

Kivunhoidon alueellisen palvelujärjestelmän kehittäminen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä

Nora Hagelberg, Anna Valjakka, Irma Laurila ja Erja Melos

Lainsäädäntö, hoitoon pääsyn perusteet sekä kansalliset ja kansainväliset hoitosuositukset muodostavat sen viitekehyksen, jota terveydenhuollon toimijat käyttävät hoito- ja kuntoutuspäätöksiä tehdessään. Kivun kroonistumisen ennaltaehkäisy ja laadukas kipupotilaan arviointi-, hoito- ja kuntoutusprosessi edellyttävät lisäksi toimivaa alueellista kivun hoidon palvelujärjestelmää, jossa eri tasoilla on tarjolla vaikuttavia hoitomuotoja ja tehtävistä toimijoiden välillä on yhteisesti sovittu.

Arviolta 19–34 % suomalaisesta aikuisväestöstä kärsii kroonisesta kivusta^{1,2}. Lähes kolmasosa perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä tehdään ensisijaisesti kivun vuoksi, ja 7 % potilaista saa lähetteen erikoissairaanhoidon^{3,4}. Suurimman tuki- ja liikuntaelinperäisten kipu-sairauksien ryhmän muodostavat selkäsairaudet, joihin liittyvät kustannukset yhteiskunnalle ovat huomattavat²⁻⁵. Merkittävää toiminta- ja työkyvyn häiriötä aiheuttavat myös hermojärjestelmän vaurioon tai sairauteen liittyvät neuropaattiset kiputilat. Niiden tunnistamisessa ja hoidon aloittamisessa on edelleen huomattavia viiveitä⁵.

Kivun hoidon palvelujärjestelmä

Perusvastuu potilaiden kipuongelmien arvioinnista ja hoidosta on perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoilla. Hoidon jatkuvuus auttaa rakentamaan luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen, jolloin potilaan kipuongelman ja psykososiaalisen tilanteen kartoittaminen, tutkimusten ja konsultaatioiden tarkoituksenmukainen käyttö, hoitovasteen seuranta ja potilaan tukena toimiminen tulevat helpommiksi. Haasteita ovat mm. suuriin potilasmääriin liittyvät kireät aikataulut, asian-

tuntijuuden hajaantuminen lukuisien sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoidon ja kuntoutuksen kesken sekä eri ammattiryhmien yhteistyön kehittäminen kipupotilaiden hoidossa.

Erikoissairaanhoidossa kipupotilaita hoidetaan useilla eri erikoisaloilla, joista suurimpia ovat anestesiologia, fysioterapia, kirurgia, kuntoutus, neurokirurgia, neurologia, ortopedia, psykiatria, sisätaudit, suusairaudet ja syöpätaudit. Esimerkiksi selkäkipupotilas saattaa saada lähetteen terveyskeskuksesta lähes mille tahansa näistä erikoisaloista. Ongelmallisissa pitkäkestoisissa kivuissa tarvitaan usein eri erikoisalojen ja ammattiryhmien yhteistyötä. Eri alojen yhteistyö on kuitenkin ollut monin paikoin järjestäytymätöntä. Lisäksi kivun psykologian erityisosaaminen on keskittynyt vain muutamalle kipupoliklinikalle Suomessa. Nämä tekijät hankaloittavat potilaan kipuongelman hahmottamista biopsykososiaalisena kokonaisuutena ja pitkittävät tutkimus- ja hoitoprosessia.

Kipusairauksien ehkäisyyn, hoidon porrastukseen, rajapintaohjeistusten ja työnjaon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee olla mahdollisimman selkeää. Toimintamallit tulee sopia näiden tahojen yhteistyönä. Kansainväliset hoitosuositukset, Käypä hoito -suositukset

ja muut näyttöön perustuvan lääketieteen ja hoitotyön kansalliset tietopankit on laadittu yleiselle tasolle. Siksi niiden toimivuuden varmistamiseksi käytännön työssä tarvitaan sekä sairaanhoitopiirikohtaisia että terveyskeskusten ja sairaaloiden omia palvelu- ja hoitoketjujen kuvauksia ohjeistuksineen ja yhteystietoineen.

