

POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Fysioterapian koulutusohjelma

Anni-Helena Martikainen

POTILASOHJE CRPS-KIPUOIREYHTYMÄÄ SAIRASTAVILLE

Opinnäytetyö
Helmikuu 2012

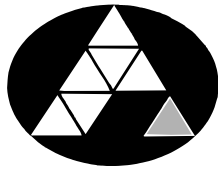
SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	CRPS – MONIMUOTOINEN PAIKALLINEN KIPUIREYHTYMÄ.....	7
2.1	CRPS:n esiintyvyys, yleisyys ja ennuste	8
2.2	CRPS:n taudinkuva ja altistavat tekijät	9
2.3	Mitä tapahtuu, kun kipu pitkittyy	10
2.4	CRPS:n diagnostiikka ja yleiset hoitokäytännöt	12
2.5	CRPS ja fysioterapia.....	13
3	POTILASOHJAUS FYSIOTERAPIAN MENETELMÄNÄ	20
3.1	Kirjallinen materiaali osana potilasohjausta	21
3.2	Potilasohje CRPS-potilaan tukena.....	24
4	OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	26
5	TOTEUTUS	27
5.1	Toimintaympäristö ja kohderyhmä	28
5.2	CRPS-potilaan hoitopolku PKSSK:ssä	29
5.3	Toiminnan eteneminen ja työskentelyn kuvaus	31
5.4	Toiminnan analyysi	37
6	TULOKSET	38
6.1	Potilasohjeen esittely	38
6.2	Fysioterapeuttien arvio potilasohjeesta.....	39
6.3	Ulkopuolisen lukijan arvio potilasohjeesta	39
7	POHDINTA	40
7.1	Tulosten tarkastelu	40
7.2	Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu	41
7.3	Luotettavuus ja eettisyys	43
7.4	Oppimisprosessi, ammatillinen kasvu ja kehitys.....	45
7.5	Jatkotutkimusehdotukset	46
	LÄHTEET	47

LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Palautekysely
Liite 3	Potilasohje CRPS-kipuoireyhtymää sairastaville



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2012
Fysioterapian koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
p. (013) 260 6906

Tekijä
Anni-Helena Martikainen

Nimeke
Potilasohje CRPS-kipuoireyhtymää sairastaville

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä,
fysioterapian poliklinikka

Tiivistelmä

CRPS-lyhenne tulee sanoista Complex Regional Pain Syndrome, joka tarkoittaa monimuotoista paikallista kipuoireyhtymää. Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tehtävänä oli suunnitella fysioterapeuttinen potilasohje CRPS-kipuoireyhtymää sairastaville. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Potilasohjeen tavoitteena on lisätä potilaan ymmärrystä sairaudestaan, olla tukena potilaalle ja kannustaa häntä ottamaan vastuuta omasta paranemisestaan ja hoidosta.

Oppaan kohderyhmänä olivat keskussairaalan fysioterapian poliklinikan CRPS-potilaat. Työ alkoi tiedonhaulla, joka toteutettiin systemaattisesti. Tiedon hakua seurasi teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen ja potilasohjeen suunnittelu. Potilasohjeen sisältö nojaa teoreettiseen tietoperustaan. Opinnäytetyöprosessia tukivat säännölliset tapaamiset toimeksiantajan kanssa.

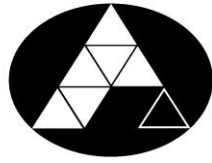
Valmis potilasohje on vaakamallinen ja pituudeltaan yhden kahtia taitetun A4-kokoisen paperin mittainen. Sisällön osalta potilasohjeessa on kuvattu CRPS-potilaan kannalta tärkeimmät asiat: kipuoireyhtymän määritelmä, tyypillinen oirekuva, kroonisen kivun aikaansaamia muutoksia keskushermostossa, yleiset hoitolinjaukset ja fysioterapian menetelmät. Potilasohjeen arviointi toteutettiin palautekyselylomakkeella, jonka tulokset analysoitiin laadullisesti.

Potilasohje on selkeä ja johdonmukainen kokonaisuus, jossa CRPS-potilaan kannalta tärkeimmät asiat on selvitetty ymmärrettävästi potilaan kielellä. Sisällön osalta toimeksiantajan asettamat tavoitteet täyttyivät. Potilasohje on tarkoitettu käytettäväksi fysioterapeuttisen ohjauksen tukena. Asianmukainen jatkotutkimusehdotus tälle työlle olisi selvittää, millaisia kokemuksia CRPS-potilaalla on tästä potilasohjeesta. Myös CRPS-potilaiden kanssa työskentelevien fysioterapeuttien näkökulma potilasohjeen hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä käytännön työssä olisi tärkeää selvittää ohjeen kehittämiseksi.

Kieli
suomi

Sivuja 48
Liitteet 3
Liitesivumäärä 4

Asiasanat
CRPS, fysioterapia, potilasohje



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
February 2012
Degree Programme in Physiotherapy
Tikkarinne 9
FIN 80220 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 6906

Author
Anni-Helena Martikainen

Title
Patient Education Material to Patients with CRPS

Commissioned by
Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia,
Physiotherapy Outpatient Department

Abstract

The purpose of this functional thesis was to design a patient education material for patients with Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Commission for this task came from the physiotherapy outpatient department in Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia. Good patient education is a significant part of the CRPS patient's treatment and physiotherapy. The aim of this patient education material is to increase the patients' knowledge and support them to take care of themselves.

