaselkäkipu voidaan luokitella monella eri tavalla, mikä tuo haastetta alaselkävun hoitoon ja kuntoutukseen. Käytössä on aikaan perustuva luokitus, diagnostinen tärkeysjärjestysluokitus sekä erilaiset fysioterapiassa käytössä olevat alaluokat, kuten esimerkiksi Treatment-Based Classification (TBC) eli hoitoon perustuva luokittelujärjestelmä ja Movement System Impairments (MSI) eli liikehäiriöiden luokittelujärjestelmä. (Paatelma 2011a, 23; Paatelma 2011b, 5.)

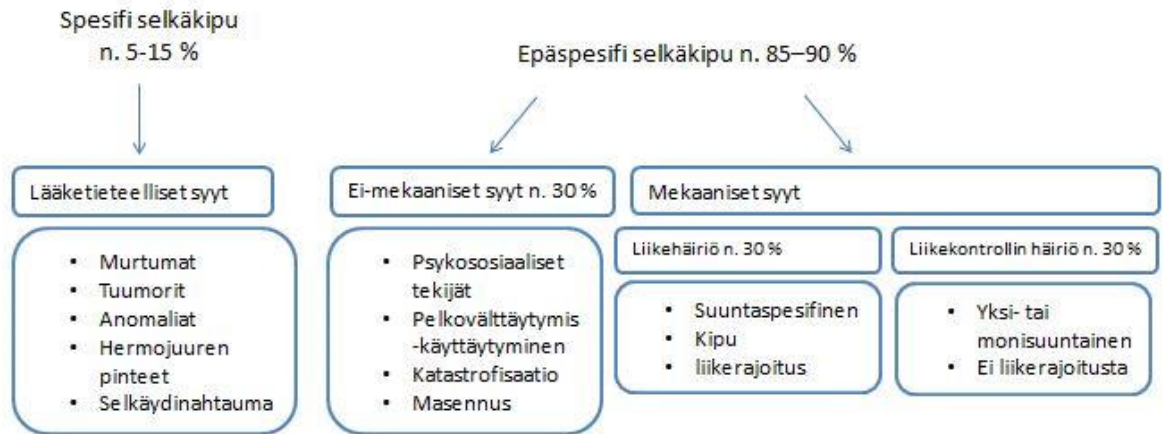
Useimmiten selkäkipu luokitellaan keston mukaan (Chanda, Alvin, Schnitzer & Apkarian 2011, 792). Akuutti alaselkäkipu alkaa yllättäen vähintään 6 kivuttoman kuukauden jälkeen ja kestää maksimissaan 6 viikkoa. Subakuutti kipu alkaa samalla tavalla kuin akuutti kipu, mutta kestää 6 viikosta 3 kuukauteen. Krooniseksi luokitellaan kipu, joka on kestänyt yli 12 viikkoa tai kipu, joka ilmenee useasti alle puolen vuoden aikana. (Luomajoki 2010, 3.) Akuutin selkävun kokeneista ihmisistä jopa 45 prosentilla selkäkipu kroonistuu (Lambacka 2007, 12).

Äkillisesti alkaneet alaselkäkiput voidaan jakaa myös kliinisen luokittelun mukaan kolmeen eri ryhmään esitietojen ja kliinisen tutkimuksen löydösten perusteella: mahdollisiin vakaviin tai spesifisiin sairauksiin, iskiasoireyhtymiin tai epäspesifisiin selkävaivoihin (Pohjolainen 2009, 349). Noin 5-15 prosenttia alaselkävunista pysytään lääketieteellisesti diagnosoimaan. Tunnettuja selkävun aiheuttajia voivat olla esimerkiksi ikääntymisen aiheuttamat kulumamuutokset, tulehdukselliset tilat, aiemmat traumat, murtumat, kasvaimet tai synnynnäinen sairaus. (Krismer & van Tulder 2007, 77–78; O’Sullivan 2005, 242–243.) Usein selkäkipujen aiheuttaja jää kuitenkin tuntemattomaksi (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 180).

Usein alaselkävivun tarkka luokittelu on vaikeaa, koska perinteisesti lääketieteessä käytetty lähestymistapa, patoanatominen malli, hakee selkävivulle syitä selän rakenteellisista muutoksista. Patoanatominen malli ei huomioi psykososiaalisia, neurofysiologisia tai psykologisia tekijöitä, jotka voivat olla merkittävinä tekijöinä selkävivun syntymisessä. Yksipuolinen luokittelu voi häiritä myös hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Lahtinen-Suopanki 2009, 23.) Vanhassa mallissa ongelmana saattaa olla se, että varsinainen syy oireisiin jää huomiotta kun keskitytään hoitamaan pelkkiä oireita (Lambacka 2007, 12).

O'Sullivanin mielestä selkävivun luokituksessa ja diagnosoinnissa on oleellista huomioida kaikki mahdolliset tekijät kuten patoanatomia, fyysiset oireet ja muutokset, sosiaalinen ympäristö, psykologiset, neurofysiologiset ja geneettiset tekijät (Lambacka 2007, 12). O'Sullivanin (2005) esittelemän luokittelumallin (Kuvio 1) mukaan selkävivuista 5-15 prosenttia on spesifiä, eli kipua, jossa taustalla on jokin selkeä radiologisesti selitettävä syy, kuten esimerkiksi spondylolyyysi tai -listeesi, prolapsi tai stenoosi. Sen sijaan jopa 85–90 prosenttia selkävivuista on epäspesifiä eli kipua, jossa selkeää radiologista selittävää syytä ei ole. (O'Sullivan 2005, 242–243.) Oleellisimmat oireet epäspesifissä alaselkävivussa ovat kipua ja toimintakyvyn heikkeneminen (Koes, van Tulder & Thomas. 2006, 1430). Epäspesifissä selkävivussa tyypillistä on oireilu lanneselän, pakaroiden ja reisien takana (Lahtinen-Suopanki 2009, 23)

ALASELKÄKIVUN LUOKITTELU O'SULLIVANIN MALLIN MUKAAN



Kuvio 1 Alaselkävun luokittelu O'Sullivanin mallin mukaan (mukailtu O'Sullivan (2005); Luomajoki (2010)).

Epäspesifin selkävun syyt voidaan jakaa mekaanisiin ja ei-mekaanisiin syihin. Ei-mekaaninen kipu on pääsääntöisesti sentraalisesti välittyvää kipua, joka on laajalle levinnyttä ja psykososiaalisilla tekijöillä on siihen vahva vaikutus. Katastrofisointi, huono kivun hallinta, masennus ja sosiaaliset vaikeudet liittyvät sentraalisesti välittyvään epäspesifiin selkävun. Noin 30 prosenttia alaselkävunpotilaista kärsii tämän kaltaisesta selkävun. (O'Sullivan 2005, 247; Luomajoki 2010, 6.) Mekaaninen kipu on sen sijaan perifeerisesti välittyvää kipua. Perifeerisesti välittyvään epäspesifiin selkävun liittyy toimintahäiriöitä, jotka voidaan jakaa kahteen ryhmään: liikehäiriöön ja liikekontrollin häiriöön. (Lambacka 2007, 12; Luomajoki 2011, 5.)

Liikehäiriö saa yleensä alkunsa traumasta tai pidempään kestäneestä, toistuvasta selkävun (Lambacka 2007, 12). Liikehäiriöstä kärsii noin 30 prosenttia alaselkävunpotilaista (Luomajoki 2010, 6). Liikehäiriö (movement impairment pain disorders) tarkoittaa segmentin sekä passiivisen että aktiivisen liikkeen rajoittumista yhteen tai useampaan liikesuuntaan ja siihen liittyy kudosperäistä kipua. Vastakkaiseen suuntaan tehty liike yleensä helpottaa kipua. Kipusuuntaan tehty passiivinen tai aktiivinen liike provosoi kipua, johtuen kipuaistimuksen herkistymisestä. Tämän vuoksi kipua aiheuttavaa liikettä helposti vältetään liiallisesti, minkä seura-

uksena alueen lihassuoja kasvaa ja estää entisestään kipusuuntaan tehtävää liikettä. (O'Sullivan 2005, 247–248.)

Liikekontrollin häiriön taustalla on yleensä trauma tai toistuva liike, joka aiheuttaa selkäkipua. Liikekontrollin häiriölle on tyypillistä ajoittainen, selkeän mekaanisen liikkeen tai asennon aiheuttama kipu. Ajoittaiseen kipuun saattaa liittyä myös lievää perifeeristä säteilykipua. Aktiiviset ja passiiviset liikkeet kivun suuntaan lisäävät kipua, mutta selkeää liikerajoitusta ei ole. (Lambacka 2007, 13.) Liikekontrollin häiriössä kipu liittyy toiminnallisen hallinnan menetykseen selkärangan segmentin neutraalialueella, mikä taas johtuu selkärankaan stabiloivien lihasten motorisen kontrollin heikentymisestä. Tämä voi ilmetä sekä dynaamisissa että passiivisissa toiminnoissa. (O'Sullivan 2005, 251.)

Liikekontrollin häiriöstä kärsivät alaselkäpotilaat omaksuvat helposti tietämättään asentoja ja liikemalleja, jotka ärsyttävät entisestään kivulle herkkiä kudoksia. Tämä saattaa johtua siitä, että kivun vaikutus alkaa asteittain ja sen vuoksi lumbopelvisen alueen proprioseptiikka on heikentynyt. Tästä johtuen on luonnollista, että potilailla, joilla on liikekontrollin häiriö, alkaa muodostua liikkeeseen liittyvää pelkoa. (O'Sullivan 2005, 251.) Liikekontrollin häiriön ja kehon hahmottamisen heikentymisen mahdollista yhteyttä on tutkittu myös Luomajoen (2010) väitöstutkimuksessa kahden pisteen erottelukykytestillä. On kuitenkin mahdotonta sanoa aiheuttaako heikentynyt kehon hahmottaminen liikekontrollin häiriötä vai päinvastoin. (Luomajoki 2011, 5.)

1.4 Selkäpotilaan tutkiminen ja selkä kivun diagnosointi

Alaselkäpotilaan tutkimiseen tulee olla riittävästi aikaa. Alaselkäpotilaan tutkimiseen kuuluvat anamneesi eli esitiedot, kliininen tutkiminen sekä harvemmissä tapauksissa laboratoriotutkimukset ja kuvantamistutkimukset. (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 181–188.)

Jotta alaselkä kivun kroonistuminen ja pitkät sairauslomat voitaisiin ehkäistä, on erityisen tärkeää, että selkä kivut diagnosoidaan ja hoidetaan mahdollisimman nopeasti niiden ilmaannuttua (Airaksinen & Lindgren 2005, 196). Käypähoi-

tosuosittelusten mukaan akuutissa vaiheessa asiakkaan tutkimisessa tärkeintä ovat tarkat esitiedot ja huolellinen kliininen tutkiminen, joiden avulla suljetaan pois mahdolliset vakavat sairaudet (Alaselkäkipu 2014, [Viitattu 14.9.2014]).

Esitiedot eli anamneesi selvitetään selkäpotilasta haastattelemalla. Potilasta pyydetään kertomaan selkäkivustaan: sen luonteesta, kestosta, syntyvästä sekä oireiden mahdollisesta lisääntymisestä eri vuorokauden aikoina ja kuormitustilanteissa. Lisäksi potilasta tulisi pyytää kuvailemaan selkä kivun aiheuttamaa haittaa niin vapaa-ajalla kuin töissäkin. Selkä kivun aiheuttamaa haitta-astetta voidaan arvioida myös Oswestryn oire- ja haittakyselyn avulla. (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 182.) Haastattelussa olisi hyvä selvittää myös aiemmin tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet, sairauslomat sekä mahdolliset kuntoutustoimenpiteet (Hiironen & Sauranen 2008, 9).

VAS-kipujana (Visual analogue scale), jolla kipua voidaan arvioida 0-10 senttimetrin janalla, sopii hyvin selkä kivun voimakkuuden arviointiin. VAS-kipujanalla 0 tarkoittaa, että kipua ei ole lainkaan ja 10 kuvaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. Kivun sijaintia voidaan taas selvittää kipupiirroksen avulla. (Airaksinen & Lindgren 2005, 188.) Kipujanaa ja kipupiirrosta käytettäessä yhdessä saadaan esiin tärkeää tietoa kivun laaja-alaisuudesta (Hiironen & Sauranen 2008, 9).

Kliinisen tutkimuksen alussa on hyvä arvioida, miten potilas suoriutuu riisuuntumisesta, pukeutumisesta sekä sitä, miten potilas liikehtii ja reagoi liikkeeseen, esimerkiksi ilmein ja elein. Jos potilas kävelee vinossa ja liikkuu varovasti, kyseessä voi olla iskiasvaiva. Istuminen vain toisella pakaralla voi taas viitata ristisuoliluunivelen ligamenttiongelman tai istuinkyhmyn alueen ongelmiin. Tärkeintä on huomioida kivun aiheuttamien liikkumisen ongelmien näkymisen johdonmukaisuus. (Airaksinen & Lindgren 2005, 189–190.)