Hoitotakuu ja kipu

Osana Kansallista hanketta terveydenhuollon turvaamiseksi valtioneuvosto on antanut asetuksen⁷ hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä. Tähän liittyvät lakimuutokset⁸⁻¹¹ ovat tulleet voimaan maaliskuussa 2005. Asetuksen mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän tulee yhdessä alueen kuntien kanssa laatia suunnitelman terveyspalvelujen järjestämisestä. Suunnitelmasa sovitetaan alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta sairaaloiden, terveyskeskusten ja muiden terveydenhuollon toimintayksiköiden kesken.

Pitkäkestoisen kivun kiirettömän hoidon perusteet¹² on julkaistu maaliskuussa 2007. Ensimmäinen vastuu kipupotilaiden tutkimuksesta ja hoidosta on perusterveydenhuollolla. Potilas voidaan lähettää erikoissairaanhoitoon vasta kun perusterveydenhuollon tutkimus- ja hoitomahdollisuudet on hyödynnetty. Erikoissairaanhoitoon pääsyn edellytyksenä on joko kohtalainen tai vaikea kipu. Kohtalaisella kivulla tarkoitetaan työntekoa vaikeuttavaa kipua, joka häiritsee osaa päivittäisistä toiminnoista, vaikeuttaa liikkumista, muuntaa liikemalleja tai estää tavanomaisen kuntoliikunnan. Vaikealla kivulla tarkoitetaan kovaa, työkyvyttömyyttä aiheuttavaa tai normaaleja päivittäisiä toimintoja estävää tai yöunta rikkovaa kipua.

Hoitoon pääsyn perusteissa erotetaan etiologialtaan tunnettu ja epäselvä kipu toisistaan. Koska riittävä diagnostinen selvittely on hoidon ja kuntoutuksen edellytys, selvittelyn tulee jatkua erikoissairaanhoidossa ilman pitkiä viiveitä, mikäli perusterveydenhuollon keinoin ei päästä diagnoosiin. Etiologialtaan epäselvässä vaikeassa kivussa suositellaan erikoissairaanhoidon arvioon pääsyä alle 1 kk:n kuluessa ja kohtalaisessa kivussa alle 3 kk:n kuluessa. Jos kivun syy on tiedossa, lähete ohjataan alueellisten hoitoketjujen mukaisesti erikoissairaanhoitoon. Silloin kun hoito on perusteltua toteuttaa perusterveydenhuollossa, lähetteen voidaan vastata konsultaatiotyypillisesti. Erikoissairaanhoitoon pääsyn tulee tapahtua 6 kk:n kuluessa.

Erikoissairaanhoidossa leikkausten ja vammojen jälkeisen kivun arvioinnin viivettä pyritään lyhentämään, sillä hoidon tulos on sitä parempi, mitä nopeammin hoito käynnistyy. Aikarajaksi on asetettu 1 kk vaikeassa ja 3 kk kohtalaisessa kivussa. Primaariarvio tehdään hoitaneessa yksikössä vamman hoidon asianmukaisuuden varmistamiseksi ja mahdollisten komplikaatioiden tunnistamiseksi. Haasteellisissa kipuongelmissa potilaan hoitoa erikoissairaanhoidossa tulee tarkastella kokonaisuutena eikä ainoastaan yhden erikoisalan näkökulmasta.

VSSHP:n alueellinen kivunhoidon kehittäminen

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (VSSHP) on käynnissä kaksi hanketta, joissa kehitetään kivunhoidon alueellista palvelujärjestelmää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä. Hankkeet tukevat Kansallisen terveydenhuoltoprojektin ja sairaanhoitopiirin strategia tavoitteita, ja niille on myönnetty KATE-rahoitus. Hoitoreitit-hankkeessa laaditaan kivun hoitoketjuja osana laajaa hoitoketjuprojektia ja Kipu-hankkeessa kehitetään pitkäkestoisen kivun ennaltaehkäisyä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa.

