

Työterveyslaitos

**Yksilöllisen riskiprofiilin mukaisen alaselkäkivun
hoitomallin vaikuttavuus työterveyshuollossa**

SATUNNAISTETTU KONTROLLOITU TUTKIMUS

Jaro Karppinen

Jouko Remes

Työterveyslaitos

Helsinki

Työterveyslaitos

TU01 Työterveys

PL 40

00251 Helsinki

www.ttl.fi

© 2021 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Hanke on toteutettu Työsuojelurahaston, Työterveyslaitoksen ja Oulun yliopiston tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-961-7 (PDF)

"[Kirjapainon nimi, paikkakunta ja painovuosi]"

TIIVISTELMÄ

Tarkoituksemme oli kouluttaa työterveyshuollon ammattilaisia alaselkäkipupotilaan yksilöllisen riskiprofiilin tunnistamiseen perustuvaan hoitomalliin ja arvioida näyttöön pohjautuvan biopsykososiaalisesti (BPS) painottuneen koulutuksen vaikuttavuutta ryvässtatusta naistetussa kontrolloidussa asetelmassa verrattuna työterveyshuollon tavanomaiseen hoitoon.

Tutkimukseen saatiin mukaan yhteensä 27 työterveyshuollon yksikköä kuudelta eri palveluntuottajalta. Yksiköt statustettiin koulutus- (n=12) ja vertailuryhmiin (n=15). BPS koulutus kesti 3-7 päivää osallistujasta riippuen. Alkukoulutukseen vuonna 2017 osallistui 28 työfysioterapeuttia ja työterveyslääkäreitä ja jatkokoulutukseen vuonna 2018 yhteensä 21 ammattilaista. Ammattilaisista 17 osallistui molempiin koulutuksiin.

Osallistuvien yksiköiden (koulutus- ja vertailuryhmä) ammattilaisia kehoitettiin rekrytoimaan normaalien vastaanottojen yhdessä selkäpotilaita tutkimukseen. Potilaiden sisäänottokriteerinä oli 18-65 vuoden ikä. Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan myös ne alaselkäkipupotilaat, joilla oli säteilykipua alaraajoihin aksiaalisen selkävun lisäksi. Poissulkukriteereinä oli epäily vakavasta selkäsairaudesta sekä kiireellisen hoidon tarve. Vastaanotolla potilaat saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta sekä allekirjoittivat halutessaan suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Suostumuslomakkeet postitettiin tutkimushoitajalle, joka lähetti potilaille sähköpostilinkit webropol-kyselyihin alkutilanteessa sekä 3 kuukauden ja yhden vuoden kuluttua. Päävastemuuttujana oli toimintakyvyn muutos vuoden seurannassa. Intervention vaikutusta vastemuuttujiin arvioitiin monitasoisella sekamallinnuksella, jossa hyödynnettiin kolmitasoisia lineaarisia tai yleistettyjä lineaarisia sekamalleja.

Potilaiden hoitoon liittyvät kustannukset arvioitiin potilailta sähköisistä potilaskertomuksista sekä HILMO- ja AvoHILMO-rekistereistä. Potilaskertomuksista arvioitiin selkävaivaan liittyvät käynnit lääkäreillä, fysioterapeuteilla ja hoitajilla suostumuspäivämäärästä yksi vuosi eteenpäin. Potilaskertomuksista arvioitiin myös selkäkipuun liittyvät kuvantamiset ja sairauspoissaolot. Sairaanhoidon kustannusten arviointiin käytimme Nordic Diagnosis Related Groups suomalaista versiota palvelujen käytön luokitteluksi. Kaikki kustannusestimaatit arvioitiin ilman diskonttausta. Kustannusanalyysissä noudatimme niitä varten tehtyjä suosituksia käyttäen bootstrap *t*-testejä tulosten herkkyyden arvioimiseksi. Arvioimme lisäksi mukana olevien yksiköiden (koulutus- ja verrokkiyksiköt) kuukausittaisia tietoja selkäkipuun liittyvistä kustannustekijöistä keskeytettyjen aikasarjojen (Interrupted Time Series) menetelmällä, jossa analysoimme indikaattorien lineaarisia trendejä ennen ja jälkeen intervention.

Koulutusyksiköiden terveydenhuollon ammattilaisille tehtiin puolistrukturoidut ryhmähaastattelut keväällä 2019 vuosi koulutuksen jälkeen. Haastattelut äänitettiin ja

tallennettiin videolle. Aineisto litteroitiin sanatarkasti. Haastattelut toteutettiin 12 ryhmähaastatteluna, joihin osallistui 50 työterveyshuollon ammattilaista. Haastatteluiden kesto oli keskimäärin 59 minuuttia. Analysoimme haastatteluaineistosta ammattilaisten käsityksiä BPS painottuneen selkävivun hoitomallin integroimisesta käytäntöön laadullisesti deduktiivisella menetelmällä, jossa käytimme Teoreettisten aihealueiden viitekehystä (Theoretical Domains Framework, TDF).

Potilaita rekrytoitiin 315 (42,5 % miehiä, keskimääräinen ikä 45 vuotta). Lähtötilanteen potilaista 234 kuului koulutusryhmään ja 81 vertailuryhmään. Yhden vuoden kohdalla vastaavat lukumäärät olivat 137 potilasta koulutusryhmässä ja 47 potilasta vertailuryhmässä. Lähtötilanteessa koulutusryhmässä kivun kesto oli pitempi ($p=0,017$) ja kipuun liittyvä fyysisen aktiivisuuden pelko oli vähäisempi kuin vertailuryhmässä ($p=0,012$). Muiden tekijöiden osalta ryhmät eivät eronneet toisistaan lähtötilanteessa. Emme havainneet tilastollisesti merkittäviä eroja ryhmien välillä päävastemuuttujassa toimintakyvyssä yhden vuoden kohdalla (vakioitu ryhmien välinen ero 2,3 (95 % luottamusvälit -1,0 – 5,7; $p=0,175$) emmekä useimmissa toissijaisissa vastemuuttujissa. Rekisteritiedot saimme 467 potilaasta, joista 312 oli vastannut myös kyselyihin. Rekrytointi oli merkittävästi alhaisempaa vertailuyksiköissä ($p<0,001$). Kokonaiskustannukset olivat pienemmät potilasta kohden koulutusryhmässä, mutta ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja kustannuksissa. Kustannukset olivat vähäisemmät niillä, jotka eivät vastanneet kyselyihin verrattuna kyselyihin vastanneisiin ($p=0,03$) johtuen todennäköisesti vastaamattomien nuoremmasta iästä. Yksikkötasolla koulutusyksiköiden keskimääräisissä sairauspoissaoloissa oli tilastollisesti merkittävä laskeva trendi ($p<0,01$) verrattaessa lineaarista trendiä ennen koulutusta koulutuksen jälkeiseen trendiin. Vertailuyksiköissä ei havaittu merkittävää muutosta keskimääräisten sairauspoissaolojen trendeissä ennen ja jälkeen koulutuksen.

Näyttöön pohjautuva BPS-painottunut 3-7 päivää kestävä koulutusinterventio ei parantanut hoitotulosta potilaiden raportoimissa vastemuuttujissa verrattuna työterveyshuollon tavanomaiseen hoitoon ilman ammattilaisten nimenomaista koulutusinterventiota. Aktiivisyysyksiköiden ammattilaisten haastattelujen perusteella toiminnan muutosta edistävät ja estävät tekijät kokonaisvaltaisessa yksilöllisessä selkäpotilaan arviossa liittyivät vahvimmin TDF viitekehyksen aihealueisiin: 1) työterveyshuollon toimintaympäristö ja resurssit, 2) taidot, 3) muistaminen, huomaaminen ja päätöksen teko ja 4) sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti. Jatkossa tulemme selvittämään miten ja miksi uuden tiedon käyttöön otto työterveyshuollon yksiköissä onnistui tai epäonnistui sekä miten uutta tietoa kannattaa viedä käytäntöön työterveyshuollon toimintaympäristössä. Lisätutkimusta tarvitaan koulutuksen keston ja sisällön suhteen.

ALKUSANAT JA KIITOKSET

Hankkeen nimenä Työsuojelurahaston rahoitushakemuksessa oli ”Yksilöllisen riskiprofiilin mukaisen alaselkävivun hoitomallin vaikuttavuus työterveyshuollossa”, mutta sittemmin olemme käyttäneet englanninkielisissä julkaisuissa nimeä ”Evaluation of training in guideline-oriented biopsychosocial management of low back pain in occupational health services”, mikä korostaa sitä, että hankkeessa on kyse biopsykososiaalisen toimintamallin koulutuksen vaikuttavuuden arviosta. Koulutus alkoi 4-päivän kokonaisuutena Rokuan Terveys- ja Kuntouttamissäätiön tiloissa Rokuaalla syyskuussa 2017 ja täydennyskoulutus tapahtui samassa paikassa 3-päiväisenä kesäkuussa 2018. Koulutus oli siis varsin lyhyt ottaen huomioon aiheen haastavuuden. Projektia on toteutettu vuosina 2017-2021.

Suuret kiitokset Työsuojelurahastolle ja Työterveyslaitokselle hankkeen rahoittamisesta. Kiitämme myös Oulun yliopistoa, joka on myös osallistunut hankkeen rahoitukseen.

Kiitämme hankkeen suunnitteluvaiheessa mukana olleita tutkijoita Tuula Oksasta ja Jos Verbeekiä, jotka osallistuivat hankkeen suunnitteluun. Lisäksi kiitämme hankkeessa alusta lähtien mukana olleita tutkijoita Riikka Holopaista (Jyväskylän yliopisto), Mikko Lausmaata (Oulun yliopisto), Anna Sofia Simulaa (Oulun yliopisto), Maija Paukkusta (Linköpingin yliopisto), Antti Malmivaaraa (THL), Kasper Ussingia (University of Southern Denmark, Tanska), Peter O’Sullivania (Curtin University, Perth, Australia) ja Steven Lintonia (Örebron yliopisto, Ruotsi). Kiitämme myös Neill Boothia (Tampereen yliopisto), Anne Smithia (Curtin University, Perth, Australia), Petteri Ouraa (Oulun yliopisto), Allan Abbottia (Linköpingin yliopisto), Birgitta Öbergia (Linköpingin yliopisto), Katja Rynöstä (Oulun yliopisto), Tomi Koskea (Työterveys Virta, Oulu) sekä Jari Haapaniemeä (Terveystalo Oulu), jotka ovat olleet myöhemmässä vaiheessa korvaamattomia hankkeelle. Kiitämme myös tutkimushoitaja Anne Kukkosta (OYS), joka on osallistunut potilaskyselyiden keräämiseen. Samoin kiitämme Rokuan Terveys- ja Kuntouttamissäätiötä tuesta.

Hankkeen rahoittajat eivät ole vaikuttaneet aineiston keräämiseen, tulkitsemiseen tai raportointiin. Jaro Karppinen on pitänyt BPS esityksiä mm. lääkäripäivillä. Jouko Remeksellä ei ole sidonnaisuuksia aihetta koskien.

Oulussa, toukokuussa 2021

Raportin kirjoittajat

SISÄLLYSLUETTELO

1	Johdanto	8
1.1	Alaselkäpotilaiden yksilöllisen riskiprofiilin tunnistaminen.....	8
1.2	Biopsykososiaalisesti painottunut hoitomalli.....	9
1.3	Biopsykososiaalinen selkävun hoitomalli Suomessa	10
2	Tutkimuksen tavoitteet.....	12
3	Tutkimusasetelma, menetelmät ja aineisto.....	13
3.1	Tutkimukseen osallistujat.....	13
3.2	Interventiot	13
3.3	Vastemuuttajat.....	18
3.4	Tilastoanalyysit	20
3.4.1	Voimalaskelma	20
3.4.2	Satunnaistaminen.....	20
3.4.3	Tilastoanalyysit	20
3.5	Kustannus analyysit	21
3.6	Laadulliset menetelmät.....	22
4	Tulokset	25
4.1	Potilaiden raportoimat vastemuuttajat seurannan aikana	31
4.2	Kustannus analyysit	36
4.3	Laadulliset analyysit.....	40
4.3.1	Edistävät ja estävät tekijät: Selkäpotilaiden arviointi kokonaisvaltaisesti	41
4.3.2	Edistävät ja estävät tekijät: Vuorovaikutus.....	46
4.3.3	Edistävät ja estävät tekijät: Riskinarviointikyselyiden käyttö	49
4.3.4	Riskinarviointikyselyiden käyttö yksiköissä.....	52
5	Pohdinta	53
	Lähteet	61
	Lisäliitteet	61

1 Johdanto

Alaselkäkipu on erittäin yleinen ja eniten toimintarajoitteita aiheuttava oire kaikissa ikäluokissa ympäri maailmaa. Se paikantuu alimpien kylkiluiden ja pakarapojien alaosaan, ja siihen liittyy usein joko toiseen tai molempiin alaraajoihin heijastuva kipu (Hartvigsen ym. 2018). Suurimmalla osalla potilaista ei löydy yksiselitteistä syytä kivulle, jolloin puhutaan epäspesifisestä tai ”hyvänlaatuisesta” selkäkivusta. Tästä huolimatta monet kliinikot etsivät kuvantamistutkimuksilla rakenteellista syytä kivulle. Tiedetään, että degeneratiiviset löydökset ovat tavallisia magneettikuvauksessa (MK) oireettomillakin (Brinjikji ym. 2015).

Tämänhetkisen käsityksen mukaan alaselkäkipu on monimutkainen kokonaisuus, jossa biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät vaikuttavat kivun kokemukseen ja siitä aiheutuvaan haittaan (Hartvigsen ym. 2018). Matala sosioekonominen asema (alhaiset tulot ja koulutus) on yhteydessä pitkittyneeseen haittaavaan alaselkäkipuun (Hartvigsen ym. 2018). Ehdotettuja mekanismeja yhteydelle ovat ympäristö- ja elämäntapatekijät (esimerkiksi yksipuolinen ravinto), matalasti koulutettujen huonompi terveyden lukutaito sekä terveyspalvelujen heikompi saatavuus (Hartvigsen ym. 2018). Toistotyö ja manuaaliset työtehtävät, raskas fyysinen työkuormitus ja huono työtyytyväisyys ovat myös yhteydessä haittaavaan alaselkäkipuun (Hartvigsen ym. 2018, Chou & Sekelle 2010).

Psykologiset tekijät, kuten masennus, ahdistus, katastrofointi (uskomus, että jokin asia on paljon pahemmin, kuin se todellisuudessa on) ja alhainen minäpystyvyys (uskomus, ettei pysty vaikuttamaan omaan elämään koskeviin tapahtumiin), altistavat pitkittyneelle haittaavalle alaselkävivulle (Hartvigsen ym. 2018). Pelko-välttämiskäyttäytyminen lisää myös kivun kehittymisen todennäköisyyttä (Wertli ym. 2014). Alhainen minäpystyvyys on merkittävä tekijä, sillä se on johdonmukaisesti yhteydessä kivun haittaavuuteen ja voimakkuuteen sekä kivun aiheuttaman kärsimyksen (Jackson ym. 2014).

Pitkittyvässä kivussa psykososiaalisten tekijöiden merkitys korostuu. Brittiläisessä väestön seuranta tutkimuksessa pitkittyntä haittaavaa alaselkäkipua ennustivat passiivinen elämäntapa, potilaiden kokemus kivun hallitsemattomuudesta, vähäiset odotukset toipumisesta, negatiiviset uskomukset ja matala sosiaaliluokka (Chen ym. 2018).

1.1 Alaselkäpotilaiden yksilöllisen riskiprofiilin tunnistaminen

Alaselkävivun hoidon kohdentamiseksi olisi oleellista tunnistaa potilaan kivusta aiheutuvan haitan pitkittymisen yksilölliset riskitekijät. Valitettavasti terveydenhuollon ammattilaisilla on usein vaikeuksia tunnistaa etenkin potilaiden psykososiaalisia riskitekijöitä. Niiden tunnistaminen yksittäisen potilaan ongelmien yhteydessä todennäköisesti auttaa sopivimman hoitolinjan valinnassa. Tätä varten on onneksi kehitetty kaksi yksinkertaista työkalua:

Start-selkäkysely (Hill ym. 2008) ja Örebron lyhyt kysely (Linton ym. 2011), jotka molemmat on käännetty ja validoitu suomeksi (Piironen ym. 2016, Ruokolainen ym. 2016).

Englannissa Keelen yliopistossa kehitetty Start-selkäkysely on lyhyt 9-kohtainen kysely, jonka avulla voidaan arvioida kohtalaisen hyvin alaselkäkipuun liittyvän toimintakyvyn alempaan ennustetta (Karran ym. 2017). Ennen kaikkea sen avulla alaselkäpotilaiden hoito voidaan kohdentaa yksilöllisen riskiprofiilin mukaisesti; matalan riskin potilaille vain neuvonta; kohtalaisen riskin potilaille muutaman kerran aktivoivaa fysioterapiaa; ja korkean riskin potilaille psykologisesti painottunut aktivoiva fysioterapia (Hill ym. 2008).

Satunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa Start-kyselyn avulla toteutettu riskiprofiilin mukainen hoito johti parantuneeseen toimintakykyyn sekä pienempiin kustannuksiin verrattuna ilman sitä toteutettuun parhaaseen mahdolliseen hoitoon (Hill ym. 2011). Tutkimuksen perusteella iso osa matalan riskin potilaista sai turhaa hoitoa, kun taas kohtalaisen ja korkean riskin omaavista potilaista merkittävä osa jäi ilman tarvitsemaansa hoitoa (Hill ym. 2018). Tutkijat testasivat myöhemmin menetelmää perusterveydenhuollossa pragmaattisessa asetelmassa, jossa Start-kyselyn avulla räätälöity hoito johti parempaan toimintakykyyn tavanomaiseen hoitoon verrattuna (Foster ym. 2014). Cherkinin ym. (2018) interventiossa Start-selkäkyselyn riskiluokitukseen perustuvalla hoidolla ei ollut vaikutusta potilaiden raportoihin vastemuuttujiin tai terveydenhuollon palvelujen käyttöön. Siitä huolimatta tuoreen meta-analyysin mukaan Start-selkäkyselyn käyttöön pohjautuva hoitomalli on kustannusvaikuttavaa (Hall ym. 2021). Suomessa yksilöllisen riskiprofiilin arvioon perustuvan hoitomallin vaikuttavuutta ei ole arvioitu.

Örebron kipukyselyn lyhyttä versiota ei ole käytetty alaselkäpotilaiden riskiprofiloinnissa satunnaistetussa asetelmassa. Systemaattisen katsauksen perusteella Örebron lyhyt kysely ennustaa lähes täydellisesti kipupotilaiden tulevaa työkyvyttömyyttä (Karran ym. 2017). Väestötutkimuksessa masentuneisuus ja ahdistusoireet sekä pelko-välttämiskomukset korostuivat molempien kyselyiden korkean riskin luokissa (Simula ym. 2020).

1.2 Biopsykososiaalisesti painottunut hoitomalli

Jo 80-luvulla tunnistettiin myös, että psykososiaaliset ongelmat ja konfliktit muokkaavat potilaiden kivun kokemusta (Berkow 1982). Skotlantilainen, kansainvälisesti arvostettu selkäortopedi, Gordon Waddell oli ensimmäisiä klinikoita, joka huomioi psykososiaaliset tekijät selkäpotilaiden arvioissa ja hoidossa (Waddell ym. 1984). Nytemmin biopsykososiaalinen (BPS) hoitomalli on laajasti hyväksytty sekä kivun ymmärretyksi tekemisessä että sen hoidossa (Gatchel ym. 2014). Pitkittyneen alaselkäkivun hoidossa terapeutin harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) ovat ns. ensi-linjan hoitomenetelmiä (Foster ym. 2018). Tuki- ja liikuntaelinperäisen kivun klinisiä hoitokäytäntöjä arvioinut systemaattinen katsaus antoi 11 suositusta: 1) hoidon tulee olla potilaskeskeistä, 2) arvioi vakaviin

sairauksiin viittaavat oireet eli ns. punaiset liput (red flags), 3) arvioi psykososiaaliset tekijät, 4) ohjaa potilas kuvantamiseen vain kun siihen on indikaatio, 5) tutki potilas kliinisesti, 6) seuraa potilaan toipumista, 7) anna potilaalle ohjausta/tietoa, 8) kannusta potilasta liikunnalliseen aktiivisuuteen, 9) käytä manuaalisia käsittelyjä korkeintaan lisähoitona, 10) tarjoa korkealaatuista konservatiivista hoitoa ennen mahdollista leikkaushoitoa, ja 11) yritä mahdollistaa potilaiden pysyminen työssä vaivoistaan huolimatta (Lin ym. 2020).

Systemaattisen katsauksen mukaan BPS interventiot ovat vaikuttavampia kuin koulutus/ohjaus sekä lyhyellä, keskipitkällä että pitkällä aikatahtaimella alaselkäkipupotilailla, ja etenkin psykososiaalisiin tekijöihin painottuvat interventiot näyttävät lupaavilta (van Erp ym. 2019). BPS interventiot muotoutuvat ja kehittyvät edelleen, mutta ongelmana on, että BPS toimintamallien juurruttaminen (implementaatio) käytäntöön on ollut haastavaa (Gatchel ym. 2014, Holopainen ym. 2020). Erilaisten BPS koulutushankkeiden tulokset ovat olleet hyvin vaihtelevia emmekä tiedä vielä optimaalista terveydenhuollon ammattilaisten koulutustapaa uusien näyttöön perustuvien hoitomallien juurruttamiseksi (Foster ym. 2011, Squires ym. 2014, Suman ym. 2016, Bérubé ym. 2018).

Pitkittyneen haittaavan selkäkivun kehittymisen estämiseksi suositellaan psykososiaalisten tekijöiden varhaista arviota perusterveydenhuollossa (ml. työterveyshuolto) (Burton ym. 2005, Choi ym. 2010). Psykososiaalisten tekijöiden arvio on tärkeää, koska se mahdollistaa yksilöllisen hoidon suunnittelun kullekin potilaalle. Iso-Britannian kansallinen ohjeistus (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)) suosittelee selkäpotilaiden riskiprofiilin arviota ja riskiluokan mukaista räätälöityä hoitomallia (Bernstein ym. 2017).

1.3 Biopsykososiaalinen selkäkivun hoitomalli Suomessa

Suomessa ei ole käytetty aiemmin Start-kyselyä tai Örebron lyhyttä kyselyä riskiprofiilin arvioinnissa tai tehty BPS interventioita alaselkäkipupotilailla työterveyshuollon toimintaympäristössä.

Aiemmassa tutkimuksessa UPM-Kymmenen paperitehtaalla Lappeenrannassa yrityksen kaikille työntekijöille tehtiin selkäoirekysely, jonka perusteella henkilöt luokiteltiin ennalta määriteltujen riskitasojen mukaisesti tutkimuskohorttiin, joka sen jälkeen edelleen jaettiin kahteen satunnaistettuun, kontrolloituun interventiotutkimukseen, joko lieväoireisten (0-100 asteisella kipuskaalalla kivun voimakkuus viimeisen viikon aikana 10-34; Rantonen ym. 2014) potilasinformaatio- tai vaikeaoireisten aktiiviseen kuntoutusinterventioon (kivun voimakkuus ≥ 35 viimeisen viikon aikana; Rantonen ym. 2012). Ennen interventioiden alkua, satunnaisotannalla poimitusta työntekijäryhmästä määriteltiin ns. luonnollisen kulun vertailuryhmät lievä- ja vaikeaoireisten

interventioihin. Riskiryhmien mukaisesti suunnatut, ennaltaehkäisevät interventiot vähensivät alaselkäoireita ja paransivat elämänlaatua molemmissa interventio-optioissa verrattuna selkäsairauden luonnolliseen kulkuun (Rantonen ym. 2016, Rantonen ym. 2018). Lieväoireisten optiossa, yhteiskunnan tasolla mitatut terveydenhuollon kustannukset vähenivät molemmissa ryhmissä, ja potilasinformaatio pelkän selkärangan muodossa oli kustannusvaikuttavaa (Rantonen ym. 2016). Vaikutukset sairautensaaloisiin olivat marginaalisia eikä kummassakaan interventiossa käytetty BPS otetta.

Terveyden palveluvalikoimaneuvosto (Palko) on antanut suosituksen 1.11.2018 (COHERE Finland 2018), että BPS kuntoutus kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan, kun selkäkipu alkuvaiheen hoidosta huolimatta pitkittyy tai kun selkäkipujaksot ovat toistuvia, ja toiminta- ja työkyky on sen vuoksi uhattuna. Potilaan toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi tarvittavat kuntouttavat toimenpiteet suunnitellaan muun hoidon osana potilaan elämäntilanne kokonaisvaltaisesti huomioiden viimeistään kuuden viikon kuluttua oireiden alkamisesta. Esteenä kuitenkin on, ettei alaselkävulun BPS arvioinnin ja kuntoutuksen osaamista ole Suomessa juuri lainkaan.

Tästä johtuen BPS lisäkoulutuksen saaneita ammattilaisia ja yksiköitä koskeva tutkimus on suomalaisten terveyden- ja hyvinvoinnin edistämiseksi yhteiskunnallisesti merkittävä ja tarpeellinen. Tämä oli myös pääasiallisena syynä miksi haimme rahoitusta Työsuojelurahastolta kyseessä olevan ryssäatunnaistetun työterveyshuollon alaselkävulun BPS koulutusintervention toteuttamiseksi.

2 Tutkimuksen tavoitteet

Tarkoituksenamme oli kouluttaa työterveyshuollon ammattilaisia näyttöön pohjautuvan yksilöllisen riskiprofiilin tunnistamiseen perustuvaan alaselkäkipupotilaiden hoitomalliin ja arvioida sen vaikuttavuutta ryssäatunnaistetussa kontrolloidussa asetelmassa. **Päätavoitteena** oli arvioida, parantaako näyttöön pohjautuva BPS-painottunut koulutus yksilöllisen riskiprofiilin arviointiin perustuva selkävun hoitomallin kouluttaminen työterveyshuollon ammattilaisille heidän hoitamiensa selkäpotilaiden toimintakykyä yhden vuoden seurannassa enemmän kuin tavanomainen työterveyshuollon hoito.

Hankkeen muut tavoitteet ovat:

- Parantaako näyttöön pohjautuvan BPS-painottuneen, yksilöllisen riskiprofiilin tunnistamiseen perustuvan, hoitomallin kouluttaminen työterveyshuollon ammattilaisille selkäpotilaiden työkykyä (itsearvioitu ja sairauspoissaolot)?
- Mitkä tekijät edistävät ja estävät tutkimustietoon perustuvan BPS toimintamallin käyttöön saattamista työterveyshuollon toimintaympäristössä?

3 Tutkimusasetelma, menetelmät ja aineisto

Kyseessä oli ryväs-satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, johon kutsuttiin sekä julkis- että yksityisomisteisia työterveyshuoltoyrityksiä. Kunkin osallistuneen yrityksen yksittäisen työterveyshuollon yksiköt satunnaistettiin joko koulutusinterventioon tai vertailuryhmään. Vertailuryhmään kuuluvat työterveyshuollon yksiköt jatkoivat toimintaansa entiseen tapaan. Satunnaistaminen tehtiin palveluntuottaja yksikkö tasolla sekoittumisharhan minimoimiseksi, joten yksittäistä potilasta ei satunnaistettu. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin eettinen toimikunta myönsi luvan tutkimuksen aloittamiselle (79/2017). Tutkimus on tehty Helsingin julistuksen mukaisesti ja se rekisteröitiin BioMed Centralin rekisteriin (ISRCTN11875357). Oulun yliopiston toimi tutkimuksen rekisterinpitäjänä. Tutkimuksen protokolla on julkaistu (Karppinen ym. 2021).

3.1 Tutkimukseen osallistujat

Jokaisesta koulutusinterventioon satunnaistetusta työterveyshuollon yksiköstä koulutukseen oli tarkoitus osallistua vähintään yksi työterveyslääkäri ja yksi työfysioterapeutti. Ammattilaisten osallistuminen oli vapaaehtoista eivätkä he saaneet tutkimusryhmältä korvauksia. Heidän työnantajansa korvasivat heille koulutukseen liittyvät kulut.

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien yksiköiden (sekä koulutus- että vertailuryhmät) työfysioterapeutteja, työterveyslääkäreitä ja muita ammattilaisia kehoitettiin rekrytoimaan potilaita tutkimukseen. Potilaiden sisäänottokriteerinä oli 18–65 vuoden ikä. Tutkimukseen hyväksyttiin mukaan myös ne alaselkäkipupotilaat, joilla oli säteilykipua alaraajoihin aksiaalisen selkävun lisäksi. Poissulkukriteereinä oli epäily vakavasta selkäsairaudesta sekä kii-reellisen hoidon tarve. Potilaat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti eikä heille maksettu rahallista korvausta osallistumisesta. Potilas hyväksyttiin tutkimukseen, kun hän oli allekirjoittanut suostumuslomakkeen. Niistä potilaista, jotka eivät allekirjoittaneet suostumusta ei kerätty tietoja.

3.2 Interventiot

Alkukoulutus kesti 4 päivää (21.-24.9.2017) ja jatkokoulutus 3 päivää (3.-5.6.2018). Kouluttajina toimivat kokenut kipupsykologian huippuasiantuntija Ruotsista (prof. Steven Linton), tanskalainen fysioterapeutti (Kasper Ussing), jolla on laaja erityisosaaminen alaselkäivun BPS kuntoutuksesta, sekä tutkimusryhmästä Mikko Lausmaa, Riikka Holopainen, Maija Paukkunen ja Jaro Karppinen. Taulukoissa 1 ja 2 on kuvattu tarkemmin koulutusten kestot, kouluttajat ja sisällöt. Taulukoissa mainittujen sisältöjen lisäksi harjoiteltiin myös Start-selkäkyselyn ja Örebron lyhyen kyselyn täyttöä ja arviointia. Koulutukseen osallistujille luotiin

verkkokoulutuslusta, jossa oli tieteellisiä artikkeleita, videoita, koulutusmateriaalit sekä foorumi kysymyksille. Alustalla oli mahdollisuus keskustella koulutusaiheista. Osallistujia kehoitettiin jakamaan tietoa omissa yksiköissään laajemminkin niille ammattilaisille, jotka eivät olleet mukana koulutuksissa. Tätä varten he saivat kirjallisen koulutuspaketin. Koulutussessioiden jälkeen vähintään yksi tutkimusryhmän jäsen vieraili kussakin koulutukseen osallistuneessa yksikössä. Yksikkökäynneillä kerrottiin tutkimuksesta ja käytiin läpi lyhyesti alaseläkivun BPS hoidon ja kuntoutuksen periaatteet. Yksikkövierailuilla käytiin läpi myös käytännön asioita potilaiden rekrytointiin ja tiedon keruuseen liittyen.

Taulukko 1. Neljäpäiväisen alkukoulutuksen sisältö ja kouluttajat. BPS=biopsykososiaalinen.