Selkä kivun tutkimuksissa yleisesti käytettyjä ja suositeltuja testejä ovat muun muassa Modifioitu schober, SLR, Laseque, Ely sekä refleksi- ja ihotuntotestaukset (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 182). Modifioitua schoberia käytetään lannerangan liikkuvuuden mittaamiseen, ja se antaa käsitystä selän toimintakyvystä. Selän etutaivutuksen rajoittuminen voi joissain tapauksissa kuvata selkä kivun yleistä vaikeusastetta. Taaksetaivutuksen rajoittuminen voi viitata spinaali-

stenoosiin tai lannerangan hermojuuren puristustilaan. Kun alaraajaa nostetaan suorana kuten SLR (straight-leg-raising) tai Lasequen testeissä, alaselästä polven alapuolelle alaraajaan säteilevä kipu on melko luotettava osoittamaan L5- ja S1-hermojuuren puristustilaa. (Pohjolainen 2009, 350.)

Aiemmissa tutkimuksissa ei ole kovin paljon keskitytty alaselkävaurion alaluokkia erotteleviin testeihin eikä niiden luotettavuuteen tai niistä ei ole pystytty erottamaan tiettyjä testejä, jotka erottelisivat juuri liikekontrollin häiriötä. Epäspesifiksi selkävaurioksi luokitellut ongelmat ovat kuitenkin hoidettavissa ja useiden tutkijoiden mukaan painopisteen tulisi olla juuri kliinisissä testeissä ja arvioinnissa. Luomajoki kehitteli väitöstutkimuksessaan (2007) testipatteriston, jolla liikekontrollin häiriön tunnistaminen onnistuu. Testipatteristoon valikoitui kymmenen testin joukosta kuusi reliaabeliksi todistettua testiä, jotka perustuvat aktiivisen liikkeen havainnointiin. Testit erottelevat myös sen onko liikekontrollin häiriö fleksio-, ekstensio- vai rotaatiosuuntaista, jolloin voidaan suunnitella ja teettää harjoitteita spesifisti tiettyyn ongelmaan. Testit perustuvat aiemmin julkaistuihin tuttuihin liikekontrollin harjoitteisiin, lisäksi niiden toteuttaminen on helppoa ja nopeaa. Jokaiselle testiliikkeelle on määritetty oikea ja väärä suoritustekniikka. Jokaisesta väärin suoritetusta liikkeestä saa yhden pisteen eli huonoin tulos voi olla 6 pistettä. (Luomajoki, Kool, Bruin & Airaksinen 2007.)

Luomajoki on tutkinut myös liikekontrollin häiriön ja lumbopelvisen alueen proprioseptiikan heikentymisen välistä yhteyttä kahden pisteen erottelutestillä. Tutkimuksen mukaan kahden pisteen erottelu kipualueella on heikompaa kuin kymmenessä muussa kohdassa ja ero selkävauriosta kärsivien ja terveiden välillä oli selkeä. Lisäksi suuremmalla kahden pisteen erolla oli yhteys alentuneeseen lumbopelvisen kontrolliin. Testi voidaan suorittaa esimerkiksi työntömitalla molemmin puolin selkärankaa sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti. Kahden pisteen erottelu määritellään lyhyimpänä mahdollisena etäisyytenä mittapisteen välillä siten, että tutkittava tunnistaa selvästi kaksi pistettä. Etäisyys muodostuu mittaa suurennettaessa saatavan arvon ja mittaa pienennettäessä saatavan arvon keskiarvosta. (Luomajoki & Moseley 2009, 437–440.)

1.5 Red flagit ja yellow flagit

Vakaviin sairauksiin viittaavia löydöksiä kutsutaan red flageiksi eli punaisiksi lipuiksi. Tällaisia löydöksiä ovat muun muassa virtsaumpi ja ulosteenpidätyskyvyn vaikeus, äkillinen painon putoaminen, yökipu, alaraajojen heikkous, ikä (vähemmän kuin 20 vuotta tai enemmän kuin 55 vuotta), aiemmin diagnosoitu syöpä, laaja-alaiset neurologiset puutosoireet tai viimeaikainen trauma. (Ferguson, Holdsworth, Rafferty 2010, 282–283.) Jos tutkimuksissa ilmenee viitteitä vakaviin sairauksiin, potilas on ohjattava välittömästi erikoissairaanhoidon päivystykseen tai lähetteellä erikoissairaanhoidon puolelle lisätutkimuksia varten (Pohjolainen, Karpinen & Malmivaara 2009, 181).

Yellow flagit eli keltaiset liput ovat psykososiaalisia parantumisen esteitä. Selkäkiputapauksissa ne ovat tärkeitä tunnistaa, koska ne voivat lisätä riskiä selkävun kroonistumiseen. Näitä keltaisia lippuja ovat esimerkiksi epäsuhtainen sairauskäyttäytyminen, usko, että kipu ja aktiivisuus ovat haitallisia, fyysisesti raskas työ, ylihuolehtiva perhe tai tuen puute sekä emotionaaliset tekijät kuten negatiivisuus ja sosiaalinen vetäytyminen. (Alaselkä- ja niskasairaudet 2008, 3-5.) Psykososiaalisia kroonistumisen riskitekijöitä voidaan kartoittaa esimerkiksi Steven Lintonin kehittämällä Screening questionnaire for pain – seulontalomakkeella. Seulontalomakkeen ja lääkärin tekemien tutkimusten perusteella tulisi kroonistumisen riskiryhmään kuuluvat potilaat ohjata perusteellisempiin moniammatillisiin psykososiaalisiin tutkimuksiin esimerkiksi kipuklinikalle. (Heikkonen 2005, 37–38.)

1.6 Alaselkävun ennaltaehkäisy

Koska selkävun syyt jäävät edelleen usein tuntemattomiksi, pelkästään riskitekijöihin vaikuttaminen ei välttämättä riitä alaselkävun ehkäisemiseksi. Selkävun ehkäisyssä on otettava huomioon monia ihmisen elämän osa-alueita, eikä keskitytä ainoastaan yksittäisiin tekijöihin. (Burton 2005, 550.) Riskitekijöiden tunnistaminen on kuitenkin tärkeää, sillä jo pienillä arjen ja työn muutoksilla on merkitystä selkävun ennaltaehkäisyssä (Takala & Lehtelä 2009, 52).

On todettu, että selkävun ehkäisy on toteutettavissa, vaikka selkeää näyttöä tietyn ehkäisykeinoon hyödyntämisestä ei ole pystytty esittämään (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 180). Tutkimusten (Burton 2005, 541) mukaan lupavimmat ja toimivimmat ennaltaehkäisyn tulokset näyttävät liittyvän fyysiseen aktiivisuuteen ja harjoitteluun sekä ymmärrykseen terveyteen vaikuttavista tekijöistä, etenkin aikuisilla.

Alaselkävun ennaltaehkäisy on yhtäläillä yhteiskunnallinen huolenaihe kuin yksittäisen ihmisen henkilökohtainen ongelma (Burton 2005, 550). Selkäkipujen ehkäisyyn olisi hyvä kiinnittää huomiota jo lapsilla ja nuorilla, eikä vain työikäisillä (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 180). Burtonin (2005, 550–551) tutkimuksen mukaan paras tapa kehittää alaselkävun ennaltaehkäisyn prosessia olisi muuttaa yhteiskunnan asennetta, hyödyntää tietämystä aktiivisuuden ja työn laadun merkityksestä sekä asettaa kohtuulliset odotukset ennaltaehkäisyn toimivuudesta. Käypä hoito – suosituksen (Alaselkäkipu 2014) mukaan alaselkäkipujen ehkäisyn keskeisenä linjana tulisi olla terveyden laaja-alainen edistäminen, jolloin moniin yksittäisiin selkäkipuun liitettyihin tekijöihin voidaan vaikuttaa yhtä aikaa.

2 ALASELKÄKIVUN HOITO JA KUNTOUTUS

Henttisen (2011) mukaan tutkimuksissa on todettu, että noin 70 prosenttia alaselkäpotilaista hyötyy huomattavasti hoidon aloittamisesta jo akuutissa vaiheessa. Selkävun hoitoon kuuluu aina potilaan perusteellinen tiedottaminen. (Henttinen 2011, 31.) Epäspesifin selkävun kohdalla on tärkeää antaa potilaalle positiivinen viesti. Potilasta olisi hyvä rauhoitella, koska viitteitä vakavaan sairauteen tai vammaan ei ole. Myös iskiasoireyhtymätapauksissa on hyvä kertoa, että potilaalla ei ole aihetta pelkoon ja että täydellinen toipuminen on useimmissa tapauksissa odotettavissa. Mahdollista vakavaa sairautta epäiltäessä potilasta tulisi kehottaa välttämään fyysistä kuormitusta lisätutkimusten aikana. (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 183.)

Krismerin ja van Tulderin (2007, 77) mukaan alaselkävun hoidossa on tärkeää, että ihminen pysyy aktiivisena ja välttää pitkiä vuodelepojaksia. Päivittäiset toiminnot tulisi yrittää suorittaa normaalisti kivun sallimissa rajoissa (Henttinen 2011, 31). Selkävun toipuminen voi hidastua fyysisen ylläpidon kuten pitkäkestoisien asentomonotonian tai mekaanisen toimintahäiriön vuoksi. Pitkään kestävät yksipuoliset asennot sekä toispuolisesti rasittava kuormitus voivat vaikuttaa jopa enemmän selän oireiluun kuin ryhtimuutokset. (Henttinen 2011, 30.)

2.1 Alaselkäpotilaat fysioterapeuttien suoravastaanotolle

Nykyisen käytännön mukaan alaselkäpotilaan hoitopolku alkaa aina lääkärin vastaanotolta, missä lääkäri arvioi haastattelun ja kliinisten tutkimusten avulla päivystyslähetteen tarpeen. Jos viitteitä vakavista sairauksista ei ole, potilas saa tarvittaessa oireiden mukaista hoitoa ja itsehoito-ohjeet kotiin. Kivun jatkuessa yli kaksi viikkoa lääkäri voi antaa potilaalle lähetteen fysioterapiaan. Lääkäri voi määrätä jatkotutkimuksia kuten röntgenkuvauksen sekä laboratoriokokeita, jos kivut jatkuvat yli neljä viikkoa. Tämän jälkeen kivun jatkuessa potilas ohjataan erikoissairaanhoidon piiriin. (Kankaanpää, Heikkinen, Jussila, Jäkälä, Kanto, Neva, Maunu, Penttinen & Raittinen 2014.)

Paatelman väitöstutkimukseen perustuvan artikkelin (2011b, 4) mukaan julkisella puolella selkäpotilas ei pääse riittävän nopeasti erikoissairaanhoidon fysiatriin tai ortopedin konsultaatioon. Artikkelin mukaan varhainen fysioterapeuttinen tutkiminen voi estää alaselkävivun pitkittymisen. Tämän vuoksi fysioterapeuttien osamista tulisi hyödyntää entistä enemmän selkävivun varhaisvaiheessa, jolloin seulonnan avulla fysioterapiaan pääsisivät ne henkilöt, joilla olisi riski selkävivun kroonistumiseen. (Paatelma 2011b, 4.)

Jotta alaselkäpotilas saisi mahdollisimman nopeasti apua heti akuutissa vaiheessa, on eri puolilla Suomea kehitelty fysioterapeuttien suoravastaanottoa, jossa kipupotilas ohjautuu lääkärin sijasta suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Fysioterapeuteille on siirretty oikeus myöntää 1-5 päivän sairauslomaa sekä oikeus suositella reseptivapaata kipulääkitystä. (Kukka & Partia 2007, 44–45.) Suoravastaanottoon sisältyy fysioterapeutin tekemä haastattelu ja tutkiminen, keskustelu ja tiedonanto selkävivusta sekä löydösten mukaan rakennetut yksilölliset kotiohjeet, jotka sisältävät neuvoja muun muassa liikeharjoitteista, hyvistä lepo- ja työskentelyasunnoista sekä selkäoireiselle sopivasta liikunnasta. Esimerkki suoravastaanottoa toteuttavasta mallista on kuvattu Karstulan-Saarijärven terveydenhuollon kuntayhtymässä toiminnassa olevalla mallilla (liite 1). (Hiironen & Sauranen 2008, 9-10.)

Suoravastaanotolla toimivat fysioterapeutit ovat suorittaneet tehtävän vaatiman syventävän lisäkoulutuksen (Lakka 2008, 5). Seinäjoen ammattikorkeakoulu ja Etelä-Pohjanmaan Sairaanhoidopiiri järjestävät yhteistyönä kymmenen opintopisteen täydennyskoulutuksen fysioterapeuteille liittyen fysioterapeutin laajennettuun tehtävänkuvaan ja suoravastaanottoa toteuttamiseen. Koulutus pyrkii mahdollistamaan TULE-potilaiden suoravastaanottoa toteuttamisen eri sektoreilla muun muassa vahvistamalla fysioterapeuttien kliinisiä tutkimisen taitoja ja muita akuuttivastaanottoon liittyviä osaamisen alueita. (Fysioterapeuttien täydennyskoulutus suoravastaanottoa toteuttamiseen [Viitattu 15.9.2014].)