The project was carried out as follows; First, a systematic review of the subject was made and a theoretical framework was written. Then, the planning of the patient education material was started. The contents of the education material base on the theoretical framework. During the process there were meetings at regular intervals with the personnel on the physiotherapy outpatient department.

The complete patient education material is horizontal and one A4 -side in length. The main goal of this education material was to explain the pain process to the patient. The education material also includes brief information about the symptoms, treatments and physiotherapy. The evaluation of this education material was done using a feedback questionnaire and the results were analyzed qualitatively.

The patient education material is a clear and consistent whole. The essential issue is clarified in the patients' language. The goals included in the commission were materialized. The aim of this patient education material is to promote physiotherapeutic guidance. An appropriate proposal for further study is to determine how the patients with CRPS experience this education material. Also the physiotherapists' perspective about the usability of this material is helpful to find out in order to develop the patient education material.

Language
Finnish

Pages 48
Appendices 3
Pages of Appendices 4

Keywords

CRPS, physiotherapy, patient education material

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni tehtävänä on potilasoppaan suunnittelu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymälle (PKSSK), keskussairaalan fysioterapian poliklinikan CRPS -potilaita varten. CRPS-lyhenne tulee sanoista *Complex Regional Pain Syndrome*, joka tarkoittaa monimuotoista paikallista kipuoireyhtymää. CRPS on kiputila, joka huonontaa potilaan toimintakykyä laajasti kaikilla osa-alueilla. Se aiheuttaa turhautumista ja pelkoa, ja voi vaikuttaa myös potilaan läheisiin ihmissuhteisiin. (Kalso & Vainio 2004, 198; Koho 2006, 293.)

Keskussairaalassa CRPS-potilaat tulevat fysioterapiaan pääsääntöisesti fysiatrian poliklinikan läheteellä. Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta kuuluvat olennaisena osana CRPS-potilaiden hoitopolkuun. (Fysiatrian poliklinikka 2010.)

Aiheen valintaan ohjasi oma kiinnostukseni pitkäaikaisten kipupotilaiden fysioterapiaan. Toiminnallisen opinnäytetyön aihe muotoutui ollessani harjoittelujaksolla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä, fysioterapian poliklinikalla keskussairaalassa. Tarve potilasoppaasta tuli poliklinikan fysioterapeuteilta. Fysioterapeuttien mukaan heillä ei ole käytössään soveliasta ja selkeää potilasohjetta, mutta kirjallinen potilasohje nähtäisiin tärkeänä ja hyödyllisenä menetelmänä CRPS-potilaiden fysioterapeuttisessa ohjauksessa ja neuvonnassa. Potilasopas antaisi CRPS-potilaille luotettavaa tietoa heidän sairaudestaan, kivun hallinnasta ja fysioterapian menetelmistä, joilla CRPS:ään pyritään vaikuttamaan. Myös lainsäädäntö edellyttää potilaiden saavan riittävästi tietoa ja informaatiota sairaudestaan ja sen hoidoista.

Nykyisen käsityksen mukaan potilaat ovat aktiivisia toimijoita omassa hoitoprosessissaan. Potilasoppaan tavoitteena on lisätä potilaan ymmärrystä sairaudestaan ja kannustaa potilaita ottamaan vastuuta omasta paranemisestaan ja hoi-

dosta. Opas on tarkoitus laatia asiakaslähtöisesti, ja sen tulee tukea fysioterapeuttisia tavoitteita: potilaan toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista sekä kivun hallintaa. CRPS-potilaat saivat potilasoppaan poliklinikalta itselleen. Opas antaa tärkeää tietoa myös potilaiden lähiomaisille.

Minulle itselleni opinnäytetyö on osa ammatillista kehittymistäni. Opinnäytetyöni kautta perehdyn CRPS-kipuoireyhtymään ja sen hoidossa käytettäviin fysioterapian menetelmiin. Potilasohjeen laatimisen kautta saan kokemusta terveysaikeiston suunnittelutyöstä. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys antaa tietoa CRPS-kipuoireyhtymästä ja siihen kohdistuvista fysioterapia-menetelmistä niille, jotka eivät ole perehtyneet aihepiiriin tarkemmin.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän fysioterapian poliklinikka keskussairaalassa on opinnäytetyöni yhteistyökumppani ja toimeksiantaja. Poliklinikalla työskenteleviltä fysioterapeuteilta sain opastusta aiheen valintaan ja rajaukseen. Opinnäytetyötehtävänä suunnittelemani potilasopas rajautuu käsittelemään CRPS-kipuoireyhtymän fysioterapeuttisia menetelmiä ja on tarkoitettu tukemaan fysioterapeutin ohjaustyötä. Potilasopas on valmiina sähköisessä muodossa, ja sen monistaminen jää fysioterapian poliklinikan vastuulle. Myös oppaan myöhempi päivittäminen tapahtuu poliklinikan toimesta.