Koulutuksen kesto (t)	Kouluttaja	Koulutuksen sisältö
4 t 45 min	Steven Linton ja Kasper Ussing	BPS lähestymistapa, pitkittyneen kivun riskitekijät (psykososiaaliset-, fyysiset-, elämäntapatekijät)
1 t 45 min	Kasper Ussing	Potilaan haastattelu ja kipuun liittyvän käyttäytymisen kliininen havainnointi
1 t	Steven Linton	Pelko-välttämiskäyttäytyminen, asteittainen aktivaatio ja <i>in vivo</i> altistaminen
1 t	Kasper Ussing	Alaseläkivun hoidon pääperiaatteet
1 t	Kasper Ussing	Kliininen päättely ml. vakavien syiden poissulku, hoidon suunnittelu
1 t	Jaro Karppinen	Kuvantaminen
30 min	Jaro Karppinen	Potilasopas
1 t	Maija Paukkunen	Työhön kohdistuvat toimenpiteet
8t 45 min	Kasper Ussing	Potilas demonstraatiot ja keskustelu
1 t 45 min	Kasper Ussing	Tapausselostukset, keskustelu
1 t	Kasper Ussing	Kysymyksiä ja vastauksia, keskustelu
1 t	Riikka Holopainen ja Mikko Lausmaa	Käytännön harjoittelua vuorovaikutukseen liittyen

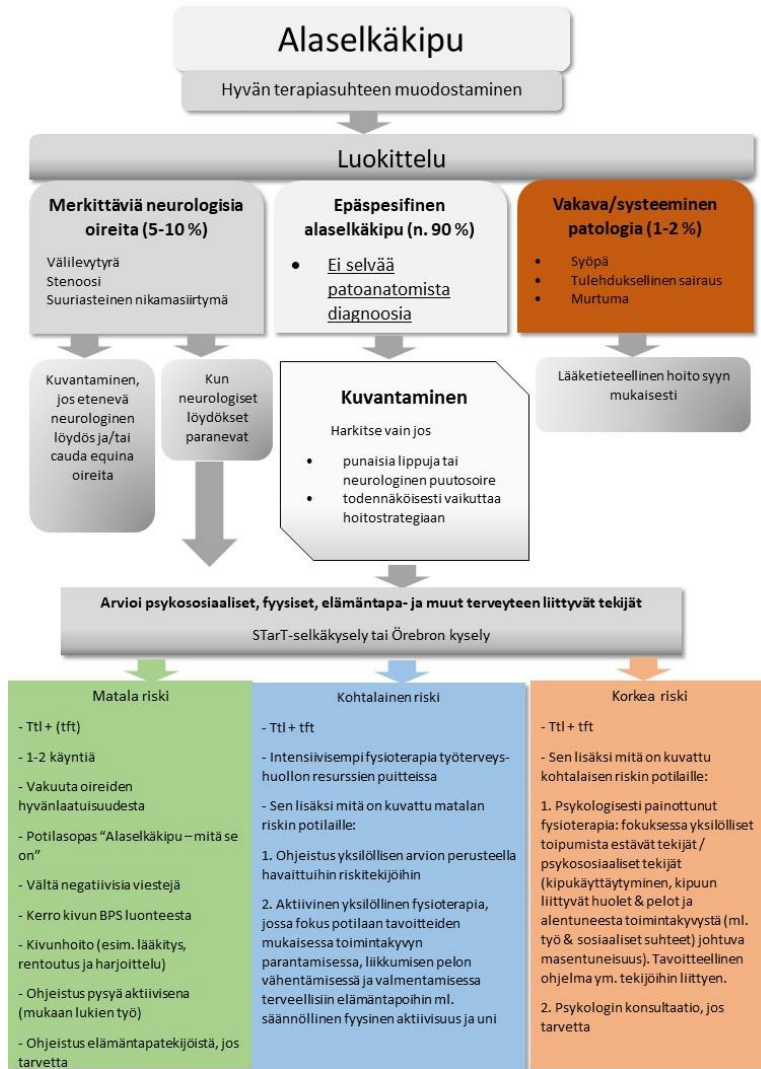
Taulukko 2. Kolmepäiväisen jatkokoulutuksen sisältö ja kouluttajat. BPS=biopsykososiaalinen.

Koulutuksen kesto (t)	Kouluttaja	Koulutuksen sisältö
2 t	Kasper Ussing	Kysymyksiä ja vastauksia alkukoulutukseen liittyen, osallistujien kokemat esteet BPS hoitomallin toteutuksessa
6 t 45 min	Kasper Ussing ja Mikko Lausmaa	Potilas demonstraatiot
2 t 45 min	Kasper Ussing	Kliininen päättely, keskustelua
2 t	Kasper Ussing	Terapeuttinen suhde, negatiivisten käsitysten muuttaminen
1 t 45 min	Kasper Ussing	Kipukäyttäytyminen ja liikehäiriöt
1 t	Kasper Ussing	Kivun ymmärretyksi tekeminen, yksilön tilanteeseen perustuva kivun selittäminen
1 t 15 min	Riikka Holopainen ja Mikko Lausmaa	Vuorovaikutustaidot, validoivan kommunikaation harjoittelu
1 t	Jaro Karppinen, Riikka Holopainen ja Mikko Lausmaa	Jatkotoimenpiteet jokaiseen yksikköön

Koulutukseen osallistuneita ammattilaisia kehoitettiin käyttämään Start-selkäkyselyä systemaattisesti potilaan yksilöllisen riskiprofiilin selvittämiseksi. Koulutukseen osallistuneille työfysioterapeuteille suositeltiin Örebron kyselyn lyhyen version käyttöä, koska he saattoivat hyödyntää Örebron kyselyä sekä selkäpotilaiden arvioissa että hoidossa.

Kaikki tutkimukseen suostumuksensa antaneet potilaat saivat työterveyshuollon ammattilaiselta näyttöön perustuvan potilasoppaan ”Alaselän kipu – mitä se on”, jonka prof. Mark Hancock (Macquarie yliopisto, Australia) työryhmineen on alun perin kehittänyt. Potilasopas on käännetty suomeksi ja sen käytettävyys arvioitu suomalaisilla potilailla ja terveydenhuollon ammattilaisilla (Simula ym. 2019). Puolet potilaista koki sen auttaneen heitä ymmärtämään selkäkipua, kolmannes rohkaistui olemaan fyysisesti aktiivisempia ja kolmanneksella potilaista alaseläkipuun liittyvä pelko väheni. Ammattilaisista 80 % koki selkäoppaan auttaneen heitä noudattamaan kuvantamissuosituksia. Ammattilaisten mielestä selkäopas oli hyödyllinen ja vähensi kuvantamisen tarvetta (Simula ym. 2019).

Työterveyshuollon ammattilaisille opetettu potilaiden hoitoarvio perustui Start-selkäkäselyn perusteella arvioituun riskiluokkaan (Kuva 1). Toimintamallissa matalan riskin potilaille tuli tarjota pääasiallisesti neuvontaa kivun BPS luonteesta, kun taas kohtalaisen riskin potilaille suositeltiin lisäksi toimintakykyä parantavaa harjoitteluterapiaa. Korkean riskin potilaiden tulihoitomallin mukaisesti saada psykologisesti painottunutta hoitoa (Kuva 1). Kaikille potilaille oli tavoitteena tehdä kipu ymmärretyksi ja kohdistaa ohjaus ennen kaikkea mahdollisiin riskitekijöihin yksilöllisen arvion mukaisesti. Ammattilaiset saattoivat tarvittaessa lähettää potilaan esim. työterveyspsykologille.



Kuva 1. Alaselkäkipupotilaiden arvio- ja hoitoperiaatteet. Ttl=työterveyslääkäri, tft=työfysioterapeutti, BPS=biopsykososiaalinen

Vertailuryhmän työterveyshuollon yksiköt eivät saaneet tutkimusryhmältä mitään koulutusta, mutta luonnollisesti he saattoivat osallistua muihin koulutuksiin halutessaan, työpaikkansa toiminnan kehittämistyöhön sekä yhteisiin palavereihin koulutettujen työntekijöiden kanssa. Vertailuryhmän ammattilaiset eivät saaneet myöskään Start-selkäkyselyä tai potilasopasta tutkimusryhmältä käyttöönsä. Tutkimuksen alussa koulutukseen osallistuneita ammattilaisia kehoitettiin välttämään tiedon aktiivista jakamista vertailuryhmän yksiköille.

3.3 Vastemuuttajat

Päävastemuuttujana oli selkäkivusta kärsivien potilaiden toimintakyvyn muutos (Oswestry Disability Index) yhden vuoden seurannassa. Kaikki potilaiden raportoimat vastemuuttajat (päävastemuuttuja ja toissijaiset vastemuuttajat) on kuvattu Taulukossa 3. Potilailta kerättiin tietoa heidän taustastaan ja vastemuuttajista webropol-kyselyillä lähtötilanteessa sekä 3 kuukauden ja 1 vuoden kohdalla.

Taulukko 3. Potilailta kerätyt taustatiedot ja vastemuuttajat eri aikapisteissä. NRS=numeerinen asteikko, TT=tietokonetomografia, MK=magneettikuvaus.

Aihepiiri	Muuttuja	Aikapiste (kk)
Taustatieto	Ikä ja sukupuoli, ammatti, paino ja pituus	0
Elämäntapatekijät	Vapaa-ajan liikunnallinen aktiivisuus	0
	tupakointi	0, 12
Riskiprofiili kyselyt	Start-selkäkysely, Örebron kyselyn lyhyt versio	0, 12
Alaseläkipu	Aikaisemmat ≥ 2 viikkoa kestäneet kipuepisodit ja niihin liittyvät lääkärikäynnit	0
	Selkäkivun esiintyvyys viimeisen 3 kk aikana	0, 3, 12
	Kivun voimakkuus viimeisen viikon aikana (0-10 NRS)	0, 3, 12
	Jalkakivun voimakkuus (viimeinen viikko) (0-10 NRS)	0, 3, 12
Työtilanne	Työssä/työtön/eläkkeellä/opiskelija/palkaton työ	0
	Itseraportoidut selkäkivusta johtuvat sairauspoissaolot	0, 3, 12
	Selkäkivusta johtuvat työn muokkaustoimenpiteet	0, 3, 12
Terveystenhuollon palveluiden käyttö	Lääkärin, fysioterapeutin & hoitajan vastaanotot	0, 3, 12
	Muiden ammattilaisten vastaanotot (psykologi, toimintaterapeutti ym.)	0, 3, 12
	Selkäkipuun liittyvät kuvantamiset (natiivi, TT, MK)	0, 3, 12
Lääkitys	Käsikauppa kipulääkkeet	0, 3, 12
	Reseptikipulääkkeet	0, 3, 12

Leikkaushoito	Selkäleikkaus	12
Potilaan kokemus	Annetusta kivun selityksestä	0, 3, 12
(kaikissa asteikkona 0-10 NRS)	Keinoista, joilla hän voi hallita kipua	0, 3, 12
	Luottamus hoitaneiden terveydenhuollon henkilöiden (mm. lääkärit, fysioterapeutit) ammattitaitoon	0, 3, 12
	On tullut kuulluksi ja ymmärretyksi vaivansa suhteen	0, 3, 12
Kipuun liittyvä haitta	PROMIS PF-20 (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, 20-item physical functioning short form) (Rose ym. 2008)	0, 3, 12
	Oswestry Disability Index (Fairbank & Pynsent 2000)	0, 3, 12
	Roland Morris Disability Questionnaire (Roland & Morris 1983)	0, 12
Käsitykset	FABQ (Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire) (Waddell ym. 1993)	0, 12
	PSEQ (Pain Self-Efficacy Questionnaire) (Nicholas 2007)	0, 12
	BBQ (Back Beliefs Questionnaire) (Georg ym. 2006)	0, 3
Masennusoireet	DEPS (Depression Scale)	0
Työkyky	Nykyinen työkyky suhteessa elämänaikaiseen parhaaseen työkykyyn (0-10 NRS) (Ilmarinen & Tuomi 1992)	0, 3, 12
	Työkyky suhteessa työn vaatimuksiin	0, 12
	Sairauden aiheuttama haitta	0, 12
	Oma ennuste työkyvystä 2 vuoden kuluttua	0, 12
Terveysteen liittyvä elämänlaatu	EQ-5D (EuroQol five dimensions) (Rabin ym. 2014)	0, 3, 12

3.4 Tilastoanalyysit

3.4.1 Voimalaskelma

Voimalaskelma tehtiin päävastemuuttujan mukaan (ODI-muutos vuoden seurannassa). Laskelman tavoitteena oli arvioida riittävä otoskoko, jolla interventio- ja verrokkiryhmien välillä olisi pystytty osoittamaan vähintään neljän pisteen suuruinen ero ODI-arvossa 80 % todennäköisyydellä. Laskelmaa varten oletettiin, että ODI-jakauman keskihajonta on 8 pistettä, ryhmien sisäinen korrelaatiokerroin (intraclass correlation coefficient) on 0,05 ja α -tasoksi asetettiin 0,05. Laskelman perusteella riittävänä otoskokona pidettiin yhteensä 162 potilasta 27 työterveydenhuollon yksiköstä (keskimäärin 6 potilasta per yksikkö). Potilasrekrytoinnin loppuvaiheessa arvioimme ryhmien sisäistä korrelaatiokerrointa koskevan ennakko-oletuksemme paikkansapitävyyttä kertynyttä aineistoa hyödyntäen (van Breukelen & Candel 2012). Saimme korrelaatiokertoimen arvoksi 0,011, minkä perusteella totesimme, että yhteensä 135 potilasta (keskimäärin 5 potilasta per yksikkö) olisi ollut riittävä potilasmäärä halutun suuruisten ryhmien välisen eron havaitsemiseksi. Oletetulla 30 % potilaiden keskeyttämisprosentilla minimivaatimus riittävälle otoskoolle oli täten yhteensä 192 potilasta.

3.4.2 Satunnaistaminen

Tutkimukseen mukaan suostuneet yksiköt satunnaistettiin joko koulutus- tai vertailuryhmään satunnaisluku generaattorilla. Tilastotieteilijä, joka suoritti satunnaistamisen ei ollut tietoinen työterveyshuollon yksikköjen ominaispiirteistä. Satunnaistaminen suoritettiin palveluntuottajan mukaisesti (julkisomisteiset samassa blokissa) valintaharhan pienentämiseksi. Päättökija (JK) ilmoitti työterveyshuollon palveluntuottajille yksikköjen satunnaistamisen tulokset. Päättökija ei osallistunut potilaiden rekrytointiin tai tulosten analysointiin.

3.4.3 Tilastoanalyysit

Tilastoanalyysit suoritettiin SPSS (versio 26) ja Stata (versio 16) –tilasto-ohjelmistoilla. Jatkuvien muuttujien jakaumia kuvattiin keskiarvon ja keskihajonnan avulla (normaalisti jakautuneet muuttujat) tai mediaanin ja kvartiilivälin avulla (vinosti jakautuneet muuttujat). Luokkamuuttujien jakaumia kuvattiin prosenttiosuuksien ja lukumäärien avulla. Intervention vaikutusta vastemuuttujiin arvioitiin monitasoisella sekamallinnuksella (multilevel mixed models), jossa hyödynnettiin kolmitasoisia lineaarisia tai yleistettyjä lineaarisia sekamalleja (3-level mixed models). Sekamalleissa havaintojen keskinäiset riippuvuudet saman tutkittavan toistomittausten välillä sekä saman tutkimusyksikön potilaiden välillä huomioitiin satunnaistermein. Selittävinä muuttujina malleissa oli yksilölle arvottu ryhmä

(interventio/verrokki), aikapiste (lähtötilanne/3 kk/12 kk) ja edellä mainittujen interaktio-termi (ryhmä*aikapiste). Lisäksi mallit vakioitiin alkukyselyn vastausviiveellä sekä niillä taustamuuttujilla, joissa paljastui tilastollisesti merkitsevä lähtötilanne-ero interventio- ja verrokkiryhmien välillä. Analyysit tehtiin hoitoaikaan mukaista periaatetta noudattaen (intention-to-treat) ja niihin sisällytettiin kaikki tutkittavista seurannan aikana kertynyt data puuttuvista arvoista riippumatta. Sekamallit kykenevät tuottamaan luotettavia piste-estimaatteja olemassa olevan havaintoaineiston pohjalta, vaikka analyysin pohjana olevasta aineistosta puuttuisi muuttujien arvoja, kunhan puuttuneisuus on sattumanvaraista. Mallinnuksen tuloksena saadut piste-estimaatit raportoitii 95 % luottamusväleineen (LV) sekä p-arvoineen. Vinosti jakautuneiden vastemuuttujien malleissa estimaatit tuotettiin bootstrapping-menetelmällä.

3.5 Kustannus analyysit

Potilaiden hoitoon liittyvät kustannukset arvioitiin potilailta, jotka olivat antaneet suostumuksen rekisteritiedon hyödyntämiseen. Arviossa käytimme sekä palveluntuottajien sähköisiä potilaskertomuksia että kahta kansallista, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämää rekisteriä (HILMO erikoissairaanhoidosta ja AvoHILMO perusterveydenhuollosta). Potilaskertomuksista arvioitiin selkävaivaan liittyvät lääkärin (erikseen työterveyslääkäri ja muut lääkärit), työfysioterapeuttien ja muiden fysioterapeuttien sekä hoitajien käynnit suostumuspäivämäärästä yksi vuosi eteenpäin. Potilaskertomuksista arvioitiin myös selkäkipuun liittyvät kuvantamiset (natiivi, MK) ja sairauspoissaolot (sekä sairauspoissaolopäivät että -episodit). HILMO-rekisteristä saimme selkävaivaan liittyvät sairaalakäynnit ja AvoHILMO:sta puolestaan perusterveydenhuollon käynnit. Tutkimuksen potilaat rekrytoitiin 25.9.2017 ja 1.12.2018 välillä. HILMO- ja AvoHILMO-käynnit saatiin rekisterinpitäjältä ajakaksolta 21.9.2017 – 31.12.2019, joten rekisteritiedot kattavat yhden vuoden seurannan jokaiselle potilaalle. Sairaanhoidon kustannusten arviointiin käytimme Nordic Diagnosis Related Groups (NordDRG) suomalaista versiota palvelujen käytön luokitteluksi. NordDRG-luokittelun muuttamisessa osasto- ja avohoidon kustannus estimaateiksi käytimme THL:n suomalaisista sairaaloista keräämiä tuoreita kustannuspainotuksia (euroissa). Työterveyshuollon kustannuksien arvoimiseksi potilaskertomuksista käytimme AvoHILMO:n käyttötietoja ja yksikköhintoja kustannuspainoina (Kapiainen ym. 2011). Ryhmäkuntoutuksen hinta on saatu yhdeltä osallistuvalla palveluntuottajalta. Alkukoulutuksen hinnaksi arvioimme 2500€ ja jatkokoulutuksen hinnaksi 1000€. Koska kansalliset rekisterit sisälsivät tiedon potilaiden sukupuolesta ja iästä, pystyimme niiden osalta vertaamaan kyselyyn vastaamattomien ja vastanneiden eroja.

Tuloksissa kaikki kustannusestimaatit on pyöristetty lähimpään 10 euroon, jotta ne asianmukaisemmin kuvaisivat todellisia terveydenhuollon kustannuksia. Ottaen huomioon tutkimuksen suhteellisen lyhyen seuranta-ajan ja historiallisen alhaisen inflaatioprosentin tutkimuksen suorittamisen aikana kaikki kustannus estimaatit arvioitiin käyttökelpoisiksi tutkimusajankohtana ilman diskonttausta. Alun perin tarkoituksenamme oli kerätä selkäkipuun liittyvät sairauspoissaolot ja eläketiedot KELA:lta. Tietojen saaminen olisi kuitenkin kestänyt niin kauan, ettei tietojen odottaminen ollut mahdollista. Meillä ei ollut saatavilla tietoja interventiota edeltävistä kustannuksista, joten emme voineet huomioida analyysissä potilaiden aikaisempaa terveydenhuollon palveluiden käyttöä. Datan käsittely, tietokantojen yhdistäminen ja tilastollinen analyysi tehtiin Stata-ohjelmalla (versio 16, Stata-Corp LLC, College Station, TX, USA). Analyysit tehtiin hoitoaikkeen mukaista periaatetta noudattaen (intention-to-treat principle). Kustannusanalyysissä noudatimme niitä varten tehtyjä suosituksia käyttäen bootstrap t -testejä tulosten herkkyyden arvioimiseksi (Huserau ym. 2013).

Arvioimme lisäksi mukana olevien yksiköiden (koulutus- ja verrokkiyksiköt) kuukausittaisia tietoja selkäkipuun liittyvistä käynneistä työterveyslääkärillä ja työfysioterapeutilla, kuvantamisista (natiivi ja MK) sekä selkäkipuun liittyvistä sairauspoissaoloista. Käytimme analyysissä keskeytettyjen aikasarjojen (Interrupted Time Series) menetelmää, jossa analysoimme yllä mainittujen indikaattorien lineaarisia trendejä ennen ja jälkeen intervention käyttäen lineaarista regressioanalyysiä. Annoimme palveluntuottajille datapohjan, jonka mukaan he raportoivat pyytämämme tiedot tammikuusta 2016 (eli 20 kk ennen alkukoulutusta) joulukuuhun 2020 (eli 18 kk jatkokoulutuksen jälkeen) asti. Palveluntuottajilla oli omia raportointitapoja, jonka takia jouduimme pyytämään joitakin tarkentavia tietoja raportoinnista vastaavilta henkilöiltä.

3.6 Laadulliset menetelmät

Haastattelimme koulutusyksiköiden terveydenhuollon ammattilaisia (työterveyslääkärit, työfysioterapeutit, työterveyshoitajat) ryhmähaastatteluina keväällä 2019 vuosi koulutuksen päättymisen jälkeen. Puolistrukturoidut haastattelut toteutettiin työterveyshuollon yksiköissä tai muulla sovitulla tavalla (esim. Skype-kokouksena). Kaikki yksiköissä alaselkäpotilaita hoitavat ammattilaiset kutsuttiin osallistumaan haastatteluihin. Haastattelijana toimi tutkimusryhmään kuuluva työfysioterapeutti. Haastattelut äänitettiin ja tallennettiin videolle. Aineisto litteroitiin sanatarkasti.

Tutkimme työterveyshuollon ammattilaisten käsityksiä BPS painottuneen selkäivun hoitomallin integroimisesta käytäntöön. Litteroinnin jälkeen haastatteluaineisto luettiin mo-
neen kertaan läpi ja siitä pyrittiin löytämään asiat, jotka vastasivat tutkimuksen tarkoitukseen. Analysoimme haastatteluaineiston laadullisesti käyttäen Teoreettisten aihealueiden

viitekehystä (Theoretical Domains Framework, TDF), joka on implementointitutkimuksissa laajalti käytetty teoreettinen viitekehys. Se yhdistää keskeisissä käyttäytymisen muutosta selittävissä psykologisissa teorioissa ja muutostekniikoissa käytettyjä käsitteitä 18 aihealueeseen: tiedot, taidot, oman toiminnan säätely, omia kykyjä koskevat käsitykset, sosiaalinen ja ammatillinen identiteetti, tavoitteet, aikomukset, uskomukset toiminnan seurauksista, optimismi, positiiviset ja negatiiviset tunteet, sosiaaliset vaikutteet ja toimintaympäristön olosuhteet ja resurssit, kuten uudistus ja siihen liittyvät toimintatavat, osallistuja, työpaikka ja sosiaalipoliittinen toimintaympäristö (Cane ym. 2012, Michie ym. 2005, Michie ym. 2011).

Ensimmäisessä vaiheessa aineisto koodattiin. Haastatteluaineiston alkuperäislausunnot koodattiin ensin deduktiivisella eli teorialähtöisellä menetelmällä TDF:n aihealueiden mukaisesti hyödyntäen MAXQDA ohjelmistoa. Teoriasidonnaisessa analyysissä analyysiyksiköt valittiin aineistosta ja aikaisempi tieto ohjasi ja auttoi analyysissä. Aineisto koodattiin toiseen kertaan luokiteltuina kuuteen selkäpotilaan hoitoon liittyvään keskeiseen teemaan, jotka olivat potilaan arviointi, yksilöllinen hoito/-suunnitelma, riskinarviointityökalujen käyttö, vuorovaikutus, korkean riskin potilaille kohdennetut toimenpiteet ja implementoinnin onnistuminen.

Toisessa vaiheessa BPS lähestymistavan ydinelementeistä (selkäpotilaiden kokonaisvaltainen arviointi, validoiva vuorovaikutus ja riskinarviointityökalujen käyttö) muodostettiin lauseet, jotka kuvasivat toimintoja ja toiminnot määriteltiin yksityiskohtaisesti. Kun tutkitaan käyttäytymisen muutosta edistäviä ja estäviä tekijöitä, TDF analyysissä valitaan ja määritellään kohdekäyttäytyminen I. toiminto, jonka tulee muuttua: kenen täytyy tehdä mitä eri tavalla, milloin, missä, miten (ja kenen kanssa). Toimintojen valinnassa perustana oli perusteellinen, useisiin lähteisiin pohjautuva arviointi, jossa hyödynsimme tietoa näyttöön perustuvista BPS hoitosuosituksista sekä implementaation ongelmista aikaisemmin julkaistuista tutkimuksista. Toimintojen priorisoinnissa otimme huomioon: 1) kuinka todennäköisesti toiminto oli muokattavissa oleva, 2) kuinka keskeisesti muutos vei kliinistä käytäntöä tavoiteltuun suuntaan; 3) oliko toiminnolla negatiivista tai positiivista I. ristiriitaista tai käyttäytymistä edistävää vaikutusta muihin toimintoihin (kirjallisuudessa conflicting and facilitating behaviours) sekä 4) oliko toiminto soveltuva mitattavaksi. Lisäksi huomioimme, edellyttikö toiminto muiden ammattilaisten toiminnan muutosta (esimerkiksi oliko toiminto riippuvainen muiden tekemisestä tai käyttäytymisestä tai edellyttikö se moniammatillisuutta). Mitä tarkemmin toiminnot ovat määritelty sitä suurempi spesifisyys edistävien ja estävien tekijöiden osalta voidaan saavuttaa, koska on mahdollista tunnistaa tarkasti, mikä käyttäytyminen on, miten se tulisi suorittaa ja kenen toimesta (Atkins ym. 2017). Muodostamamme toiminnot olivat: 1) ammattilaiset arvioivat kaikki selkäpotilaat kokonaisvaltaisesti, 2) ammattilaiset käyttävät validoivan vuorovaikutuksen taitoja potilastyössä ja 3) ammattilaiset käyttävät riskinarviointikyselyjä systemaattisesti varhaisessa vaiheessa

selkäpotilaiden arviossa. Näitä toimintoja kutsumme raportissa tästä eteenpäin ydintoiminnoiksi. Tämän jälkeen aineistossa tarkasteltiin ydintoimintoihin liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä, joita ammattilaiset raportoivat. TDF viitekehystä käytettiin apuna jäsennetäessä, millaiset tekijät edistävät tai estävät uusien toimintatapojen käyttöönottoa.

Kolmannessa vaiheessa ammattilaisten alkuperäislausunnot järjestettiin sekä ydintoimintojen että TDF:n aihealueiden mukaisesti ja tässä vaiheessa kirjattiin ylös lausuntojen lukumäärä kussakin aihealueessa. Tämän jälkeen aineisto kopioitiin Excel-dokumenttiin, jossa tarkempi analyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti sisällönanalyysilla. Jokaisesta ydintoimintoihin liittyvästä ammattilaisten lausunnosta muodostettiin uskomuslause, joka tiivistä lauseen sanoman. Uskomuslauseen merkitys oli antaa tarkempaa tietoa siitä, mitkä tekijät edistävät tai estävät ammattilaisen toiminnan muutosta tarkasteltavaan toimintoon liittyen.

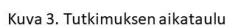
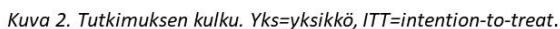
Neljänneksi, samaa asiaa tarkoittavat alkuperäislausunnot ja niistä muodostetut uskomuslauseet ryhmiteltiin seuraavasti: edistävät, estävät ja sellaiset tekijät, jotka eivät todennäköisesti vaikuttaneet toiminnon toteuttamiseen tai siinä onnistumiseen ryhmiteltiin yhteen. Jokaisen ryhmän asiasisällön samankaltaisuutta ja eroavaisuuksia palattiin tarkastelemaan ryhmittelyn aikana useasti. Kustakin ryhmästä tunnistettiin teemat, jotka yhdistivät uskomuslauseita (Hsieh ja Shannon 2005, Bussières ym. 2012). Muodostetut ryhmät nimettiin asiasisällön mukaisesti.

Lopuksi kunkin ydintoiminnon osalta tunnistettiin merkitykselliset aihealueet. Aihealueiden merkitys arvioitiin seuraavien kriteerien mukaisesti: 1) ristiriitaisten lausuntojen mukana olo, 2) lausunnot, jotka hyvin vahvasti vaikuttivat ammattilaisen toimintaan ja 3) lausunnot, jotka olivat yleisiä. Aineisto pyrittiin kaikissa vaiheissa analysoimaan objektiivisesti ilman ennakko-oletuksia.

4 Tulokset

Tutkimuksen kulku on ilmoitettu Kuvassa 2. Päättökija otti yhteyttä kaikkiaan 10 työterveyshuollon palveluntuottajaan, joista neljä kieltäytyi osallistumasta. Mukaan suostuneet 6 palveluntuottajaa antoivat hankkeeseen satunnaistettavaksi yhteensä 27 yksikköä. Kaksi koulutusryhmään satunnaistettua yksikköä halusivat vaihtaa vertailuryhmään, koska heidän henkilöstönsä eivät pystyneet osallistumaan alkukoulutukseen. Koulutusryhmään satunnaistettiin 12 yksikköä ja vertailuryhmään 15 yksikköä. Viisi vertailuryhmän yksikköä eivät rekrytoineet yhtään potilasta mukaan tutkimukseen (Kuva 2). Tutkimuksen aikataulu on esitetty Kuvassa 3.

Alkukoulutukseen osallistui yhteensä 28 ammattilaista (19 työfysioterapeuttia ja 9 työterveyslääkäreä). Jatkokoulutukseen vuonna 2018 osallistui 21 ammattilaista. Heistä 17 osallistui myös alkukoulutukseen. Yksikköjen ominaispiirteet vuonna 2017 tutkimuksen aloitusvaiheessa on kuvattu Taulukossa 4.



Taulukko 4. Tutkimuksessa mukana olevien yksiköiden ominaispiirteet vuonna 2017. YY=yksityisomisteinen yritys, JY=julkisomisteinen yritys, PS=Pohjois-Suomi, IS=Itä-Suomi, ES=Etelä-Suomi, LS=Länsi-Suomi

Koodi	Juokseva numero	Sijainti Suomessa	Työterveyshuollon asiakkaita	Työterveyslääkäreitä	Työfysio-terapeutteja	Työterveyspsykologeja
YY #1	1	PS	1000	1	1	0
	2	IS	1200	1	2	0
	3	PS	1200	1	1	0
	4	PS	2400	1	1	0
	5	ES	3500	1	1	0
	6	LS	6000	1	2	0
	7	PS	600	1	1	0
	8	PS	3000	1	1	0
	9	LS	3800	1	1	0
	10	ES	4200	1	1	0
YY #2	1	ES	14400	89	4	7
	2	ES	15500	215	5	4
	3	IS	10300	68	4	3
	4	LS	3400	9	2	1
	5	IS	7200	74	3	2
	6	PS	13200	16	5	2
	7	LS	17400	178	8	6
YY #3	1	PS	1100	1	1	0
YY #4	1	IS	13100	9	3	4
	2	ES	19900	2	0	0
	3	PS	33600	49	11	8

	4	LS	29400	11	9	2
	5	IS	5900	7	5	0
JY #1	1	LS	26500	15	10	6
JY #2	1	PS	12500	15	6	3
	2	PS	2300	3	1	1
	3	PS	9000	5	3	2

Potilaat rekrytoitiin 25.9.2017-29.11.2018. Mediaani aika suostumuksesta lähtötilanteen kyselyyn vastaamisessa oli koulutusryhmässä 24 päivää (vaihteluväli 5 – 291 pv) ja vertailuryhmässä 17 päivää (vaihteluväli 3 – 115 pv). Potilaiden lukumäärä lähtötilanteessa oli 315 (42,5 % miehiä, keskimääräinen ikä 45 vuotta). Lähtötilanteen potilaista 234 kuului koulutusryhmään ja 81 vertailuryhmään. Yhden vuoden kohdalla vastaavat lukumäärät olivat 137 potilasta koulutusryhmässä ja 47 potilasta vertailuryhmässä. Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja alkukyselyn taustatekijöissä, yleisessä terveydessä tai työhön liittyvissä tekijöissä (Taulukko 5).

Taulukko 5. Lähtötilanteen taustatekijät, yleinen terveyden tila ja työhön liittyvät ominaispiirteet koulutus- ja vertailuryhmän potilailla.