Hoidon tarpeen arviointeja tekevät ammattiryhmät, kuten sairaanhoitajat, on myös perehdytetty uuteen malliin ja heillä on käytössään ennalta sovitut kriteerit heidän ohjatessa potilaita joko lääkärille tai fysioterapeutille potilaan oireiden perusteella. Suoravastaanottoa toteuttavien tavoitteena on nopeuttaa selkäpotilaan hoitoon pää-

syä, ennaltaehkäistä oireiden kroonistumista sekä vähentää alaselkäpotilaiden määriä päivystyksestä ja lääkärin vastaanotoilta. (Ropponen & Troberg 2010, 9.)

Suomen Fysioterapeuttien tekemän tehtävänsiirtoja koskevan kyselyn mukaan vuonna 2007 toteutettiin tehtävänsiirtoja 29 fysioterapiayksikössä. Viralliset kirjalliset tehtäväkuvaukset ja delegointipäätökset oli tehty vain Jyväskylän maalaiskunnan ja Saarijärven-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymissä sekä Kotkan ja Haminan terveyskeskuksissa. Suoravastaanottoimintaan valmistavia lisäkoulutuksia oli vuonna 2007 kesken muun muassa Kanta-Hämeen keskussairaalassa, Hämeenlinnan terveyskeskuksessa sekä Riihimäen terveyskeskuksen fysioterapiayksiköissä. (Kukka & Partia 2007, 44–45.)

Lääkärin tehtävien siirtäminen tai laajentaminen myös fysioterapeuteille on saanut jonkin verran kritiikkiä. Kliiniset tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että joissakin liikuntaelinsairauksissa fysioterapian hyöty on paljon suurempi kuin lääkkeiden, injektoiden ja leikkausten hyödyt kun ottaa huomioon niiden aiheuttamat riskit. Laadukkaat kliiniset tutkimukset ovat osoittaneet, että fysioterapia voi vähentää tarvetta suurempi riskisiin hoitoihin. Lisäksi fysioterapeuttien kyky tehdä johtopäätöksiä tutkimusten pohjalta on suoraan verrattavissa ortopedeihin. (Deyle 2006, 632.)

Belthur, Clegg ja Strange (2003) ovat tutkineet fysioterapeutin suoravastaanottoiminnan tehokkuutta ulkomailla. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa perustettiin erikoistuneiden fysioterapeuttien klinikka, jotta saataisiin lyhennettyä uusien ei-kiireellisten ortopedisten lapsipotilaiden hoitoon pääsyyn kuluva aikaa. Klinikkan tehokkuutta tarkasteltiin arvioimalla 1046 lähetteen saaneen potilaan hoitoon pääsyä. Lopulta 114 potilasta ei päässyt klinikalle, mutta loput 932 pääsivät. Näistä potilaista 93 prosenttia hoidettiin ilman lääkärin konsultaatiota. Ei-kiireellisten potilaiden jonotusaika väheni 72 viikosta (toukokuussa 1996) viiteen viikkoon (toukokuussa 1999). Klinikkan toiminta todettiin kustannustehokkaaksi. (Belthur, Clegg & Strange 2003, 699.)

2.2 Fysioterapia osana alaselkäpotilaan kuntoutusta

Tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapia toteutetaan suurimmalta osin perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa (Pohjolainen 2005, 17). Wallerin, Lambeckin, Dalyn (2009, 3) tutkimuskatsauksen mukaan alaselkäkipu on yleinen syy fysioterapeutin vastaanotolle hakeutumiseen.

Alaselkäpotilaan fysioterapiassa yleisinä tavoitteina ovat kivun lievittyminen, toimintakyvyn parantuminen sekä kivun uusiutumisen ehkäiseminen. Perinteisesti selkäpotilaan fysioterapia on painottunut selän rakenteellisten ongelmien arviointiin, mutta taustatekijöiden monimuotoisuuden vuoksi fysioterapiassa tulisi huomioida myös psykososiaaliset, neurofysiologiset ja psykologiset osa-alueet. (Lahtinen-Suopanki 2009, 22–23.) Akuutissa alaselkäkivussa oireisiin perustuva kuntoutus nopeuttaa toipumista. Pitkään kestäneissä alaselkäongelmissa kuntouttava fysioterapia on pitkäjänteistä ja palauttaa selän toimintakykyä sekä helpottaa oireita pidemmällä aikavälillä. (Airaksinen & Lindgren 2005, 197–199.) Jotta fysioterapia olisi tarkoituksenmukaista, on tutkimisen yhteydessä erityisen merkittävää tunnistaa selkäkipua ylläpitävä mekanismi (Lahtinen-Suopanki 2009, 23). Erityisesti jos terapeutti huomaa viitteitä jatkuvista peloista tai muuttuneesta kipukäyttäytymisestä, on tärkeää pohtia, kuinka paljon kivun pelko vaikuttaa potilaan toimintaan ja mikä merkitys selän toimintahäiriöllä on (Koho 2011, 12).

Fritzin, Clealandin, Speckmanin, Brennanin ja Hunterin (2008) tekemän tutkimuksen mukaan näyttöön perustuvien hoitosuositusten noudattaminen ja aktiivisuuden painottaminen akuutin alaselkäpotilaan fysioterapiassa ovat yhteydessä hyviin hoitotuloksiin fysioterapiajaksoilla sekä reseptilääkkeiden käytön vähentämiseen (Fritz ym. 2008, 1804).

Uudelleen loukkaantumisen, kivun tai yleisesti liikkumisen pelko selkäkipujakson aikana ja sen jälkeen voi johtaa kaiken aktiivisuuden välttämiseen riippumatta siitä, aiheuttaako liikkuminen uudelleen kipua vai ei (Koho 2011, 10–11). Siksi fysioterapeutin on tärkeää ohjata selkäpotilasta pysymään fyysisesti aktiivisena ja kertoa liikkumisen hyödyllisistä vaikutuksista selkäkipuun (Low back pain 2009, 10 [Viitattu 13.9.2014]). Asiantunteva ohjaus on merkittävässä osassa selkäkipun hoidossa. Fysioterapeutin potilaalle antama ohjaus ja neuvonta perustuvat aina huolelliseen

fysioterapeuttiseen tutkimiseen. Ensiohjeet sisältävät usein alaselän lihasten toimintaa palauttavia harjoitteita sekä työergonomiaan ja kipua helpottaviin asento- hoitoihin liittyvää ohjausta. (Malinen & Jokinen 2009, 8-9.)

Fysioterapeutti voi auttaa potilasta löytämään ja lisäämään omia hallintakeinojaan esimerkiksi ergonomisten ohjeiden, kuormituksen keventämisen tai uudenlaisten toimintatapojen kehittelyn avulla. Kieltojen ja rajoitusten asettamista tulee harkita aina tarkoin, jotta ei lisätä potilaan pelkoa selkävun suhteen. (Koho 2011, 13.)

2.3 Lääkkeiden suosittelu ja määrääminen alaselkävun hoidossa

Suoravastanotto toiminnan myötä fysioterapeuteille on siirretty lupa suositella ilman reseptiä saatavia kipulääkkeitä vastaavan lääkärin antamien ohjeiden pohjalta sekä ohjeistaa potilasta kipulääkkeiden käytössä (Lakka 2008, 5).

Akuutin alaselkävun paranemisennuste on usein hyvä, jopa ilman hoitoa. Lääkehoito on akuutin alaselkävun hoidossa tarpeellista, kun kipu häiritsee päivittäisiä toimintoja selviytymistä tai unta (Mens 2005, 612.) Kipua voidaan hoitaa särky- ja tulehduskipulääkkeillä. Myös lihasrelaksantit voivat vähentää kipua ja palauttaa toimintakykyä vaikean kipujakson aikana. (Krismer & van Tulder 2007, 88.) Lääkkeen valinnassa tulee huomioida muun muassa lääkeaineallergiat, sydän- ja verisuonihäiriöiden vaara sekä mahdolliset ruuansulatuskanavan sivuvaikutukset (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 189; Kangas 2009, 51).

Selkäkipuun määrätään useita erilaisia kipuun vaikuttavia lääkkeitä, mutta parhaiten vaikuttavinta lääkettä ei ole pystytty näyttämään. Ensisijaisesti alaselkäkipuun määrättyjä lääkkeitä ovat parasetamoli, lievät opiaatit sekä tulehduskipulääkkeet, joista parasetamoli on suositelluin. (Mens 2005, 609–613.) Tulehduskipulääkkeet vaikuttavat lyhytkestoisesti selkäkipuun ja niitä voidaan käyttää jaksoittain potilaan kivun voimakkuuden ja ilmenemisen mukaan (Pohjolainen, Karppinen & Malmivaara 2009, 189–190). Akuutissa alaselkävun hoidossa lääkärit voivat määrätä lihasrelaksanteja yksinään tai kipulääkityksen lisäksi rentouttamaan kipualueen lihaksia (Tanner & Niezgod-Hadjidemetri 2012, 84–85).

Voimakkaissa kiputilanteissa, joissa hyvän asennon löytäminen ja unen saanti on vaikeutunut sekä selkäkipu on pysynyt jatkuvana yli 24 tuntia, voidaan potilaalle määrätä voimakkaampia kipulääkkeitä. Voimakkaat kipulääkkeet voidaan jakaa huumaaviin ja ei-huumaaviin lääkkeisiin. Huumaavia kipulääkkeitä ovat esimerkiksi morfiini ja buprenorfiini ja ei-huumaavia opioidit kuten tramadoli. Ei-huumaavat voimakkaat kipulääkkeet eivät ole läheskään aina yhtä tehokkaita, mutta niillä ei ole yhtä voimakkaita sivuvaikutuksia kuin huumaavilla kipulääkkeillä. Huumaavat kipulääkkeet voivat aiheuttaa riippuvuutta, ja siksi lääkärit eivät määrää niitä ilman perusteltavissa olevaa tarvetta. (Tanner & Niezgoda-Hadjidemetri 2012, 84.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella Seinäjoen ja ympäristökuntien alaselkäpotilaiden hoitoa ja kuntoutusta ennen suoravastaanottotoiminnan käynnistämistä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä kirjallinen kysely henkilöille, joilla on selkäkipuja sekä selvittää alaselkäpotilaan hoitoa ja kuntoutusta Seinäjoella ja ympäristökunnissa. Lisäksi tavoitteena oli selvittää kyselyn avulla selkäongelmaisten kokemuksia heidän saamastaan fysioterapiasta ja nykyisen hoitojärjestelmän toimivuudesta.

Tutkimuskysymykset:

- Miten ja minkä tahon kautta alaselkäpotilaiden hoito ja kuntoutus on alkanut Seinäjoella ja ympäristökunnissa ennen suoravastaanottotoiminnan käynnistämistä?
- Minkälaisia kokemuksia alaselkäpotilailla on hoitoon pääsystä Seinäjoella ja ympäristökunnissa?
- Minkälaisia kokemuksia alaselkäpotilailla on fysioterapian vaikuttavuudesta?
- Minkälaisia muita kokemuksia alaselkäpotilailla on fysioterapiasta?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin metodologisena triangulaationa eli yhdistämällä kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselytutkimuksella, johon sisältyi monivalintakysymysten lisäksi myös laajempia avoimia kysymyksiä. Metodologisella triangulaation avulla pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja kokonaiskäsitys tutkittavasta asiasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 75.) Aineiston keruumenetelmäksi valittiin kysely, koska sen avulla voidaan hankkia laaja tutkimusaineisto toimittamalla kysely useille ihmisille ja kysymällä useita aiheeseen liittyviä kysymyksiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195).

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa pyrkimyksenä on selittää ilmiötä, luokitteluihin tai numeerisiin tuloksiin perustuen (Määrällinen tutkimus. [Viitattu 14.9.2014]). Tunnusomaisia piirteitä kvantitatiiviselle tutkimukselle on johtopäätösten muodostaminen aiempien tutkimusten pohjalta sekä jo olemassa olevan teorian tiedon hyödyntäminen teoreettisen viitekehyksen muodostamisessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 140). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää valita sellaiset aineiston hankintamenetelmät, joista saadut tulokset voidaan ilmaista määrällisessä ja numeerisessa muodossa. Kvantitatiivinen tutkimus keskittyy tutkimuksen aikana olevaan tilanteen tarkkaan selvittämiseen, mutta määrällisin menetelmin ei pystytä tarpeeksi ratkaisemaan asioiden taustalla vaikuttavia syitä. (Heikkilä 2008, 16–17.)

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella pyritään ymmärtämään ilmiötä syvemmin ja mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Heikkilä 2008, 16). Kvalitatiiviselle tutkimusotteelle ominaista on subjektiivisuus ja kokemusten kuvaaminen (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 82). Tutkimusmenetelmälle tyypillisiä piirteitä ovat kokonaisvaltaisuus, induktiivinen analyysi, harkinnanvarainen tutkimusotos sekä laadullisten menetelmien käyttö aineiston keräämisessä. Yksilön kokemusten ja näkökulmien esiin pääseminen tulee huomioida menetelmiä valitessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66–67, 73.)