Hoitoreitit-hanke

Hoitoreitit-hanke on laaja hoitoketjujen kehittämishanke, jonka tavoitteena on hoidon ja palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen, tiedonkulun tehostaminen, päällekkäisyyksien vähentäminen sekä resurssien oikea suuntaaminen. Tavoitteena on kehittää moniammatillista yhteistyötä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden yhteistyötahojen toimijoiden kesken.

Hoitoreitit on tuottanut kaikissa VSSHP:n alueen kunnallisissa terveydenhuollon yksiköissä toimivan sähköisen tiedonjakelukanavan, Hoitoreitit-sivuston (<http://hoitoreitit.vsshp.fi>), jonne laaditaan koko sairaanhoitopiirin alueen terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön tarkoitettuja palvelu- ja hoitoketjuja. Sivusto on ajantasainen työkalu, josta löytyy lisäksi esim. organisaatioiden yhteystietoja, ohjeistuksia ja tietoa alueellisesta koulutuksesta. Hoitoketjukurvat työstehtään FlowCharter-prosessimallintamisohjelmalla (kuva 1). Osaan ketjuista laaditaan myös julkisessa internetissä näkyvä ”Potilaan polku”-osio, jonka tarkoituksena on ohjata potilasta oirelähteisesti

oikeaan hoitopaikkaan hakeutumisessa sekä antaa tietoa ja itsehoidon ohjeita.

Hoitoreitit-hankkeessa laaditaan kahden kipusairauden – työikäisen alaselkä kivun sekä neuroopaattisen kivun – alueelliset hoitoketjut. Kivunhoidon osuus liitetään myös useiden muiden sairauksien kuten rintatuumoripotilaan, amputaatiopotilaan ja diabeteksen hoitoketjuihin. Kipusairauksien hoitoketjuihin liittyviä yhteistyö- ja työnjakokysymyksiä pohtii moniammatillinen työryhmä, jossa on edustettuna perusterveydenhuolto, työterveyshuolto sekä ne keskeisimmät erikoissairaanhoidon erikoisalajat, jotka osallistuvat kyseisen potilasryhmän tutkimukseen, hoitoon tai kuntoutukseen.

Hoitoketjukurvauksen valmistuttua järjestetään yhteistyö- ja neuvottelutilaisuus, jossa esitellään hoitoketjun toimintaa ja alueen toimijoilla on mahdollisuus tuoda esiin omia näkemyksiään ketjun soveltuvuudesta ja toimivuudesta. Jatkossa työryhmät kokoontuvat vuosittain arvioimaan työstämiensä hoitoketjun toimivuutta ja päivitystarvetta. Ulkoinen arviointiryhmä arvioi hankkeessa kuvattujen hoitoketjujen rakennetta keskitetysti ja kivun hoitoketjuille pyritään saamaan myös sisältoasiantuntijan arvio.