Ryhmien välinen vertailu				
Tekijät	Kaikki (n=315)	Koulutusryhmä (n=234)	Vertailuryhmä (n=81)	P-arvo
<i>Taustatekijät</i>				
Ikä ¹ (vuosia)	44,9 (9,9)	44,6 (9,4)	45,9 (11,2)	0,341
Naisia ²	57,5 (181)	54,7 (128)	65,4 (53)	0,092
Liikunnallisesti inaktiivi ²	9,8 (31)	9,8 (23)	9,9 (8)	0,990
Body Mass Index ¹ (kg/m ²)	27,6 (5,1)	27,7 (5,3)	27,3 (4,3)	0,527
Tupakoi ²	15,2 (48)	15,0 (35)	16,0 (13)	0,814
<i>Yleinen terveys</i>				

DEPS ³	4 (2-9)	4 (2-9)	4 (2-9)	0,849
Itsearvioitu terveys ³ (0-100)	75 (65-85)	75 (65-85)	80 (65-85)	0,327
EQ-5D-3L ³	0,76 (0,69-0,80)	0,76 (0,69-0,80)	0,76 (0,69-0,80)	0,566
<i>Työhön liittyvät tekijät</i>				
Aktiivisesti työssä ²	94,6 (298)	94,4 (221)	95,1 (77)	0,832
Työkyky ³ (0-10)	8 (6-9)	8 (6-9)	8 (6-8)	0,542
Sairauslomalla selkäkivun takia viimeisen 3 kk aikana ²	51,7 (163)	49,1 (115)	59,3 (48)	0,116
Sairauspäivät selkäkivun takia viimeisen 3 kk aikana ³	10 (4-28)	8 (4-29)	14 (4-23)	0,572
Osasairauslomalla selkäkivun takia viimeisen 3 kk aikana ²	14,6 (46)	14,1 (33)	16,0 (13)	0,669
Osasairauspäivät selkäkivun takia viimeisen 3 kk aikana ³	15 (7-60)	14 (7-60)	15 (7-38)	0,969

¹Keskiarvo (keskihajonta), p-arvo riippumattomien otosten t-testillä.

²Prosenttiosuus (lukumäärä), p-arvo khiin neliö -testillä

³Mediaani (kvartiliväli), p-arvo Mann-Whitneyn U-testillä.

DEPS=Depression Scale, EQ-5D=EuroQol five dimensions.

Koulutusryhmässä 34,6 % raportoi selkäkivun kestäneen yli vuoden, kun taas vertailuryhmässä vastaava osuus oli 17,3 % (p=0,017; Taulukko 6). Kipuun liittyvä fyysisen aktiivisuuden pelko oli vähäisempi kuin vertailuryhmässä (p=0,012; Taulukko 6).

Taulukko 6. Lähtötilanteen selkäkipuun liittyvät ominaispiirteet koulutus- ja vertailuryhmän potilailla. Tummalla merkittävät erot.

Ryhmiä välinen vertailu			
Tekijät	Kaikki (n=315)	Koulutusryhmä (n=234)	Vertailuryhmä P-arvo (n=81)

Kivun voimakkuus

Selkävun voimakkuus ¹ 5 (3-6) (0-10 NRS)	5 (3-6)	4 (2-7)	0,832
--	---------	---------	-------

Jalkavun voimakkuus ¹ 2 (0-5) (0-10 NRS)	3 (0-5)	2 (0-5)	0,618
--	---------	---------	-------

Kivun kesto

<2 vko ²	13,3 (42)	11,1 (26)	19,8 (16)	
2-11vko ²	34,0 (107)	32,9 (77)	37,0 (30)	
3-12 kk ²	22,5 (71)	21,4 (50)	25,9 (21)	
> 12 kk ²	30,2 (95)	34,6 (81)	17,3 (14)	0,017

Päivittäinen selkäkipu viimeisen 3 kk aikana ²	54,9 (173)	55,1 (129)	54,3 (44)	0,900
---	------------	------------	-----------	-------

Käyttänyt kipulääkettä ≥3 päivänä viimeisen viikon aikana ²	37,8 (119)	35,5 (83)	44,4 (36)	0,151
--	------------	-----------	-----------	-------

Reseptikipulääkkeitä ²	88,9 (280)	88,5 (207)	90,1 (73)	0,682
-----------------------------------	------------	------------	-----------	-------

Parasetamoli ²	33,0 (104)	30,8 (72)	39,5 (32)	0,150
---------------------------	------------	-----------	-----------	-------

NSAID ²	72,4 (228)	73,1 (171)	70,4 (57)	0,639
--------------------	------------	------------	-----------	-------

Mieto opioidi ²	33,3 (105)	34,2 (80)	30,9 (25)	0,584
----------------------------	------------	-----------	-----------	-------

Vahva opioidi ²	1,3 (4)	0,4 (1)	3,7 (3)	0,054*
----------------------------	---------	---------	---------	--------

Muu lääke ²	23,8 (75)	21,8 (51)	29,6 (24)	0,154
------------------------	-----------	-----------	-----------	-------

Start-selkäkysely

Pistesumma ¹	4 (2-6)	4 (2-6)	4 (3-6)	0,480
-------------------------	---------	---------	---------	-------

Matala riski ²	47,3 (149)	47,4 (111)	46,9 (38)	
---------------------------	------------	------------	-----------	--

Kohtalainen riski ²	39,7 (125)	40,6 (95)	37,0 (30)	
--------------------------------	------------	-----------	-----------	--

Korkea riski ²	13,0 (41)	12,0 (28)	16,0 (13)	0,617
---------------------------	-----------	-----------	-----------	-------

Örebron lyhyt kysely

Pistesumma ¹	38 (26-50)	38 (26-49)	41 (29-51)	0,276
Matala riski ²	53,0 (167)	55,1 (129)	46,9 (38)	
Kohtalainen riski ²	21,6 (68)	20,1 (47)	25,9 (21)	
Korkea riski ²	25,4 (80)	24,8 (58)	27,2 (22)	0,396
FABQ, työ ¹	12 (4-21)	11 (4-19)	13 (5-24)	0,097
FABQ, fyysinen aktiivisuus ¹	12 (8-16)	11 (8-14)	14 (9-17)	0,012
Back pain Beliefs Questionnaire (BBQ) ¹	31 (26-35)	31 (25-35)	31 (26-36)	0,520
Pain Self-Efficacy beliefs Questionnaire (PSEQ) ¹	47 (37-54)	47 (37-55)	45 (38-53)	0,411
<i>Selkäkipuun liittyvä haitta</i>				
RMDQ ¹	4 (2-8)	5 (2-8)	4 (2-9)	0,738
PROMIS PF-20 T-score ¹	45 (42-49)	45 (42-49)	45 (41-49)	0,282
ODI ¹	20 (12-28)	20 (12-28)	20 (12-29)	0,877

¹Mediaani (kvartiiliväli), p-arvo Mann-Whitneyn U-testillä.

²Prosenttiosuus (lukumäärä), p-arvo khiin neliö -testillä (*Fisherin tarkka testi pienen ryhmäkoon vuoksi).

FABQ= Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, NRS= Numerical Rating Scale, NSAID= tulehduskipulääke,

ODI= Oswestry Disability Index, PROMIS PF-20= Patient-Reported Outcomes Measurement Information System,

20-item physical functioning short form; RMDQ= Roland Morris Disability Questionnaire, ÖMPSQ-short= Örebro lyhyt kysely.

4.1 Potilaiden raportoimat vastemuuttajat seurannan aikana

Analyysit on vakioitu alkukyselyn vastausviiveellä sekä alkukyselyn perusteella havaituissa merkittävillä ryhmien välisillä eroilla (kivun kesto ja kipuun liittyvä fyysisen aktiivisuuden pelko). Päävastemuuttujassa ei ollut ryhmien välillä tilastollisesti merkittävää eroa 3 tai 12 kuukauden kohdalla, sillä vakioitu keskimääräinen ryhmien välinen ero oli 2,3 (95 % LV - 1,0 – 5,7; p=0,175) 12 kuukauden kohdalla (Taulukko 7). Tulokset on raportoitu kansainvälisessä tieteellisessä julkaisussa (Ryynänen ym. 2021).

Taulukko 7. Päävastemuuttuja ja tärkeimmät toissijaiset vastemuuttujat ja hoitoryhmien välinen vertailu seurannan aikana.

Vastemuuttuja ja aikapiste	Ryhmien keskiarvo (SD)		Ryhmien välinen vertailu	
	Koulutus-ryhmä	Vertailu-ryhmä	Vakioitu keskimääräinen ero ¹ (95 % LV)	P-arvo
Selkäkivun voimakkuus (0-10 NRS)				
3 kuukautta	3,9 (2,3)	3,9 (2,2)	-0,2 (-0,9; 0,6)	0,651
12 kuukautta	3,8 (2,4)	3,5 (2,5)	0,2 (-0,6; 0,9)	0,706
Jalkakivun voimakkuus (0-10 NRS)				
3 kuukautta	2,6 (2,7)	2,4 (2,7)	-0,1 (-0,8; 0,6)	0,799
12 kuukautta	2,4 (2,4)	1,9 (2,5)	0,0 (-0,7; 0,8)	0,891
ODI				
3 kuukautta	18,8 (13,2)	17,7 (10,2)	-0,3 (-3,0; 2,5)	0,856
12 kuukautta	17,9 (13,1)	14,6 (10,0)	2,3 (-1,0; 5,7)	0,175
PROMIS T-score				
3 kuukautta	47,0 (7,4)	46,9 (5,8)	0,7 (-0,9; 2,2)	0,897
12 kuukautta	47,6 (7,2)	49,1 (6,7)	-1,0 (-2,7; 0,8)	0,269
EQ-5D-3L				
3 kuukautta	0,75 (0,18)	0,74 (0,13)	0,02 (-0,02; 0,07)	0,280
12 kuukautta	0,74 (0,22)	0,78 (0,21)	-0,02 (-0,09; 0,04)	0,489
Itsearvioitu terveys (0-100 NRS)				
3 kuukautta	73,0 (18,2)	76,6 (13,6)	-2,2 (-6,1; 1,7)	0,276
12 kuukautta	74,2 (17,5)	79,9 (15,4)	-4,6 (-8,9; -0,4)	0,032
Työkyky (0-100 NRS)				
3 kuukautta	7,3 (2,0)	7,5 (1,4)	-0,0 (-0,4; 0,4)	0,975
12 kuukautta	7,6 (2,0)	8,1 (1,7)	-0,4 (-0,8; 0,0)	0,052

Örebron lyhyt kysely

12 kuukautta	33,0 (17,2)	29,5 (15,4)	3,5 (-1,2; 8,2)	0,140
--------------	-------------	-------------	-----------------	-------

RMDQ

12 kuukautta	4,5 (3,8)	3,7 (3,0)	0,9 (-0,4; 2,1)	0,175
--------------	-----------	-----------	-----------------	-------

FABQ-työ

12 kuukautta	11,3 (10,7)	9,5 (9,0)	1,0 (-1,5; 3,5)	0,434
--------------	-------------	-----------	-----------------	-------

FABQ-fyysinen aktiivisuus

12 kuukautta	9,2 (5,3)	9,0 (6,0)	0,2 (-1,4; 1,8)	0,810
--------------	-----------	-----------	-----------------	-------

PSEQ

12 kuukautta	49,0 (10,4)	50,4 (9,6)	-1,8 (-4,6; 1,1)	0,223
--------------	-------------	------------	------------------	-------

BBQ

3 kuukautta	30,0 (6,3)	29,6 (6,0)	0,2 (-1,5; 1,9)	0,834
-------------	------------	------------	-----------------	-------

¹Interventoryhmä vs. verrokkiryhmä. Lineaarinen sekamalli (linear mixed model), jossa ovat mukana myös seurannasta pudonneet potilaat. Malli on vakioitu alkukyselyn vastausviiveellä, kivun kestolla ja FABQ-fyysinen aktiivisuus-kyselyn pistemäärällä.

BBQ= Back pain Beliefs Questionnaire, FABQ= Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, LV= luottamusväli, NRS= Numerical Rating Scale, ODI= Oswestry Disability Index, PSEQ= Pain Self-Efficacy beliefs Questionnaire, RMDQ= Roland Morris Disability Questionnaire, SD= keskihajonta

Toissijaisissa muuttujissa ei ollut selkeitä eroja ryhmien välillä. Itsearvioitu terveys oli kuitenkin parempi 12 kuukauden kohdalla vertailuryhmässä ($p=0,032$; Taulukko 7) ja vertailuryhmässä oli vähemmän korkean riskin omaavia potilaita Start-selkäkyselyssä 12 kuukauden kohdalla ($p=0,028$; Taulukko 8). Koulutusryhmässä luottamus hoitaneiden terveydenhuollon henkilöiden (mm. lääkärit, fysioterapeutit) ammattitaitoon oli merkittävästi parempi 3 kuukauden kohdalla ($p=0,043$; Taulukko 8).

Taulukko 8. Muut toissijaiset vastemuuttajat ja hoitoryhmien välinen vertailu seurannan aikana.

Vastemuuttaja	3 kuukautta				12 kuukautta			
	I	C	Vakioitu ryhmien ero ¹	P	I	C	Vakioitu ryhmien ero ¹	P
Päivittäinen selkäkipu ²	42,3 (58)	36,2 (17)	-0,4 (-1,5; 0,8)	0,525	33,6 (44)	31,9 (15)	-0,1 (-1,3; 1,0)	0,815
<i>Start-riskiluokat</i>								
Matala riski ²	-	-	-	-	68,7 (90)	83,0 (39)		
Kohtalainen riski ²	-	-	-	-	21,4 (28)	12,8 (6)		
Korkea riski ²	-	-	-	-	9,9 (13)	4,3 (2)	1,3 (0,1; 2,4)	0,028
<i>Örebro riskiluokat</i>								
Matala riski ²	-	-	-	-	65,6 (86)	72,3 (34)		
Kohtalainen riski ²	-	-	-	-	14,5 (19)	14,9 (7)		
Korkea riski ²	-	-	-	-	19,8 (26)	12,8 (6)	0,6 (-0,5; 1,7)	0,310
Kipulääkitys ≥ 3 päivänä/vko ²	28,5 (39)	27,7 (13)	-0,0 (-1,3; 1,2)	0,936	19,1 (25)	23,4 (11)	-0,5 (-1,7; 0,8)	0,479
Reseptilääkitys kipuun ²	48,2 (66)	42,6 (20)	0,4 (-0,7; 1,5)	0,476	71,0 (93)	66,0 (31)	0,2 (-0,9; 1,4)	0,676
Parasetamoli ²	12,4 (17)	21,3 (10)	-0,9 (-2,1; 0,3)	0,127	28,2 (37)	23,4 (11)	0,5 (-0,6; 1,5)	0,392
NSAID ²	29,9 (41)	25,5 (12)	0,4 (-0,7; 1,5)	0,486	52,7 (69)	53,2 (25)	-0,1 (-1,1; 0,9)	0,803

Mieto opioidi ²	15,3 (21)	12,8 (6)	0,4 (-1,3; 2,1)	0,657	26,7 (35)	17,0 (8)	1,0 (-0,5; 2,5)	0,204
Vahva opioidi ²	0 (0)	0 (0)	n/a	n/a	0,8 (1)	2,1 (1)	-1,2 (-4,3; 1,9)	0,445
Muu lääkitys ²	16,1 (22)	19,1 (9)	-0,2 (-1,4; 1,1)	0,812	21,4 (28)	23,4 (11)	-0,1 (-1,3; 1,1)	0,882

Potilaan kokemus

Annetusta kivun selityk- sestä ³	7 (4- 9)	8 (5-9)	0,7 (-0,2; 1,5)	0,114	8 (3-9)	8 (5- 10)	0,1 (-0,7; 0,9)	0,826
Keinoista, joilla hän voi hallita kipua ³	8 (6- 9)	7 (5-8)	0,4 (-0,2; 1,1)	0,187	8 (5-9)	8 (7-9)	-0,5 (-1,2; 0,1)	0,106
Luottamus hoitaneiden terveydenhuollon henkilöiden (mm. lääkärit, fysioterapeutit) ammattitaitoon ³	8 (7- 10)	8 (6-9)	0,9 (0,0; 1,7)	0,043	8 (6-9)	8 (6- 10)	0,7 (-0,2; 1,6)	0,124
On tullut kuulluksi ja ymmärretyksi vaivansa suhteen ³	8 (6- 9)	8 (6-9)	0,9 (-0,2; 1,9)	0,100	8 (5-9)	8 (6-9)	0,4 (-0,5; 1,3)	0,363

¹Lineaarinen tai yleistetty lineaarinen sekamalli (linear or generalized linear mixed model), jossa ovat mukana myös seurannasta pudonneet potilaat. Malli on vakioitu alkukyselyn vastausviiveellä, kivun kestolla ja FABQ-pa-kyselyn pistemäärällä.

²Tunnusluvut ovat prosenttiosuuksia ja lukumääriä. Ryhmien välistä eroa on analysoitu yleistetyllä lineaarisella sekamallilla (binäärinen tai järjestysasteikollinen logistinen malli).

³Tunnusluvut ovat mediaaneja ja kvartiilivälejä. Ryhmien välistä eroa on analysoitu lineaarisella sekamallilla bootstrapping-menetelmällä.

I=koulutusryhmä, C=vertailuryhmä, P=P-arvo, n/a=not available, NSAID=tulehduskipulääke

Teimme myös herkkyysanalyysijä päävastemuuttujalle ja muutamalle toissijaiselle vaste-
muuttujalle. Taulukossa 9 on esitetty tulokset niille potilaille, joiden kipu oli kestänyt yli 2
viikkoa mutta alle 12 kuukautta (hyvin akuutit ja krooniset poissuljettu, n=178). Tulokset
olivat samankaltaiset kuin koko aineistolle (Taulukko 9). Teimme lisäksi herkkyysanalyysit,
joissa arvioimme 1) vain Start-selkäkyselyn korkean riskin luokkaan kuuluvat potilaat (n=41
potilasta), 2) vain Start-selkäkyselyn matalan riskin luokkaan kuuluvat potilaat (n=149).
Näidenkin herkkyysanalyysien tulokset olivat samankaltaisia kuin koko joukon tulokset (tu-
loksia ei esitetty).

Taulukko 9. Vastemuuttajat ja hoitoryhmien välinen vertailu seurannan aikana herkkyyssanalyysissä. Mukana vain ne potilaat, joilla oireiden kesto yli 2 viikkoa ja alle 12 kuukautta (n=178; koulutusryhmä n=127, vertailuryhmä n=51).

Vastemuuttaja ja aikapiste	Ryhmien välinen vertailu	
	Vakioitu keskimääräinen ero (95 % LV)	P-arvo
Selkäkivun voimakkuus (0–10 NRS)		
3 kuukautta	-0,2 (-1,2; 0,9)	0,750
12 kuukautta	-0,7 (-2,0; 0,5)	0,253
Jalkakivun voimakkuus (0–10 NRS)		
3 kuukautta	0,0 (-1,1; 1,1)	0,989
12 kuukautta	-0,2 (-1,3; 0,9)	0,707
ODI		
3 kuukautta	-1,5 (-5,8; 2,8)	0,507
12 kuukautta	0,0 (-4,9; 4,9)	0,996
Itsearvioitu terveys (0–100 NRS)		
3 kuukautta	-1,3 (-6,9; 4,3)	0,652
12 kuukautta	0,7 (-6,4; 7,7)	0,856
Työkyky (0–100 NRS)		
3 kuukautta	0,3 (-0,2; 0,8)	0,296
12 kuukautta	-0,1 (-0,6; 0,5)	0,810

LV=luottamusväli, ODI=Oswestry Disability Index, NRS=Numerical Rating Scale

4.2 Kustannus analyysit

Rekisteritiedot saimme 467 potilaasta, joista 312 oli vastannut myös kyselyihin (3 kyselyyn vastanneesta ei saatu rekisteritietoja). Rekrytointi oli merkittävästi alhaisempaa vertailuyksiköissä ($p<0,001$). Rekisteritietoja omaavat potilaat tulivat 12 koulutusryhmän yksiköstä (asiakasmäärä v 2017 157 300) ja 10 vertailuryhmään kuuluvasta yksiköstä (asiakasmäärä v 2017 153 020). Täten koulutusyksiköissä yhtä suostumuksen antanutta potilasta kohden

tarvittiin 450 työterveyshuollon asiakasta, kun taas kontrolliyksiköissä tarvittiin yhtä suositumusta varten 1250 asiakasta. Koulutusyksiköistä yksi yksikkö (JY#2, yksikkö #1) rekrytoi merkittävän osan potilaista.

Kyselyihin vastaamattomat potilaat (n=155) olivat keskimäärin 3 vuotta nuorempia kuin kyselyihin vastanneet (p=0,002). Kyselyihin vastanneista potilaista 239 kuului koulutusryhmään ja 73 potilasta vertailuryhmään. Kyselyihin vastaamattomista potilaista vastaavat luvut olivat 108 ja 47 potilasta. Taulukko 10 esittää tutkimuksen kustannukset ryhmittäin. Vaikka kokonaiskustannukset olivat pienemmät potilasta kohden koulutusryhmässä, ei ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkittäviä eroja kustannuksissa. Tulokset olivat samankaltaiset vaikka 1) kustannusten luonnollisella logaritmillä muunnettuja jakaumia verrattiin toisiinsa, 2) käytettiin parametrisiä tai ei-parametrisiä tilastollisia testejä ja 3) käytettiin erilaisia regressio- analyysejä mukaan lukien lineaarisia sekamalleja (tuloksia ei esitetty). Kuva 4 havainnollistaa koulutus- ja vertailuryhmän sairauspoissaolo kustannuksia euroina. Kustannukset olivat vähäisemmät niillä, jotka eivät vastanneet kyselyihin verrattuna kyselyihin vastanneisiin (p=0,03). Ero johtuu todennäköisesti vastaamattomien nuoremmasta iästä.

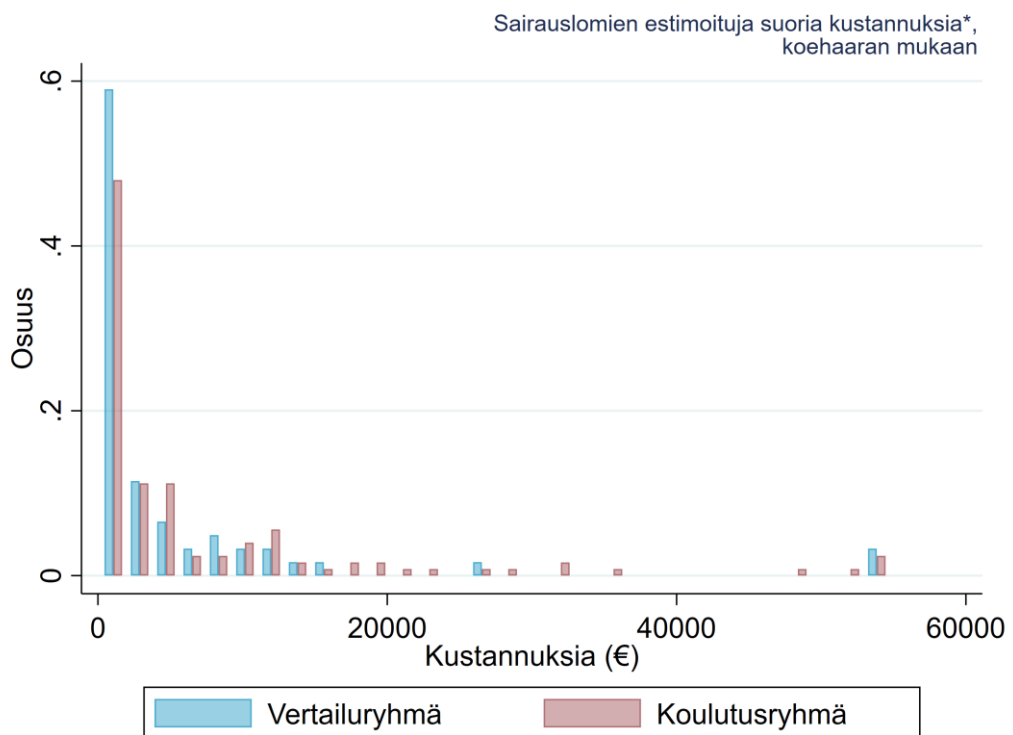
Taulukko 10. Kustannusestimaattien vertailu ryhmien välillä. Vertailu- (VR) ja koulutusryhmän (KR) kustannusten mediaanit (kvartiilivälit) ja niiden keskimääräinen ero luottamusväleineen (LV). Merkitsevyyttä on arvioitu kaksisuuntaisella t-testillä ja efektikoko Cohenin D-arvolla. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käynnit on saatu THL:n rekistereistä (AvoHILMO ja HILMO). Muut kustannukset on laskettu sähköisten potilaskertomuksien luvuista.

Kustannus- estimaatit	VR	KR	Keskim. ero (LV)	T-testi*	Efektikoko
Lääkärin käynnit	280€ (450€)	150€ (450€)	70€ (-20 € – 160 €)	p=0,09	0,164
Fysioterapeutin käynnit	100 € (250 €)	200 € (200 €)	-70 € (-110 € – -20 €)	p=0,06	-0,340
Hoitajan käynnit	0 € (0 €)	0 € (0 €)	20 € (-50 € – 90 €)	p=0,28	0,190
Selkäkipuun liittyvät tutkimukset (natiivi / MK / ENMG)	0 € (0 €)	0 € (0 €)	20 € (-20 € – 50 €)	p=0,29	0,120

Pth selkäkäynnit (AvoHILMO)	0 € (0 €)	0 € (0 €)	-30 € (-20 € – 70 €)	p=0,09	0,200
Esh selkäkäynnit (HILMO)	280 € (0 €)	0 € (0 €)	-150 € (-270 € – 580 €)	p=0,47	0,070
Sairauspoissaolot	100 € (530 €)	0 € (350 €)	0 € (-550 € – 540 €)	p=0,99	-0,001
Kokonaiskustannukset	770 € (2150 €)	500 € (1250 €)	200 € (-670 € – 1090 €)	p=0,642	0,048

MK = magneettikuvaus, ENMG=Electroneuromyografia, pth=perusterveydenhuolto, esh=erikoissairaanhoito.

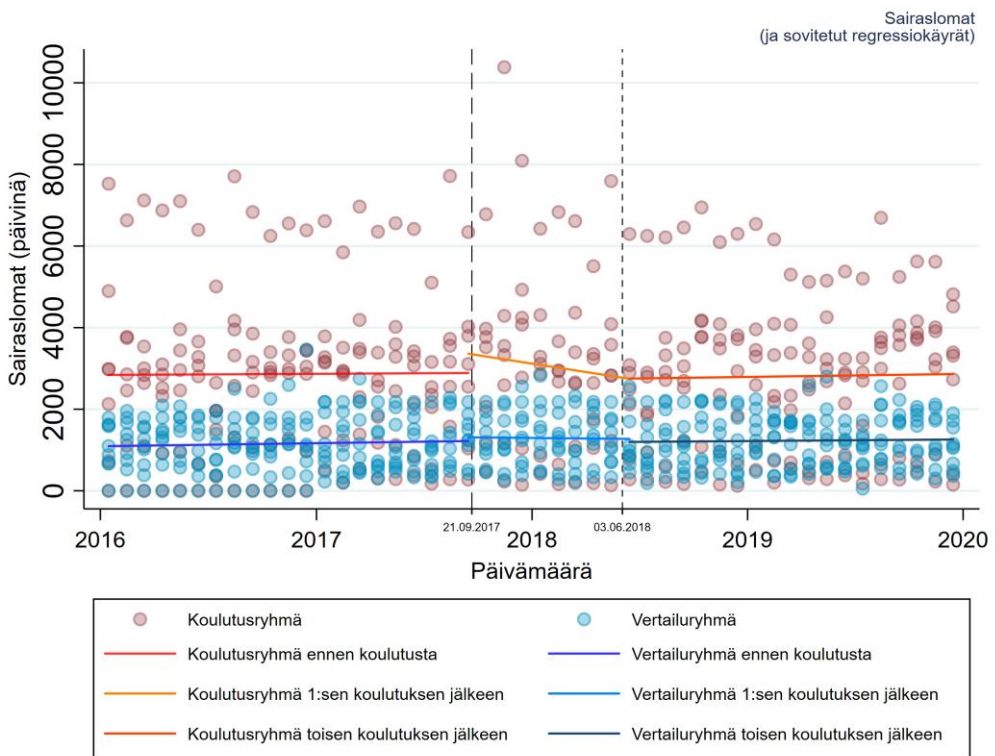
*bootstrapped (2500 toistoa).



*Jos kustannukset ovat suuremmat kuin nolla.

Kuva 4. Sairauspoissaolojen kustannusten jakauma euroina koulutus- ja vertailuryhmissä.

Arvioimme kuukausikohtaisia trendejä selkäkipuun liittyvissä ammattilaisten käynneissä, kuvantamisissa ja sairauspoissaoloissa. Näissä analyyseissä ovat mukana siis kaikki ajanjaksolla selkäkipuun takia yksiköissä käyneet potilaat – ei pelkästään tutkimukseen rekrytoidut potilaat. Kaksi palveluntuottajaa oli fuusioitu toisiin yrityksiin (Karppinen ym. 2021), joten niistä emme saaneet kuukausikohtaisia tietoja, Osalta palveluntuottajista tiedot olivat puutteelliset vuoden 2016 alussa. Kuva 5 esittää koulutus- ja vertailuryhmien yksikköjen trendejä sairauspoissaoloissa ennen ja jälkeen koulutusintervention. Koulutusyksikköjen keskimääräisten sairauspoissaoloissa oli tilastollisesti merkittävä laskeva trendi ($p < 0,01$) verrattaessa lineaarista trendiä ennen koulutusta koulutuksen jälkeiseen lineaariseen trendiin. Vertailuyksiköistä ei ollut mukana koulutuksessa ammatilaisia eikä niissä havaittu merkittävää muutosta keskimääräisten sairauspoissaolojen trendeissä ennen ja jälkeen koulutuksen ajankohtaa.



Kuva 5. Trendit sairauspoissaoloissa ennen ja jälkeen interventioiden koulutus- ja vertailuryhmissä. Koulutusyksiköissä on merkittävä laskeva trendi sairauspoissaoloissa, kun taas vertailuyksiköissä ei ole muutosta.

4.3 Laadulliset analyysit

Terveystenhuollon ammattilaisten haastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluina (n=12). Haastatteluihin osallistui 50 työterveyshuollon ammattilaista aktiiviyksiköistä (Taulukko 11). Ryhmähaastatteluihin osallistui sekä koulutuksiin osallistuneita ammattilaisia (työterveyslääkäreitä ja työfysioterapeutteja) että muita koulutusyksikössä työskenteleviä selkäpotilaita hoitavia ammattilaisia, jotka eivät olleet osallistuneet koulutuksiin (työterveyslääkäreitä, työterveyshoitajia ja työfysioterapeutteja). Haastatteluiden kesto oli keskimäärin 59 minuuttia (28-79 min).

Taulukko 11. Ryhmähaastattelujen osallistujat.

Yksikön koodi	Osallistujat (n)	Ammattinimike		
		Työterveyslääkäri	Työfysioterapeutti	Työterveyshoitaja
YY #1	6	3	2	1
YY #2	25	10	9	6
YY #3	2	1	1	0
YY #4	9	3	6	0
JY #1	0	0	0	0
JY #2	8	3	5	0
Osallistujat (n)	50	20	23	7

Tutkimme haastatteluaineistosta BPS lähestymistavan ydintoimintoja ja työterveyshuollon ammattilaisten käsityksiä uuden tiedon käytäntöön viemisestä käyttäen Teoreettisten aihealueiden viitekehystä. Haastatteluaineisto koodattiin MAXQDA ohjelmalla ja koodattujen lausuntojen lukumäärä oli yhteensä 1546, luokiteltuina 6 teemaan. Teemat olivat potilaan arviointi, yksilöllinen hoito/-suunnitelma, riskinarviointityökalujen käyttö, vuorovaikutus, korkean riskin potilaille kohdennetut toimenpiteet ja implementoinnin onnistuminen. Ydintoiminnot, joihin liittyviä edistäviä ja estäviä tekijöitä tarkasteltiin, olivat: 1) ammattilaiset arvioivat kaikki selkäpotilaat kokonaisvaltaisesti, 2) ammattilaiset käyttävät validoivan vuorovaikutuksen taitoja potilastyössä ja 3) ammattilaiset käyttävät riskinarviointikyselyjä systemaattisesti varhaisessa vaiheessa selkäpotilaiden arviossa. Esittelemme analyysin tulokset ja ydintoimintoihin liittyvät merkittävimmät aihealueet, uskomuslauseet ja lausunnot lisäliitteissä 1-3. Raportin sujuvoittamiseksi käytämme koulutuksen (3-7 päivää) osallistuneista ammattilaisista yleisnimeä koulutetut ammattilaiset. Ammattilaisista, jotka eivät

osallistuneet koulutuksiin, käytämme yleisnimeä kouluttamattomat ammattilaiset. Lisäliitteissä on mainittuna kunkin ammattilaisen alkuperäislausunnon I. sitaatin kohdalla, miten hän on osallistunut koulutukseen. Koska tutkimus toteutettiin työterveyshuollon toimintaympäristössä, käytämme raportin selkiyttämiseksi tästä eteenpäin työterveyslääkäreistä yleisnimitystä ”lääkärit” ja työfysioterapeuteista ”fysioterapeutit”.