4.1 Kohderyhmä

Kyselytutkimuksen kohderyhmänä ovat Seinäjoen Seudun Selkäyhdistyksen jäsenet. Kyselyyn sai vastata anonymisti. Kyselylomakkeet saatekirjeineen ja vastauskuorineen (liite 2) toimitettiin Seinäjoen seudun selkäyhdistyksen jäsenille postitse.

4.2 Kyselylomake

Kyselytutkimuksessa mittarina toimii kyselylomake (Vehkalahti 2014, 20). Kyselylomake on perinteinen keino tutkimusaineiston hankinnassa. Kysymykset tulee muotoilla tarkkaan mahdollisimman yksiselitteisiksi, jotta tutkimustulokset eivät tulisi virheellisiksi. Tärkeää on myös, että kyselyn kysymykset eivät johdattele vastaajaa. Kysymykset rakennetaan tutkimuksen tavoitteiden pohjalta vastaamaan tutkimusongelmiin. (Valli 2007, 102–103.) Ennen kyselylomakkeen laatimista tulee perehtyä hyvin aiheesta jo olemassa olevaan teoretietoon, jotta kysymyksillä saadaan selvitettyä haluttuja asioita (Ronkainen ym. 2011, 114).

Kyselylomake (liite 3) laadittiin itse, jotta tutkimusongelmiin saataisiin vastauksia mahdollisimman tarkasti. Kysymykset laadittiin teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimusongelmiin pohjautuen. Kysely sisältää 23 kysymystä, joista lyhyitä avoimia kysymyksiä on neljä, laajempia avoimia kysymyksiä on seitsemän ja loput strukturoituja eli monivalintakysymyksiä. Useimmiten kyselylomakkeissa käytetään pääasiassa strukturoituja kysymyksiä, koska etukäteen valitut vastausvaihtoehdot tekevät mittaustulosten hallinnasta ja analysoimisesta helpompaa ja selkeämpää. Laadulliset, avoimet kysymykset täydentävät ja syventävät tutkimustuloksia, koska niiden avulla voidaan saada esiin tietoa, joka muuten saattaisi jäädä saamatta. Koska opinnäytetyössä haluttiin selvittää alaselkäpotilaiden kokemuksia, olivat avoimet kysymykset välttämättömiä, sillä valmiita vaihtoehtoja ei olisi voitu määrittellä. (Vehkalahti 2014, 25.)

Kyselylomake esiteltiin kolmella työikäisellä naisella sekä kolmella työikäisellä miehellä. Esitelmästä kohderyhmään kuuluvilla henkilöillä antaa todenmukaisen käsityksen siitä, ovatko kysymykset ja ohjeet ymmärrettäviä, antavatko kysy-

mykset tarpeeksi haluttua tietoa sekä onko kyselyssä mahdollisesti ylimääräisiä kysymyksiä (Vehkalahti 2014, 48). Esitestaamisen jälkeen kyselylomaketta selvennettiin palautteiden mukaisesti muun muassa tarkentamalla kysymysten vastausvaihtoehtoja sekä sanavalintoja muokkaamalla.

Kyselylomakkeen avulla kartoitettiin erityisesti alaselkäpotilaan hoidon ja kuntoutuksen etenemistä, akuutin vaiheen alaselkäpotilaan hoitoon pääsyä, kokemuksia hoidon toimivuudesta sekä kokemuksia fysioterapiasta.

4.3 Tulosten analysointi

Kyselylomakkeen avulla saadut vastaukset analysoitiin käyttäen määrällisiin ja laadullisiin tutkimuksiin soveltuvia analysointimenetelmiä. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Ohjelmaa käytettiin muun muassa jakaumien ja keskiarvojen muodostamisessa.

Avoimet kysymykset analysoimme induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla voidaan selvittää asioiden ja ilmiöiden merkityksiä ja syy-seuraussuhteita kirjallista ja sanallista aineistoa tulkittaessa. Olennaisinta sisällönanalyysissä on löytää ja erotella aineiston yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Aineiston sisältö luokitellaan merkitysten mukaisesti. Analysoinnissa pyritään luomaan luokkia, jotka sulkevat toisensa pois ja siten muodostavat oman kategoriansa. Tutkimuskysymykset ohjailevat luokkiin jakamista. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21–23.)

Induktiivisessa analyysissä analysointiprosessi aloitetaan analyysiyksikön valinnasta. Tämän jälkeen tutustutaan aineistoon, aloitetaan sen pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta. Lopuksi arvioidaan sisällön analyysin luotettavuutta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 24–25.)

Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi vastaukset analysoitiin kummankin opinnäytetyön tekijän toimesta erikseen ja tämän jälkeen analysointeja vertailtiin ja muodostettiin yhdes-sä lopulliset luokittelut. Tätä kutsutaan test-retest-menetelmäksi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–39).

5 TULOKSET

Kysely lähetettiin kaiken kaikkiaan 68 Seinäjoen Seudun Selkäyhdistyksen jäsenelle. Vastauksia saatiin 27, joista kaksi jouduttiin hylkäämään. Toinen hylättiin selkävun puuttumisen vuoksi ja toinen johtuen vastaajan asumisesta toisella puolella Suomea selkäkipujaksonsa aikana. Tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 39,7 prosenttia. Tuloksissa tarkastelemme siis 25 vastaajan vastauksia. Kyselyyn vastanneista 21 (80 %) oli naisia ja neljä (20 %) miehiä. Vastanneiden keski-ikäksi tuli 59 vuotta ja kohderyhmän ikäjakauma oli 32–75 vuotta.

Selkäpotilaan hoitoon pääsy ja hoidon eteneminen

Vastaajat kuvailivat selkävun alkaneen äkillisesti arkiaskareissa tai jopa nukkuessa. Osa vastaajista kertoi taas selän oireilleen jo aiemmin ja pahimman kipuvaiheen kehittyneen hiljalleen. Vastaajista 24 hakeutui hoitoon selkäongelmiensa vuoksi. Yksi vastaaja ei ollut hakeutunut hoitoon.

”Heräsin yöllä kovaan kipuun. Aikaisemmin oli ollut ohimenevää kipua, selän väsymistä ja kireyttä. ”Kipukohtauksen” jälkeen ei voinut maata, ei istua, ei kävellä. Kipu oli helvetillinen.” (V15)

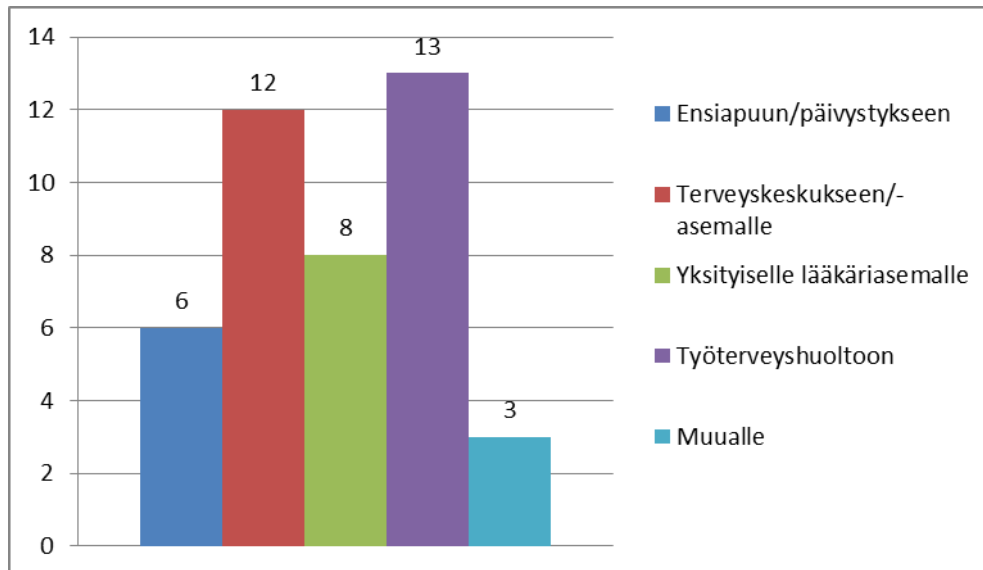
”Selkäkipu alkoi raskasta taakkaa nostaessani vuonna 2007 tammi-kuussa illalla. Aamulla herätessäni varpaat olivat puutuneet ja jalkeilla ollessani puutuminen jatkui aina nivusiin saakka.” (V10)

”Vuosia aikaisemmin jonkin verran selässä ja iskiäs hermo. Kesällä 2010 äkillinen kova alaselkäkipu, tk:ssa 3 vrk ja kova lääkitys. Sen jälkeen aina alaselkä jonkin verran kipeä.” (V12)

”Alkoi noin 5 vuotta sitten, ensin päivittäisen ”voikukka” rupeaman jälkeen, mutta taittui levätyksen yön jälkeen. Noin 3 vuotta sitten jatkuvasti kipua lyhyehkön (3km) kävelyn yhteydessä ja jälkeen.” (V18)

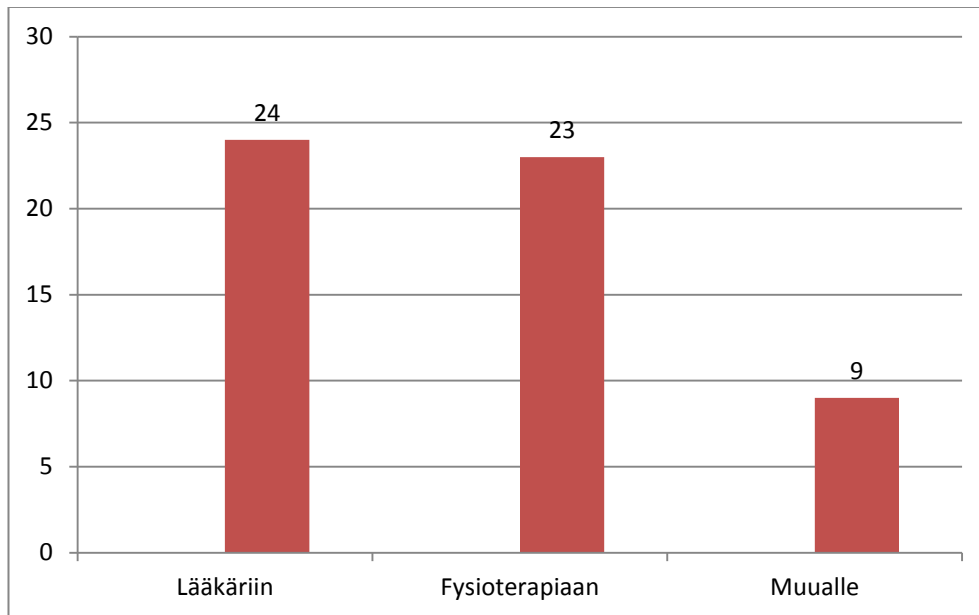
”Viime kesänä alkoi, noin kuukausi niin paha, että häiritsi päivittäisiä toimintoja tosi paljon. Tällä hetkellä hallinnassa, kun muistaa taukojummat töissä, työpiste myös tarkastettu.” (V19)

Kyselytutkimuksen mukaan selkäpotilaat hakeutuivat kivun vuoksi hoitoon useammalle eri hoitavalle taholle (Kuvio 2). Eniten apua oli haettu työterveyshuollon ja terveyskeskuksen tai -aseman kautta. Ensiapuun tai päivystykseen oli vastaajista hakeutunut kuusi. Kahdeksan henkilöä oli hakeutunut yksityiselle lääkäriasemalle. Vastaajista kolme oli hakeutunut myös muualle hoitoon. Muita hoitavia tahoja olivat naprapaatti, kansanparantaja, osteopaatti sekä Etelä-Pohjanmaan keskussairaala.



Kuvio 2 Hoitotahot

Hoitoon hakeuduttuaan vastaajista 24 henkilöä (96 %) ohjautui lääkärin vastaanotolle. Fysioterapiaan ohjautui kipujensa takia jossain vaiheessa 23 henkilöä (92 %) vastaajista. Muualle kuten akupunktioon, osteopaatille, jäsenkorjaajalle, hierojalle ja työterveyshoitajalle ohjautui tai itse hakeutui yhdeksän henkilöä (36 %) vastaajista (Kuvio 3).



Kuvio 3 Hoitoon ohjautuminen.

Hoitoon pääsyn kokemuksista nousi esille nopeasti saatava apu ja hyvä hoito, mutta myös hoitoon pääsyn hitaus. Kokemuksia vastaajilla oli nopean hoitoon pääsyn jälkeen yksin jäämisestä kipujen kanssa sekä jatkohoidon pitkästä odottamisesta. Lisäksi vastaajat kokivat, että eivät saa tarvitsemaansa apua ja että ki-puun ja sen voimakkuuteen ei uskota.