Hoitoreitit-hankkeen merkitys

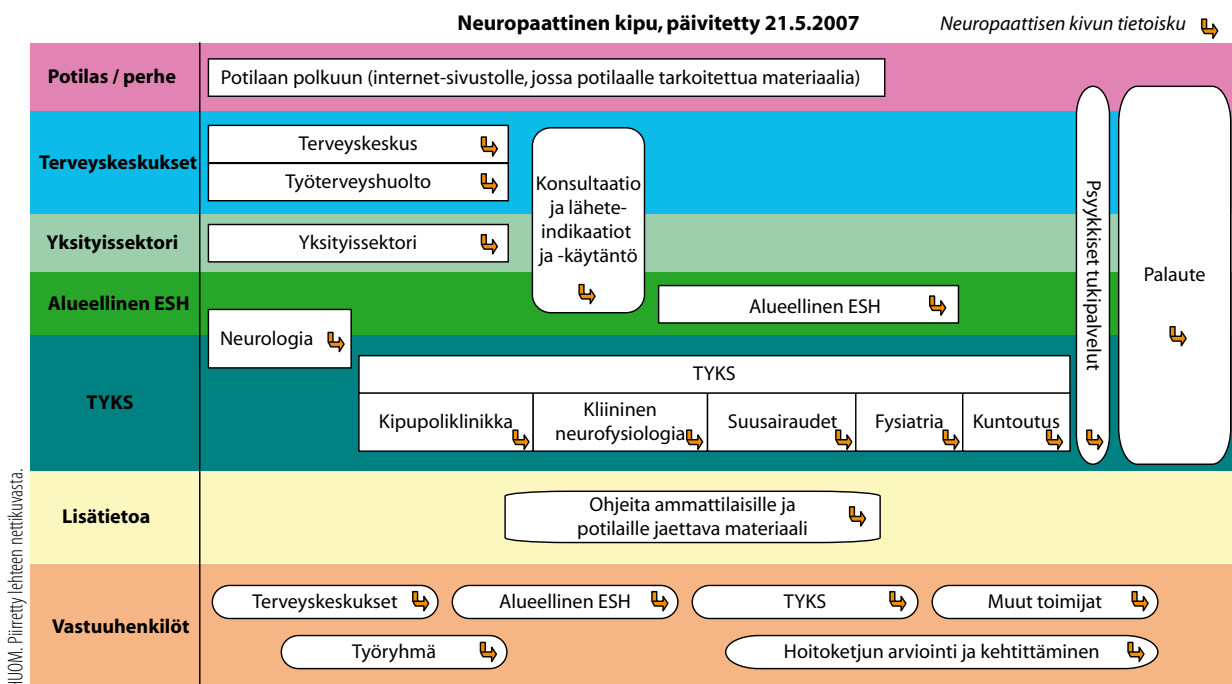
Hoitoreitit-toiminta on mahdollistanut VSSHP:n alueen kivun hoitoketjujen kuvaamisen hoitoket-

jujen rakentamisen ja kivunhoidon ammattilaisten yhteistyönä. Yhteistyön myötä on avautunut mahdollisuus luoda yhtenäinen tapa toimia ja hoitaa kipupotilaita yli organisaatorajojen sekä sopia alueellisesti eri toimijoiden tehtävistä ja roolista kipupotilaiden hoidossa. Työryhmän kokouksissa keskustelu on ollut vilkasta ja kokouksissa on noussut esiin useita alueellisen kipupotilaiden tutkimuksen ja hoidon järjestämisen kehittämiskohteita. Kipupotilaiden arvioinnin ja hoidon perustuuessa prosessimallinnettuihin hoitopolkuihin pystytään arvioimaan käytettävissä olevat resurssit ja tuomaan esiin resursseissa ilmenevät puutteet tai päällekkäisyydet. Prosessien kuvaaminen madaltaa myös eri organisaatiotasojen ja ammattiryhmien välisiä rajoja potilaan kivunhoidossa ja mahdollistaa yhtenevät kivunhoidon palvelut potilaalle.

Kipu-hanke

Kipu-hanke on käynnistynyt keväällä 2006. Hankkeen tavoitteena on kehittää selkävivun kroonistumisen ennaltaehkäisyä perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Hankkeessa koulutetaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoita kivun pitkittymiselle altistavien tekijöiden tunnistamisessa ja pitkittävän kivun hoidossa sekä käynnistetään selkäkipupotilaille suunnattua ryhmämuotoista varhaiskuntoutustoimintaa.

Kipu-hankkeen taustalla on Alaselän sairaudet



Kuva 1.

Käypä hoito -suositus¹³ ja tuore eurooppalainen akuutin selkävivun hoitosuositus¹⁴. Mikäli potilaan haastattelussa tai kliinisessä tutkimuksessa tulee esiin oireita tai löydöksiä, jotka voivat viitata vakavaan sairauteen selkävivun taustalla, jatkotutkimukset ovat tarpeellisia. Mikäli potilaalla on neuropaattiseen kipuun viittaavia oireita, hänelle tulee suorittaa tarkempi kliininen tutkimus. Epäspesifisessä selkävivussa rutiininomaisia kuvantamistutkimuksia ei kuitenkaan suositella. Mikäli potilaalla ei ole vakavan sairauden merkkejä, tulisi jo varhaisvaiheessa kartoittaa selkävivun kroonistumisen psykososiaalisia riskitekijöitä.