4.3.1 Edistävät ja estävät tekijät: Selkäpotilaiden arviointi kokonaisvaltaisesti

Selkäpotilaiden kokonaisvaltaisella arvioinnilla tarkoitamme tässä yhteydessä potilaan oikeaoppista tutkimista (potilaan tarinan kuunteleminen, kliininen tutkimus), psykososiaalista riskiä arvioivien kyselyiden käyttöä, kuvantamisten välttämistä (ellei indikaatiota), selkäoppaan käyttöä potilaiden informoinnissa, potilaan oikeaoppista lääkettä, työn muokkausta tarvittaessa muulla kuin pitkällä sairauslomalla sekä moniammatillista arviota tarvittaessa. Selkäpotilaiden kokonaisvaltaisesta arvioinnista muodostimme ydintoiminnon: ”Ammattilaiset arvioivat kaikki selkäpotilaat kokonaisvaltaisesti”. Potilaskohtaamisten vuorovaikutuksen ja riskinarviointikyselyiden käytön käymme läpi erillisinä kokonaisuuksina myöhemmin raportissa.

Merkittävimmät TDF:n aihealueet, jotka vaikuttivat edistävästi tai estävästi selkäpotilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin olivat 1) toimintaympäristö ja resurssit, 2) taidot, 3) sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti, 4) toimintaan liittyvät tunteet, 5) uskomukset toiminnan seurauksista, 6) omia kykyjä koskevat käsitykset, 7) muiden odotukset ja muilta saatava tuki ja 8) oman toiminnan säätely.

Toimintaympäristö ja resurssit Vahvin haastatteluissa esiin noussut tema oli, että aika-resurssi vaikuttaa potilaan arviointiin ja kokonaisvaltaisen arvioinnin mahdollisuuksiin. Monet sekä lääkäreistä että fysioterapeuteista kokivat, että aikaresurssi vastaanotokäynnillä on riittämätön potilaan tilanteen laaja-alaiseen, kokonaisvaltaiseen arviointiin. Ammattilaiset arvioivat, että jokaiselle selkäpotilaalle tulisi järjestää riittävän pitkä vastaanottoaika: lääkärille minimissään 30 min ja työfysioterapeutille 1,5 tuntia. Tämä riitti ammattilaisten kokemusten mukaan rauhoittamaan potilaan. Osa koulutetuista ammattilaisista kuitenkin kertoi pyrkivänsä, ja myös onnistuneensa, järjestämään pitemmän vastaanottoajan potilaille, joilla on toistuvia kipuoireita kokonaisvaltaisen arvioinnin mahdollistamiseksi. Aikaresurssin riittävyyteen liittyen lääkäreiden kokemuksissa nousi esiin näkemys, että muiden asioiden kartoittaminen (työkyvyn ja lääkityksen arvio) olivat ensisijaisesti tärkeämpiä lääkärin toiminnassa ja että he pyrkivät hyödyntämään mahdollisuudet moniammatilliseen arviointiin.

Sekä koulutetut lääkärit että fysioterapeutit kertoivat onnistumisen kokemuksistaan laaja-alaisen arvioinnin ja muun vastaanoton ajankäytön yhteensovittamisessa nykyisten aikaresurssien raameissa. Ajankäytöllisesti se edellytti, että ammattilaiset kertoivat

muuttaneensa toimintansa painopisteitä: he olivat esimerkiksi tietoisesti lisänneet haastateluun käyttämäänsä aikaa ja vastaavasti onnistuneet vähentämään erilaisten testien suorittamiseen käyttämäänsä aikaa. Niiden ammattilaisten kokemuksissa, jotka eivät olleet li-säkoulutusta saaneet, ei noussut esiin vaihtoehtoisia toimintatapoja eli sellaisia asioita, mitä he ammattilaisina kokivat voivansa jättää vähemmälle huomiolle käyttäessään aikaa potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin.

Osa kouluttamattomista lääkäreistä koki, että ohjaaminen työfysioterapeuteille oli lisäänty-nyt entisestään, koska siihen oli kiinnitetty huomiota ja he kokivat positiivisena havain-tonsä, että koulutuksen saaneiden työfysioterapeuttien työote oli enemmän painottunut psykososiaaliseen puoleen. Lääkärit kokivat, että yksikin fysioterapeutin ohjaukselta oli kullannarvoinen. Työterveyshuollon toimintaympäristössä ei aina ollut mahdollista järjestää potilaalle useampaa ohjauskäyntiä, koska sopimukset työnantajien kanssa vaikuttivat toi-mintamahdollisuuksiin: Osa työnantajista maksoi vain yhden fysioterapeutin ohjaus- ja neuvontakäynnin, jolloin seuraava käynti saattoi rajoittua puhelinsoittoon. Useat fysio-terapeutit kokivat, että kaikki lääkärit heidän yksikössään eivät muistaneet hyödyntää mah-dollisuutta lähettää potilasta ohjaukseen ja potilaan hoitona oli edelleenkin usein pitkä sai-rausloma ja kipulääkitys. Koulutetut fysioterapeutit kokivat tekemisen yksipuolisena, jos pelkästään fysioterapeutti selvitteli potilaan asioita laaja-alaisesti. Fysioterapeutit kokivat myös, että esimerkiksi kipupotilaita ymmärtävä psykologi olisi tiimissä mahtava apu, mutta kynnys mennä vastaanotolle tulisi pitää riittävän matalana. Tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä ei tutkimuksen aikana ollut kipupsykologeja ja työterveyspsykologit olivat usein suuntautuneita organisaatiopsykologiaan. Fysioterapeutit kokivat, että yhteistyö heidän kanssaan oli vähäistä tai sitä ei ollut lainkaan selkäpotilaiden hoitoon liittyen.

Ammattilaiset kokivat, että hoidon tarpeen arvioinnilla voitaisiin vaikuttaa asiakkaan hoi-topolkuun, ja palveluiden piiriin pääseminen on silloin kiinni siitä, millaisia kysymyksiä hoi-don tarpeen arviointiin laitetaan. Ammattilaiset kokivat, että työterveyshuollon kiinteähin-taisilla sopimuksilla oli hankalaa rakentaa prosessia. Tuli miettiä miten resurssit parhaiten käytetään. Digitaalisesti tehty Start-selkäkysely koettiin mahdollisuudeksi hoidon tarpeen arvioinnissa ohjata potilaan suuntaa ja sitä, kuinka laajoihin toimenpiteisiin potilas proses-sin eri vaiheessa ohjautuu. Hoitajilla oli kokemus, että puhelimitse tehdyssä hoidon tar-peen arvioinnissa potilaat pysyivät ensin päästä lääkärille ja heidät piti välillä pakottaa fy-sioterapeutin vastaanotolle.

Taidot Monet koulutetuista ammattilaisista kertoivat, että he kokivat potilaan arvioinnin taitojensa lisääntyneen. Koulutetut lääkärit kokivat kuvantamistutkimukset tarpeettomaksi, ellei niiden tekemiselle ollut selkeää indikaatiota, ja sen sijaan potilaan pelon tunnistamisen ja hoidon suunnittelun sen mukaan olennaiseksi osaksi arviointia. Koulutetut lääkärit koki-vat, että viesti kivun luonteesta ja kivun pelkoon liittyvistä asioista oli heidän toiminnassaan muuttunut ja ajatus siitä, että he huomioivat potilaan koko muun elämän siinä sivussa. Yksi

koulutetuista fysioterapeuteista kuvasi tajuntansa ikään kuin laajentuneen: hän koki huomionsa siirtyneen mekaanisten tekijöiden arvioinnista potilaan pelko-välttämiskäyttäytymisen ja liikemallien havainnointiin. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että heillä oli enemmän työkaluja kaikkien potilaiden arviointiin ja kipukroonikoiden hoitamiseen. He kokivat, että he osasivat purkaa jännitteitä ja kysyä sellaisia kysymyksiä potilailta, joita aiemmin eivät olleet osanneet kysyä. Kokeneetkin ammattilaiset kuvasivat ajatustensa muuttuneen koulutuksen jälkeen ja ymmärryksensä lisääntyneen. Esimerkiksi, että potilaan työkykyyn ei ole nivelen liikkeestä kiinni ja siihen liittyy paljon tekijöitä. Ymmärryksen lisääntyminen heijastui ajankäyttöön tutkimustilanteissa, jolloin ammattilainen kertoi antavansa enemmän aikaa ihmisen toiveiden ja tarpeiden kartoittamiselle ja kuuntelulle. Myös taitojen lisääntyminen vaikutti ammattilaisten kokemusten mukaan heidän ajankäyttönsä painopisteisiin. Osa lääkäreistä kertoi käyttävänsä enemmän aikaa tarkempaan haastatteluun kuin perustutkimiseen, ja he kertoivat, että ohjasivat itsekin kaikille akuutin vaiheen potilaille omahoitokeinot, rentoutumisasiat sekä liikkumisen ja asteittaisen toiminnan lisääntymisen kivun salliessa. TDF viitekehyksen ”taitojen” aihealueessa yleisimmät teemat / uskomukset liittyivät taitojen harjoitteluun ja niiden kehittymiseen sekä ihmisten välisiin prosesseihin, jotka aikaansaivat muutoksia ammattilaisten ajatuksissa, tuntemuksissa ja käytöksessä.

Sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti Monet koulutetuista lääkäreistä ja fysioterapeuteista kokivat oman ammatillisen roolinsa kehittyneen ja ammatillisten rajojensa laajentuneen, kun taas monet kouluttamattomista ammattilaisista kokivat, että kokonaisvaltainen arviointi oli heille osa vanhastaan tuttua ammatillista roolia. Osa koulutetuista lääkäreistä koki, että oli alkanut myös itse ohjata potilaalle akuutin vaiheen omahoitokeinoja, kun taas osalla ammatilliseen rooliin ei kuulunut potilaiden ohjaaminen. He kokivat, että ohjaaminen kuuluu fysioterapeuteille ja lääkärin rooli on seurata, miten kuntoutus on edennyt. Koulutetut fysioterapeutit kokivat nyt pyrkivänsä opettamaan potilasta ymmärtämään, miksi jotakin asiaa tehtiin – eikä sen vuoksi, että ammattilainen sanoi – ja tämä muutos oli muuttanut heidän ammatillista rooliaan voimakkaasti.

Toimintaan liittyvät tunteet Ammattilaiset kokivat, että potilaan pelon tunnistaminen ja sen löytäminen ei ollut aina helppoa, vaikka siihen kiinnitti enemmän huomiota. Toisaalta ammattilaiset kertoivat, että heille nousi eri tavalla huoli, jos potilas kertoi, ettei uskalla tehdä asioita ja ammattilaiset kokivat, että se johti keskusteluihin vastaanotolla enemmän kuin aikaisemmin. Yksi kouluttamaton lääkäri nosti esiin kokemuksensa turhautumisen ja riittämättömyyden tunteista kun potilaille ei ollut tarjota muuta kuin sairauspoissaolotodistus ja lääkeresepti. Hän toivoi työkaluja, ja koki, että esimerkiksi potilasoppaita tulisi aina olla riittävästi työpöydällä saatavilla. Koulutuksen saaneet fysioterapeutit kuvasivat tunteuksiaan potilaan arviointiin liittyen, että vaikka ensimmäinen vastaanottokäynti menisi kokonaan keskusteluun, ammattilaisella oli rauhan tunne siitä, että sillä päästään jo pitkälle.

Riittävyyden tunne näkyi esimerkiksi kokemuksena, että ei ole huono fysioterapeutti, jos ei kaikkea yhdellä kerralla kerkeä tai ei anna potilaalle nipullista ohjeita.

Uskomukset toiminnan seurauksista Osa ammattilaisista koki, että koulutus madalsi kynnystä laittaa viestiä potilaista kaikkien ammattiryhmien kesken. Lisäksi he kokivat, että yhteisissä palavereissa puhuttiin rikkaammin ja moniulotteisemmin asioista. Moni koulutetuista fysioterapeuteista koki saaneensa rohkeutta uskaltaa sanoa asioita ja tuoda osastaan laajemmin esiin yhteistyötilanteissa muiden ammattilaisten kanssa. He myös kokivat moniammatillisen yhteistyön tuloksellisemmaksi kuin ennen. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että heidän ammattitaitonsa hyödyntäminen oli lisääntynyt, kun työfysioterapiaa ei rajattu vain fyysiseen ergonomiaan. Suuri osa kouluttamattomista fysioterapeuteista koki, että he eivät nähneet suurta muutosta tai muutokset olivat tapahtuneet yksilötasolla. Kouluttamattomat lääkärit kertoivat, että olivat seuranneet onnistuneita asiakaskokemuksia sellaisten asiakkaiden hoidossa, joiden kanssa fysioterapeutti oli käyttänyt uutta työotetta. Lääkärit kokivat, että biopsykososiaalinen hoito tukee kuvantamisten vähentämistä, koska kuvantamisen tarve hoidon onnistuessa poistuu. Fysioterapeutit kokivat, että he olivat saaneet koulutuksesta itsevarmuutta ja taitoja perustella potilaalle, miksi kuvantamista ei tarvita. Suuri osa fysioterapeuteista koki, että kynnys lähettää potilas takaisin lääkärille kuvantamistarkoituksessa oli koulutuksen jälkeen kasvanut. Yhdistävä teema / uskomus aihealueessa ”uskomukset toiminnan seurauksista” oli, että selkäpotilaan kuntoutuksen aloittaminen voidaan tehdä ilman kuvantamistutkimuksia. Lääkäreiden kokemukset potilaan arvioinnista ja kuvantamistutkimuksiin lähettämisestä jakautuivat selkeämmin kahtia: osa koki, että kuvantamisen jälkeen on helpompi hoitaa kivuliasta potilasta ja että sen jälkeen potilas lähtee paremmin mukaan hoitoprosessiin; joskus ei pääse eteenpäin ennen kuin on kuvattu ja joskus kuvantaminen voi helpottaa jatkuvaa vastaanotolla käymistä. Toiset kokivat, että liian varhainen kuvantaminen ei tuo lisähyötyä potilaan arviointiin ja aiheuttaa potilaalle paljon säderasitusta. Kuitenkin koettiin tärkeäksi, että päätöksen, milloin pitää kuvata, avaa potilaalle ja sen koettiin rauhoittavan ja selkeyttävän tilannetta. Lääkärit kokivat potilasoppaan vähentävän potilaan pelkoja, kun taas fysioterapeutit korostivat potilasoppaan hyötyä omien taitojensa näkökulmasta.

Omia kykyjä koskevat käsitykset Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että he pystyivät vasta omien tietojensa lisääntymisen jälkeen tunnistamaan, että potilaan kipukäyttäytymisen arviointi oli puuttunut täysin heidän aikaisemmasta toiminnastaan potilaiden arvioinnissa. Koulutuksen jälkeen he olivat alkaneet kysellä ja myös kirjata ylös, millaiset kuormitustekijät ylläpitävät tai aiheuttavat potilaalle selkäkipua ja miten potilaan selkäkipu käyttäytyy. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että kun pysähtyy kuuntelemaan ihmistä ja antaa hänen tuottaa enemmän sisältöä, nousee esiin yllättäviä asioita, joilla on lopulta suuri merkitys potilaan kuntoutumisen kannalta. He kokivat, että on tärkeätä, että he ammattilaisina huomioivat potilaat yksilöllisesti, kohtaavat asiakkaan ja kuuntelevat. Asiakas kuitenkin

lopulta päättää omista asioistaan ja fysioterapeutti ei ole asiakasta tietävämpi. Ammattilaiset kokivat, että omakohtainen esimerkki ja asettuminen samalle tasolle voi auttaa potilasta ymmärtämään, että näitä tilanteita sattuu meille kaikille. Fysioterapeutit kuvasivat, että vaikka omat kyvyt ovat parantuneet, heistä oli helpottavaa tietää, että potilas on mahdollista lähettää potilas eteenpäin, kun omat taidot loppuvat. Koulutetuilla fysioterapeuteilla oli kokemuksia, että potilaat itkivät vastaanotolla useammin. He kokivat, että tämä johtui siitä, että he ammattilaisina antoivat vaikeiden asioiden nousta, koska näkivät, että ne ovat tärkeitä.

Muiden odotukset ja muilta saatava tuki Ammattilaiset nostivat esiin, että potilaan taustatekijät, odotukset ja toiveet vaikuttavat potilaan arvioinnin toteutustapaan. Koulutetut fysioterapeutit kertoivat, että he yrittivät herkillä tuntosarvilla tulkita lääkärien potilaskirjauksista, oliko lääkäri hoksannut, mitkä taustatekijät potilaan tilanteessa vaikuttivat myös selkäkipuun. Lääkärit kokivat, että potilas ei välttämättä halunnut mennä psykologille, vaikka lääkäri sitä ehdotti ja lääkärit kokivat, että sen sijaan fysioterapeutin voi olla omassa roolissaan helpompi päästä lähemmäksi potilasta muissakin kuin kehollisissa asioissa. Fysioterapeuttien kokemusten mukaan, potilaat saattoivat kuitenkin yllättyä, kun heiltä kysyttiin uneen tai elintapoihin, kuten tupakointiin liittyvistä asioista. Fysioterapeuttien kokemusten mukaan potilaat pääsääntöisesti odottivat saavansa ohjeita ja neuvoja, kun heidän toiveitaan kysyi. Fysioterapeutit kertoivat kokemuksistaan, että potilaat olivat kyllästyneitä siihen, että selkäkipua hoidettiin sairauslomalla ja kipulääkkeillä ja halusivat jotakin, mitä voivat itse tehdä. Lääkärit kokivat, että se mitä fysioterapia on, vaihtelee ja aina ei tiedä mitä se on. Osa asiakkaista on tottuneita saamaan hoitosarjalähetteitä ja potilas odottaa saavansa hierontaa, vaikka lääkäri näkisi itsehoidon ja aktiivisen liikunnan tärkeänä.

Oman toiminnan säätely Ammattilaisilla oli kokemuksia, että vaikeista asioista kysymiseen ja laajempaan arviointiin ei uskaltanut lähteä, jos siihen ei ollut riittävästi aikaa, koska ammattilainen tiesi mihin kysyminen johtaa. Toisaalta joissakin tilanteissa asioiden puheeksi ottamista esti ammattilaisen tunne siitä, että asia on potilaalle kunnia-asia, jolloin potilaan kunnian säilyttäminen saattoi estää ammattilaista kysymästä potilaan tilanteesta laajemmin. Fysioterapeuteilla oli kokemuksia, että koulutuksen jälkeen he uskalsivat ja myös halusivat kysyä kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteesta. He kokivat, että aikaisemmin heillä ei ollut keinoja käsitellä potilaalle vaikeita asioita, joten he eivät uskaltaneet lähteä niitä avaamaan. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että jalka ei enää ollut jarrulla ja keskustelu oli luontevampaa. Sekä kouluttamattomat että koulutetut fysioterapeutit nostivat esiin, että uudessa lähestymistavassa heidän kokemuksensa mukaan onnistunutta oli ajatus siitä, että ei ajatella pelkästään vaivaa vaan haetaan mahdollisuuksia vaivasta huolimatta tai sen kanssa.

4.3.2 Edistävät ja estävät tekijät: Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksesta muodostimme ydintoiminnon ”Ammattilaiset käyttävät validoivan vuorovaikutuksen taitoja potilastyössä”. Ammattilaisten vuorovaikutukseen potilaiden kanssa vaikuttivat edistävästi tai estävästi seuraavat TDF:n aihealueet: 1) taidot, 2) sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti, 3) toimintaympäristö ja resurssit, 4) oman toiminnan säätely, 5) toimintaan liittyvät tunteet, 6) uskomukset toiminnan seuraamuksista ja 7) muiden odotukset ja muilta saatava tuki.

Taidot Lähes kaikki ammattilaiset, jotka olivat osallistuneet koulutuksiin, kertoivat oppineensa vuorovaikutustaitoja ja hyödyntävänsä uusia taitoja potilastyössä. Useimmat nostivat esiin ensimmäisinä biopsykososiaaliseen koulutukseen liittyvinä asioina, että nimenomaan tämä koulutus oli saanut ammattilaisen kiinnittämään huomiota oman vuorovaikutuksensa laatuun potilaskohtaamisissa (esim. viestien luonteeseen, selkokielisyyteen ja validoivien ja invalidoivien viestien tunnistamiseen omassa vuorovaikutuksessaan).

Useimmat koulutetuista ammattilaisista kokivat, että he antoivat potilaalle enemmän aikaa kertoa tilanteestaan kuin ennen. Ammattilaiset kokivat, että asiakkaalle tuli antaa tunne, että hän sai olla tarinankertoja ja tämä koettiin tärkeäksi vaiheeksi potilaan arvioinnissa. Vuorovaikutustaitojen (kuten potilaan kuuntelu ja ymmärtäminen, dialoginen keskustelu, validointitaidot, rohkeus rohkaista ja kannustaa potilasta) koettiin kehittyneen koulutuksen myötä. Ammattilaiset kokivat, että harjoittelu työssä on jatkuvaa ja monet toivoivat saavansa edelleen lisäkoulutusta. Vuorovaikutustaitojen ja potilaan kuunteluun panostamisen koettiin auttavan selkäpotilaan hoidon lisäksi kaikkien kipupotilaiden haastattelussa ja kohtaamisessa.

Monet koulutetuista nostivat esiin, että olivat alkaneet kiinnittää huomiota ristiriitaiseen tai invalidoivaan puheeseen ja kieltoihin. Fysioterapeuteilta nousi esiin kokemus, että peruskoulutuksessa opetettiin kertomaan hyvät ja huonot havainnot eikä ammattilainen ollut aikaisemmin ajatellut, että huonoilla havainnoilla voisi olla potilaan tilannetta huonontavaa vaikutusta.

Vuorovaikutuksesta oli useissa yksiköissä keskusteltu myös muiden potilaita hoitavien ammattilaisten ja tiimien kanssa. Ammattilaiset kertoivat, että olivat ohjanneet muita siinä, miten kivusta puhutaan potilaille: esimerkiksi antaneet neuvoja tiimissä toimiville muille työterveyshuollon ammattilaisille, että tulisi välttää erilaisten fyysisten toimintojen varomisen korostamista ja potilaan tilanteen kauhistelemista. Koulutetut ammattilaiset kertoivat, että keskustelut saattoivat aluksi aiheuttaa muissa ammattilaisissa epävarmuutta vääränlaisten viestien antamisesta potilaille. Haastatteluihin osallistuneet kouluttamattomat ammattilaiset eivät kuitenkaan kertoneet tällaisista kokemuksista. Esimerkiksi kouluttamattomat lääkärit korostivat, että viestien yhtenäisyys koettiin tärkeäksi ja että potilaiden rohkaisu ja tukeminen paransi myös hoitoon sitoutumista. Muiden ammattilaisten osalta

edistävänä tekijänä oli ammattilaisen aikaisempi perehtyneisyys kipupotilaiden hoitoon. Toisaalta ne, joilla ei ollut aikaisempaa koulutusta, kokivat, että he olivat tiimin yhteisten keskusteluiden myötä lisänneet rohkaisevampaa puhetta asiakkaan ohjaukseen mukaan.

Sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti Useat koulutetuista fysioterapeuteista kertoivat kokeneensa vahvan muutoksen omassa ammatillisessa roolissaan ja identiteetissään. Roolin koettiin aikaisemmin olleen potilaita neuvova ja luennoiva ja koulutuksen jälkeen ammatillinen rooli oli muuttunut keskustelevampaan ja potilaskeskeisempään suuntaan. Osa fysioterapeuteista koki muutoksen vaikuttaneen, tai jopa täysin muuttaneen, heidän työotteensa kaikkien potilaiden kohtaamisessa. Muutoksen koettiin parantaneen sekä yhteistyötä että hoidon tuloksia. Ammattilaisten kokemusten mukaan potilaiden kokemaa tyytyväisyyttä lisäytyi, kun heitä kuunneltiin ja tunteeseen vastattiin. Osa fysioterapeuteista kertoi hyödyntävänsä uusia vuorovaikutustaitoja myös työn ulkopuolella, esimerkiksi henkilökohtaisissa ystävyyssuhteissa. Tämä tuki sitä, että taidosta oli kehittynyt rutiini, jokin sellainen toimintatapa, mitä ammattilainen yleensäkin teki ja hyödynsi.

Toimintaympäristö ja resurssit Työterveyshuollon toimintaympäristöön ja resursseihin liittyen koulutetut ammattilaiset nostivat esiin, että käyntimäärien rajallinen määrä asetti haasteita potilaan tukemiselle, ja sille, että ammattilainen löysi tavan esittää asioita ja rohkaista potilasta kivun kanssa elämiseen tai olemiseen. Toimintaympäristöön liittyi myös kokemus yhteistyöstä muiden ammattilaisten kanssa. Erityisesti työterveyshuollossa toimivien yleislääkärien suuri vaihtuvuus ja lyhyet työkeikat koettiin haastavina ja niiden koettiin myös vaikeuttavan yhteisen kielen löytämistä potilaiden hoidossa.

Oman toiminnan säätelyn eri puolet tulivat esiin koulutettujen ammattilaisten kokemuksissa: invalidisoivan puheen koettiin nousevan esiin herkästi vanhasta tottumuksesta, toisaalta monet kertoivat jättävänsä tietoisesti sanomatta ääneen omasta mielestään turhat havainnot ja keskittyvänsä positiivisen palautteen antamiseen. Mutta tämä muutos vaati keskittymistä ja ei ollut ammattilaisten kokemusten mukaan helppoa. Toiminnan reflektointiin ja oppimiseen liittyivät ammattilaisen havainnot omasta toiminnastaan, esimerkiksi lipsauttelun tunnustaminen tai huomaaminen jälkikäteen, että tilanteessa potilasta olisi pitänyt lähestyä maltillisemmin tai eri tavalla. Monet olivat asettaneet tavoitteita oman toimintansa muutokselle, kuten varmistaminen aina, että asiakas ymmärtää mistä puhutaan; pyrkimys välttää ei-suomalaisten termien käyttöä; ettei käytä potilaan ohjauksessa sanaa "varo"; tai kerro potilaalle sellaisia havaintoja, joilla voi olla ammattilaisen näkemyksen mukaan olla nocebo vaikutteita; sekä tarkoituksellinen päätös etsiä jokaisesta potilaasta sellainen asia, jota voi kehua esimerkiksi tekemisessä, olemisessa tai jaksamisessa.

Toimintaan liittyvät tunteet Ammattilaisen vuorovaikutuksen muutoksen koettiin herättävän erilaisia myönteisiä ja kielteisiä tunteita sekä ammattilaissa itsessään, mutta myös potilaissa. Ammattilaiset kuvasivat kokemuksiaan vuorovaikutustilanteissa monin eri

tavoin. Ensinnäkin oman puhutavan miettiminen koettiin asiakastilanteissa vaikeaksi, vanhan siirtäminen pois ja uuden oppiminen oli ammattilaisten kokemusten mukaan raskasta. Toisekseen potilaat saattoivat takertua ammattilaisen sanoituksiin, jolloin ammattilaiset kokivat tilanteet vaikeina ja ne herättivät ammattilaisessa voimakkaita tunteita. Yksi fysioterapeutti kuvasi hänelle henkisesti vaikean tilanteen, jossa potilas ymmärsi ammattilaisen käyttämät sanat "voit käyttää selkää kivusta huolimatta" siten, että kun potilas kokee kipua niin hänen pitää väännellä ja käännellä selkäänsä kipusuuntiin. Uuden oppimiseksi koettiin, että ammattilaisen tulee uskaltaa kysyä, haastaa itsensä ja lähteä rohkeasti kokeilemaan ja myös uskaltaa luopua siitä, mitä itse on aiemmin ajatellut, ja se koettiin vaikeaksi. Kun ammattilainen huomasi, että potilaat todella pitivät siitä, että he tunsivat, että heistä pidetään huolta, sen koettiin parhaimmalla tavalla edistävän ammattilaisen toimintaa.

Ammattilaisten kokemusten mukaan uudenlaiset ohjeet herättivät potilaissa kaikkiaan ihmetystä ja se oli heille täysin uutta. Fysioterapeutit kertoivat, että he olivat koulutuksen myötä alkaneet kysyä potilailtaan, mitä heille on aikaisemmin terveydenhuollossa kerrottu kivusta. Ammattilaisten kokemusten mukaan potilaiden vastaukset perustuivat uskomuksiin, jotka olivat usein joko vanhentunutta tai virheellistä tietoa (kuten selkä tulee pitää suorassa tai selkä on poissa paikoiltaan). Potilaat olivat usein saaneet terveydenhuollon ammattilaisilta ohjeita varoa selän käyttöä, pitää selkä suorana ja olla taivuttamatta selkää, kun nostaa. Tämä sai ammattilaisen yrittämään muuttaa potilaan uskomuksia ja toisaalta myös entisestä enemmän varomaan omia sanavalintojaan potilastyössä. Ammattilaiset uskoivat, että vuorovaikutuksella vastaanotolla voi lisätä potilaan pelkoja, ja vastavuoroisesti heillä oli kokemuksia, että positiiviset viestit vaikuttavat välittömästi potilaan olemukseen ja käsitykseen omista kyvyistään.

Lähes kaikki koulutetuista ammattilaisista kertoivat, että koulutus oli antanut heille rohkeutta potilaiden rohkaisuun ja selän käyttöön. Uusi työtapo koettiin virkistäväksi, koska ei voinut tietää millaisia asioita potilailta nousi esiin, jolloin työtä ei tehty tietyn valmiiksi määritellyn kaavan mukaan. Ammattilaiset kuvasivat, että kun kohtasi ihmisen oikeasti ja keskustelu potilaan kanssa käytiin, se antoi ammattilaisellekin paljon ja toi hyvällä tavalla uutta ammattilaisen työhön, jolloin vastaanottokäynnistä jäi tunne, että on tehnyt työn hyvin.

Uskomukset toiminnan seurauksista Aihealueeseen "uskomukset toiminnan seurauksista" liittyivät lääkärien esiin nostamat kokemukset potilaiden magneettikuvausten jälkeen, jolloin kivulias ja hädissään oleva potilas ei muistanut terveydenhuollostaan saamiin selityksiä – ja sen vuoksi ammattilaiset kokivat, että potilaan ymmärryksen kaivaminen, mitä potilas itse ymmärsi siitä mitä selässä on, oli merkityksellistä. Vasta tämän jälkeen ammattilainen koki voivansa antaa oman mielipiteensä. Fysioterapeutit kokivat, että potilaat kaipaavat erityisesti kuvantamisen jälkeen tilanteen selittämistä, validointia ja kannustusta sekä ohjausta olla aktiivinen ja liikkuu.

Sekä lääkärit että fysioterapeutit kokivat, että kommunikointi potilaiden kanssa oli parantunut, kun ammattilainen oli kääntänyt viestejään positiiviseen suuntaan. Ammattilaiset kokivat, että jokaisella ihmisellä on haaveita ja toiveita, joita on kenties joutunut kivun vuoksi välttämään vuosien ajan, ja näiden asioiden sanoittaminen auttoi herättämään potilaassa uutta toivoa. Potilas sai ammattilaisten kokemuksen mukaan ahaa-elämyksen, joka kannusti, että nämä liikunnalliset unelmat, joita potilas ei ollut uskaltanut ajatellakaan, olisi mahdollista toteuttaa. Haastatteluissa nousi esiin fysioterapeuttien kokemus, että hyvän terapisuhteen luominen heti alussa auttoi yhteistyötä jatkossa: jos hoito ei heti toiminut, ammattilainen sai potilaalta tarvittaessa mahdollisuuden kokeilla jotakin toista tapaa edetä. Fysioterapeuteilla oli kokemuksia, että aikaisemmin potilas ei enää tullut vastaanotolle lainkaan, mikäli hoito ei heti kerralla lähtenyt oikeaan suuntaan. Nyt he kokivat, että hyvän suhteen luominen alussa mahdollisti heille jatkossa mahdollisuuden kääntää suuntaa.