”Pääsin heti päivystysvastaanotolle. Lääkäri oli ymmärtäväinen ja avu-lias, mutta hänkin uskoi kivun olevan ohi menevää.” (V25)

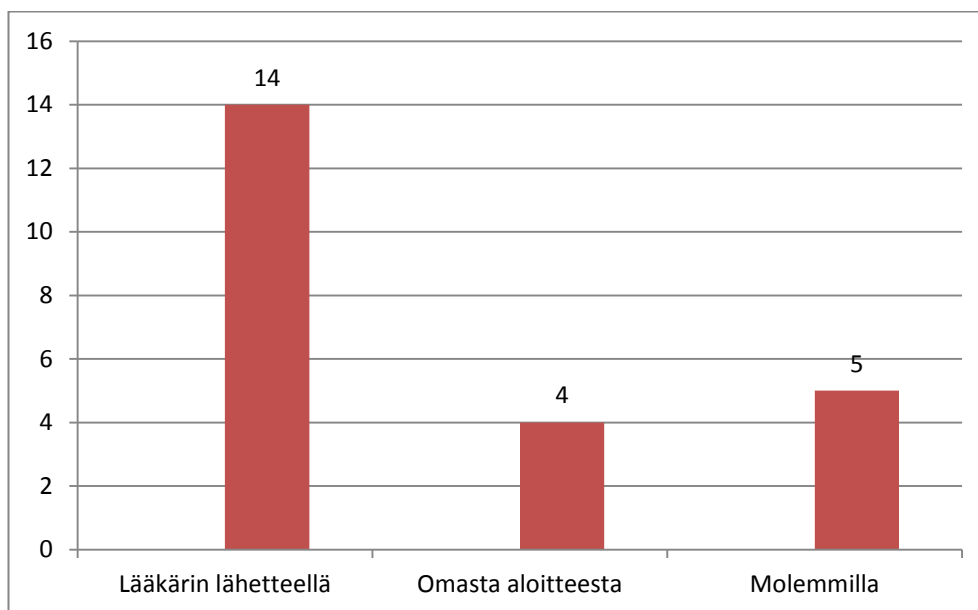
”Hyvin nopeasti, minulla ei ole ollut vaikeutta päästä hoitoon.” (V26)

”Alkuun nopeasti, tutkimukset ym. meni sujuvasti. Myöhemmissä vai-heissa on ollut ongelmallisempaa. Ellei itse ole aktiivinen, soitele ”pa-pereitten” perään, tai yleensä asioiden tuomiseksi esiin ja vaadi saada korjausta tilanteeseen, en osaa kuvitella mikä olisi oma tilanne, jos en olisi toiminut ed. tavalla.” (V5)

”Hoitoon pääsy oli vaikeaa, lääkäri ei uskonut oireiden voimakkuuteen millää tavalla. Kolmannella lääkärin käynnillä rötken kuvien perusteel-la todettiin alaselän nikamissa madaltumaa ja nikamien yhteen luuta-mista.” (V7)

”Vuosien pyöritysten jälkeen vihdoinkin pääsin mangneetti kuviin ja sieltä ortopedille, joka teki jäykistysleikkauksen. Että pitkä ja kivinen taival joka vei eläkkeelle.” (V11)

Fysioterapeutin vastaanotolle ohjautuneista vastaajista 19 sai lääkärin lähetteen fysioterapeutille. Neljä fysioterapeutille ohjautuneista ei ole saanut lääkärin lähetettä lainkaan. Lisäksi sekä lääkärin läheteellä että omasta aloitteesta fysioterapiaan hakeutuneita vastaajia oli viisi (Kuvio 4).



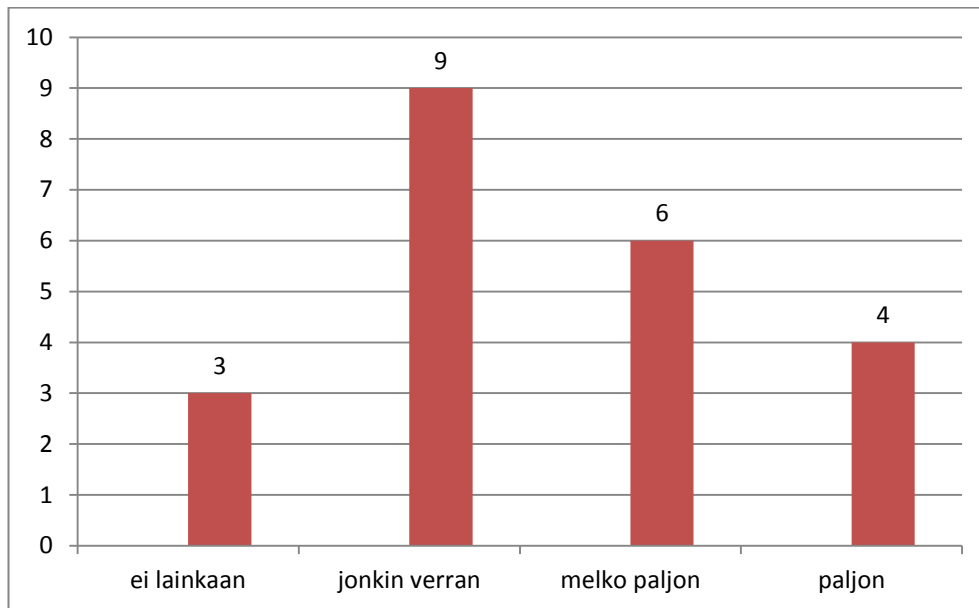
Kuvio 4 Fysioterapeutin vastaanotolle pääsy

Kokemukset fysioterapian vaikuttavuudesta selkäongelmiin

Kyselyssä selvitettiin määrällisesti fysioterapian vaikuttavuutta selkäkipuun, fysioterapiaan sisältyvän ohjauksen ja neuvonnan riittävyttä sekä sitä mitä ohjeita vastaajat olivat saaneet fysioterapeutilta ensimmäiseltä vastaanottokäynniltä. Avoimissa kysymyksissä selvitettiin olivatko vastaajat jääneet kaipaamaan jotakin sekä henkilökohtaisia kokemuksia fysioterapiasta.

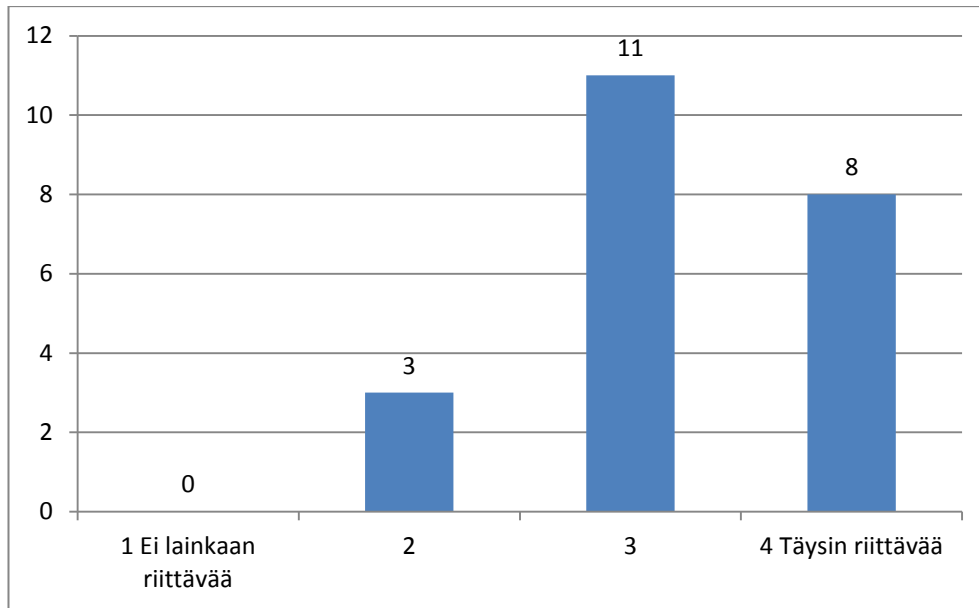
Fysioterapiaa saaneista vastaajista yksi ei ollut arvioinut fysioterapian vaikuttavuutta selkäkipuihinsa, joten tuloksissa huomioidaan vain 22 vastaajan vastaukset. Vastaajista yhdeksän arvioi fysioterapian vaikuttaneen jonkin verran selkäkipuihinsa. Kuusi vastaajista arvioi saaneensa apua selkäkipuihinsa melko paljon. Paljon apua fysioterapiasta selkäkipuihinsa arvioi saaneensa neljä vastaajaa, kun taas

kolme vastaajaa arvioi, ettei fysioterapia vaikuttanut heidän selkäkipuunsa lainkaan (Kuvio 5).



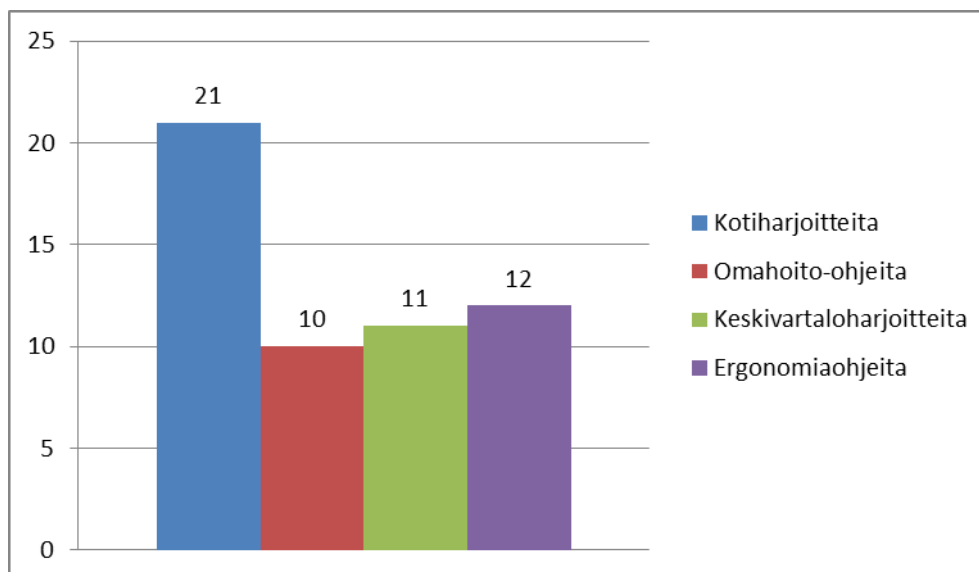
Kuvio 5 Fysioterapian vaikuttavuus.

Kaksi fysioterapiaa saaneista vastaajista eivät arvioineet fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan riittävyttä. Kyselylomakkeessa kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat määritelty asteikoilla 1-4 (ei lainkaan riittävää – täysin riittävää). Vastaajista 11 arvioi fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan arvoksi kolme (3). Kahdeksan vastaajaa arvioi fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan arvoksi 4 eli täysin riittäväksi. Kolme vastaajaa arvioi fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan arvoksi kaksi (2). Kukaan ei arvioinut fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa täysin riittämättömäksi (Kuvio 6).



Kuvio 6 Fysioterapeutin ohjauksen ja neuvonnan riittävyys.

Monet vastaajista olivat saaneet useita erilaisia ohjeita ja kaikki vastaajat olivat saaneet joitakin ohjeita. Vastaajista 21 oli saanut kotiharjoitusohjeita fysioterapeutilta ensimmäiseltä vastaanottokäynniltä. Kaksitoista vastaajaa oli saanut ergonomiohjeita, kuten ohjeita työskentelyasentoihin arjessa ja työssä. Vastaajista 11 oli saanut vastaanotolta ohjeita keskivartalonhallintaan. Omahoito-ohjeita kuten ohjeita kylmä- ja lämpöhoitoihin sekä lepoasentoihin oli saanut kymmenen vastaajista (Kuvio 7).



Kuvio 7 Ensimmäiseltä fysioterapeutin vastaanottokäynniltä saadut ohjeet.

Muita kokemuksia fysioterapiasta

Vastauksista nousi esille asioita, jotka koskivat fysioterapian sisältöä ja fysioterapeuttien ammatillista toimintaa. Fysioterapian sisällöstä nousivat esille kokemukset erilaisista hoitomuodoista kuten fysioterapeutin käsittelystä, hieronnasta, manipulaatiosta, akupunktiosta, lihaskuntoutuksesta, koko vartalon hoidosta, jumppaharjoituksista ja allasharjoittelusta.

Fysioterapian menetelmistä osan koettiin aiheuttavan kivun ja voinnin pahenemista. Osa menetelmistä koettiin myös liian rajuiksi tai liian haastaviksi suorittaa kiputilanteeseen nähden

”Käsittelystä, skolioosin paineluhoidosta, omaohjeista = hyvät neuvot ja liikkeiden näyttö!! akupunktiosta.” (V2)

”Halusin määrätylle fysioterapeutille. Hän oli lomalla, jatkoi lomalta palttuaan. Ensimmäisen terapeutin käsittely oli aika rajua. Tuntui tietenkin kun kipu oli kova...” (V24)

Vastaajat kertoivat kokemuksiaan fysioterapeuttien ohjauksesta ja neuvonnasta. Neuvonnan osalta kokemuksia oli muun muassa terveysneuvonnasta kuten omaan aktiivisuuteen, liikuntaan ja laihdutukseen kannustamisesta. Lisäksi vastauksista nousivat esille ohjeet, jotka koskivat kivun lievitystä. Kotiin saaduista ohjeista koettiin olevan hyötyä. Kokemuksia vastaajilla oli myös henkilökohtaisesta informoinnista sekä muuhun hoitoon ohjaamisesta tarvittaessa.