Hankkeen aikana ne potilaat, jotka hakeutuvat perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle äkillisen tai subakuutin selkävivun vuoksi, ohjataan kipukartoitukseen sairaanhoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitajat koulutetaan kipukartoituksen toteuttamiseen. Kartoituksessa selvitetään mm. neuropaattisen kivun ja masennuksen oireita sekä kivun psykologisia ja psykososiaalisia riskitekijöitä. Mikäli seulonnassa tulee esiin neuropaattisen kipuun tai masennukseen viittaavia oireita, hoitaja ohjaa potilaan lääkärin vastaanotolle uuteen arvioon, jonka perusteella suunnitellaan mm. lääkehoitoa. Psykososiaalisia tekijöitä kartoitetaan perusterveydenhuollon käyttöön kehitetyllä Lintonin kipukyselykaavakkeella¹⁵. Jos potilaalla todetaan merkittävästi psykologisia tai psykososiaalisia selkävivun kroonistumisen riskitekijöitä, hänelle tarjotaan mahdollisuus osallistua terveyskeskuksen varhaiskuntoutusryhmään.

Varhaiskuntoutusryhmä perustuu kognitiivis-behavioraaliseen varhaiskuntoutusmalliin¹⁶, johon on yhdistetty aktivoivan fysioterapian osuus. Ryhmiä vetävät terveyskeskuksen omat psykologit ja fysioterapeutit, jotka on hankkeen aikana koulutettu ryhmänvetäjän tehtävään. Jokainen ryhmäkerta koostuu psykologin ja fysioterapeutin osuuksista siten, että painopiste on psykologin ohjaamassa kognitiivisessa työskentelyssä ja kivunhallinta- ja selviytymistaitojen harjoittelussa. Ryhmä kokoontuu kuusi kertaa viikon välein.

Kipu-hankkeen merkitys

Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijat ovat avainasemassa kivun pitkittymisen ennaltaehkäisyssä. Neuropaattisen kivun¹⁷⁻²⁰ ja psykososiaalisten tekijöiden²¹⁻²⁵ merkityksestä selkävivun pitkittymisprosessissa on viime vuosina kertynyt runsaasti tutkimustietoa. Kuitenkin vain neljäsosa suomalaisista lääkäreistä pitää neu-

ropaattisen kivun diagnoosia helppona, ja keskimäärin potilaat käyvät 2,5 lääkärin vastaanotolla ennen diagnoosiin pääsyä⁶. Yleislääkärit ovat myös kokeneet kipupotilaiden psykososiaalisen tilanteen arvioinnin haastavaksi²⁶. Syyksi on esitetty mm. kiirettä, halua välttää konflikteja potilaslääkärisuhteessa sekä lääkärin vastaanottotyöhön sopivien arviointimenetelmien puutetta. Toisaalta perusterveydenhuollossa ei juuri ole ollut tarjolla varhaiskuntoutusmahdollisuuksia kipupotilaille.

Kipu-hanke parantaa perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon toimijoiden valmiuksia tunnistaa ja hoitaa pitkittävää selkäkipua. Projektin aikana perusterveydenhuollon toimijat koulutetaan neuropaattisen kivun ja masennuksen oireita kartoittavien kyselyjen sekä Lintonin kipukyselykaavakkeen käyttöön. Lomake auttaa kartoittamaan selkävivun kroonistumiseen liittyviä psykososiaalisia riskitekijöitä sekä löytämään niitä potilaita, jotka voivat hyötyä varhaiskuntoutuksesta. Perusterveydenhuollossa käynnistetään psykologin ja fysioterapeutin vetämää varhaiskuntoutustoimintaa, joka tehostaa moniammatillista yhteistyötä kivunhoidossa ja siirtää alueellista kivunhoidon painopistettä kivun varhaisvaiheen hoidon ja kuntoutuksen suuntaan. Siten pienellä lisäkoulutuksella ja olemassa olevia voimavaroja uudelleen järjestelemällä perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon voidaan luoda selkäkipupotilaiden varhaiskuntoutusmalli ilman merkittäviä lisäkustannuksia.