Muiden odotukset ja muilta saatava tuki Muiden odotukset ja muilta saatava tuki oli merkityksellinen potilaan kohtaamisen taustalla vaikuttava tekijä. Kun terveydenhuollon viestit ja ohjeet potilaille olivat ristiriitaisia, ammattilaiset kokivat tilanteet ikävinä. Lääkäreillä oli kokemus, että vaikka he itse olivat nähneet kovasti vaivaa tilanteen selittämiseen potilaalle (miksi kuvantamista ei tarvita), seuraava lääkäri oli lähettänyt potilaan kuvantamistutkimuksiin. Fysioterapeutit kertoivat, että heille tuli läheteitä, joissa toivottiin harjoitteita, joissa selkä ei saisi liikkua eri liikesuuntiin. Tällaiset tilanteet, joissa muut ammattilaiset määrittivät rajoituksia potilaiden selän käyttöön ja fysioterapeuttien osalta erityisesti, jos lääkäri oli sanonut potilaalle, että ei selkää saisi liikuttaa tietyillä tavoilla, vaikeuttivat vuorovaikutusta. Yksi fysioterapeutti kertoi kokemuksestaan, että myös potilas tulkitsi ammattilaisen viestin ja kertoi sen muille häntä hoitaville ammattilaisille itse haluamallaan tavalla: Jos fysioterapeutti kysyi, että ”onko selkää kuvattu?”, potilas saattoi sanoa, että ”työfysioterapeutti ihmetteli, että selkää ei ole kuvattu”. Fysioterapeutit nostivat esiin myös potilaan odotukset heidän toiminnastaan. Fysioterapeuteilla oli kokemuksia, että potilaat ihmettelivät, ettei ammattilainen moiti tai tuomitse heitä tekemättä jättämisestä, silloin kun fysioterapeutti itse pyrki korostamaan pienenkin muutoksen tapahtumista ja sen positiivisuutta. Yhteinen teema / uskomus tässä sosiaaliseen toimintaympäristöön liittyvässä aihealueessa oli ammattilaisten kokema ristiriita heidän roolinsa ja sosiaalisen paineen suhteen, millä oli vaikutusta heidän toimintaansa vuorovaikutustilanteissa.

4.3.3 Edistävät ja estävät tekijät: Riskinarviointikyselyiden käyttö

Riskinarviointityökalujen käytöstä muodostimme ydintoiminnon ”Ammattilaiset käyttävät riskinarviointikyselyjä systemaattisesti varhaisessa vaiheessa selkäpotilaiden arviossa”. Ammattilaisten riskinarviointikyselyjen systemaattiseen kyselyiden käyttöön vaikuttivat edistävasti tai estävästi seuraavat TDF:n aihealueet: 1) muistaminen, huomaaminen ja

päätöksen teko, 2) aikomukset, 3) toimintaympäristö ja resurssit, 4) tavoitteet, 5) oman toiminnan säätely, 6) uskomukset toiminnan seurauksista ja 7) omia kykyjä koskevat käsitykset.

Muistaminen, huomaaminen ja päätöksen teko Sekä koulutetuilla että kouluttamattomilla ammattilaisilla oli kokemuksia, että 1) kyselyt eivät heistä aina sopineet akuutista kivusta kärsiville potilaille, 2) ammattilainen koki, että potilaat tarvitsivat aikaa luottamuksen kehittämiseen ennen kuin olivat valmiita puhumaan kipuun liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä tai 3) ammattilainen itse halusi mieluummin kysyä kysymyksiä haastatellen - ei kyselykaavakkeen avulla, koska he kokivat sen itselleen luontevampana tapana työskennellä. Haastattelussa nousi esiin, että osan mielestä kyselyt olivat liian monimutkaisia, ja että ammattilainen koki kyselyt haasteellisenä itselleen. Osa ammattilaisista esimerkiksi koki, ettei osaa tai muista miten kyselyt pisteytetään. Osa kouluttamattomista ammattilaisista eivät tunteneet kyselykaavakkeita tai tietäneet niiden tarkoitusta. Nämä tekijät estivät kyselylomakkeiden käyttöä.

Useat sekä koulutetuista että kouluttamattomista ammattilaisista nostivat esiin oman kokemuksensa, että kyselyiden käyttö auttoi potilastyössä: 1) kysely toimi keskustelun avajana, jolloin hankalista asioista kysyminen oli luontevampaa, koska asiakas itse oli tuottanut tiedon, 2) Fysioterapeutit kokivat, että kysely herättelee pohtimaan potilaan kiputilannetta kaikkien ja kyselyn käyttö vie vastaanottotilannetta ja keskustelua helposti eteenpäin. Haastattelun tukena sen koettiin antavan fysioterapeutille mahdollisuuden kysyä lisäkysymyksiä ja tuovan keskusteluun uusia lähestymiskantoja 3) kysely antoi lääkärille mahdollisuuden eriyvällä tavalla puuttua riskitekijöihin ja suunnitella jatkoa pitemmälle, esimerkiksi että lääkäri ei pelkää ohjannut työfysioterapeutille arvioon vaan, että hoitolinjaa ja sisältöä oli pohdittu etukäteen 4) psykososiaalisten tekijöiden systemaattinen kartoittaminen nähtiin myös työn laatuasiana, jotta terveydenhuollossa pystytään huomioimaan kaikki olennaiset tekijät, jotka potilaan selkävaivaan liittyvät. Nämä seikat olivat riskinarviointikyselyiden käyttöä edistäviä tekijöitä.

Aikomukset Tyypillisin tapa käyttää kyselyitä oli käyttää niitä eri tavalla kuin alkuperäinen tarkoitus oli eli käyttää kyselyitä valikoiden vain tietyille potilasryhmille, esimerkiksi vain uusille potilaille tai vain niille, joilla kipu oli jo kroonistunut. Osa ammattilaisista pyrki käyttämään kyselyitä systemaattisesti esimerkiksi työkyvyn arvioinnissa ja ne koettiin hyödyllisiksi työkaluiksi.

Toimintaympäristö ja resurssit Työterveyshuollon toimintaympäristöön ja resursseihin liittyen ammattilaisten kokemuksissa nousi esiin näkemys, että potilailla saattoi olla monia asioita vastaanotolla hoidettavanaan ja työkyvyn laajempi kartoittaminen ja lausunnon tekeminen olivat ensisijaisesti tärkeämpiä ammattilaisen toiminnassa kuin riskinarviointi kyselykaavaketta käyttäen. Myös osa koulutuksen saaneista lääkäreistä koki, että normaalissa

arkirutiinissa ei ehdi käyttää kyselyitä systemaattisesti, lomakkeita ehdi kaivaa laatikosta, tuloksia kirjata ylös tai skannata. Aikomukseen käyttää kyselyä vaikutti myös, onko työpäivällä yhteisesti sovittua käytäntöä kyselyiden käytöstä. Useat ammattilaiset nostivat esiin, että systemaattista kyselyiden käyttöä auttaisi, jos kyselyt olisivat käytettävissä sähköisessä muodossa. Osalla toimijoista oli suunnitelmissa ottaa kyselyt sähköiseen kyselyjärjestelmäänsä siten, että kysely täytettäisiin ennen vastaanottokäyntiä ja tulokset olisivat käytettävissä 1. vastaanottokäynnillä. Ammattilaiset kokivat, että tämä olisi heillä toiveena, mutta tällaisiin päätöksiin heillä ei ole vaikutusmahdollisuuksia.

Tavoitteet Lääkärit kokivat, että kyselyn systemaattinen käyttö auttaisi parantamaan työn laatua. He kokivat, että kyselyn avulla mietinnän alle seuloutuvat ne ihmiset, jotka tarvitsevat tiiviimpää tukea terveydenhuollosta. Kyselyn käytön koettiin myös helpottavan työkykyyn liittyvien asioiden miettimistä, koska asioista päästään puhumaan niiden oikeilla nimillä.

Oman toiminnan säätely Monet ammattilaisista olivat asettaneet kyselyn käytön tavoitteeksi, mutta sen käyttö ei aina toteutunut juuri ammattilaisen omalla tai ensimmäisellä vastaanottokäynnillä. Tähän vaikutti ammattilaisten työnjako: fysioterapeutin kyselyn käyttöön vaikutti, oliko lääkäri jo käyttänyt vastaanotolla jotakin kyselyä, ja toisaalta osalla lääkäreistä oli tapana pyytää fysioterapeuttia käyttämään kyselyä esimerkiksi työ-/toimintakykyarvion yhteydessä. Osa fysioterapeuteista koki, että kysely ei aina sopinut ensimmäiselle vastaanottokäynnille, mutta he käyttivät sitä myös kotitehtävänä vastaanottokäyntien välillä.

Uskomukset toiminnan seurauksista Fysioterapeutit kokivat, että kipupotilaalle voi olla arka asia, että on heikko, kipeä tai on joutunut luopumaan arjessa joistakin asioista. Osa fysioterapeuteista koki, että kyselyn avulla oli helpompi välttää loukkaantumisia vaikeista asioista keskusteltaessa. Osalla oli kokemus, että potilas tarvitsi aikaa ja piti saavuttaa luotamus ennen kuin pääsi kysymään taustalla olevista tärkeistä asioista ja ensimmäinen vastaanottokäynti ei aina ollut sopivin paikka.

Omia kykyjä koskevat käsitykset Osa ammattilaisista kertoi selvittävänsä asioita mieluummin haastattelemalla kuin kyselyllä. Fysioterapeuteilla oli kokemuksia, että käytettyään kyselyä huomasi kysyvänsä samoja asioita potilailta, vaikka ei täyttäkään kyselyä paperilla. Osa fysioterapeuteista koki, että kun käyttää kyselyä kunnolla, se auttoi kliinisessä päättelyssä ja pystyi paremmin tekemään potilaalle suunnitelman. Osa fysioterapeuteista koki, että kysely oli heille hyvä työväline ja auttoi konkreettisesti kartoittamaan potilaan tilannetta.

Ammattilaisten systemaattiseen kyselyiden käyttöön vaikutti tyypillisimmin ”Muistamisen, huomaamisen ja päätöksen teon” aihealue, joka esiintyi useimmiten kyselyiden käyttöön liittyvissä keskusteluissa ja vaikutti siihen, onko kyselyiden käyttö jotakin sellaista mitä

ammattilainen yleensäkin tekee. Yhteinen teema / uskomus tässä aihealueessa oli: tietoinen päätös käyttää / olla käyttämättä kyselykaavakkeita systemaattisesti alaselkäpotilaille.

4.3.4 Riskinarviointikyselyiden käyttö yksiköissä

Taulukossa 12 on kuvattu Start-selkäkyselyn ja Örebron kyselyn lyhyen version käyttö potilaiden arvioissa. Tiedot on kerätty potilaskertomuksista. Mukana on kaksi yksityisomisteista palveluntuottajaa, joihin on yhdistetty yrityskauppojen myötä kaksi muuta yksityisomisteista yritystä. Yhdistettyjen yritysten potilaskertomukset olivat myös tutkijoiden käytettävissä. Julkisomisteista palveluntuottajista meillä on tietoja vain yhdestä yrityksestä.

Start-selkäkyselyä oli käytetty enemmän kuin Örebron kyselyn lyhyttä versiota (59 % vs. 41 %). Pienellä osalla potilaista oli käytetty molempia kyselyitä. Koulutusyksiköissä kyselyjen käyttö vaihteli huomattavasti (Taulukko 12). Suurimmalle osalle potilaista kyselyn antoi työfysioterapeutti. Vertailuryhmissä yhteensä vain kahden potilaan kohdalla käytettiin kyselyä.

Taulukko 12. Start-selkäkyselyn ja Örebron kyselyn lyhyen version käyttö työterveyshuollon yksiköissä potilaiden arvioissa.

Palveluntuottaja	Koulutusryhmä			Vertailuryhmä	
	Potilaat*	Kyselyä käytetty	Työfysio-terapeutti**	Potilaat*	Kyselyä käytetty
YY #2 ja YY #3	142	35,2 %	96,0 %	16	0 %
YY #4 ja YY #1	35	71,4 %	72,0 %	68	0,01 %
JY #2	158	58,2 %	96,0 %	35	0,03 %

*Rekisteritietojen käyttöön suostumuksen antaneet potilaat. **Työfysioterapeutti antanut kyselyn potilaalle. YY=yksityinen yritys, JY=julkinen yritys.

5 Pohdinta

Emme havainneet kliinisesti merkittäviä eroja toimintakyvyssä, kipuoireissa tai itsearvioidussa työkyvyssä vuoden seurannassa selkäpotilailla, jotka oli arvioitu ja hoidettu yksiköissä, joista työterveyshuollon ammattilaisia osallistui 3-7-päiväiseen näyttöön pohjautuvaan BPS-painottuneeseen koulutukseen verrattuna sellaisiin yksiköihin, jotka hoitivat selkäpotilaita tavanomaiseen tapaan. Hieman yllättäen, vertailuysikköjen potilaat kokivat terveydentilansa paremmaksi ja heistä vähemmän kuului korkean riskin ryhmään yhden vuoden kohdalla. Toisaalta koulutusryhmän potilaat luottivat merkittävästi enemmän ammattilaisten ammattitaitoon 3 kuukauden kohdalla. Myöskään terveydenhuollon kustannuksissa, mukaan lukien sairauspoissaolot sähköisistä potilaskertomuksista arvioituna, ei ollut eroja ryhmien välillä. Mielenkiintoista on, että yksikkötasolla kuukausittaisissa sairauspoissaoloissa oli koulutusryhmän yksiköissä tilastollisesti merkittävä laskeva trendi ($p < 0,01$), kun taas vertailuysiköissä ei ollut mitään muutosta sairauspoissaoloissa.

Tuloksiin saattavat vaikuttaa useat tekijät. Ensinnäkin koulutusryhmässä alkukyselyssä oli merkittävästi suurempi osuus yli vuoden oireilleita kuin vertailuryhmässä (35 % vs. 17 %). Vaikka vakioimme analyysit kivun kestolla, emme voi täysin poissulkea jäännössekoittuneisuutta (residual confounding). Toiseksi saattaa olla, että koulutuksen rohkaisemina koulutusryhmän ammattilaiset rekrytoivat oireisempia ja siten hoitoa ajatellen haastavampia potilaita. Toisaalta on hyvinkin mahdollista, että vertailuryhmän yksiköissä ammattilaiset ovat puolestaan jättäneet tietoisesti haastavimmat potilaat tutkimuksen ulkopuolelle. Mahdollisesti myös vertailuysiköiden ”haastavimmat” potilaat ovat saattaneet kieltäytyä tutkimuksesta herkemmin. Tutkimuksen asetelma, missä satunnaistimme yksiköt emmekä potilaita, on myöskin voinut vaikuttaa potilaiden osallistumishalukkuuteen eri lailla koulutus- ja vertailuryhmissä. Potilaathan eivät voineet vaikuttaa siihen minkälaista hoitoa saisivat ja tästä on voinut aiheutua valikoitumisharhaa. On myönnettävä, ettemme tiedä ovatko koulutusryhmän ammattilaiset arvioineet ja hoitaneet selkäpotilaita BPS otteella vai eivät. Esimerkiksi koulutusryhmän yksiköissä potilaan on saattanut kohdata (ja rekrytoida) ensimmäiseksi ammattilainen, joka ei osallistunut koulutukseemme. Näin aktiiviyksiköissäkin on voinut käydä niin, että kouluttamaton ammattilainen on arvioinut potilaan riskiluokan Start-selkäkyselyllä ja antanut potilaalle selkäoppaan. Aktiiviyksiköiden kouluttamattomien ammattilaisten taito selittää potilasoppaan sisältöä ei silti todennäköisesti ole ollut riittävä ja he ovat saattaneet antaa potilaalle tästä johtuen ristiriitaista tietoa (mixed message). On myös huomioitava, että koulutus tapahtui valtaosin englanniksi. Kielimuuri on voinut vaikuttaa osalla ammattilaisista koulutuksen sisällön omaksumiseen.

Koulutusryhmän potilaiden pitempi oirekesto on saattanut johtaa huonompaan toipumiseen kuten aiemmin on havaittu selkäpotilailla (Henschke ym. 2008). Näin ollen lähtötilanteessa koulutusryhmän potilaat ovat todennäköisesti olleet haastavampia, vaikka heidän

kipuoireensa ja Start-riskiluokituksensa olivat samankaltaisia kuin vertailuryhmässä. Lisäksi keskimäärin yhden viikon pitempi vastausviive (24 pv vs. 17 pv) suostumuksen annon ja lähtötilanteen kyselyyn vastaamisessa koulutusryhmän potilailla on saattanut jo vaikuttaa positiivisesti koulutusryhmän potilaiden oirekuvaan, jolloin ryhmien välinen todellinen vastemuuttujien ero on pienentynyt. Koulutusryhmän potilaiden oirekuvan parantuminen ylimääräisen viikon aikana ei olisi mikään ihme ajatellen selkävivun luontaista hyvää paranemistaipumusta (Itz ym. 2013). Toisaalta koulutusryhmän selkäpotilaiden vaikeampi oirekuva on myös positiivinen asia, koska vaikuttaa, että koulutusyksiköiden ammattilaiset ovat uskaltaneet rekrytoida ”haastavampia” potilaita.

Koulutuksemme oli verrattain lyhyt (3-7 päivää) eikä meillä ollut edellytyksiä tarjota riittävästi mentorointia ja pitkän aikavälin tukea koulutukseen osallistuneille ammattilaisille. Tästä johtuen muutokset ammattilaisten kliinisessä toiminnassa ja etenkin potilaiden raportoimissa vastemuuttujissa ovat rajallisia. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että vaikka ammattilaisten käsitykset ja uskomukset muuttuvat, se ei riitä muuttamaan hoitokäytänteitä, tai parantamaan potilaiden oirekuvaa. (Stevenson ym. 2006, Overmeer ym. 2011). Systemaattisen katsauksen (Bérubé ym. 2018) mukaan kliinisissä vastemuuttujissa onnistuneet tutkimukset käyttivät tyypillisesti lähiopetus-tyyppistä koulutusta, joka oli pitkäkestoista (tyypillisesti useampi sessio yhden tai useamman kuukauden aikana), sisälsi potilasdemonstraatioita ja työkaluja kliinistä käytäntöä varten sekä mahdollisti uusien taitojen käytännön kliinisen harjoittelun. Lisäksi kouluttajien palaute oli tärkeää (Bérubé ym. 2018). Omassa interventiossammekin tutorointia sisältänyt intensiivisempi koulutus olisi saattanut parantaa työterveyshuollon ammattilaisten edellytyksiä siirtää opittua tietoa käytännön elämään omissa työterveyshuollon yksiköissään ja mahdollisesti laajemminkin kunkin palveluntuottajan keskuudessa. Tulevaisuuden koulutushankkeissa pitäisi ottaa paremmin huomioon ammattilaisten yksilöllisen oppimisen tukeminen. Samoin pitäisi pystyä vastaamaan paremmin koulutuksen aikana ja sen jälkeen syntyneisiin ongelmiin ja kysymyksiin, mikä edellyttäisi tehokasta mentorointia.

Yksi koulutuksemme vahvuuksista oli moniammatillinen lähestymistapa alaseläkivupotilaiden hoitoon. Tätä vahvasti ammattilaisille järjestetty yhteinen koulutus, joka painottui varhaisen vaiheen toimintaan työterveyshuollossa ja koulutuksen sisällöissä huomioitiin työterveyslääkärin ja työfysioterapeutin työn erityispiirteet. Emme ole tietoisia muista samankaltaisista moniammatillisista koulutuksista tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidon kehittämiseksi, jotka olisivat suunnattuja sekä työterveyslääkäreille että työfysioterapeuteille. Työterveyshuollon ammattilaisten yhteistyön kehittäminen ja moniammatillisuuden hyödyntäminen työterveyshuollon toiminnassa on kuitenkin erittäin tärkeää. Yhteisellä koulutuksella pyrittiin lujittamaan potilaiden arvioinnin ja hoidon suunnitelmallisuutta. Täten esimerkiksi moniammatillisen yhteistyön tiivistyminen voi tuottaa myös odottamattomia tuloksia, joilla on pitkäaikaisia ja kerrannaisia vaikutuksia potilaiden hoidon ja sen

saavutettavuuden parantumisessa. Malliesimerkkinä ammattilaisten innovoimat uudenlaiset työterveyshuollon palvelut, jotka ovat kohdennettu niille potilaille, joilla on tunnistettu kohonnut riski kivun pitkittymiseen ja työkyvyttömyyteen tulevaisuudessa.

Yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten käsitysten muuttuminen ja ammattitaidon lisääntyminen ei välttämättä johda tiedon juurtumiseen (implementaatioon) vaan onnistuakseen se vaatii monimutkaisia muutoksia käsityksissä, uskomuksissa ja kliinisissä rutineissa yksilön lisäksi myös ryhmä- että organisaatiotasolla (Grol ym. 2007, Zidarov ym. 2013). Esimerkiksi uusien strukturoitujen arviointityökalujen (Start-selkäkysely ja Örebron lyhyt kysely) laajamittainen käyttöönotto työterveyshuollon yksiköissä vaatii organisaatiotason muutoksia (esim. niiden tuomista sähköiseen potilastietojärjestelmään). Tällaiset mittavat muutokset vaativat usein aikaa ja niiden saavuttaminen edellyttää myös, että ammattilaisilla on mahdollisuus vaikuttaa työterveyshuoltoyksikön toiminnan kehittämiseen. Tarvitaan lisää tutkimusta erilaisista keinoista, joilla auttaa juurruttamista, jotta voisimme 1) vähentää ammattilaisten kokemia esteitä/hidasteita potilaiden hoidon parantamiseksi ja 2) edistää hyviä toimintatapoja ja mahdollistaa niiden pysyvyyden hoitoyksiköissä.

Aktiiviyksiköiden ammattilaisten haastattelujen perusteella toiminnan muutosta edistävät ja estävät tekijät kokonaisvaltaisessa yksilöllisessä selkäpotilaan arviossa liittyivät vahvimmin TDF viitekehyksen aihealueisiin: 1) työterveyshuollon toimintaympäristö ja resurssit, 2) taidot, sekä 3) muistaminen, huomaaminen ja päätöksen teko ja 4) sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti.

Ryhmähaastatteluiden perusteella aikaresurssi on merkittävä tekijä kokonaisvaltaisessa arvioinnissa. Osa koulutetuista ammattilaisista kuitenkin kertoi onnistuneensa järjestämään pitemmän vastaanottoajan potilaille, joilla on toistuvia kipuoireita esimerkiksi tietoisesti lisäämällä haastatteluun käyttämänsä aikaa ja vastaavasti vähentämällä erilaisten testien suorittamista. Kouluttamattomien ammattilaisten kokemuksissa ei noussut esiin vaihtoehtoisia toimintatapoja eli asioita, mitä he ammattilaisina kokivat voivansa jättää vähemmälle huomiolle käyttäessään aikaa potilaan kokonaisvaltaiseen arviointiin. Useat fysioterapeutit kokivat, että kaikki lääkärit heidän yksiköissään eivät muistaneet hyödyntää mahdollisuutta lähettää potilasta heille ohjaukseen ja potilaan hoitona oli edelleenkin usein pitkä sairausloma ja kipulääkitys. Koulutetut lääkärit kokivat koulutuksen jälkeen potilaan pelon tunnistamisen ja hoidon suunnittelun sen mukaan olennaiseksi osaksi arviointia kuvantamisten sijaan. Lääkärit kokivat potilasoppaan vähentävän potilaan pelkoja. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että heillä oli enemmän työkaluja kaikkien potilaiden arviointiin ja kipukroonikoiden hoitamiseen. He uskalsivat nyt kysyä potilailta sellaisia asioita, joita aiemmin eivät olleet osanneet kysyä. Heillä riittävyyden tunne näkyi esimerkiksi kokemuksena, että ei ole huono fysioterapeutti, jos ei kaikkea yhdellä kerralla kerkeä tai ei anna potilaalle nipullista ohjeita. Fysioterapeutit kokivat, että he olivat saaneet koulutuksesta itsevarmuutta ja taitoja perustella potilaalle, miksi kuvantamista ei tarvita. Lähes kaikki ammattilaiset, jotka

olivat osallistuneet koulutuksiin, kertoivat oppineensa vuorovaikutustaitoja ja hyödyntävänsä uusia taitoja potilastyössä. Monet toivoivat saavansa edelleen lisäkoulutusta. Vuorovaikutustaitojen ja potilaan kuunteluun panostamisen koettiin auttavan selkäpotilaan hoidon lisäksi kaikkien kipupotilaiden haastattelussa ja kohtaamisessa. Koulutetut ammattilaiset olivat ohjanneet muita yksikkönsä ammattilaisia, miten kivusta puhutaan potilaille. Useat koulutetuista fysioterapeuteista kertoivat kokeneensa vahvan muutoksen omassa ammatillisessa roolissaan ja identiteetissään. Roolin koettiin aikaisemmin olleen potilaita neuvova ja luennoiva ja koulutuksen jälkeen ammatillinen rooli oli muuttunut keskusteluvampaan ja potilaskeskeisempään suuntaan. Uuden oppimiseksi koettiin, että ammattilaisen tulee uskaltaa kysyä, haastaa itsensä ja lähteä rohkeasti kokeilemaan ja myös uskaltaa luopua siitä, mitä itse on aiemmin ajatellut, ja se koettiin myös vaikeaksi. Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että kun pysähtyy kuuntelemaan ihmistä ja antaa hänen tuottaa enemmän sisältöä, nousee esiin yllättäviä asioita, joilla on lopulta suuri merkitys potilaan kuntoutumisen kannalta. He kokivat, että on tärkeitä, että he ammattilaisina huomioivat potilaat yksilöllisesti, kohtaavat asiakkaan ja kuuntelevat. Kun ammattilainen huomasi, että potilaat todella pitivät siitä, että he tunsivat, että heistä pidetään huolta, sen koettiin parhaimmalla tavalla edistävän ammattilaisen toimintaa. Riskinarviointikyselyitä käytettiin osin systemaattisesti, mutta tyypillisesti valikoiden vain tietyille potilasryhmille, esimerkiksi vain uusille potilaille, vain työ- ja toimintakyvyn arvioissa tai vain niille, joilla kipu oli jo kroonistunut. Sekä koulutetuilla että kouluttamattomilla ammattilaisilla oli kokemuksia, että potilaat tarvitsivat aikaa luottamuksen syntymiseen ennen kuin olivat valmiita puhumaan kipuun liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä tai ammattilainen itse halusivat mieluummin kysyä kysymyksiä haastatellen. Aikomukseen käyttää kyselyä vaikutti myös, onko työpaikalla yhteisesti sovittua käytäntöä kyselyiden käytöstä. Osa kouluttamattomista ammattilaisista eivät tunteneet kyselykaavakkeita tai tietäneet niiden tarkoitusta. Toisaalta useat sekä koulutetuista että kouluttamattomista ammattilaisista kokivat, että kyselyiden käyttö auttoi potilastyössä ja että kysely toimi keskustelun avaajana, jolloin hankalista asioista kysyminen oli luontevampaa. Lääkärit kokivat, että kyselyn systemaattinen käyttö auttoi parantamaan työn laatua. He kokivat, että kyselyn avulla mietinnän alle seuloutuivat ne ihmiset, jotka tarvitsivat tiiviimpää tukea terveydenhuollosta. Kyselyn käytön koettiin myös helpottavan työkykyyn liittyvien asioiden miettimistä, koska asioista päästään puhumaan niiden oikeilla nimillä. Psykososiaalisten tekijöiden systemaattinen kartoittaminen nähtiin mahdollisuutena eriävällä tavalla puuttua potilaan riskitekijöihin ja suunnitella jatkoa pitemmälle. Nämä seikat olivat riskiä arvioivien kyselyiden käyttöä edistäviä tekijöitä. Lisäksi useat ammattilaiset nostivat esiin, että systemaattista kyselyiden käyttöä auttaisi, jos kyselyt olisivat käytettävissä sähköisessä muodossa.

Yksiköissä oli tutkimushankkeen kanssa samanaikaisesti käynnissä suuria muutoksia: kaksi työterveyshuoltotoimijoista yhdistyi suurempiin konserneihin, mikä aiheutti epävarmuutta toiminnan jatkuvuudesta yksiköissä ja lisäksi isot muutokset vaikuttivat

henkilöstöjärjestelyihin. Usealla toimijalla uudistettiin samanaikaisesti ammattilaisten perustyössään käyttämiään työkaluja ja ammattilaiset opettelivat uusia atk-järjestelmiä. Monet ammattilaisista kertoivat, että heillä ei ollut riittänyt aikaa ja resursseja opetella uusia asioita ja tutkimukseen liittyvien asioiden edistämiseen ei löytynyt yhteistä aikaa muiden ammattilaisten kanssa.

Koulutetut fysioterapeutit kokivat, että vasta omien tietojensa lisääntymisen jälkeen he pystyivät tunnistamaan, että potilaan kipukäyttäytymisen arviointi oli puuttunut täysin heidän aikaisemmasta toiminnastaan potilaiden arvioinnissa. Haastattelututkimuksella ei ole kovinkaan hyvin mahdollista tunnistaa ammattilaisten puuttuvia taitoja, eikä sitä toteuttavako ammattilaiset hoitoa todellisuudessa kuten kertoivat toteuttavansa.

Kaikkiaan ammattilaisten kokemuksissa oli suurta variaatiota, koska erityisesti niiden ammattilaisten, jotka eivät olleet koulutuksissa mukana, tiedot interventioista ja sen sisällöstä olivat vähäiset. Useimmiten heillä ei ollut paljoakaan tietoa interventioista ja he olivat epävarmoja, mitä asioita hoitomalliin kuuluu. He eivät myöskään nähneet suurta eroa tai ristiiriitaa omassa toiminnassaan ja siinä mitä heille oli biopsykososiaalisesta hoitomallista kerrottu: Moni kouluttamattomista ammattilaisista koki jo noudattavansa hoitomallin periaatteita, ja samanaikaisesti moni koulutetuista koki työotteensa muuttuneen täysin koulutuksen jälkeen. Osa koulutetuista ammattilaisista oli perehdyttänyt muita ammattilaisia yksiköissään, mutta osa koki, että se ei ollut heidän tehtävänsä ja osa oli informoinut muita ammattilaisia vain pintapuolisesti (kuten ohjatkaa alaselkäpotilaat työfysioterapeutille). Varsinkin sellaisissa yksiköissä, joissa oli koulutettu sekä lääkäreitä että useita fysioterapeutteja, innostusta ja kiinnostusta uuteen työtapaan heräsi laajimmin.

Arvioimme koulutusintervention vaikutukset sairauspoissaolojen, kuvantamisen ja työterveyshuollon ammattilaisten vastaanottokäyntien määrän käyttäen työterveyshuollon potilaskertomuksia niiltä potilailta, jotka olivat antaneet tähän suostumuksensa. Vaikka kokonaiskustannukset olivat pienemmät potilasta kohden koulutusryhmässä, ei ryhmien välillä ollut tilastollisesti merkittäviä eroja kustannuksissa – ei myöskään sairauspoissaoloissa. Potilaskertomusten ja rekisteritietojen suhteen ei ollut vastausviivettä, mikä mahdollistaa objektiivisemmän arvion. Yksikkötasolla saimme kuitenkin myönteisiä muutoksia koulutusryhmän yksiköissä, sillä tarkastaessa kuukausittaisia sairauspoissaolotietoja kaikista yksiköissä hoidetuista selkäpotilaista, oli sairauspoissaoloissa laskeva trendi verrattaessa ajankohtaa ennen koulutusta koulutuksen jälkeiseen aikaan. Tavallaan tämä ei ole yllättävää, sillä suhteellisen yksinkertaiset työpaikalla tehdyt alaselkäpotilaiden ohjausinterventiot ovat vähentäneet työkyvyttömyyttä (Rantonen ym. 2016, Ree ym. 2016).

Tutkimuksessamme on useita puutteita. Ensinnäkin interventiossamme on suuri todennäköisyys rekrytointi- ja valikoitumisharhaan. Molemmissa interventioryhmissä ammattilaiset rekrytoivat potilaita tutkimukseen, mutta he eivät pitäneet lukua kieltäytyneistä potilaista.