”ei yksittäistä asiaa... monta hyvää neuvoa ja paljon samoja asioita vuosien varrella ☺” (V16)

”Hoito-ohjeita, manipuloimalla (OMT-fysioterapeutti) lihaksia on rentoutettu, kannustusta liikuntaan ja laihduttamiseen, neuvoja käytännön toimiin = esim. jaloittelut pitkillä automaatoilla, sport trackerin käyttö etc.” (V4)

Vastauksista nousi esille fysioterapeutin toimintaan liittyviä asioita, jotka koskivat muun muassa asiakkaan kohtaamista, ammattitaitoja, hoitoon panostamista sekä fysioterapeutin vuorovaikutustaitoja. Kokemukset asiakkaan kohtaamisesta liittyivät muun muassa yksilöllisyyteen ja kokonaisvaltaisuuteen. Epäammattilliseksi ko-

ettiin fysioterapeutin välinpitämättömyys asiakasta tai hänen ongelmiaan kohtaan sekä asiakkaan lannistaminen ja arvostelu epäasiallisilla kommentteilla. Ammattitaitoihin liittyviä asioita olivat joustaminen, soveltamiskyky sekä ohjauksen selkeys. Tärkeänä asiana fysioterapeutin toiminnassa pidettiin kuuntelu- ja keskustelutaitoja. Lisäksi yksi vastaaja ihmetteli fysioterapeuttien hyvin erilaisia hoitokäytäntöjä saman selkäongelman hoidossa.

”Asiallista, kannustavaa, yksinkertaiset kotihoito-ohjeet joita pystyy noudattamaan.” (V14)

”Fysioterapeutti oli ystävällinen ja kannustava. Myös keskustelu hänen kanssaan oli tärkeää.” (V25)

”Olen käynyt kerran miespuolisella fyssarilla, joka heti alkuun kertoi, että selkäkipu johtuu lihavuudesta. Ehkä tottakin, mutta se hoitosuhde loppui lyhyeen. Tapa miten asia tuodaan ilmi vaikuttaa paljon samoin kuin jos fyssari hoitaa omia asioitaan puhelimitse hoidon aikana, ei anna kovin hyvää kuvaa toiminnasta.” (V13)

Aineiston perusteella vastaajat jäivät kaipaamaan harjoitteiden suoritusten tarkastamista, tiedonantoa ongelman korjattavuudesta sekä henkilökohtaista ohjausta ja neuvontaa liittyen omaehtoiseen harjoitteluun ja mahdollisiin toiminnallisiin rajoituksiin. Lisäksi kaivattiin tarkempia tutkimuksia ja arviointeja, jotta vältettäisiin turhat hoidot. Myös lääkäreiden ja fysioterapeuttien välisen yhteistyön toivottiin lisääntyvän. Sen sijaan osa vastaajista toivoi terapian sisältävän vähemmän lämpöhoitoja sekä fysioterapian keskittyvän enemmän kuntouttamiseen kuin rahastukseen.

”Fysioterapiaan pitäisi kuulua enemmän hierontaa ja vähemmän lämpöhoitoja.” (V26)

”Henkilökohtaista, kädestä pitäen -ohjausta” (V18)

”Enempi lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyötä potilaasta.” (V6)

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyössämme tarkastelimme alaselkäpotilaiden hoitoa ja kuntoutusta sekä selvitimme alaselkäpotilaiden kokemuksia hoitoon ja fysioterapiaan pääsystä ja kokemuksia fysioterapiasta.

Saatujen vastausten mukaan alaselkäpotilaat ohjautuvat Seinäjoella ja ympäristökunnissa lähes poikkeuksetta lääkärille. Vastausten perusteella alaselkäpotilaat pääsevät akuutissa vaiheessa nopeasti hoitoon, mutta ongelmia hoitoon pääsystä ilmenee hoidon tarpeen jatkuessa. Huomionarvoisiksi ongelmiksi nousivat jatkohoidon pitkä odotusaika sekä potilaan tunne yksin jäämisestä ja siitä, että kivun voimakkuuteen ei uskota.

Vastausten perusteella lähes kaikki alaselkäpotilaat Seinäjoen ja ympäristökuntien alueella ohjautuvat lääkärin vastaanoton lisäksi myös fysioterapeutin vastaanotolle. Kolme (14 %) vastanneista arvioi, ettei fysioterapia vaikuttanut heidän alaselkäkipuunsa lainkaan, kun taas lopuilla 19 vastaajalla (86 %) fysioterapiasta oli vähintään jonkin verran apua. Suurin osa eli (86 %) vastanneista piti fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa riittävänä tai täysin riittävänä.

Alaselkäpotilailla oli hyvin erilaisia kokemuksia fysioterapiasta sekä heitä kuntoutaneista fysioterapeuteista. Vastaajille jäi myönteinen kuva fysioterapiasta, jossa asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja yksilönä. Kipupotilaat pitivät oleellisenä myös, että fysioterapeutti osaa kuunnella ja keskustella heidän kanssaan. Epämiellyttäviksi fysioterapiakokemuksiksi vastaajat kokivat kipujen pahentumisen hoitojen myötä, fysioterapeutin välinpitämättömyyden sekä fysioterapeutin epäasiallisen käyttäytymisen.

7 POHDINTA

Saimme opinnäytetyöllämme tärkeää tietoa alaselkäpotilaiden kokemuksista hoitoon ja kuntoutukseen liittyen. Tekemämme kyselytutkimus antoi vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiimme. Lisäksi saimme laadullisten kysymysten kautta paljon odottamatonta, mutta mielenkiintoista ja tutkimuksemme kannalta merkittävää tietoa.

Tulosten pohdinta

Hoitoon pääsystä kyselyyn vastanneilla alaselkäpotilailla oli vaihtelevia kokemuksia. Hyviksi kokemuksiksi vastaajat kokivat nopeasti saatavan avun ja hyvän hoidon. Ristiriitaisia tuntemuksia vastaajissa aiheutti muun muassa nopean hoitoon pääsyn jälkeen yksin jääminen kipujen kanssa sekä jatkohoidon pitkä odottaminen. Vastaajille oli jäänyt negatiivisia kokemuksia avun puutteesta sekä tunteesta, että kipuun ja sen voimakkuuteen ei uskota. Lisäksi osa vastaajista koki hoitoon pääsyn liian hitaaksi ja vaikeaksi, mikä on osoitettu myös Paatelman (2011b) tutkimuksessa tyypilliseksi ongelmaksi alaselkäpotilaan hoidossa.

Lähes kaikki tutkimukseemme osallistuneet alaselkäpotilaat ohjautuivat hoitoon lääkärin vastaanoton lisäksi myös fysioterapeutin vastaanotolle. Useimmiten potilaat tulivat fysioterapeutin vastaanotolle lääkärin läheteellä. Kuten teoriaosuudessa olemme tuoneet esille, suoravastaanottotoiminnalla voitaisiin vähentää alaselkäpotilaiden määriä päivystyksissä ja lääkäreiden vastaanotoilta, kun potilas ohjautuisi oireiden pohjalta tehdyn arvioinnin mukaan suoraan sopivalle vastaanotolle, eikä potilasta siirrellä vastaanotolta toiselle. Tällöin myös hoidon saanti nopeutuisi.

Kotimaisia tutkimuksia suoravastaanottotoiminnan kustannustehokkuudesta ei ole vielä tehty. Esimerkiksi Skotlannissa Holdsworth, Webster ja McFadyen (2007) ovat tehneet tutkimuksen, jonka mukaan fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta säästi terveydenhuoltokustannuksia vuosittain noin 2 miljoonaa puntaa. (Holdsworth, Webster & McFadyen 2007, 3.)

Suurimmalla osalla (86 %) kyselyyn vastanneista alaselkäpotilaista fysioterapiasta oli ollut apua selkäkipuun. Sama määrä vastanneista arvioi fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan keskitasoa paremmaksi arvioinnissa käytetyn asteikon mukaan. Kahdeksan vastaajaa arvioi ohjauksen ja neuvonnan täysin riittäväksi. Tulevassa suoravastaanottotoiminnassa fysioterapeutin ohjeiden ja neuvojen merkitys lisääntyy entisestään ja siksi oli positiivista huomata opinnäytetyömme kautta, että fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta ovat jo nyt potilaiden mielestä hyvää ja riittävää.

Besleyn, Kayesin ja McPhersonin tutkimuksessa (2010) todettiin terapiasuhteen tarvitsevan muun muassa onnistunutta sanallista ja sanatonta kommunikointia. Myös asiakkaan voimavarojen tukeminen, tasavertainen kumppanuus sekä asiakkaan tiedontarpeisiin vastaaminen ovat toimivalle terapiasuhteelle välttämättömiä. (Besley, Kayes & McPherson 2010, 81, 87–88.) Myös kyselytutkimuksemme perusteella terapiasuhteeseen vaikuttaa oleellisesti muun muassa se, miten fysioterapeutti kohtaa asiakkaan sekä fysioterapeutin kuuntelu- ja keskustelutaidot. Tutkimuksessamme nousi esille huolestuttavia puutteita fysioterapeuttien vuorovaikutustaidoissa. Myös se, miten fysioterapeutti tuo esiin potilaalle arkoja asioita tai hänen ominaisuuksiaan, osoittautui kehitystä kaipaavaksi osa-alueeksi. Kokemukset yhteistyöstä, jossa hoitosuhteen molemmat osapuolet panostavat kuntoutumiseen, mainittiin aineistossa tärkeänä asiana hoitosuhteen kannalta.

Fysioterapeuttien ammattimaiset toimintatavat olivat jättäneet vastaajille hyvän kokemuksen fysioterapiasta. Fysioterapeutin toiminnassa arvostettiin asiakkaan kokonaisvaltaista ja yksilöllistä huomiointia. Myös ammattitaitoa, kuten joustamista ja terapiamenetelmien soveltamista tilanteen mukaan, pidettiin tärkeänä. Lisäksi fysioterapeuttisen ohjauksen selkeys ja tapa esittää asiat nousivat esiin tärkeinä pidettyinä asioina. Kivun lievittyminen, toimintakyvyn parantuminen sekä kivun uusiutumisen ehkäiseminen ovat alaselkäpotilaan fysioterapian keskeisiä tavoitteita. Jotta tavoitteet voisivat toteutua, tulisi fysioterapian keskittyä selän rakenteellisten ongelmien arvioinnin lisäksi myös psykososiaalisten, neurofysiologisten sekä psykologisten osa-alueiden huomiointiin. Tähän pyrkimällä saataisiin myös kokonaisvaltaisempi ja yksilöllisempi kuva potilaasta ja hänen toimintakyvystään. (Lahinen-Suopanki 2009, 22-23.)

Tutkimuksessamme alaselkäpotilaat toivat esille myös toiveen lääkäreiden ja fysioterapeuttien yhteistyön lisääntymisestä tulevaisuudessa. Kokemukseen lääkäreiden ja fysioterapeuttien yhteistyön riittämättömyydestä saattaa vaikuttaa hoitava taho. Esimerkiksi erilaisissa kuntoutuksissa moniammatillinen yhteistyö voi olla tiiviimpää kuin esimerkiksi yksittäisen vastaanottokäynnin yhteydessä. Koemme, että suoravastaanottoiminnan toimiessa optimaalisesti lääkäreiden ja fysioterapeuttien yhteistyö tiivistyy konsultaatiomahdollisuuden parantuessa sekä hoitopolun ja työkuvioiden selkeytyessä.

Kipu on yksi yleisimmistä syistä hakea apua fysioterapiasta. Kipu on monimuotoinen ja siihen vaikuttavia tekijöitä on monia. Erityisesti psykososiaalisten tekijöiden ja kivun kokemuksellisuuden esille nousu selkävun taustalla ovat avartaneet käsitystämme kivun hoidosta ja kipupotilaiden kohtaamisesta. Myös vastaajien kokemukset kipuun suhtautumisesta terveydenhuollossa ovat saaneet meidät pohtimaan, miten itse suhtaudumme tulevaisuuden työelämässä kipupotilaisiin.

Kipu on kokemuksellisuutensa vuoksi haaste fysioterapiassa. Kipukokemuksen ymmärtäminen saavutetaan vain hyvien vuorovaikutustaitojen avulla ja kuuntelemalla potilasta aidosti. Näiden taitojen kehittämiseen ei kuitenkaan kädentaitoihin keskittyvissä perus- ja täydennyskoulutuksissa panosteta riittävästi. Vaikka fysioterapiassa korostetaan asiakaslähtöisyyttä, usein ihminen ja hänen yksilöllinen kokemuksensa unohtuvat, kun terapiassa keskitytään löytämään syytä kipuihin rakenteellisista ja biomekaanisista tekijöistä. Tällöin terapia muuttuu helposti terapeutikeskeiseksi. (Ojala 2014, 4-8.)

Opinnäytetyöprosessi

Aiheemme muotoutui ajan kuluessa. Aiheen valintaa ohjasi kiinnostuksemme tuki- ja liikuntaelimestön sekä etenkin alaselän ongelmia kohtaan. Suoravastaanottoiminnan ajankohtaisuus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä sai meidät kiinnostumaan alaselkäpotilaiden kokemuksista hoidosta ja kuntoutuksesta nykyisen hoitojärjestelmän aikana.