Lopuksi

Molempien yllä kuvattujen hankkeiden toteuttamisen aikana olemme tutustuneet laajaan joukkoon sairaanhoitopiirimme kivunhoidosta kiinnostuneita toimijoita ja rakentaneet yhteistyöverkostoa yli organisaatio- ja ammattiryhmärajojen. Tämä yhteistyö on välttämätöntä, jotta alueelliset kivunhoitopalvelut voidaan sovittaa toiminnalliseksi kokonaisuudeksi Kansallisen terveydenhuoltohankkeen, palvelujärjestelmää koskevan lainsäädännön ja yhtenäisten hoitoon pääsyn perusteiden mukaisessa hengessä. □

Kirjallisuusviitteet

1. Mäntyselkä P, Turunen J, Ahonen R ym. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003; 290: 2435-42
2. Breivik H, Collett B, Ventafridda V ym. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333
3. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R ym. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89: 175-180

4. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS ym. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain – challenge for health care. *Eur J Pain* 2002; 6: 141–148
5. Pohjolainen T. Tule-sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden työkyvyttömyyskulut kasvussa – Onko vikaa työssä, hoidoissa vai hoitojärjestelmässä? *Suomen Lääkärilehti* 2005; 60: 4891–5
6. Global Neuropathic Pain Survey. Summary report March 1, 2007.
7. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>
8. Laki kansanterveyslain muuttamisesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855>
9. Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>
10. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040857>
11. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 9 §:n muuttamisesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040858>
12. Pitkäkestoisen kivun tutkimus ja hoito. Kiireettömän hoidon perusteet 15.3.2007. http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=hpt
13. Alaselän sairaudet. Päivitetty käypä hoito -suositus.. Duodecim 6.4.2001, 1–15. www.kaypahoito.fi
14. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T ym. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur J Spine* 2006; 15: S169–S191
15. Linton, SJ ja Hallden K. Can we screen for problematic back pain? A screening questionnaire for predicting outcome in acute and subacute back pain. *Clin J Pain* 1998; 14: 209–215
16. Linton SJ. A cognitive-behavioral therapy in the early treatment and prevention of chronic pain. A therapist manual for groups. Hallsberg: Närke Tryck AB. 2000
17. Cherkin DC, Deyo RA, Street JH ym. Predicting poor outcomes for back pain seen in primary care using patients' own criteria. *Spine* 1996; 21: 2900–2907
18. Thomas E, Silman AJ, Croft PR ym. Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ* 1999; 318: 1662–1667
19. Dunn KM, Jordan K, Croft PR. Characterizing the course of low back pain: A latent class analysis. *Am J Epid* 2006; 163: 754–761
20. Grotle M, Brox JI, Glomsrød ym. Prognostic factors in first-time care seekers due to acute low back pain. *Eur J Pain* 2007; 11: 290–298
21. Picavet H, Vlaeyen J ja Schouten J. Pain catastrophizing and kinesiophobia: Predictors of chronic low back pain. *Am J Epid* 2002; 156: 1028–1034
22. Pincus, T, Burton, AK, Vogel, S ja Field, AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002; 27: E109–E120
23. Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG ym. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 2003; 327: 323
24. Linton SJ. Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? *Eur J Pain* 2005; 9: 355–361
25. Grotle M, Vollestad N ja Brox J. Clinical course and impact of fear-avoidance beliefs in low back pain. Prospective cohort study of acute and chronic low back pain: II: *Spine* 2006; 31: 1038–1046
26. Breen A, Austin H, Campion-Smith C ym. "You feel so hopeless": a qualitative study of GP management of acute low back pain. *Eur J Pain* 2007; 11: 21–29

Nora Hagelberg

LT, ma ayl

Kipupoliklinikka, ATEK-yksikkö, TYKS
nora.hagelberg@tyks.fi

Anna Valjakka

PsM, psykologi

Kipupoliklinikka, ATEK -yksikkö, TYKS
anna.valjakka@tyks.fi

Irma Laurila

sairaanhoitaja

Kipupoliklinikka, ATEK-yksikkö, TYKS
irma.laurila@tyks.fi

Erja Melos

yleislääketieteen el, projektipäällikkö

TYKS/yleislääketiede; VSSHP/Hoitoreitit -hanke
erja.melos@tyks.fi