Näin ollen emme tiedä kieltäytyneiden potilaiden taustatietoja tai oirekuvan vaikeusastetta emmekä pysty arvioimaan olivatko kieltäytyneet potilaat erilaisia koulutus- ja vertailuryhmissä. Tämä on saattanut myös vaikuttaa kroonisten selkäpotilaiden suurempaan osuuteen koulutusinterventiossa. Toiseksi joistakin koulutusryhmään satunnaistetuista yksiköistä koulutukseen osallistui vain minimimäärä ammattilaisia. Voi perustellusti kysyä oliko koulutukseen osallistuneiden ammattilaisten määrä kaikissa yksiköissä riittävä ja jakoivatko he riittävästi tietoa omissa yksiköissään? Koulutukseen osallistuneet ammattilaiset ovat periaatteessa myöskin voineet välittää koulutuksessa saamaansa tietoa saman palveluntuottajan vertailuyksiköihin, vaikka olimme kieltäneet tämän. Näin ollen interventiossamme on saattanut tapahtua aktiivi- ja vertailuyksiköiden kontaminaatiota. Kolmanneksi koulutus- ja vertailuryhmien määrät olivat erilaiset. Teimme satunnaistamisen palveluntuottajan mukaan stratifioituna, jottei satunnaistaminen aiheuttaisi epätasapainoa palveluntuottajien välille. Valitettavasti osa koulutusryhmään satunnaistetuista yksiköistä joutuivat vaihtamaan vertailuryhmään koska yksiköiden ammattilaiset eri syistä eivät pystyneet osallistumaan koulutukseen. Neljänneksi; viidestä vertailuryhmän yksiköstä ei rekrytoitu yhtään potilasta tutkimukseen, vaikka muistutimme näiden yksikköjen ammattilaisia tutkimuksesta toistuvasti. Koulutusryhmässä rekrytoitiin huomattavasti enemmän potilaita kuin vertailuryhmässä (3:1). Tutkimuksen suorittamisen kannalta kriittisenä elementtinä oli potilaiden hidas rekrytointinopeus, jonka takia jouduimme hakemaan lisäaikaa hankkeen suorittamiselle, vaikka olimme valinneet tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit mahdollisimman pragmaattisesti ja yksikköjen ammattilaisia vähän kuormittaviksi. Tästä huolimatta rekrytointi oli huonoa etenkin vertailuyksiköissä. Viidenneksi; meillä oli suhteellisen iso potilaskato tutkimuksessa, joskin ryhmien välillä ei ollut eroa siinä. Lisäksi potilaskato otettiin huomioon analyyseissä, jotka tehtiin hoitoaikaan mukaista periaatetta noudattaen ja niihin sisällytettiin kaikki tutkittavista seurannan aikana kertynyt data puuttuvista arvoista riippumatta. Huomioitavaa on, että pyrimme vakioimaan analyysimalleissa ryhmien väliset lähtötilanteen merkittävät erot (kivun kesto ja kipuun liittyvä fyysisen aktiivisuuden pelko).

Tutkimuksessamme on myös paljon vahvuuksia. Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit olivat erittäin yksinkertaiset ja pragmaattiset. Tämän takia tutkimuksen yleistettävyyys suomalaisen työterveyshuoltoon on hyvä. Lisäksi antamamme koulutus ei eronnut merkittävästi vastaavista maailmalla tehdyistä koulutusinterventioista ja oli myös toteuttamiskelpoinen sekä kouluttajille että koulutettaville. Potilaiden oireisuuden arviossa käytimme validoituja vastemuuttujia. Esimerkiksi sekä ODI:n että Roland Morrisin kyselyjen rakennevaliditeetti, toistettavuus ja herkkyys lyhyen aikavälin muutoksille ovat hyvät (Garg ym. 2020). Tutkimuksen suunnittelussa otimme huomioon laaja-alaisesti alaselkäkipuun vaikuttavat tekijät ja tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä työterveyshuollon kivunhoitopakkiin uusi BPS-painottunut menetelmä. Tarjosimme ammattilaisille näyttöön perustuvia työkaluja (potilasopas, Start-selkäkysely ja Örebron kyselyn lyhyt versio) potilaan arvion ja hoidon toteuttamiseen suositusten mukaisesti. Koulutuksessa opetettu alaselkäpotilaiden

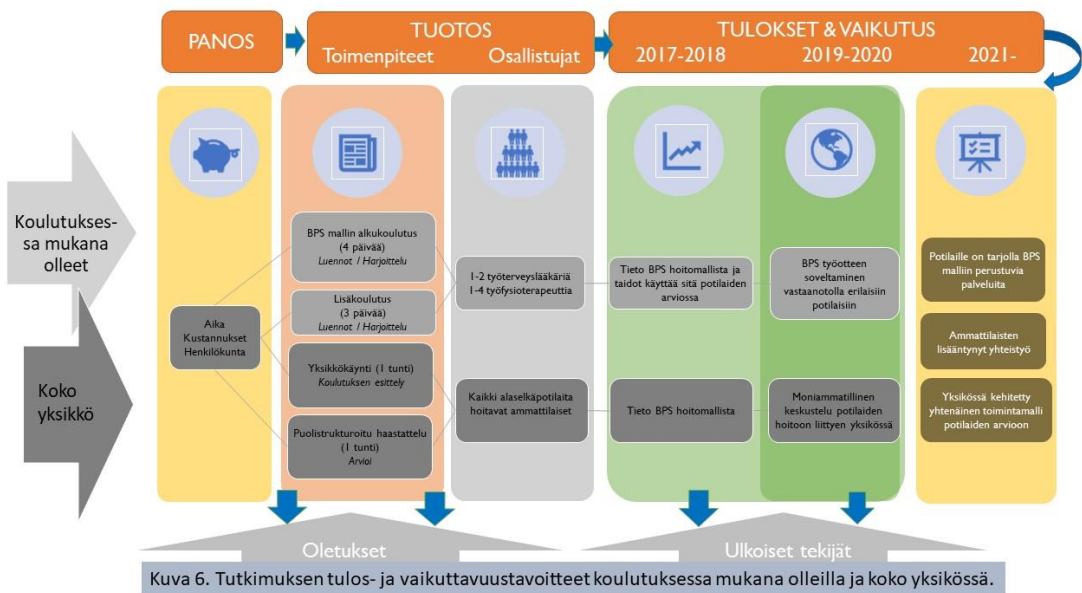
arvio oli laaja-alaista sisältäen sekä fyysisen (toimintakyky), psykologisen (fyysisen aktiivisuuden pelko, pelko-välttämiskäyttäytyminen, kivun katastrofointi, kipuun liittyvä minäpystyvyys, masennus), sosiaalisen (työkyky) että terveyteen liittyvän elämänlaadun komponentin (Tagliaferri ym. 2020). Työterveyshuolto on erinomainen toimintaympäristö varhaisen vaiheen toimenpiteitä varten; tunnistamaan työntekijöitä, joilla on suurentunut kivun pitkittymisen ja työkyvyttömyyden riski sekä suunnittelemaan varhaisen vaiheen interventioita potilaiden yksilöllisen arvion pohjalta. Interventiomme antaa suuntaviivoja sekä perusterveydenhuollon hankkeita varten että yleisesti terveydenhuollon moniammatillisiin koulutusinterventioihin.

Vaikka hoitosuositukset suosittelevat kiinnittämään enenevässä määrin huomiota alaseläkivun psykososiaalisiin riskitekijöihin, ammattilaiset kokivat niiden arvioinnin haastavaksi. Sama menetelmä ei toimi kaikissa toimintaympäristöissä ja menetelmien tuloksellisuuteen ja vaikuttavuuteen sekä toimintakäytäntöjen muuttamiseen kohdistuvaa tutkimusta tarvitaan arkivaikuttavuuden saavuttamiseksi (Malmivaara 2019). Satunnaistetuissa koeasetelmissa on saatu toistuvasti tulokseksi, että hoitosuositukset sinänsä eivät riitä muuttamaan hoitokäytänteitä (Eccles ym. 2012). Toisaalta hoitosuositusten vastainen toiminta ennen kaikkea kolmen ensimmäisen viikon aikana akuutin alaseläkivun ensikäynnin jälkeen lisää selkävivun kroonistumisen riskiä (Stevans ym. 2021). Näin ollen tutkimus hoitosuositusten käyttöönoton esteistä ja edistävästä tekijöistä on erittäin tärkeää.

Tulemme jatkamaan tutkimusta arvioimalla laadullisesti estäviä ja edistäviä tekijöitä (barriers / facilitators) sekä yksilö- että organisaatiotasolla, jotta voisimme selittää mitkä tekijät ovat vaikuttaneet implementaation onnistumiseen ja tutkimuksen tuloksiin. Lisäksi tutkimme työterveyshuollon ammattilaisten käsityksiä uuden tiedon käytäntöön viemisestä. Kun sosiaali- ja terveydenhuollon, ml. kuntoutuksen, ammattilaisten toimintaa pyritään muuttamaan, tarvitaan terveyshyödyn mittaamisen rinnalle selittävää tietoa muutoksen edellytyksistä ja esteistä. Hoitosuositusten implementoinnin esteet ja edistäjät voivat liittyä hoitosuosituksiin, niitä käyttäviin ammattilaisiin, terveydenhuollon organisaatioihin ja tutkimuksiin, hoitoon ja kuntoutukseen osallistujiin - tai laajemmin yhteiskuntaan.

Yhteenvetona, ryssäsatunnaistettu kontrolloitu tutkimuksemme arvioi näyttöön pohjautuvan BPS-painottuneen selkäpotilaiden hoitomallin vaikuttavuutta työterveyshuollon tavanomaiseen toimintatapaan. Potilaiden raportoimassa oirekuvassa ei havaittu kliinisesti merkittäviä eroja koulutus- ja vertailuryhmien välillä vuoden seurannassa. Eroja ei ollut myöskään koulutus- ja verrokkiryhmien välillä potilaiden raportoimassa työkyvyssä eikä potilaskertomuksista arvioiduissa sairauspoissaoloissa. Mielenkiintoista on kuitenkin, että yksikötason kuukausittaisissa selkäkipuun liittyvissä sairauspoissaoloissa koulutusryhmän yksiköissä oli tilastollisesti merkittävä laskeva trendi, kun taas vertailuyksiköissä ei ollut muutosta. Aktiiviyksiköiden ammattilaisten haastattelujen perusteella toiminnan muutosta edistävät ja estävät tekijät kokonaisvaltaisessa yksilöllisessä selkäpotilaan arviossa liittyivät

vahvimmin 1) työterveyshuollon toimintaympäristöön ja resursseihin, 2) taitoihin, 3) muistamiseen, huomaamiseen ja päätöksen tekoon sekä 4) sosiaaliseen ja ammatilliseen identiteettiin. Tarvitaan lisää tutkimusta BPS koulutuksen keston ja sisällön suhteen. Lisäksi jatkossa koulutettavien yksilöiden ja organisaatioiden näkökulmat tulee ottaa tutkimuksissa erityisen hyvin huomioon, kun suunnitellaan näyttöön pohjautuvien toimintamallien juurruttamista työterveyshuoltoon. Näitä kehitysnäkymiä (Kuva 6) tulemme avartamaan lisää Maija Paukkusen tulevassa väitöskirjassa ja siihen liittyvissä kansainvälisissä julkaisuissa.



Kuva 6. Tutkimuksen tulos- ja vaikuttavuustavoitteet koulutuksessa mukana olleilla ja koko yksikössä.

LÄHTEET

Alaselkäsairaudet [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteri yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 5.5.2017]. www.kaypahoito.fi

Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, Foy R, Duncan EM, Colquhoun H, Grimshaw JM, Lawton R. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci* 2017; 12:1-8.

Berkow 1982. The Merck Manual of diagnosis and therapy. Berkow R (toim.), 14. painos, Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, 1982.

Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ* 2017; 356:i6748.

Bérubé MÈ, Poitras S, Bastien M, Laliberté LA, Lacharité A, Gross DP. Strategies to translate knowledge related to common musculoskeletal conditions into physiotherapy practice: a systematic review. *Physiotherapy* 2018; 104:1-8.

Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol* 2015; 36:811-6.

Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, Leclerc A, Müller G, van der Beek AJ, COST B13 Working Group on Guidelines for Prevention in Low Back Pain. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain: November 2004. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl 2:S136-68.

Bussiè res AE, Patey AM, Francis JJ, Sales AE, Grimshaw JM. Identifying factors likely to influence compliance with diagnostic imaging guideline recommendations for spine disorders among chiropractors in North America: a focus group study using the Theoretical Domains Framework. *Implement Sci* 2012; 7: 1-11.

Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2012; 345:e5661.

Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behavior change and implementation research. *Implement Sci* 2012; 7:37.

Chen Y, Campbell P, Strauss VY, Foster NE, Jordan KP, Dunn KM. Trajectories and predictors of the long-term course of low back pain: cohort study with 5-year follow-up. *Pain* 2018; 159:252-60.

Cherkin D, Balderson B, Wellman R, Hsu C, Sherman KJ, Evers SC, Hawkes R, Cook A, Levine MD, Piekara D, Rock P, Estlin KT, Brewer G, Jensen M, LaPorte AM, Yeoman J, Sowden G, Hill JC, Foster NE. The effect of low back pain risk-stratification strategy on patient outcomes and care processes: the MATCH randomized trial in primary care. *J Gen Intern Med* 2018; 33:1324-36.

Choi BK, Verbeek JH, Tam WW, Jiang JY. Exercises for prevention of recurrences of low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1):CD006555.

Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010; 303:1295–302.

COHERE Finland. Recommendation by the Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE Finland). Biopsychosocial rehabilitation in prolonged or recurrent back pain. Recommendation 1.11.2018. Choices in health care. Read on 1.10.2019. <https://palveluvalikoima.fi/en/recommendations>.

Eccles MP, Grimshaw JM, MacLennan G, Bonetti D, Glidewell L, Pitts NB, Steen N, Thomas R, Walker A, Johnston M. Explaining clinical behaviors using multiple theoretical models. *Implement Sci* 2012; 7:99.

Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Index. *Spine (Phila Pa 1976)* 2000; 25:2940-52.

Foster NE, Delitto A. Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice--challenges and opportunities. *Phys Ther* 2011; 91:790-803.

Foster NE, Mullis R, Hill JC, Lewis M, Whitehurst DG, Doyle C, Konstantinou K, Main C, Somerville S, Sowden G, Wathall S, Young J, Hay EM; IMPaCT Back Study team. Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPaCT Back): a prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med* 2014; 12: 102-11.

Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG for the Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018; 391:2368-83.

Garg A, Pathak H, Churyukanow MV, Uppin RB, Slobodin TM. Low back pain: critical assessment of various scales. *Eur Spine J* 2020; 29:503-18.

Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 2014; 69:119-30.

Georg J, Mackinnon A, Kong DC, Stewart K. Development and validation of the Beliefs and Behaviour Questionnaire (BBQ). *Patient Educ Couns* 2006; 64:50-60.

Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q* 2007; 85:93-138.

Hall JA, Jowett S, Lewis M, Oppong R, Konstantinou K. The STarT Back stratified care model for nonspecific low back pain: a model-based evaluation of long-term cost-effectiveness. *Pain* 2021; 162:702-10.

Hartvigsen J, Hancock M, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Pransky G, Sieper J, Smeets R, Underwood M for the Lancet Low Back Pain Series Working Group. What is low back pain and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391:2356-67.

Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008;337(7662):a171.

Hill JC, Dunn KM, Lewis M, Mullis R, Main CJ, Foster NE, Hay EM. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 632-41.

Hill JC, Whitehurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, Konstantinou K, Main CJ, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay EM. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; 378: 1560-71.

Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O'Sullivan P, Kent P. Physiotherapists' perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *Pain* 2020; 161:1150-68.

Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005, 15:1277-88.

Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, Augustovski F, Briggs AH, Mauskopf J, Loder E; CHEERS Task Force. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) Statement. *Int J Technol Assess Health Care* 2013; 29:117-22.

Ilmarinen J, Tuomi K. Work ability of aging workers. *Scand J Work Environ Health* 1992; 18 Suppl 2:8-10.

Itz CJ, Geurts JW, van Kleef M, Nelemans P. Clinical course of non-specific low back pain: A systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain* 2013;17(1):5-15.

Jackson T, Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J Pain* 2014; 15:800–14.

Kapiainen S, Väisänen A, Haula T. Terveysten- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011: THL Raportti 3/2014, 2014.

Karppinen K, Simula AS, Holopainen R, Lausmaa M, Remes J, Paukkunen M, Ussing K, Booth N, Ryyänen K, Koski T, Abbot A, Öberg B, Linton SJ, Smith A, O'Sullivan P, Malmivaara A. Mixed-methods evaluation of training in guideline-oriented biopsychosocial management of low back pain in occupational health care. Protocol of a cluster randomized trial. *Health Sci Rep* 2021; 4:e251.

Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, Hillier SL, Grabherr L, Russek LN, Moseley GL. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med* 2017; 15: 13.

Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, Straker L, Maher CG, O'Sullivan PPB. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med* 2020; 54:79-86.

Linton SJ, Nicholas M, MacDonald S. Development of a short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011; 36: 1891-5.

Malmivaara A. Terveystenhuollon vaikuttavuuden arviointi ja edistäminen: optimaalisesti lääketiedettä. *Duodecim* 2019; 37:2015-20.

Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A; "Psychological Theory" Group. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care* 2005; 14:26-33.

Michie S, Abraham C, Eccles MP, Francis JJ, Hardeman W, Johnston M. Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behavior change interventions: a study protocol. *Implement Sci* 2011; 6:10.

Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. *Eur J Pain* 2007; 11:153-63.

Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Phys Ther* 2011; 91:804-19.

Piironen S, Paananen M, Haapea M, Hupli M, Zitting P, Ryyänen K, Takala EP, Korniloff K, Hill JC, Häkkinen A, Karppinen J. Transcultural adaption and psychometric properties

of the STarT Back Screening Tool among Finnish low back pain patients. *Eur Spine J* 2016; 25: 287-95.

Rabin R, Gudex C, Selai C, Herdman M. From translation to version management: a history and review of methods for the cultural adaptation of the EuroQol five-dimensional questionnaire. *Value Health* 2014; 17:70-6.

Rantonen J, Luoto S, Vehtari A, Hupli M, Karppinen J, Malmivaara A, Taimela S. The effectiveness of two active interventions compared to self-care advice in employees with non-acute low back symptoms. A randomised, controlled trial with a 4-year follow-up in the occupational health setting. *Occup Environ Med* 2012; 69:12-20.

Rantonen J, Vehtari A, Karppinen J, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, Malmivaara A, Taimela S. Face-to-face information in addition to a booklet versus a booklet alone for treating mild low-back pain: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2014; 40:156-66.

Rantonen J, Karppinen J, Vehtari A, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, Malmivaara A, Taimela S. Cost-effectiveness of providing patients with information on managing mild low-back symptoms. A controlled trial in an occupational health setting. *BMC Public Health* 2016; 16:316.

Rantonen JO, Karppinen J, Vehtari A, Luoto S, Viikari-Juntura E, Hupli M, Malmivaara A, Taimela S. Effectiveness of three interventions for secondary prevention of low back pain in the occupational health setting. A randomised controlled trial with a natural course control. *BMC Public Health* 2018; 18:598.

Ree E, Lie SA, Eriksen HR, Malterud K, Indahl A, Samdal O, Harris A. Reduction in sick leave by a workplace education low back pain intervention: A cluster randomized controlled trial. *Scand J Public Health* 2016; 44:571-9.

Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. *Spine* 1983; 8:141-4.

Rose M, Bjorner JB, Becker J, Fries, JF, Ware JE. Evaluation of a preliminary physical function item bank supports the expected advantages of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS). *J Clin Epidemiol* 2008; 61:17-33.

Ruokolainen O, Haapea M, Linton SJ, Korniloff K, Häkkinen A, Paananen M, Karppinen J. Construct validity and reliability of Finnish version of Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *Scand J Pain* 2016; 13: 148-53.

Ryynänen K, Oura P, Simula AS, Holopainen R, Paukkunen M, Lausmaa M, Remes J, Booth N, Malmivaara A, Karppinen J. Effectiveness of training in guideline-oriented

biopsychosocial management of low back pain in occupational health services – a cluster randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2021; 47: 367-76.

Simula AS, Jenkins HJ, Holopainen R, Oura P, Korniloff K, Häkkinen A, Takala EP, Hancock MJ, Karppinen J. Transcultural adaption and preliminary evaluation of “Understanding low back pain” patient education booklet. *BMC Health Serv Res* 2019; 19:1010.

Simula AS, Ruokolainen O, Oura P, Lausmaa M, Holopainen R, Paukkunen M, Auvinen J, Linton SJ, Hill J, Karppinen J. Association of STarT Back Tool and the short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire with multidimensional risk factors. *Sci Rep* 2020; 10:290.

Squires JE, Sullivan K, Eccles MP, Worswick J, Grimshaw JM. Are multifaceted interventions more effective than single-component interventions in changing health-care professionals' behaviours? An overview of systematic reviews. *Implement Sci* 2014; 9:152.

Stevens JM, Delitto A, Khoja SS, Patterson CG, Smith CN, Schneider MJ, Freburger JK, Greco CM, Freel JA, Sowa GA, Wasan AD, Brennan GP, Hunter SJ, Minick KI, Wegener ST, Ephraim PL, Friedman M, Beneciuk JM, George SZ, Saper RB. Risk factors associated with transition from acute to chronic low back pain in US patients seeking primary care. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e2037371.

Stevenson K, Lewis M, Hay E. Does physiotherapy management of low back pain change as a result of an evidence-based educational programme? *J Eval Clin Pract* 2006; 12:365-75.

Suman A, Dikkers MF, Schaafsma, FG, van Tulder MW, Anema JR. Effectiveness of multifaceted implementation strategies for the implementation of back and neck pain guidelines in health care: a systematic review. *Implement Sci* 2016; 11:126.

Tagliaferri SD, Miller CT, Owen PJ, Mitchell UH, Brisby H, Fitzgibbon B, et al. Domains of chronic low back pain and assessing treatment effectiveness: A clinical perspective. *Pain Pract* 2020; 20:211-25.

van Breukelen GJ, Candel MJ. Calculating sample sizes for cluster randomized trials: we can keep it simple and efficient! *J Clin Epidemiol* 2012; 65:1212-8.

van Erp RMA, Huijnen IPJ, Jakobs MLG, Kleijnen J, Smeets RJEM. Effectiveness of primary care interventions using a biopsychosocial approach in chronic low back pain: a systematic review. *Pain Pract* 2019; 19:224-41.

Vibe Fersum K, O'Sullivan P, Skouen JS, Smith A, Kvåle A. Efficacy of classification based Cognitive Functional Therapy in patients with non-specific chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Eur J Pain* 2013; 17:916-28.

Waddell G, Main CJ, Morris EW, Di Paola M, Gray IC. Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behavior. *Spine (Phila Pa 1976)* 1984; 9:209-13.

Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main CJ. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain* 1993; 52:157–68.

Wertli M, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann L, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J* 2014; 14:816–36.

Zidarov D, Thomas A, Poissant L. Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disabil Rehabil* 2013; 35:1571-7.

Lisäliite 1. Edistävät ja estävät tekijät: Selkäpotilaiden kokonaisvaltainen arviointi

Yhteinen TDF aihealue (lausuntojen lukumäärä)	Kuvaus	Yhdistävä teema	Uskomus	Esimerkki/laati
Lisäliite 1. Vireenveto työterveyshuollon ammattilaisten yleisimmistä uskomuksista ja esimerkiksi sitaateista Teoreettisten aihealueiden viitekehyksen mukaisesti Ydintoiminto: "Ammattilaiset arvioivat kaikki selkäpotilaat kokonaisvaltaisesti"	Toimintaympäristöön ja resursseihin liittyvät ominaisuudet, jotka joko tukevat tai ehkäisevät tietojen, taitojen kehittymistä, kyvykkyyttä, sosiaalista pätevyyttä, käyttäytymisen omaksumista tai toteuttamista	1. Toimintaympäristö ja resurssit (46)	Potilaan kipulääkityksen tarve ja työssä jaksaminen tulee arvioida. On liian vähän aikaa muuhun keskusteluun.	"...mä mietin sen tarvikko taä lääketta onks sillä vaikka hankalaa yösäryä, tarviks se vaikka jotain hemosaärylääkettäkin ja sitten Tota Miten se jakkaa siellä töissä, pystyykö se siellä olemaan että joskus tuntuu että on vähän liian vähän aikaa siihen muuhun keskusteluun." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2)
			Aika rajoite on haaste. 1,5 h riittää rauhoittamaan potilaan	"Mä koen että aika rajoite on yksi haaste. Kyllä siihen [potilaan arviointiin] mielellään käytäisi puolitointa tuntia, se rauhoittaa sen henkilön." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
			Selkäpotilas tarvitsee riittävän pitkän vastaanottoajan lääkäriille minimissään 30 min ja työfysioterapeutille 1,5 tuntia jokaiseen potilaaseen	"...se et selkäpotilaalle se minimi ois 30 minuuttia lääkäriille. Työfysioterapeutti käytti sen 1,5 tuntia jokaiseen potilaaseen et se tota oli jo lähtökohaltaisesti hyvä aika." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)
			Aika loppuu kesken jos lähtee perin pohjin haastattelemaan ja kuuntelemaan.	"Samoin sitten lääkäreiden vastaanotolla se 20 minuuttia, et sä lähdet edes oikein perin pohjin haastattelemaan ja kuuntelemaan siinä aika loppuu kyllä kesken." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
			Alkaresurssi vaikuttaa potilaan arviointiin	"Niin ja sitten semmoiseen tilanteeseen jos se tulla tupsahtaa että on jälleen taas kova selkäkipu niin mä järjestän niille paremman, pidemmän ajan ja pelataan sitä asiaa oikein kunnolla että. Välttämättä ei yhdellä päivystys vastaanotolla varmastikaan niistä selviä. Niitä on kuitenkin helppo järjestää ainakin tuota omien asiakasyritysten ihmisille että." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #4)
			Olen pidentänyt haastattelun käyttämäni aikaa, vähentänyt testaamista. Psykososiaalisuus vahvemmin mukaan	"Se mitä on tullut lisää niin mä oon pidentänyt näitä ensimmäisten käyntien haastattelua. Semmonen psykososiaalisuus on kyllä tullut vahvemmin mukaan. Testaaminen on vähentynyt ja jutustelu on lisääntynyt." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
			Ohjaamisen työfysioterapeutille on lisääntynyt entisestään, koska siihen kiinnitetty huomiota. On ollut kiva huomata, että työfysioterapeuttien ote on enempi painottunut psykososiaaliseen puoleen.	"No mulla on ollut se tuntuma että aikaisemminkin olen lähettänyt paljon työfysioterapeutti teille ehkä se on nyt vielä sitten lisääntynyt, kun siihen on kiinnitetty huomiota. Ja ehkä se niin kun se työfysioterapeuttien semmonen ote niin kuin enempi painottunut sinne niinkun myös semmosiin niin kuin psykososiaaliseen puoleen. Se on musta ollut kiva huomata." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
			Työterveyshuolto on riippuvainen työnantajan kanssa tehdystä sopimuksesta. Yksin työfysioterapeutin kontakti on kullannarvoinen. Seuraava käynti voi rajoittua puhelinsoittoon.	"Ja kun tää on työterveyshuolto. Meillä on yritys joka maksaa käynteistä, jos on yritys jonka kanssa on sovittu että työnantaja maksaa vain yhden käynnin ohjaus ja neuvontakäynnin fysioterapeutilla me ollaan riippuvaisia siitä. Eli silloin se on kullannarvoinen se yksi ensimmäinen kontakti jonka työfysioterapeutti saa tehdä. Sitten seuraava käynti voi rajoittua puhelinsoittoon." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
			Osa lääkäreistä ei muista lähettää potilaista työfysioterapeutin ohjaukseen ja hoito on ptkä sairausloma ja kipulääke. Suuri osa lääkäreistä muistaa.	"Mun mielestä toiset lääkärit meillä kirjoittaa edelleenkin pitkiä ja vaan se saikka ja tabletti, eikä ne muista meitä ollenkaan. Mutta sitten onneksi suurt osa muistaa." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2)
			Potilaita ei ohjaudu, on yksipuolista jos pelkästään työfysioterapeutti selvittelevät	"Eiikää tuota me ei saatu niitä asiakkaita riittävästi (nauraa). Tietyllä tavalla tarkoitti sitä vaikka meillä oli siinä tietty tiimi, että meillä tietyt lääkärit valittiin siihen jotka osallistui siihen koulutukseen niin jotenkin sitä ohjaavuutta ei tullut meille. Ja tota noin niin sitten tietysti se että kun te niitä siellä kaiveli niin sitten se oli vähän semmoinen se oli vähän niin kuin mitenkä mä nyt sanoisin tämmöstä vähän yksipuolista tai sillain jos niin kuin pelkästään fyssarit olisi niitä kaivellut niitä asioita tai työfysiant." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)

	Krupotilaista ymmärtävä psykologi olisi tiimissä mahtava apu työfysioterapeuteille, mutta kynnys mennä tulisi olla riittävän matala Palveluiden piiriin pääseminen on kiinni hoidon tarpeen arvioinnin mallintamisen tavasta eli siitä mitä kysymyksiä siihen syötetään	"Kyllähän se oisi mahtava apu jos siinä tiimissä niinku ois niinku myös se psykologi joka nähin asioihin tekis myös töitä ja ja ossais jutella suomalaisen miehen kanssa sillain että se kynnys mennä sinne ois riittävän matala." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1) "No siis varmaan liittyen ja sitten näihin menellään oleviin asioihin niin sitten tuntuma on että entistä enemmän mennään siihen että se ennen kuin pääsee palvelujen piiriin niin tehdään jonkinlainen hoidon tarpeen arvio että se on tiettyä tavalla osalla jo rutiniin että se on Joko sähköinen tai sitten se on jonkun niin kuin puhelimessa tai jossakin tekemä niin silloinhan se on paljon kiinni siitä että minkälaisia kysymyksiä sinne sinne syötetään." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #4) "Mää ajattelen siitä niinkun potilaitten tavallaan niinkun riskiarvioinnioista ja gradeerauksesta tavallaan. Sain tässä nyt semmoisen idean että Startti vois olla ihan digitaalinen ennen vastaanottoa tehtävä mittari joka vähän niinkun ohjaa sitä mihin suuntaan potilasta sitten tai kuinka tanakoihin toimenpiteeseen potilas missäkin kohtaa sitten meidän prosessissa ohjautuisi. Mutta tuota silleen pääosahan varmaan työterveyshuollon asiakkaista pystytään hoitamaan moniammatillisiin tiimin voimin ja näillä keinoin mitä meillä on käytettävissä. Mutta sitten semmoset jossa on jotakin semmosta pitkittymistä tai jos on tosi hankala niinkun tota kokonaistilanne tai muuta niin siinä tarvii niinkun koko moniammatillisen tiimin tukea eri vaiheissa sitä prosessia. Mutta on hankalaa näillä kiinteähintaisilla sopimuksilla niinku rakentaa se prosessi silleen jouhevasti että siinä varmaan meidän pitää niinku miettiä et miten resurssit parhaiten käytetään." (4 päivää koulutettu enkoisilääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "Meillähan on hyvä kun on sairaanhoitaja ollut tähän niin vastaa massa puhelimeen niin hän tekee hoidon tarpeen arvioinnin fysioterapiaanki. On sitten se ensimmäinen kontakti näissä tules-vaivoissa juurikin että vaikka ne siellä sanoo asioista, että lääkärille pitää päästä. Kyllä monesti pakotetaan se menemään ensin [työfysioterapeuteille]." (Kouluttamaton työterveyshoitaja; yksityisomisteinen yritys #1)
Hoidon tarpeen arvioinnilla voidaan vaikuttaa asiakkaan hoitopolkuun	Työterveyshuollon kiinteähintaiset sopimuksilla on hankalaa rakentaa prosessia, pitää miettiä miten resurssit parhaiten käytetään. Start voisi hoidon tarpeen arvioinnissa ohjata potilaan suuntaa ja kuinka tanakoihin toimenpiteisiin potilas missäkin vaiheessa ohjautuu.	
	Puhelimitse tehdyssä hoidon tarpeen arvioinnissa potilaat pyytävät ensin päästä lääkärille ja heidät pitää välillä pakottaa fysioterapeutin vastaanotolle	

2. Taidot (30)	Harjoittelun kautta saavutetut taidot tai asiantuntijuus	Psykososiaalisten tekijöiden arviointi uutena työkaluna	Oma tajuntani on laajentunut, mekaanisista tekijöistä huomio on siirtynyt liikemalleihin ja pelko-välttämiskäyttäytymisen havainnointiin ja mistä se johtuu. Asian ytimeen pääseminen ei ole aina helppoa.	"On tää jotenkin niinku laajentanut omaa tajuntaa että ei enää kato niin kuin sitä mekaniikkaa vain katsoo niitä liike malleja ja ja että tuleeko Siinä sitä pelko-välttämiskäyttäytymistä ja mistä se niinkun johtuu että että et pääsis siihen niin kun asian ytimeen. Mikä ei oo aina helppoa tietenkään." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)	
			Ajattelen, että tämä on omassa työssäni johtanut siihen että on turhaa kuvata, jos ei siltä oo oleellista hyötyä ja toisaalta potilaan pelon huomioiminen ja hoidon miettiminen sen mukaan	"Jos omaa työtä ajattelee niin tuota niin mihin tämä on sitten johtanut niin joka toisaalta ois kyllä pitänyt jo aikaisemminkin olla selvää että ei turhaa kuvata jos ei siltä oo sitten mitään oleellista hyötyä ja tuota sitten toisaalta tämän pelon huomioiminen tässä asiassa ja sen mukkaan sen hoidon sitten miettiminen." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; "...ettei katastrofoida sitä tilannetta ja ei puhuta että täällä on nyt vikaa jossain paikoissa vaikka ois ne kuvaukset sitten tehtykin niin se viesti varmaan sitä koittaa huomioida. Ja ehkä ehkä se viesti siitä kivun luonteesta ja siitä pelosta tavallaan sen kivun, kivun pelosta ja siihen liittyvistä asioista ja niin varmaan se on muuttunut ja tavallaan sitten se, "No sehän [BPS toimintamalli] on niinku tämmösten kipukroonikoiden kanssa toiminut tosi hyvin ja mullistanut miten oon tehnyt töitä aikaisemmin ja antanut valtavasti työkaluja lisää varsinkin selkävaivoissa mutta pätee myös olka, niskahartaseutu ja rintaranka... Osannut niinku huomioida sitä kehonkäyttäytymistä miten keho toimii ja sitä niinku näkee niitä jännitteitä. Osaa purkaa niitä, tietää miten lähtee purkaan niitä ja osaa kysyä kysymyksiä. Semmosia mitä aiemmin ei oo ehkä osannut ja millä saa irti enemmän." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3)	"...se muutti sitä mun ajankäyttöä nimenomaan siinä tutkimustilanteessa siinä vastaanottotilanteessa. Se dialogi just, ja se kartoittaminen et kuunnellaan sitä ihmistä nimenomaan sen ihmisen toiveita ja tarpeita et ei se nyt aina oo just siitä nivelen liikkeestä kiinni se työkyky et kyllä siihen liittyy niin paljon muutakin." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
			Taitojen lisääntyminen vaikuttanut ajankäytön painopisteisiin	"No kyllä oon huomannut sen että selkäpotilaiden kohdalla käytän enemmän aikaa haastatteluun kuin tutkimiseen. Monesti tulee vähän tarkemmin selvitettyä niitä aikaisempia selkäkipuasioita ja vähän siihen liittyen sitä käyttäytymistä ja perustutkimuksen aika pikaisesti käydään läpi." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)	Olen muuttanut ajankäyttöäni tutkimustilanteessa ja annan aikaa ihmisen toivelden ja tarpeiden kartoittamiselle ja kuuntelulle enemmän kuin nivelen liikkuvuuden tutkimiselle. Työkyky ei ole nivelen liikkeestä kiinni. Käytän enemmän aikaa tarkempaan haastatteluun kuin perustutkimiseen.