Lähdimme rakentamaan teoreettista viitekehystä jäsentelemällä jo aiemmin opiskeluiden aikana kertynyttä aiheeseen liittyvää tietoa. Näiden tietojen pohjalta aloimme etsiä lisää teoretietoa. Löysimme hyvin aihettamme tukevia kansainväli-

siä tutkimuksia, joiden avulla saimme rakennettua viitekehuksestämme luotettavan ja ajantasaisen. Pyrimme käyttämään työssämme vain mahdollisimman tuoreita ja hyvälaatuisia tutkimuksia ja teoksia.

Päätimme toteuttaa opinnäytetyömme kyselytutkimuksena, jonka avulla saimme yhdistettyä kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Määrällisiä ja laadullisia kysymyksiä yhdistämällä saimme strukturoitujen kysymysten avulla tarkkoja vastauksia haluamistamme asioista, mutta myös laajempia ja vaihtelevia vastauksia potilaiden kokemuksista avointen kysymysten avulla.

Teimme kyselylomakkeemme alusta alkaen itse, koska emme löytäneet tutkitusti luotettavaksi todistettua ja tutkimusongelmiimme soveltuvaa kyselylomaketta. Koimme haasteelliseksi kysymysten toimivuuden varmistamisen eli että saisimme kysymyksillä esiin asioita, jotka vastaisivat tutkimusongelmiimme. Kyselylomakkeen esitestauksen avulla saimme tärkeää ja hyödyllistä palautetta. Kyselylomakkeessamme oli muutamia kysymyksiä, joiden vastauksia emme hyödyntäneet tutkimuksemme tuloksissa, mutta jotka olivat tarpeellisia kokemusten ymmärtämisen ja analysoinnin kannalta.

Kohderyhmämme soveltui tutkimukseemme hyvin, koska vastaajilla oli paljon kokemuksia selkäkivusta ja sen hoidosta eri tahoilla. Olisimme kuitenkin toivoneet, että olisimme voineet toimittaa kyselyitämme suoraan eri hoitotahoille, kuten työterveyshuoltoon tai terveyskeskuksiin, koska näin olisimme varmistaneet kattavamman kuvan eri hoitotahoilla hoidettujen selkäpotilaiden kokemuksista. Tämä olisi myös voinut varmistaa kyselyiden ohjautumisen juuri selkäpotilaille ja kyselyn vastausprosentti olisi siten voinut olla suurempi. Selkäyhdistykseen saattaa kuulua monia tukijäseniä, kuten selkäpotilaiden läheisiä tai heitä hoitavia terveydenhuollon ammattilaisia.

Koimme tulosten analysoinnin etenkin avointen kysymysten osalta haasteelliseksi, koska emme olleet aiemmin analysoineet ja käsitelleet näin laajaa aineistoa. Lisäksi vastaajien tavat ilmaista asioita erosivat toisistaan hyvinkin paljon. Sisällönanalyysiprosessin avulla löysimme kuitenkin vastauksia tutkimusongelmiimme sekä myös sellaisia asioita, joita emme tutkimuksen alussa olisi osanneet odottaa. Koemme laadullisen tutkimusotteen syventäneen ja olleen erittäin antoisa niin tut-

kimuksemme kuin myös oman oppimisemme kannalta. Pelkkää määrällistä tutkimusotetta käyttämällä tutkimuksemme olisi jäänyt pintapuoliseksi emmekä olisi saaneet potilaiden kokemuksia kuuluviin.

Toimimme eettisten periaatteiden mukaan koko opinnäytetyöprosessin ajan. Varmistimme vastaajien anonymiteetin säilymisen koko tutkimuksen ajan, emmekä edes itse olleet tietoisia vastaajien henkilöllisyyksistä. Tuhosimme kaikki tutkimuksen aikana vastaajilta saamamme tiedot tutkimuksen valmistuttua.

Harkitsimme täydentävien haastatteluiden tekemistä kyselyyn vastaajille, mutta saimme mielestämme tarpeeksi kattavia ja laajoja vastauksia pelkän kyselymme avulla. Mikäli ajallisia resursseja olisi ollut enemmän, olisimme saattaneet toteuttaa haastatteluja muutamalle satunnaiselle vastaajalle, jolloin olisimme voineet vieläkin syventää aineistoamme.

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää, minkälaisia kokemuksia selkäpotilailla tulee olemaan hoitoon pääsystä ja fysioterapiasta suoravastaanottotoiminnan toimiessa sekä sitä muuttuvatko kokemukset hoitojärjestelmän muuttuessa.

LÄHTEET

- Airaksinen, O. & Lindgren, K-A. 2005. Selkäkipu. Teoksessa: Lindgren, K-A. (toim.) TULES: Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 181–208.
- Alaselkä- ja niskasairaudet. 2008. [Verkkójulkaisu]. Facultas. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana: http://www.tela.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14382_Facultas_Alaselka_ja_niska.pdf
- Alaselkäkipu. 10.9.2014. Käypä hoito -suositus. [Verkkosivu]. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi20001>
- Belthur, M., Clegg, J. & Strange, A. 2003. A physiotherapy specialist clinic in paediatric orthopaedics: is it effective? [Verkkójulkaisu]. Postgraduate Medical Journal 79, 699–702. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana: <http://pmj.bmj.com/content/79/938/699.full.pdf+html>
- Besley, J., Kayes, N. & McPherson, K. 2010. Assessing therapeutic relationships in physiotherapy: literature review. New Zealand Journal of Physiotherapy 2/2010, 81-91. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: <http://physiotherapy.org.nz/assets/Professional-dev/Journal/2011-July/2011JulyNZJP.pdf>
- Burton, A. 2005. How to prevent low back pain. [Verkkójulkaisu]. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 19(4), 541–555. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana Elsevier –tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Chanda, M., Alvin, M., Schnitzer, T. & Apkarian, A. 2011. Pain characteristic differences between subacute and chronic back pain. [Verkkójulkaisu]. The journal of pain 12(7), 792-800. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Deyle, GD. 2006. Direct Access Physical Therapy and Diagnostic Responsibility: The Risk-to-Benefit Ratio. [Verkkójulkaisu]. Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy 36(9), 632-634. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: <http://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.2006.0110>
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Kipupotilaan psykologinen arviointi. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 144-148.

- Ferguson, F., Holdsworth, L. & Rafferty, D. 2010. Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy* 4, 282–288. Saatavana Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fritz, J., Cleland, J., Speckman, M., Brennan, G. & Hunter, S. 2008. Physical Therapy for Acute Low Back Pain: Associations With Subsequent Healthcare Costs. [Verkkójulkaisu]. *Spine* 33(16), 1800–1805. [Viitattu 10.9.2014]. Saatavana: Ovid-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Fysioterapeuttien täydennyskoulutus suoravastaanottoimintaan. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: [http://www.seamk.fi/fi/Tutkimus,-kehittaminen--innovaatiot/Palvelutoiminta/Sosiaali--ja-terveysalan-taydennyskoulutus/Fysioterapeuttien-taydennyskoulutus-suoravastaanottoimintaan-\(10-op\)](http://www.seamk.fi/fi/Tutkimus,-kehittaminen--innovaatiot/Palvelutoiminta/Sosiaali--ja-terveysalan-taydennyskoulutus/Fysioterapeuttien-taydennyskoulutus-suoravastaanottoimintaan-(10-op))
- Haanpää, M. & Salminen, J. 2009. Kipu. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatría*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54-73.
- Hayden, J., van Tulder, M., Malmivaara, A. & Koes, B. 2011. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. [Verkkójulkaisu]. *The Cochrane Review*. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana Cochrane -tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uud. p. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heikkonen, S. 2005. Työryhmätyöskentely TULES-potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana. Teoksessa: Lindgren, K-A. (toim.) *TULES: Tuki- ja liikuntaelinsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37–45.
- Henttinen, M. 2011. Selkävivun monimuotoisuus tekee hoitamisesta haastavaa. *Pinsetti* 3, 30-31.
- Hiironen, P. & Sauranen, T. 2008. Saarijärven-Karstulan terveydenhuollon kuntayhtymä: Näin sujuu alaselkäpotilaan vastaanottoiminnan tehtävänsiirto fysioterapeuteille. *Fysioterapia* 6, 8-11.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.p. Jyväskylä: Tekijät ja Kirjayhtymä Oy.
- Holdsworth, L., Webster, V. & McFadyen, A. 2007 What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93, 1-9. Saatavana Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kangas, H. 2009. Tehtävänsiirtoihin valmistava koulutus alkoi: Fysioterapia selän kuntoutuksessa. *Fysioterapia* 4, 50-51.

- Kankaanpää, M., Heikkinen, V., Jussila, M., Jäkälä, T., Kanto, M., Neva, M., Mauno, T., Penttinen, E. & Raittinen, M. 2014. Alaselkäkipu: hoitoketjut. [Verkkójulkaisu] Terveysportti. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp00760. Saatavana Lääkäreiden tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koes B., van Tulder M. & Thomas S. 2006. Diagnosis and treatment of low back pain. [Verkkójulkaisu]. British Medical Journal 332(7555),1430–1434. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479671/pdf/bmj33201430.pdf>
- Koho, P. 2011. Kivun pelko voi hidastaa alaselkäkipupotilaan kuntoutumista. Fysioterapia 2, 10-13.
- Krismer, M. & van Tulder, M. 2007. Low back pain (non-specific). [Verkkójulkaisu]. Best practice & research clinical rheumatology. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Kukka, A. & Partia, R. 2007. Liitto tutki fysioterapian tehtävänsiirtoja. Fysioterapia 8, 44–45.
- Lahtinen-Suopanki, T. 2009. Alaselkäpotilaan fysioterapia: Mekaanisesta lähestymistavasta kohti psykososiaalista mallia. Fysioterapia 5, 22-26.
- Lakka, M. 2008. Kotkan terveystieteiden keskuksen uusi työnjakomalli tukee tehtävänsiirtoajattelua. Fysioterapia 6, 4-7.
- Lambacka, P. 2007. Diagnostiikka ja luokittelu kroonisessa epäspesifissä selkäivussa. Manuaali 4, 12–14.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uud. p. Juva: WSOY, 21-43.
- Lin, C-W., McAuley, J., Macedo, L., Barnett, D., Smeets, R. & Verbunt, J. 2011. Relationship between physical activity and disability in low back pain: A systematic review and meta-analysis. [Verkkójulkaisu]. Pain 152(3), 607-613. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Low back pain. 2009. Physical activity and exercise. [Verkkójulkaisu] NICE: National institute for health and care excellence. [Viitattu 14.9.2014].

- Luomajoki, H. 2014. Psykososiaaliset tekijät TULE-kipuisilla. *Fysioterapia* 2, 10-15.
- Luomajoki, H. 2010. Movement Control Impairment as a Sub-group Non-specific Low Back Pain: Evaluation of Movement Control Test Battery as a Practical Tool in the Diagnosis of Movement Control Impairment and Treatment of this Dysfunction. [Verkkójulkaisu]. Publications of the University of Eastern Finland: Dissertations in Health Sciences. [Viitattu 15.9.2014]. Saatavana: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0192-7/urn_isbn_978-952-61-0192-7.pdf
- Luomajoki, H. 2011. Testistö selkäpotilaiden liikekontrollin häiriöiden tunnistamiseksi. *Fysioterapia* 1, 4-8.
- Luomajoki, Kool, Bruin & Airaksinen 2007. Reliability of movement control tests in the lumbar spine. [Verkkójulkaisu]. *BMC Musculoskeletal Disorders* 8: 1-11. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2474-8-90.pdf>
- Luomajoki & Moseley 2011. Tactile acuity and lumbopelvic motor control in patients with back pain and healthy controls. [Verkkójulkaisu]. *British Journal of Sports Medicine*. 45, 437-440. [Viitattu 17.9.2014]. Saatavana: BMJ-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Malinen, J. & Jokinen, J. 2009. Ensikäynnin ja siihen liittyvien fysioterapian ohjauskäyntien vaikutus selkäkipuun ja haittaan akuutissa selkäkivussa: satunnaisesti kontrolloitu tutkimus. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Mens, J. 2005. The use of medication in low back pain. [Verkkójulkaisu]. *Best practice & research clinical rheumatology* 19(4), 609-621. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana: Elsevier-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Murphy, S., Blake, C., Power, K. & Fullen, B. 2013. Outcomes of a group education/exercise intervention in a population of patients with non-specific low back pain: a 3-year review. [Verkkójulkaisu]. *Irish Journal of Medical Science*. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana Springer-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Määrällinen tutkimus. Ei päiväystä. [Verkkosivu] Jyväskylän yliopisto. [Viitattu 14.9.2014] Saatavana: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Nykänen, A-S. 2014. Selkä on kansan kipukohta. [Verkkójulkaisu]. *Helsingin Sanomat*. [Viitattu 16.9.2014]. Saatavana: <http://www.hs.fi/sunnuntai/a1402719036830>
- Ojala, T. 2014. Kipu kokemuksena on haaste fysioterapialle. *Fysioterapia* 2, 4-8.