"... enemmän syvälisemmin menee stressaamiseen ja nukkumiseen. Tämösiin mitä ninku uskomuksia on, pelkääke käyttää jotakin tiettyä, johonkin tekemiseen ja kaikkeen tämöseen laajemmin syvälisemmin mitä nyt puhuttiin siellä koulutuksessa tästä asiasta. Et ei oo vaan enää, ei vaan kato sitä että mitenkä oot liikkuu ja lähtee vahvistaan vaan lähtee rakentaa enemmänkin sen kehon toiminnan, luonnollisen toiminnan kannalta. Ja opettaa ainakin sitä ihmistä ymmärtään miks tätä asiaa tehdään eikä silleen että minä sanon ja se on ehkä se mitä oon muuttanut omassa toimissa aika voimakkaasti." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3)		"Jonkun verran iekkin ohjantaa just perusasioissa annan näille akuuttisellakipuisille jotka välttämättä ei vielä tarvitse sitä fysioterapeutin ohjantaa siinä alussa... Ne just ne akuutin kivun vaiheen semmoset omahoitokeinot, rentoutumisasiat ja sitten käveleminen, liikkeelle lähtö ja pikkulijaa sen toiminnan lisääntyminen sen kivun salissa niin kyllä ne aina toistuu ja ne aina pyritään kaymaan läpi." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)	
Uusi ammatillinen rooli	Laajempi, syvälisempi potilaan arviointi. Pyrkimys opettaa ihmistä ymmärtämään miksi asiaa tehdään eikä siten että minä sanon.	"Ja koska mehän sitten aina sitten ohjataan fysioterapiaa aina kun mehän potilas aina siinä kipuvaiheessa ja ootetaan että ammatillaiset antavat sen ohjauksen ja sitten tuota katotaan miten kuntoutus on tuota edennyt. Ja jonkin verran yhteistyö valitettavasti meillä on hyvin vähäistä koska ei oo kertakaikkiaan aikaa jokainen tekkee itsenäisesti työtä. Tieto välittyy pääasiallisesti sitten kirjallisesti sairauskertomustietojen välityksellä." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)	
		Ammatilliset rajat laajentuneet	Potilaan akuutin vaiheen omahoitokeinojen ohjaaminen on tullut osaksi lääkärin työtä
		Sosiaaliseen ja ammatilliseen rooliin liittyvät odotukset	Odotan, että joku toinen ammatillisena antaa ohjauksen
3. Sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti (19)	Sosiaaliseen tai ammatilliseen rooliin liittyvät odotukset, esim. onko käytäytyminen ristiriidassa ammatillisen roolin kanssa?	Sosiaaliseen ja ammatilliseen rooliin liittyvät odotukset työyhteisössä	
		Kokonaisvaltainen arviointi osana vanhaan tuttua ammatillista roolia	Tämä lähestymistapa on se mitä olen tehnyt jo vuosikaudet

	Rohkeus sanoa asioita	Madaltanut kynnystä lähettää viestejä		"Sen[moniammatillisen yhteistyön] tuloksellisuuden kautta on saatu niinkuin enemmän aikaan. Ainakin koen sen ja näkee sen muutoksen mitä sanoakin asioita ja tietää omansa ja tietää mitä voi niinku suosittaa." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3)
				"...ehdottomasti kaikkien ammatinharjoittajien kesken semmoinen madaltanut kynnystä laittaa asiakkaasta sähköpostia tai siellä yhteisesti palaverissa puhuttu paljon rikkaammin asioista ja moniulotteisemmin niin mä koen." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
				"Että sillä tavoin on vaikuttanut ja sitten taas että aattelee että yksikössä jos on ollut meidän työterveyshuollon tiimejä niin ehkä rohkeamminkin tuo sitä omaa osaamistaan vähän laajemmin esille. Et et pohdiskellaan asiakkasyrityksen asioita niin ei rajata niin sitä työfysioterapiaa vaan siihen fyysisen puoleen fyysisen ergonomiaan... ja se on ollut kauheen mun mielestä... hedelmällistä et on tullut paljon hyviä keskusteluja myöskin niinkun mun käytö on selkeästi sitä kautta lisääntynyt." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
				"...kokoajan tehdään tätä työtä mä itse koen että ei tää oo tän myötä muuttunut, mä oon aina ollut hirveen aktiivinen niin kun niin kuin psykologien kanssa ja muiden kanssa ja teen mielellään kaikkien kanssa yhteistyötä. Että mä en välttämättä näe semmoista niin suurta kuin ehkä siellä toki joku yksilö on toki herännyt on sit herännyt jonkunlaiseen toimintaan..." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
				"Tutkimukseen liittyy tää seläkärjanen. Että siitä joidenkin selkäpotilaiden kanssa siitä tuli hyvää palautetta. Siinä vastaanotolla keskustellaan niitä näitä niin siinä on hirveän hyvin käsitelty monia asioita ja kun sen kotona lukkee niin sitä kautta taas sitten saa sitä rohkouutta ja tuota semmosta hyvää odotusta tulevaisuuteen. Pelot, pelot vähenee niin kun sitäkin kautta. Hyvä materiaalina. Semmosta rohkaisevaa materiaalia aina tarvitaan. Varmaan niinku jatkossa toivottais että niinku tämänöhen lehtinen on käytössä." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
				"Itellä on sellasia tosi hyviä kokemuksia että siellä on tätä systeemiä on otettu käyttöön [työfysioterapeuttin] kanssakin semmosia ihme ihme tuota parantumisia. Tuota tosiaan päästään kuvantamisesta pois, silloin semmoista ei tarvita." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
				"...oon aina varovainen ollut niitten [kuvantamisen] suhteen. Tähän asti oon työskennellyt tuolla ylipistosairaalan työterveyshuollossa jossa röntgenyksikön työntekijät tulee jo valmiitten kuvienv kanssa jo ensimmäiselle käynnille, että olen nähnyt sen toisenkin puolen että mitä se hyödyttää ja eihän se hyödytä yhtään mitään." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)
				"Just se että avaa sen päätöksen että milloin pitää kuvata. Mä oon yleensä sanonut että kuvan aihe on semmoinen että kun mietitään Pitäkö leikata ja tämmönen tilanne ja tämmöiset oireet niin niin monesti se niitä potillaite niinkun rauhoittaa selkeyttä mille sitä kun mä jotenkin jotkut on takertuneet siihen että magnettiin on joku maaginen joka selittää kaikki ja kun sen saa tietää niin kaikki on ok. Mutta eihän se niin mee." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2)
Moniammatillisen toiminnan tuloksellisuus	Fysioterapeutin käyttö lisääntynyt kun ei rajata työfysioterapiaa vain fyysisen ergonomiaan		En näe suurta muutosta yhteistyössä, tai ehkä muutokset ovat tapahtuneet yksilötasolla	
Potilasopas auttaa vähentämään potilaan pelkoja	Seläkärjanen vähentää potilaan pelkoja			
Onnistunut hoito tukee kuvantamisen vähentämistä	Onnistuneilta asiakkaskokemuksilla sellaisten asiakkaiden hoidossa, joiden kanssa fysioterapeutti oli käyttänyt uutta työotetta. Kuvantaminen vähentänee, koska sitä ei tarvita.	Liiian varhainen kuvantaminen ei hyödytä		
Odotukset käyttäytyämisestä mahdolliisista seurauksista, esim. millaisia seurauksia uskot käyttäytymisellä tai käyttäytymisen muutoksella olevan?	Kuvantaminen ei tuo lisähyötyä potilaan arviointiin		Päätöksen avaaminen potilaalle milloin pitää kuvata rauhoittaa ja selkeyttää	
5. Uskomukset toiminnan seurauksista (16)				

	Lannerangan röntgenkuvista saa paljon säderasitusta ja niistä ei ole hyötyä	"Se on niinku vahvistanut vaan että että ollaan oikealla linjalla, kun ei pyydetä niitä lannerangan röntgen kuvia kun niistä ei ole hyötyä niistä saa niin paljon säderasitusta että ei oo muutenkaan järkevää."
Selkäpotilaan kuntoutuksen aloittaminen voidaan tehdä ilman kuvantamistutkimuksia.	Kynnys kuvantamisen suositeluun nousut, itsevarmuus perustella päätöstä lisääntynyt, kuntoutus voidaan aloittaa ilman kuvantamista	"(Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2) "Potilasoppaan annan ja avataan se missä kerrotaan kuvantamisesta ja kerron perustelen se ja se on kyllä aika hyvin mennyt perille. Mut mulla on kyllä semmonen kokemus [yksikön] työterveyslääkärien kanssa et sama linja on kyl aika hyvin täällä meillä pelaa. Mut se sitten, et mä oon se ainoo jolla on se CFT-tausta tullu niinku mulle kyllä sieltä. Se semmonen itsevarmuus et ei tää tarvi kuvantamista oma tota kynnys on noussut todella todella paljon et mä suosittelen et meepäs nyt takaisin työterveyslääkärille kuvataan se ensin, ennen kuin mä rupeen kuntouttaan sua. Et se on nykyään kyllä tosi korkea." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Niin ja sitten osa varmaan pyrkii huomioimaan sen millä tavalla he ne tulokset tuo myös esille mut sitten valitettavasti on myös sitä toista jotka haluaa tulkita hyvin vahvasti omalla tavallaan joka ei sitten välttämättä aina ole se paras mahdollinen." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
Kuvantamistulosten tulkinnan onnistuminen riippuu lääkärin tavasta ja tyylistä tuoda tulokset esille	Osa lääkäreistä tulkitsee kuvia hyvin vahvasti omalla tavallaan, osa huomioi millä tavalla tuo tulokset esille	kun voi sanoa että siellä ei oo mitään leikattavaa, et se on niinku maailman helpointa ja potilaskin lähtee helpommin mukaan siihen hoitoprosessiin." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "Joskus ei päästä mihinkään etteenpäin ennen kuin on kuvattu." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #3) "...jos ihmisellä on joku pelko että siellä on kauheeta, niin toisaalta onpa han ainakin tavallaan katsottuna tämä. Sillä lailla mä jotenkin ajattelin ettei se magneetti nyt huonokaan oo, vaikka varmasti tulee monenlaista löydöstä mutta se voi helpottaa sitä potilasta ja sitä jatkuvaa vastaanotolla käymistä ja kun se on katottu kertaalleen ja se on selitetty että normaailita näytää." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2)
Kuvantamiseen lähettämisen auttaa potilasta hoitoprosessissa	Joskus ei päästä eteenpäin ennen kuin on kuvattu	
	On helpompi hoitaa kivuliasta potilasta kun on kuvattu ja potilas lähtee helpommin mukaan hoitoprosessiin	
	Helpottaa jatkuvaa vastaanotolla käymistä, kun kuva on katsottu kertaalleen	

6. Omlia kykyjä koskevat käsitykset (15)	Käsitukset omista kyvyistä	Kipukäyttäytymisen arviointi puuttui alkaisemmasta toiminnasta potilaiden arvioinnissa	Kyselyn ja kirjaan kuormitteita, jotka voi ylläpitää tai aiheuttaa seläkkipua tai miten seläkkipu käyttäytyy. Nyt kun tiedän, huomaan, että tämä selvittely puuttui omasta toiminnasta täysin alkaisemmin.	"...kyselyn paljon ja kirjaan myös ylös jos myös löytyy niitä tavallaan niitä kuormitteita jotka vois ylläpitää tai vois aiheuttaa seläkkipua tai miten seläkkipu käyttäytyy. Koska se ainakin omassa toiminnassa on että sieltä puuttui tavallaan tämän suunnan selvittely täysin. Aina mielti jotain, mutta nyt kun tietää, että sehän se on puuttunut..." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3)
		Kuntoutuksen kannalta on merkityksellistä, että ammattilainen antaa potilaan puhua	Kun pysähtyy kuuntelemaan ihmistä ja antaa hänen tuottaa enemmän sisältöä, niin nousee yllättäviä asioita, millä on iso merkitys potilaan kuntoutuksen kannalta	"Niin ja tosiaan se että niin kuin pykähty kuuntelemaan sitä ihmistä ja antaa antaa sen ihmisen tuottaa niin kuin enemmän sitä sisältöä siihen, niin siitä nousee tosi yllättäviä asioita millä on niinkun tosi iso merkitys sitten loppupeleissä niitten kuntoutuksen kannalta." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
		Omakohtaisen kokemuksen hyödyntäminen ja asettuminen samalle tasolle potilaan kanssa	Potilaat itkevät vastaanotolla useammin kuin ennen, koska kohtaaminen on parempaa ja keskityn, annan asioiden nousta, koska ne on tärkeitä	"Et ehkä tämän menetelmän myötä on nousutkin paljon enemmän niitä et useemmin ihmiset itkee vastaanotolla kuin ennen. Sanotaanko näin kun sieltä nousee niitä vaikeita asioita... Varmaan tää [johtuu siitä] että se kohtaaminen on parempaa nykyään ja enemmän ehkä keskittyy, jos sieltä nousee jotain niin antaa niiden asioiden nousta koska tota ne on tärkeitä." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
			Omakohtainen esimerkki ja asettuminen samalle tasolle voi auttaa potilasta ymmärtämään, että näitä sattuu meille kaikille näitä tilanteita	"Siinä tapauksessa jos on tullut sellainen että on vähän naurahtanut, kulmat kurtussa on sanottu niin kuin että että jos onko mun päässä sitten vikaa tällöin, niin sitten on saattanut kertoa jonkun niin kuin oman elämän omakohtaisen esimerkin että kuinka miten se mistä se kipu syntyy ja mitkä siihen saattaa vaikuttaa miten itsellä on käynyt. Joku esimerkki siitä että hän tiedostaa sen että mä en ole täällä nyt se hyvä ihminen jolla ei ole mitään ongelmia ja hän on nyt se henkilö jolla on ongelmia jolle ei löydy mitään syytä. Vaan jotenkin tuoda se eteen että näitä sattuu meille kaikille näitä tilanteita." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
		Tärkeää että ammattilainen huomioi yksilöllisesti ja kohtaa asiakkaan ja kuuntelee. Asiakas lopulta päättää.	Emme ole kaikkittavia jumalia, asiakas itse päättää omista asioistaan. Tärkeää, että huomioi yksilöllisesti, kohtaa asiakkaan ja kuuntelee	"Niin ja se että ehän me olla niitä niin kun kaiken tietäviä jumalia, että se asiakas ite päättää kuitenkin omista asioista ja kyllä sitä voi perustella aina että tää on näytöön perustavaa, tutkimuksen perustavaa, en tiedä sitten jostun ei koe sitä välttämättä hyvänä. Mut varmasti tärkeää se että huomioi yksilöllisesti ja se että kohtaa sen asiakkaan ja kuuntelee." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
		Kyvyt parantuneet, mutta helpottavaa, että voi ohjata eteenpäin, kun oma osaaminen loppuu	On helpottavaa kun oma osaaminen loppuu niin voi ohjata eteenpäin	"Ja mielellään kyllä ohjaakin eteenpäin että jos näyttää siltä ei tästä tuu mitään tai sitten että alkaa nousta enemmän ja enemmän asioita täällä on hivettä helpottavaa että kun itellä loppu osaaminen niin voi ohjata jonnekin eteenpäin." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)

	"Koska tuota no siellä on ne taustatekijät olemassa jotka kaikki ei oo ihan niinku ruumiillisiaakaan ja tuota se että se työfysioterapeutti kumminkin on niinku siinä omassa roolissaan niin voi olla että pääsee lähemmäksiin asioita joita sitten ei kuitenkaan halua se ihminen ottaa esille vastaanotolla tai esimerkiksi jos ehdotetaan psykologia niin se on ehdoton ei ei mutta sitten työfysioterapeutille haluaa mennä." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #3) "Ja kyllä sitä jotenkin ainakin näkee niinkun ette että joskus ihmiset yllättyy kun kysyy tällamoisia uneen liittyviä asioita tai nostaa esille sen niin että ootko sä selkikipuinen ajatellut sitä että se tupakointihan vaikuttaa. Ja sitten kun niitä asioita nostaa niin tulee semmoinen yllätys että aijaa että mitä sä nyt näitä kyselet, että että siinä mielessä niin kun tää hoitomalli kun on näin laaja-alainen huomioi myös sen asiakkaan aika kattavasti." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "... tänä päivänä aika moni moni tuo asiakas on kylästynyt siihen että ei anneta muuta kuin saikua ja tablettia... Aina kun on selkä kipeä niin sitten vaan, nytkin yksi kävi, niin kun kolmas viikko menossa eikä oltu pantu yhtään kertaa edes ehdotettu, että kävis työfysioterapeutilla välillä. Niin että se asiakas niin kuin ite oli kysynyt, että eikö sitä pääsisi jo, että saisi jotakin mitä voisi tehdäkin." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2) "Mutta harvemmin niitä enää (yskii) tulee sillä tavalla kun aina ite on alkanut käyttää sitä mitkä sun odotukset on tältä käynniltä niillä kyllä tulee se että tulin hakeen neuvoja ja ohjeita." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Sitä mä olen miettinyt kun jollakin firmoilla on että on se KL2 ja KL1 ja sitten kun ne on aikaisemmin tottunut kaymaan niissa kl2 hoidoissa että kun joku tulee ja vähän niin kuin vaatii että saiskos taas sitä SV3 lähetettä. Niinkun hierontaa niin siinä tulee sitten että pitää perustella että niin tähän vielä niin kun ite kaipaa vähän semmosta että ohjaanko mä sinne nyt miten mä teen tämän vai onko se niin että itsehoito on se tärkeä tärkeä juttu vai onko se se fysioterapia siinä rinnalla ja mitä se on se fysioterapia. Niin sitä on miettinyt tässä. (hijaisuus) Koska ihmisenhän pitäisi kuitenkin itse hoitaa itseään ja harrastaa liikuntaa ja olla aktiivinen." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Mut siinä on just herkillä tunto sarvilla miettinyt et onks se lääkäri hoksannut tämän asian ihan silleen kun näkkee sen siinä vastaanotolla että tässä on taustalla muutakin sillä tavalla sen henkilön elämässä menossa sillä tavalla mikä vaikuttaa näihin asioihin niin." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)	Potilas ei välttämättä halua mennä psykologille. Työfysioterapeutin voi olla omassa roolissaan helpompi päästä lähemmäksi muita kuin ruumiillisia asioita. Potilas saattaa yllättyä, että fysioterapeutti kysyy elintavoista, unesta tai tupakoinnista Potilaat ovat kyllästyneitä, että selkäkipua hoidetaan sairauslomalla ja kipulääkkeillä. Asiakas haluaisi jotakin mitä voi itse tehdä Asiakkaat odottavat saavansa neuvoja ja ohjeita	Ihmisten väliset prosessit, jotka aikaansaavat muutoksia yksilön ajatuksissa, tuntemuksissa ja käytöksessä, esim. missä määrin sosiaalisesta ympäristöstä saamasi vaikutteet tukevat tai estävät käyttäytymistäsi? 7. Muiden odotukset ja milta saatava tuki(15)
--	--	--	--

		"Aikaisemmin ehkä on ollut sellainen että jos on ollut tullut vähän sellaista asiaa Mikä periaatteessa tässä vaiheessa just sieltä niin kun semmosia vaikeita asioita niin niitä ei oo ehkä uskaltnut itse lähteä avaamaan, on ollut sillain että niin epä lähdetä sörkimään. Tuntuu että ei ole välttämättä ollut niitä keinoja keinoja niin kun tuota käsitellä tai toisaalta käsitellä jotenkin tuntuu ettei ole uskaltnut lähteä niitä hirveästi avaamaan. Nyt niinkun et ole jalka jarrulla siinä vaiheessa vaan kysyy vähän lisää. Jotenkin tuntuu että se lähtee luontevammin nyt se "No tää aika juurikin on se mutta kyllä sitä monta kertaa mielellään rupes puhumaan vähän syvällisempiäkin asioita kun tietää mihinkä se johtaa (nauraa)." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "Niin siinä on joskus oikeasti jopa niin että ei viittis sohasta." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "Esiin että joskus vaan tulee sellaiset viibat että en haluaisi kysyä ettei tule vaan sellainen että aha a täällä kartoitetaan että onko tää vaan sellainen elämänhallinnannallinen kysymys (nauraa) Joillakin on vaan semmonen kauheen... Kauhea semmoinen niin kun jotenkin niin kuin se olis kunnia kyseessä siinä että halutaan olla niin hallittuja jotenkin." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Mun mielestä niin kuin se että ei niinkun ajatella pelkästään niinkuin sitä vaivaa vaan sit et haetaan niinku niitä mahdollisuuksia niinku siitä huolimatta tai sen kanssa niin se on varmaan semmoinen lähestyminen mikä on kanssa niin onnistunut." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
Uskallus ja halua kysyä vaikeista asioista lisääntynyt, ei enää jalka jarrulla		
Ammattilaisen uskallus kysyä vaikeista asioista, avata "Pandoran lipas"	Ei viitti sohasta, jos ei ole aikaa	
	Potilaan kunnian säilyttäminen saattaa estää ammattilaista kysymästä	
Potilaan mahdollisuuksien tukeminen	Koen onnistuneeksi lähestymistavaksi, ettei ajatella pelkästää vaivaa vaan haetaan mahdollisuuksia siitä huolimatta tai sen kanssa	

Lisäliite 2. Edistävät ja estävät tekijät: Validoiva vuorovaikutus

Lisäliite 2. Yhteenveto työterveyshuollon ammattilaisten yleisimmistä uskomuksista ja esimerkit sitaateista Teoreettisten aihealueiden viitekehyksen mukaisesti		
Ydindiominto: "Ammattilaiset käyttävät validoivan vuorovaikutuksen taitoja potilastyössä"	Uskomus	Esimerkkisitaatti
TDF aihealue (lausuntojen lukumäärä)	Kuvaus	
1. Taidot (26)	Harjoittelun kautta saavutetut taidot tai asiantuntijuus	Panostaminen vuorovaikutukseen on auttanut selkäpotilaiden kohtaamisessa
		Vaikututtanut kaikkien vaijojen holdossa potilaan haastattelun, kohtaamiseen ja kuunteluun, koska suhtautuminen kipuun on samanlaista
		Asiakas on tarinankertoja
2. Sosiaalinen ja ammatillinen rooli, identiteetti (16)	Harjoittelu työssä on jatkuva ja vuorovaikutukseen tarvitsi edelleen lisäkoulutusta	Vaikka vuorovaikutus on parantunut, ja koko ajan kehittyv. vuorovaikutukseen haluaisi lisää koulutusta
	Sosiaaliseen tai ammatilliseen rooliin liittyvät odotukset, esim. onko käyttäytyminen ristiriidassa ammatillisen roolisi kanssa?	Vuorovaikuttamisen tapa vaikuttaa ammatilliseen rooliin ja identiteettiin
"Kyllä koulutuksen myötä, kyllä mää sen näkisin että se on muuttanut vähän kaiken potilaskohtaamisen omalta osaltansa että ehkä just yrittää niitä asiakkaita omia ajatuksia ja siitä mistä asiakas ite näkee, että asiat johtuis. Sitä kautta sitten pyrkii vahvistamaan tiettyjä positiivisia asioita ja sitte purkamaan sitten sieltä vähän virheelliseksi tulkittavia juttuja ja ja sitten toisaalta sitten just se selkokieli, että siihen pyrkii panostamaan. Että näkisin että koulutuksella ollut sitten paljon muuallekin laajemmin sellaisia hyviä knappeja kuin pelkästään selkäkipupotilaan kohtaamiseen." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)		
"...vaikka tää tutkimus oli niin kun tää alaselkäkipupotilas niin kyllähän tää malli on tietenkin muuhinkin tuki- ja liikuntaelinvaivoihin, vaikka olisi niskakipu tai olkapääkipu tai lonkkakipu vaikka varvas niin tota sama laillahan me suhtaudutaan kipuun ja asiakkaita haastatteluun ja kohtaamiseen ja et onhan se vaikuttanut kaikkiin. Kaikkien vaijojen hoitoon." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)		
"Ja se että tarkistaa sen että ymmärsinhän oikein, että sillä asiakkaalla on se tunne että hän on se tarinankertoja, että ne oletetaan että se on varmaan sen koulutuksen myötä tullut ainakin mulle että mä vielä enemmän koen että on ihan ok antaa aikaisemminkin, nyt vielä enemmän korostetaan sitä asiakkaan tuota niin että hänellä on se tunne että hän kertoo sitä tarinaa." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2)		
Ehkä valitsem sanoja paljon paljon tarkemmin kuin aikaisemmin. Ja tosiaan yrittää välttää sitä nocebo vaikutusta, että että ei pelottelis pelottelis asiakasta mutta tuota, on se muuttanut saisi muuttaa vielä enemmänkin. Se on yks semmonen se vuorovaikutus Mihin tosiaan haluaisi lisää koulutusta ja tota koko ajan sitä tieteenkin kehittyv.(4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)		
"Joo mä koen itseni kohdalla että mä panostan aika paljon semmoseen dialogiseen keskusteluun, paljon enemmän kuin aikaisemmin. Tota se on tuottanut semmosta hyvää tulosta, ne on hirveen tyytyväisiä ne asiakkaat kun niitä kuunnellaan ja just tunteeseen vastataan. Ehkä aikaisemmin on ollut enemmän semmonen neuvova ja ottanut sen tilanteen haltuun ja kuin pitänyt enemmän luentoa sille asiakkaalle. Et nyt on enemmän semmon biopsykososiaalinen lähestymistapa dialogilla se on niinku se on hyvä. Mä varmaan kuuntelen enemmän ja tota silloin se on semmosta yksilöllistä se hoito. Ja tuottaa tulosta. Tässä oppii itekkin vanholla päivillä. Pätee ihan ystävienkin seurassa tää dialogi." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)		
"Paljon enemmän aikaa niin kuin siihen että asiakas ehkä mun tarvi katsoa kelloa että ik mitä me keritään vielä tehdä toiminnallista. Mutta ei se ei se halitaa koska siihen on mahdollisuus ottaa se toinen käynti ja sitten mennä eteenpäin. Se on tär-keä vaihe se että siinä on se kontakti ja sitten niitä asioita saa vähän aukaistua ja rauhassa sitä pyöritellä sitä kertomusta ja tarinaa siinä." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2)		
Hyvien ja huonojen havaintojen kertomiseen on koulutettu ja siihen on tottunut, ei tule ajatelleeksi että siinä voisi olla jotakin invalidoivaa		

			"Ehkä sinne hoitajille, että oli hetkittäin semmoista epävarmuutta, kun ne ehkä kuuli tätä minun ja [työterveyslääkärin] juttelua että joskus oli vähän aistittavissa että oliko heillä epävarmuutta että sannooko he jotakin väärin. Mutta että onneks meillä on kuitenkin kokeneet nää meidän hoitajat, että sitten se ei niinku jäänyt päälle (nauraa). Ainakin toisen hoitajan kanssa kun juteltiin tästä asiasta niin kertoi että tämmöstä niin kuin rohkasevampaa puhetta on tullut enemmän hänen ohjaukseen tai asiakkain kanssa jutteluun mukkaan. Mutta että toinen hoitaja on kanssa taas että kippuun sillain enemmän perehtynyt että on aikaisemmin kyllä niinku asiakkaitten kanssa niinkö tämmöstä kokonaisvaltaista kokonaisvaltaista juttelua ja hoitamista jo tehty jo aikaisemminkin." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1) "... Juurikin kun meillä on niitä kertoja niin rajallinen määrä niin tavallaan niinku löytää tavallaan sen tavan niin kuin esittää niitä asioita ja rohkaista sitä ihmistä siihen kivun kanssa elämiseen tai olemiseen." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "... työterveyslääkäreissään on jotka on niinkun erittäin hyvin tässä mukana ajattelu maailmassa mut sitten kun meillä on aika paljon sellaisia ylelääkäreitä, jotka niin kun vaihtuu, ne on lyhkäsiä ja he käyvät tekemässä keikkaa tai ovat meillä vähän aikaa ja hekin hekin niin kun tätä sanallinen viestintä että löydetään se yhteinen kieli. Se on niinkun kauheen haastava tilanne niin kun isossa yksikössä sitten taas saada toimiin kaikille." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Se millä tavalla sitä siitä kivusta puhutaan ja mä oon itseasiassa joskus valikka mun työterveyshoitaja parille sanonut siitä, niin kuin varoitannut häntä kauhistelematta sitä potilaan tilannetta kun niin kun jotenkin se että jos aloitetaan että voi kauhia etään sää millään pärjää ja etään sä voi tommosta tehdä. Sitä mä että vähän semmoista että onko se tätä katastrofi ajattelua että että mietin vähän että millä tavalla puhut että ei se voimistaa sitä potilaan omaa ajatusta siitä että enhän mä tosiaankaan Voi että et enhän mä pärjää, mä en tosiaankaan saa talvuttaa selkää koska se sattuu että et siihen oon niin kuin häntäkin pyytän kiinnittää sitten huomiota että ei lähetä sille tielle että tavallaan tuetaan sitä potilaan ajatusta siitä että että on ihan hirveä juttu ja tätä pitäisi tosiaan heti alkaa selvittämään ja että hän ei pärjää siinä arjessa semmosta ehkä jotenkin luoda sitä uskoa että yleensä se selkikipu kuitenkin on semmoinen hyväennusteinen asia ja se paranee ja luoda sitä toivoa että löytyy sitä apua siihen tilanteeseen." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2)
Toimintaympäristön muut toimijat omaksuvat uutta tietoa	Käyntimäärärien resurssi asettaa haasteita potilaan tukemiselle kivun kanssa elämiseen tai olemiseen	Yleislääkärin suuri vaihtuvuus ja lyhyet keikat vaikeuttavat yhteisen kielen löytymistä	Muita ammatillaisia on tarve ohjata, miten kivusta puhutaan potilaille, esimerkiksi välttämään erilaisten fyysisten toimintojen varomisen korostamista ja potilaan tilanteen kauhistelamista
Toimintaympäristöön ja resurssisiin liittyvät ominaisuudet, jotka joko tukevat tai ehkäisevät tietojen, taitojen kehittymistä, kyvykkyyttä, sosiaalista pätevyyttä, käyttäytymisen omaksumista tai toteuttamista	3. Toimintaympäristö ja resurssit (16)		

		"... mut se mikä on mitä mä oon oppinut ja opettelen on se että juurikin kans miten mä puhun asiakkaille et et aika paljon sitä herkästi invalidoisi ja sitte pyr pyrkinyt sitä sitä niinku parantamaan ja kes kittymään tosi paljon myöskin semmoisten positiivisen palautteen antamiseen että jättänyt kertomatta semmoisia havaintoja mitkä vois olla sitten jotakin nocebo vaikutteisia että." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Mä ainakin huomaan lipsauttelevani vielä ainakin (nauraa). Siis musta tuntuu että se on semmoinen mitä mä oon alkanut opetteleen ja se ei ole helppoa, se tulee jostain niin kun, jostain sieltä kun on tehnyt 20 vuotta tätä työtä. No muutaman kymmenen vuotta tehnyt niin sillä on siellä on niitä semmosia tiettyjä juttuja joita aina välillä huomaas itsenkin, et ei ois ehkä ihan oiskohan tarvinut lähestyä toisella tavalla. Et kyllä mulla on ainakin niin kun tosi paljon lähtenyt siihen että mun täytyy mallisemmin, lähteä niin kuin niitä omia sanomiani miettimään." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "... sen huomaa sen sanottamisen tärkeiden siinä, että aina sitten pyrkii varmistamaan, että asiakas ymmärtää mistä puhutaan just välttää semmosia ei suomalaisia termejä siinä. Siihen oon kyllä huomannut, että oon kyllä sitten tullut myös muutosta." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1) "Mä oon ehkä jättänyt semmosia mielestäni turhia havaintoja sanomatta ääneen." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Muuttunut se kannustaminen siihen liikkuvuuteen ilman jännitystä ilman pelkoa. Varomista. Se sana varominen on jäänyt kokonaan pois. Se on ehkä mun mielestä semmonen mikä niinku kuvastaa eniten. Et mä en enää käytä sanaa varo." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
		"Kyllä sitä niin kuin sanoituksen merkitystä edelleen vois vielä aktiivisemmin miettiä. Mutta kyllä mä ajattelen tai silleen jotenkin niinku on pyrkinyt jokaiselta selkäkipu potilaalta kuitenkin jonkinlaisen semmosen kohdan mitä voi kehua siinä tekemisessä, olemisessa, jaksamisessa tai muussa semmosessa joka niinku ajattelen että sitten se muuttaa ihan sen ihmisen olemuksen kun, että niinkö että joo että Tähänkö pystyn ja että voin. Pieniä semmosia tosi ilahduttavia hetkiä kun siinä on ollut hankala tilanne." (4 päivää koulutettu erikoislääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
Invalidisointia tapahtuu herkästi. Positiivisen palautteen antamiseen tulee keskittyä tosi paljon		Ammattilaisen päätös kehua jokaista potilasta esimerkiksi tekemisestä, olemisesta tai jaksamisesta, vaikuttaa välittömästi potilaan olemukseen ja käsitykseen omista kyvyistään.
4. Oman toiminnan säätely (16)	Käyttäytymisen tavoitteellinen ja suunniteltu hallitseminen tai muuttaminen	Huomaan lipsauttelevani asioita ja huomaan että olisi pitänyt lähestyä eri tavalla Pyrin varmistamaan että asiakas ymmärtää mistä puhutaan ja vältän ei-suomalaisen termien käyttöä Jätän mielestäni turhat havainnot sanomatta ääneen En enää käytä sanaa varo

Oman puhutavan miettiminen on vaikeata asiakastyössä Vanhon siirtäminen pois ja uuden työtavan oppiminen on vaikeaa ja raskasta Potilaan kielteinen suhtautuminen ammatillaisen sanavalintoihin herättää surullisia tunteita Ammatillaisen tulee olla varovainen viestinnässä potilaalle Ammatillaisen tulee uskaltaa haastaa itsensä ja luopua mitä on aiemmin ajatellut Positiivinen palaute ammatilliselle tärkeää Uusi työtapo on virkistävä ja yllättävä Potilaille ammatillaisen toiminta on uutta ja herättää ihmetyä, koska potilaiden suhtautumiseen ja uskomuksiin vaikuttaa terveydenhuollon aikaisemmat ohjeet ja varoitukset	Eniten mulla ehkä kolahti se että mitenkä miten mä puhun ja se on yhä edelleen tuntuu kauhean vaikealta ajatella niitä sanoja mitä siinä käyttää kun asiakkaan kanssa tekee töitä." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Mutta tietenkin tämänöhen niin kun sanoit että on koittanut siirtää jotain pois ja uusi malli ja uusi tapa tehdä töitä niin onhan se myös aika haastavaa itselle. Että aina uuden oppiminen on vaikeata... Ja sit aina välillä huomaa että tää nyt ei mennyt ihan niin hyvin kun ois voinut, et aina voi tehdä paremmin ja niin niin sehän on aina tota (lauko) aika raskasta myös." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "... ite kun sitten kertoo nämä että sä voit sitä selkää kivu niin kuin kivusta huolimatta niin niin mulla tuli ihan yhden asiakkaan kanssa itku kun mä sanoit että sä voit käyttää... Stä selkää kivusta huolimatta. Tarttui siihen kivusta huolimatta hän sanoi että Tarkeitako sä että kun mulla on kipua niin mun pitää niin kun välännellä ja käännellä. No siitä sitten keskusteltiin että mitä se tarkoittaa että pienestä kivusta huolimatta. Et ne kyllä tarttuu alikalalla sitten niihin sano sanoituksiin että." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "No viestien, sitä on yritänyt nyt aina vain käänsä aikaisemmin yrittänyt silleen varovasti puhua että mä en oo kovinkaan jyrkästi sanonut, mutta nyt vielä enemmän yrittää koska kun kysellee asiakkaalta mitä on sanottu aikaisemmin ja miten hän on kokenut asian niin sitten kun sieltä tulee just jotain semmosia niinkun just niitä vanhan liiton toiminta-ajatusmalleja pitää selkäsäurassa tai selkää poissa paikoiltaan tai muuta vastaavaa niin yrittää niitä niinkun muuttaa ja kaikkie tämänöseen ja yrittää rauhoitella ja kaikkie rentoutudella lähteä rakentaa sitä. Et on se muuttunut tosi paljon." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3) "... rohkeammin öö kannustaa omia selkääsiakkaitaan siihen öö selän käyttöön ja nimenomaan niinkun sen pyörityksen käyttöön siinä toim... erilaisissa niinkun nostoissa ja myöskin tämänöissä et se on ehkä se suurin muutos öö mitä ite on niinkun saanut itse rohkeutta siihen kaksuun." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1) "... että oppii että uskaltaa kysyä ja haastaa itseensä niin sehän on vaikeata. Uskaltaa luopua onnistamasta mitä on aiemmin ajatellut ja lähteä kokeileen niitä rohkeasti. Varsinkin vaikeempien asiointien kohdalla, uskaltaa haastaa." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #3) "Se on se paras, se et huomaa et ihmiset todella pitää siitä että he tuntee että heistä pidetään huolta." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "...enemmän kiinnittää huomiota niin kun siihen ihmisen kohtaamiseen ja siihen että että minä on hiljaa ja hän saa kertoa. Ja sitten jotenkin siitä on saanut silään hyvällä tavalla uutta siihen omaan työhön. Et Jotenkin se että kun kohtaa sen ihmisen oikeasti ja keskustelu käydään niin siitä saa myös ite tosi paljon. Et siitä jää semmonen tunne että on tehnyt sen homman hyvin. Ja sitten ne asiat mitä sieltä nousee niin Niitänähän ei koskaan tiedä, onhan se niin kuin myöskin semmoista aikaa virkistävää että ei mennä tietyn kaavan mukaan. Että okei salla on tämä ja tämä vaiva, nyt salla on polvi kipeä, me ohjataan reisiharjoitteet ja on semmonen jo tietty sapluna jo päässä että miten tässä edetään ja mitä tehdä. Vaan tässä mallissa on toisella lailla." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Mutta jokaisen asiakkaan kohdalla se oli täysin uutta asiakkaalle ja herätti ihmetyä. Et nää selän selän pyöritykset ja vartalon lihaksen nostetaankin ja... Se johtuu siitä et jokainen heistä on saanut heidän työterveyshuollon ammatillisista signaaleista et varo, pidä selkää suorana, älä taivuta selkää kun nostat." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)	5. Toimintaan liittyvät tunteet (15)

6. Uskomukset toiminnan seurauksista (14)	Vuorovaikutus vastaanotolla voi lisätä potilaan pelkoja	"...niin kyllä siinä tota kovasti miettiä että mitä sitä voisi vastaanotolla tehdä muuta kuin pelotella niitä ihmisiä." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #4)
	Kommunikointi on parantunut kääntämällä viestejä positiiviseen suuntaan	"Joo kyllä mulla on kanssa että enemmän enemmän on koittanut kääntää silleen positiiviseen suuntaan omaa viestiä sinne potilaan suuntaan, negatiivisia viestejä pyrkinyt välttämään. Ja koen nimenomaan että kun oon koittanut sen positiivisen kautta niin se on vaikuttanut siihen kommunikaation." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	Potilaan sitoutuminen hoitoon ja luottamus lisääntyvät kun ammattilaisten viestit ovat yhtenäiset	"Tietenkin on se sitoutumista siihen hoitoon jos jos niin kuin puhutaan ja tuetaan tavallaan kaikki Ollaan samannimisiä siitä asiasta ja Puhutaan samalla tavalla. Tulee tavallaan niin kuin se luottamuskin siitä." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; julkisomisteinen yritys #2)
	Toivon herättäminen, unelmia kohti kannustaminen	"En mä tiedä onks mulla lisättävää just toi et jokaisella ihmisellä on tiettyjä haaveita ja toiveita joita on kenties välttänyt pyrkinyt välttämään vuosien ajan ja kun niitä saa sanoitettua niin ykskaks voi olla ihmisellä herää ahaaelämys et ehkä tässä voikin tavallaan toivoa herättävää ja kannustavaa että tota olis mahdollista toteuttaa tämmöset liikunnalliset unelmat, joita ei oo uskaltanut ajatellakaan." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
Odotukset käyttäytymisen mahdollisista seurauksista, esim. millaisia seurauksia uskot käyttäytymisellä tai käyttäytymisen muutoksella olevan?	Kun on saanut terapisuhteen luotua alussa hyvin niin vaikka homma ei heti toimiskaan, on mahdollisuus kokeilla jotain muuta	"Ja sen mä oon huomannut että sitten sitten kun saat sen suhteen, suhteen luotua siinä alussa hyvin, niin vaikka se homma ei heti lähtiskään niin kun hyvin toimimaan niin sitten toisaalta tuntuu että itellä on jatkossa niin kuin enemmän mahdollisuuksia muuttaa, kääntää sitä suuntaa, kokeilla jotain toista. Väillä on tuntunut se että kun jotakin juttua on kokeiltu ja se homma ei oo toiminut niin mä en oo välttämättä nähnyt sitä potilasta enää sen jälkeen, enää ollenkaan. Et se ei oo sitten tullut taas enää mun vastaanotolle. Et se jos se ei niin kuin heti keralla lähde oikeeseen suuntaan menemään. Mutta nyt on niinkun jotenkin että kun on saanut sen terapisuhteen luotua alussa hyvin niin vaikka se ei niin kuin heti lähtiskään se homma toimimaan niin mulla on mahdollisuus kokeilla jotain muuta ja." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	Hädässä oleva potilas ei muista terveydenhuollon selityksiä. Potilaan ymmärryksen kaivaminen, mitä itse ymmärtää mitä selässä, on merkityksellistä ja sen jälkeen voidaan antaa oma mielipide, että selkä ei tule katkeamaan.	Mietin tuota niin kuin pelkoa tai jotakin semmosta ajatusta niin silleen nekin henkilöt joten olen ajatellut että on hyvin niin kun "coping" että pärjää ihan pienellä että sanotaan vaan että mee ja tee niin niillä saattaa olla joku semmonen ajatus joka oikeesti on hyvä saada niin kuin puhutuksi äänen juteltua. Ja pikkusen silleen että mun nähdäkseen tää tilanne ei oo näin. Se voi olla tosi pieni juttu joka ratkaisee sen. Plus sitten silleen että jos semmoisesta hirveästi hätätilassa joka on kun sulla on tosi kova kipu niin käyt ne magneettirumbat ja kuulet että sieltä jonkun lyhyen version vaikka se ois kuinka hyvin selitetty niin se seuraavana päivänä tää ihminen ei muista sitä. Se muistaa semmosen ihan se on siinä hädän hetkellä kiinnittynyt huomiota ja sen takia niitten sen niinkun ymmärryksen kaivaminen, mitä sä itse ymmärrät että siellä se on selässä on, niin on Niin merkityksellistä. Ja sitten voidaan niinkun antaa se oma mielipide, että se selkä ei ei tule katkeamaan. Että se on vahva rakenne. Tällä hetkellä toiminnassa on häiriöitä joka aiheuttaa sen kivun ja kuntouttamalla saadaan taas parempaan kuntoon. Vaikka se ei siinä lumbagon keskellä välttämättä sitä juuri tunnu." (4 päivää koulutettu erikoislääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
	Potilas kaipaa kuvantamisen jälkeen tilanteen selittämistä, validointia ja tsemppiä	"Joskus tuntuu että kun ne tulee työfysarille että jos niillä on vaikka joku paikka kuvattu selkä niin ne on jotenkin pihalla sen asian kanssa että se kipumekanismiin selittäminen ja se että siitä huolimatta ja ole aktiivinen ja voit liikkua se kaipaa se ihminen sitä validointia mitä on tässä harjoiteltu. Että kyllä se sitä Tsemppiä kaipaa että tuota." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)

			"Mun mielestä toi on just hyvä se että puhuttaisi kaikki samaa kieltä ja sit joskus huomaa et itse on nähnyt kauheen vaivan ja koittanut tätä selittää ja sit se onkin käynyt jossain vaikka jollain lääkärillä, ja sitte tulee vastaan että kyllä se nyt sanoi että se magneetti, että kyllä se pitää löydää että mistä tää nyt on." (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "...meille tulee sitten sellaisia ohjeistuksia että toivotaan melkät harjoitteita joissa selkää ei saa liikkua siihen tähän Eikä tuohon suuntaan....Ja Asiakas on kuullut ne ja kysyy että lääkäri sanoi että ei saisi liikuttaa noin tai näin tai niin, niin se on todella ikävä tilanne." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Niin joo jos mä kysyn että onko kuvattu, niin voi sanoa, hän voi sanoa että työfysioterapeutti ihmetteli että ei ole kuvattu." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Niin eksää fysioterapeutina tuomitseksaan minua siitä. Ja monesti tulee se ihan niin kuin kommenttina että että jotenkin että kiva kun sä et tuominut tai moittinut jotain jostain tekemästä jättämisestä jossa on sitten useamman kerran tai en ei enään ensikäynti tai joku muu käynti että että. Et joku muutos on yleensä aina tapahtunut ja käsitellään korostetaan sen positiivisuutta eikä sitä mitä sulta on jäänyt tekemättä, mitä olit ajatellut tekevä. Se hyväksyvyys, sallivuus ja niin kun myönteisyys, se ei oo niin vakavaa." (3 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
Muut lääkärit ohjaavat potilaan magneettiin			
Muut ammattilaiset määrittelevät rajoituksia potilaiden selän käyttöön			
Ihmisten väliset prosessit, jotka aikaansaavat muutoksia yksilön ajatuksissa, tunteuksissa ja käytöksessä, esim. missä määrin sosiaalisesta ympäristöstä saamasi vaikutteet tukevat tai estävät käyttäytymistäsi?			
7. Muiden odotukset ja muilta saatava tuki (11)			

Lisäliite 3. Edistävät ja estävät tekijät: Riskinarviointikyselyiden käyttö

Lisäliite 3 Yhteenveto työterveyshuollon ammattilaisten yleisimmistä uskomuksista ja esimerkit sitaateista Teoreettisten aihealueiden viitekehityksen mukaisesti	
Ydintointi: "Ammattilaiset käyttävät riskinarviointikyselyjä systemaattisesti varhaisessa vaiheessa selkätutkailaiden arvossa"	
TDF aihealue (lausuntojen l Kuvaus	Uskomus
1. Muistaminen, huomaaminen, päätöksen teko (26)	Kyselyiden käyttö on / ei ole jotain mitä ammattilainen yleensäkin tekee
	Esimerkkisitaatti
	"Että se pitäisi etukäteen täyttää. Et sit se rupee pohtiin että kumpi se on Onks se se vai tämä et siinä vastaanoton aikana uuden hakeminen kestää niin kauan niin tämmöset. Ne ei oo niin näppäriä siinä pitäis olla kaksi kysymystä kyllä vai ei ja sit se ois siinä. Nää on niin laajoja ja sit jos siinä pitäis vielä sitten joku indeksi laskee sit samantien ja osaa on plussaa ja miinusta, ne on niinku negatiivisia ja ei muista." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	Kyselyt ovat liian monimutkaisia
	"Ehkä se onkin juuri se este että miksi sitä ei käytä systemaattisesti koska ne on vähän haasteellisia myös itselle." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti yksityisomisteinen yritys #2)
	Kyselyiden käyttö unohtuu
	"Tämmöstä että kyllä se vastaanottohuoneessa vie aikaa. Jotenkin tuota se tahtoo unohtua vaan tuota sitten. Siinä siinä arjessa että tuota. Ja mun mielestä se ehkä vähän voi käyttää akuuttivaiheessakin mutta mulla on kuitenkin se käytäntö, että jos se alkaa pitkittynyt niin sitten lähden siitä." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
	Kysely ei sovi potilaalle
	"Ja sit moni semmonen jolla ei ollut nyt sitä ihan hirveen syvällistä kivun pelkoa tai yleensäkin niin koki noi kysymykset semmoseks että kun rupees vastaanmaan että ei ne saa niistä mitään." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	"Tutkimusvaiheessa, kun täytettiin niin jotenkin se ei aina hirveen hyvin sopinut siihen tilanteeseen. Mutta mulla on näkemys, että lumbago potilas päivän kaksi sairastaneilla ei tuu käytyä sitä." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2)
	"Mä käytän itse asiassa niistä sen takia myös että mun on helpompi aloittaa keskustelua myös joistakin hankalimmista asioista, koska silloin minä en tuo sitä asiaa tavallaan esille Vaan kun kun me katoaan sitä lomaketta että sä oot tänne täyttänyt tämmösen, että mitä tää sulle tarkoittaa ja muuta niin voi niinkun kysyä tavallaan niistä hankalistakin asioista silloin luontevammin, koska sen on hän tuottanut sen siihen." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4)
	"... se jotenkin heräteelee heitä pohtimaan vähän laajemmin sitä kiputilannetta kaikkiensa että sit se vie sitä keskustelua jotenkin helposti eteenpäin." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2)
	Kyselyt auttavat vastaanottotilanteessa
	"Mulla on kanssa sen Örebron kanssa että siitä on saanut siihen keskusteluun sitä kautta niin kuin tiettyjä lähestymiskantoja että kun on sieltä jotakin tiettyjä kysymyksiä katonut että joo sä oot vastannut tähän tällä tavalla että kerrotko tästä vähän lisää. Se on mun mielestä toiminut siinä keskustelun avauksena." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	"Ehkä se on just siinä se muutos sitten, että miten se alkuvaiheessa myös määkin fysioterapiaan määkin ohjaan että mitä siinä keskustelussa käydään ja vähän niitä jatkosuunnitelmia ja just niitä start kyselyinkin vähän pohjalta niitä riskiasioita jos siellä nousee niitä esii niin heti vähän eriyävällä tavalla puututaan ja suunnitellaan sitä jatkoa jo vähän pitemmällekin jo niissä käynteissä. Että ehkä siinä on se muutos just että en oo pelkästään ohjannut työfysioterapeutille arvioon ja ohjantaan vaan että sitten oon jo suunnitelmallisesti sitä sisältöäkin mietitty etukäteen." (7 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1)

2. Aikomukset (15)	Ammattilainen on tehnyt tarkoituksellisen päätöksen käyttää kyselyä vain tietyn potilasryhmän kanssa	Tarkoituksellinen päätös käyttää kyselylomakkeita vain tietyn potilasryhmän kanssa	"No mää oon ottanut sillä lailla nyt käyttöön sen örebron et käytän näissä kroonistuneissa –en akuuteissa. Mut varsinkin niinku sellaisten asiakkaiden kohdalla jotka on ollut mulla aiemmin vaikka pari vuotta sitten selkävain takia ja tulee mulle nyt uudestaan. Ja myös näissä näissä totaa työkykyasissa missä missä tommonen alaselkävaiva heikentää työkykyä. Mä oon tehnyt niis ihan systemaattisesti Örebron ja mun mielestä ne on niinku siin työkyvyn arvioinnissa hyvinä työkaluina ainakin. " (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
	kanssa tai on päättänyt toimia tietyllä tavalla klinisessä käytännössä, joka ei ollut aiuperäinen käytöstavoite.	Valikoiva kyselyn käyttö	"Mä oon kilitist kopioinut nää mittarit siihen pöydälle, heti tosta napattavissa kun tulee vaan sellainen ajatus et tähän asiakkaaseen se vois käydä. " (kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Että sillä tavalla niinku kyllä se niitten uusien kanssa on aina kyllä silleen, mutta ei voi sanoa että se on täysin systemaattista. Vielä. " (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1)
3. Toimintaympäristö ja resurssit (13)	Toimintaympäristöön ja resursseihin liittyvät ominaisuudet, jotka joko tukevat tai ehkäisevät tietojen, taitojen kehittymistä, kyvykkyyttä, sosiaalista pätevyyttä, käyttäytymisen omaksumista tai toteuttamista	On / ei ole yhteisesti sovittua käytäntöä kyselyiden käyttöön	"Joo sitähän ei oo varmaan kans systemaattisesti mitenkään kirjattu. Sitähän ei oo mitään sovittukaan. Niin että se on varmaan ollut hyvin hyvin kirjava se käytäntö. " (kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #4) "Ja meillä on tällä hetkellä nyt työfysioterapeuttien osalta sitä Örebrota ollaan niin kun ottamassa käyttöön nyt, niin pyritään siihen että siitä tulisi lähestulkoon systemaattinen ja sitä on tarkoitus nyt että se jossain vaiheessa tulisi sillä tavalla että kun asiakas on tulossa vastaanotolle niin se menis sähköisenä asiakkaalle ennen sitä vastaanottoa käyntiä. Että se olisi periaatteessa jo valmiiksi täytettyä se olisi niinkuin tavoite että se tämän vuoden aikana niin kuin jossain vaiheessa saatais käyttöön. Et se olisi semmonen niinkun, helpottais huomattavasti sitä käyttämistä. " (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Niin ja se että ne asiakkaat tulisi noitten lomakkeiden kanssa meidän vastaanotolle ja ne oistäytettyä. Se ois se kaikista paras koska meillä ei sitä aikaa oo ja se pitäisi siinä täyttää, meillä menee hirveesti siinä aikaa. Tai no ei nyt ihan hirveesti kyllä sen siinä saa. Mutta sun pitää se jostakin ottaa se aika sitten. " (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "En aktiivisesti se on just se aika se on rajana just niinku sanoin et sitten kun pitää ottaa kantaa laajemmin työkykyyn ja siihen lausuntoon pitää olla jotakin tämmöistä lääkäreitä varten et ei niinku siinä normaalissa arkitutinnissa 20 minuuttia on niin lyhyt aika ettei siinä paljoa kansiota ehdi kaivamaan jotakin kyselylomakkeita. " (4 päivää koulutettu työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #2) "En oo koskaan ehtinyt käyttämään... Ei vaan sillain niinku vastaanotolla ihmiset saattaa olla montakin asiaa yhtä aikaa niin ei siinä enää niinku ei vaan niinku riitä oikeesti aika eikä se et sä alkaisit käymään systemaattisesti ja kirjaisit vielä ylös saa tikka että mää pyytäsin ees täyttämään sitä mittaria ja skannaisin niitä tuloksia mut tota no niinku ajatuksen tasolla sitten yrittää kartottaa sitä mutta vähemmän ny sitä. " (kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #3)

4. Tavoitteet (10)	Kyselyn systemaattinen käyttö auttaa parantamaan työn laadua, potilaan työkykyyn liittyvistä asioista päästään puhumaan niiden oikeilla nimillä ja pystytään huomioimaan kaikki muutkin asiat mitkä selkävaivaan osalla ihmisistä liittyy Mietinnän alle seuloutuu ne ihmiset jotka tarvitsevat tiiviimpää, tulevat sitten jollakin lailla mietittyä	"Niinku nämähän on minun mielestäni tosi hyödyllisiä ja tärkeitä juttuja silloin kun me mietitään ihmisten selkävaivaisten ihmisten työkykyä ja sitä että päästään puhumaan niistä asioista niitten oikeilla nimillä ja niinku että niinku että pystytään huomiomaan ne kaikki muutkin asiat mitkä siihen selkävaivaan osalla ihmisistä liittyy. Niiniin tavallaan niinkun tuo on niinkun laatuasia tässä meidän työssä ettei käy niin että ne kiireessä unohtuu sitten." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1) "No nuo kyselytitten systemaattisempi käyttö on ehkä tuonut sen lisäarvon sillä lailla että ehkä sieltä paremmin seuloutuu paremman miettimisen alle ne ihmiset jotka paremmin niinku tarvitsee sitä jonkunlaista tiivistetymppä jatkoa tai ainakin se tullee sitten jollakin lailla sitten mietittyä." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1) "No tietenkinhän, ne osahan on jo siinä kun ne on työterveyslääkärillä käyneet niin sen jo siinä täytäneet jo osa. Että se on jo täytetty ja mä vaan voin sen kattoo että mitä siihen on vastattu. Ja jotkuthan on näitä kun kattoo vaan näitä kyselyitä, osahan kokkee että näitä kysymyksiä, että ne on aika henkilökohtaisiakin ja siinähan sitten on ainakin joissakin tapauksissa huomannut että ehkä asiakkaallakin on semmosta että ei ehkä heti halua keskustella kaikesta." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1)
5. Oman toiminnan säätely (9)	Käyttäytymisen tavoitteellinen ja suunniteltu hallitseminen tai muuttaminen	"No se keskustelu mikä me on ainakin käyty niin se mun toive on että ainakin systemaattisesti käytettäis ainakin niillä ihmisillä ketä mun pyytämänä menee niinku työkyky/toimintakyky arvioon [työfysioterapeutille]. Ainakin silleenhan me näitä on ainakin systemaattisesti käytetty." (Kouluttamaton työterveyslääkäri; yksityisomisteinen yritys #1) "Mut nehän voi tuoda siihen toiseen kertaan että kun sä vaan annat sen ohjeen niin otappa tästä ja mietin näitä kotona ja sit jutellaan näistä seuraavalla kerralla." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2)
6. Uskomukset toiminnan seurauksista (9)	Odotukset käyttäytymisen mahdollisista seurauksista	"Mutta siinä on helpompi välttää jos näitä loukkaantumisia. Että sitten ei tuu niitä vastareaktioita että onko tää nyt vaan mun päässä... yrittää minimoida sen että ei niin kun asiakas loukkaannu tai tai ota itseensä mistään." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Ei kukkaan varmaan halua olla heikko, että kun sä oot kipeä tai on niitä rajoitteita ja sä oot joutunut arjessa luopumaan joistakin asioista, että ne voi olla aika arkojakin paikkoja sitten... Että ei aina mennä heti suoraan harkkää ihan sarvista, että siinä pitää ensin saada se luottamus siihen asiakkaan kanssa luotua... Tietenkin joo että siis jos me ei olla asiakkaan kanssa aikaisemmin asiakaskontaktia tai me ei olla juteltu ja ei olla päästään ihan sinne pohja niiniin se ei aina siinä ekalla käynnillä avvaudu niin että päästään ihan sinne pohja asioihin, tärkeisiin asioihin. Että se joskus vaatii sitä luottamuksen rakentamista, että sitten seuraavalla käynnillä esimerkiksi asiakas on itse miettinyt niitä asioita ja on työstänyt ja hän saattaa sitten itsekin ihan oma-aloitteisesti jatkaa sitä juttua siitä. (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #1)

	"Tutustuin niihin systeemiin taas tauon jälkeen niin tota kyllä huomasiin että mä kysyn niitä samoja asioita, tai ne samat asiat ja mä kirjaan ne sinne tekstiin. Niin mä en nää sitten se on niin yksioikoista mun mielestä, se on vaan mun mielipide että sitä vaan että keskustelemalla sä saat enemmän irti siitä ihmisestä. Kun vaan nopeesti juttelee Jonkun asian ja selittää, mä kyllä kysyin ne asiat, mut en käytä sitä kyselyä." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "Ja sitten kun sitä Örebrota on vähän käyttänyt niin huomaa että vaikka ei sitä täyriä sillä paperilla asiakkaalle niin tota huomaa kysymään sä ne samat kysymykset. Jotenkin mielessään niin kuin tietenkin lajittelee niitä että Okei tässä on kivun pelkoon liittyviä asioita nousee paljon tai uneen liittyviä asioita tai mitä ne nyt on ne kysymykset siinä. Että tavallaan sitä käyttää päässään kuitenkin sitä Örebrota." (4 päivää koulutettu työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #2) "...mäkään en oo täyttänyt nyt niitä mutta mä oon niin kun kysyn nyt aikalaila kaikki ne kysymykset mutta se että kun se pisteytys kuitenkin ja se myös auttaa ja se ois hyvä työvälineet itselle et tavallaan sen saa paljon paremmin Se on just tätä kliinistä päättelyä myös niin tavallaan siihen pystyy paljon paremmin tekemään suunnitelman koska kun sitä oikeesti sitä lomaketta käyttää." (Kouluttamaton työfysioterapeutti; yksityisomisteinen yritys #4) "Mua on ihan auttanut konkreettisesti niin nää ihan kyselyt, ne on ollut hyvä apu.... Ja sit jotenkin niin kuin ehkä paremmin ossaa niin kuin katsoa sitä kokonaisvaltaisemmin aina sitä tilannetta ja jotenkin ei oo semmonen kädetön olo." (7 päivää koulutettu työfysioterapeutti; julkisomisteinen yritys #2)
7. Omia kykyjä koskevat käsitykset (5)	Ammattilainen selvittää riskitekijöitä mieluummin haastatteleamalla kuin kyselyllä Käsitykset omista kyvyistä Kysely on työväline, joka toimii klinisen päättelyn tukena ja auttaa tekemään suunnitelman Ei ole kädetön olo, kun kysely auttaa konkreettisesti kartottamaan kokonaisvaltaisemmin potilaan tilannetta