- Ortiz, A., Julin, M., Airikainen, A. & Hellman, A. 2013. Alaselkävivun riskitekijät – ICF-malliin integroitu systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Fysioterapia* 5, 38-40.
- O’Sullivan, P. 2005. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. [Verkkajulkaisu] *Manual Therapy* 10, 242-255. [Viitattu 14.9.2014] Saatavana: <http://www.marklandclinic.com/wp-content/uploads/OSullivan-2005.pdf>
- Paatelma, M. 2011a. Orthopedic manual therapy on low back pain with working adults: clinical tests, subclassification and clinical trial of low back pain. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Paatelma, M. 2011b. Varhainen fysioterapeuttinen tutkiminen voi ehkäistä selkävivun pitkittymistä. *Fysioterapia* 7, 4-9.
- Pohjolainen, T. 2009. Selkävivut. Teoksessa: Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) *Kipu*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 348–358.
- Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa: Lindgren, K-A. (toim.) *TULES: Tuki- ja liikuntaelinsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 12-19.
- Pohjolainen, T., Karppinen, J. & Malmivaara, A. 2009. Aikuisten alaselkäsairaudet. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 178–196.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro.
- Ropponen, M. & Troberg, A. 2010. Tehtäväsiirrot fysioterapeuteille: Kokemukset positiivisia alaselkäpotilaan vastaanottoinnasta perusterveydenhuollossa. *Fysioterapia* 5, 8-11.
- Schiltenswolf, M., Buchner, M., Heindl, B., von Reumont, J., Müller, A. & Eich, W. 2006. Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial. [Verkkajulkaisu] *Eur Spine J* 15(7): 1083-1092. [Viitattu 13.9.2014] Saatavana: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233941/pdf/586_2005_Article_8.pdf
- Soinila, S. 2005. Kivun biologiset mekanismit. Teoksessa: Lindgren, K-A. (toim.) *TULES: Tuki- ja liikuntaelinsairaudet*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–36.

- Takala, E-P. & Lehtelä, J. 2009. Ergonomia. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 41–53.
- Tanner, J. & Niezgoda-Hadjidemetri, E. 2012. Selkä kuntoon: tunnista, ehkäise ja hoida selän ja niskan ongelmat. Helsinki: Otava.
- Vainio, A. 2009. Biopsykososiaalinen viitekehys. [Verkkosivu] Duodecim. [Viitattu 13.9.2014] Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00013
- Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ik-kunoita tutkimusmetodeihin, 1, Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus, 102–125.-
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.
- Viikari-Juntura, E., Heliövaara, M. & Alaranta, H. 2009. Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksiin ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa: Arokoski, J., Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 28-40.
- Waller, B., Lambeck, J. & Daly, D. 2009. Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. [Verkkojulkaisu] Clinical Rehabilitation 23:3-14. [Viitattu 14.9.2014]. Saatavana Ovid-tietokannasta. Vaatii käyttöoikeuden.

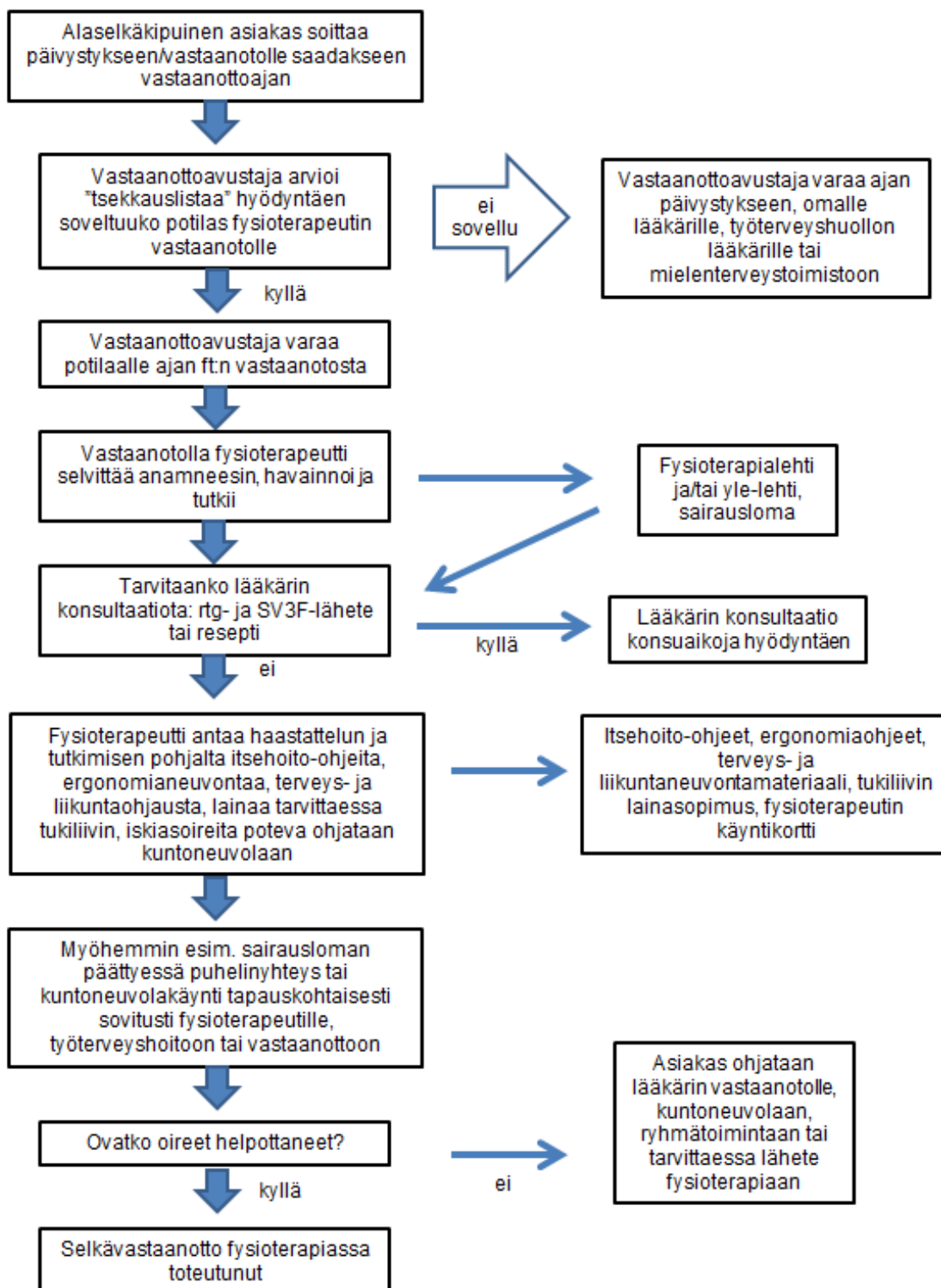
LIITTEET

Liite 1. Suoravastaanottotoiminnan etenemisen malli

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Kyselylomake

LIITE 1 Suoravastaanottotoiminnan etenemisen malli (mukailtu Hiironen & Sauranen 2008, 10).



LIITE 2. Saatekirje

15.5.2014

Hyvä vastaanottaja.

Olemme Seinäjoen Ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä alaselkäkipupotilaan hoitoon pääsystä, potilaiden hoitopolusta ja fysioterapiasta Seinäjoella ja ympäristökunnissa. Tarkoituksenamme on selvittää Seinäjoen ja ympäristökuntien alaselkäkipupotilaiden hoito- ja kuntoutuspolun toimivuutta selkäpotilaiden keskuudessa. Toteutamme opinnäytetyömme kyselytutkimuksena. Ohessa olevan kyselyn avulla selvitämme muun muassa Teidän selkäkipuanne, sekä kokemuksianne kuntoutuksesta ja erityisesti fysioterapiasta.

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisina meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Käytämme saatuja tietoja opinnäytetyössämme ja hävitämme palautuneet kyselylomakkeet opinnäytetyöprosessin päätyttyä. Kyselyyn vastataan anonyymisti ja lopullisessa tuotoksessa yksittäistä kyselyyn vastaaja ei voida tunnistaa.

Pyydämme kohteliaimmin Teitä vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian ja postittamaan sen mukana olevassa palautuskuoressa kesäkuun loppuun mennessä. Palautuskuoren postimaksu on maksettu puolestanne ja osoitettu tulemaan meille.

Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2014 ja on sen jälkeen luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa (<https://www.theseus.fi/>).

Mikäli teillä ilmenee jotain kysyttävää kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyen, voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse. Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin ☺

Fysioterapian opiskelijat:

Anna Räsänen (anna.rasanen@seamk.fi)

Jasmiina Uusitalo (jasmiina.uusitalo@seamk.fi)

LIITE 3. Kyselylomake



VASTAUSOHJEET

Ympyröikää teille parhaiten sopiva vaihtoehto. Voitte ympyröidä useamman vaihtoehdon, jos kysymyksessä niin erikseen mainitaan.

1. Sukupuoli

- 1 Nainen
- 2 Mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Kotipaikkakunta _____

4. Pituus _____ cm Paino _____ kg

5. Tupakoitko? (Ympyröikää sopivin vaihtoehto)

- 1 En ole koskaan tupakoinut
- 2 En enää, olen lopettanut tupakoinnin
- 3 Kyllä

6. Nykyinen työtilanteenne (Ympyröikää sopivin vaihtoehto)

- 1 Työssä
- 2 Työtön
- 3 Eläkkeellä
- 4 Opiskelija
- 5 Kotona (äitiysloma, vuorotteluvapaa yms.)
- 6 Muu, mikä? _____

7. Ammattinne _____

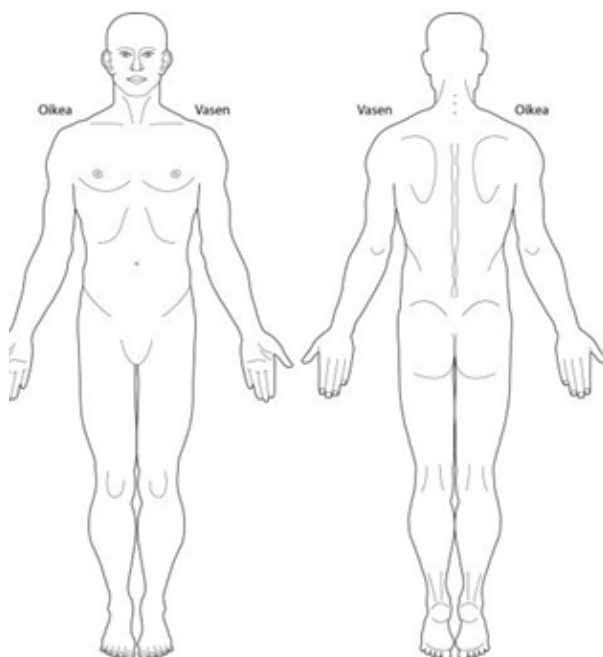
8. Kuinka kuormittavaa fyysisesti työnne on tai on ollut työuranne aikana?

- 1 Kevyttä
- 2 Kohtalaisen kuormittavaa
- 3 Kuormittavaa

9. Mitä harrastatte?

10. Kuvailkaa milloin ja miten selkäkipunne on alkanut ja miten kipu on vaikuttanut suoriutumiseenne päivittäisistä toiminnoistanne? Millainen kiputilanteenne on tällä hetkellä?

11. Kipupiirros (merkitse mahdolliset selän kipualueet sekä edestä että takaa kuvattuna)



Väritä piirroksen

- Punaisella värillä kipualueet
- Vihreällä värillä puutuneisuus
- Sinisellä värillä säteily- ja heijastuskipu

Kuvaile kivun laatua

- Voimakkaat oireet tummemmalla värillä
- Lievät oireet vaaleammalla

12. Miten selkäkipu on rajoittanut päivittäisiä toimianne tai työtänne?

13. Oletteko hakeutuneet hoitoon selkäkipunne vuoksi?

- 1 Kyllä
- 2 En

14. Mihin hakeuduitte hoitoon?

- 1 Ensiapuun/päivystykseen
- 2 Terveyskeskukseen/-asemalle
- 3 Yksityiselle lääkäriasemalle
- 4 Työterveyshuoltoon
- 5 Muualle, mihin? _____

15. Kenen vastaanotolle ohjauduitte hoitoon? (Voitte valita useamman vaihtoehdon)

- 1 lääkäriin
- 2 fysioterapiaan
- 3 muualle, mihin? _____

16. Kuinka nopeasti pääsitte hoitoon? Kertokaa kokemuksianne hoitoon pääsystä.

17. Mistä koette saaneenne apua selkäkipuunne? Kirjoittakaa tärkeysjärjestyksessä.

18. Mitä kautta hakeuduitte fysioterapeutin vastaanotolle?

- 1 Lääkärin läheteellä
- 2 Omasta aloitteesta
- 3 Muulla tavalla, miten? _____

19. Oliko fysioterapiasta apua selkäkipuunne? (Ympyröikää sopivin vaihtoehto)

- 1 Ei lainkaan
- 2 Jonkin verran
- 3 Melko paljon
- 4 Paljon