2 CRPS – MONIMUOTOINEN PAIKALLINEN KIPUOIREYHTYMÄ

Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (Complex Regional Pain Syndrome, CRPS) on useimmiten ylä- tai alaraajan pitkäaikainen kiputila, jonka syntyyn osallistuvat ääreishermosto, keskushermosto, autonominen hermosto ja paikallinen lihaskudos. CRPS voi ilmetä myös muualla kehossa. Kipu on luonteeltaan *neuropaattista*, jolloin kipua välittävän hermojärjestelmän solut ovat herkistyneet reagoimaan normaalisti kivuttomiin ärsykkeisiin. Neuropaattisesta kivusta puhuttaessa tarkoitetaan yleensä hermovauriota, joka on palautumaton. CRPS:n yhteydessä hermovaurio voi kuitenkin myös palautua, tai varsinaista hermovauriota ei ole, jolloin *neurogeeninen* kipu voi olla kuvaavampi termi. Neurogeenisessä kivussa eli hermokivussa hermorunkoon kohdistuva ärsytys on ohimenevä. (Kalso & Vainio 2004, 97–98, 260.)

International Association for the Study of Painin (IASP) määritelmän mukaan CRPS voidaan jakaa kiputilan etiologian perusteella tyypeihin 1 ja 2. CRPS-1, entiseltä nimeltään *reflektorinen sympaattinen dystrofia (RSD)*, on oireyhtymä, jossa kipu on kohtuuttoman voimakasta alkuperäiseen kudonvaurioon nähden. Oireyhtymään liittyvät myös toimintakyvyn huononeminen ja sympaattisen hermoston toimintahäiriö. CRPS-1:een ei liity hermovammaa tai se on vähäinen. Tutkimuksen mukaan murtumien ja leikkausten jälkeiset CRPS-kiputilat luokitellaan melkein aina tyyppin 1 alle, vaikka luun murtuma tai leikkaus voi toisinaan vaurioittaa perifeeristä hermoa. (Marinus, Moseley, Birklein, Baron, Maihöfner, Kingery & Van Hilten 2011, 637.) Tyyppin 2 CRPS, vanhemmalta nimitykseltään *kausalgia*, syntyy tyypillisimmin hermovaurion jälkeen. Parantuneen traumakirurgian ja nopeiden hoitotoimenpiteiden ansiosta tyyppin 2 CRPS-kiputilat ovat vähentyneet. IASP:n kriteereiden mukaan CRPS-2-kiputilan oireina ovat jatkuva kipu ja tunnon yliherkistyminen myös kivuttomille ärsykkeille. Nämä ärsykkeet eivät rajoitu pelkästään vaurioituneen hermon hermotusalueelle. Ihon lämpötilamuutokset, turvotus ja motorisen toiminnan häiriöt ovat tyypillisiä löydöksiä. (Kalso & Vainio 2004, 261.) Taulukossa 1 on tiivistettynä CRPS-kipuoireyhtymän etiologia ja taudinkuva.

Taulukko 1. Yhteenveto CRPS-kipuoireyhtymästä.

CRPS	Kiputila jaotellaan tyypeihin 1 ja 2: <ul style="list-style-type: none"> • Tyyppiin 1 ei liity hermovauriota, tai se on vähäinen. • Tyyppiin 2 liittyy hermovaurio.
ETIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • CRPS 1 -tyypin taustalla on usein luun murtuma, mutta vamma voi olla vähäinenkin, tai kiputila syntyy ilman vammaa. • CRPS voi ilmaantua myös muun sairauden yhteydessä, kuten infektion, leikkauksen tai aivoverenvuodon jälkeen.
OIREET	<ul style="list-style-type: none"> • Kipu on usein kohtuuttoman voimakasta alkuperäiseen vammaan suhteutettuna. • Raaja tai kehon osa tuntuu voimattomalta ja kömpelöltä. • Kosketustunto on herkistynyt ja on poikkeavia tuntemuksia (paineen tunne, käsi ne kädessä). • Hermovaurioon liittyy tunto- ja liikehäiriöitä raajan alueella.
ETENEMINEN	<ul style="list-style-type: none"> • Kipu alkaa yleensä viikkojen kuluessa vammasta. • Kipu on luonteeltaan jatkuvaa, polttavaa ja epämääräistä. • Ilmenee autonomisen hermoston muutoksia: ihon väri voi muuttua, raajassa esiintyy mm. turvotusta, hikoilua, lämpötilamuutoksia, karva- ja kynsimuutoksia. • Myöhemmin voi ilmetä luukatoa ja lihasten surkastumista.
HOITO	<ul style="list-style-type: none"> • Kipulääkärin, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja psykologin yhteistyö • Kipulääkitys • Kivunhallinta • Fysioterapeutin osuus kuntoutuksessa on tärkeä.

2.1 CRPS:n esiintyvyys, yleisyys ja ennuste

CRPS:n esiintyvyydestä ja yleisyydestä on olemassa niukasti tutkimustietoa. Journal of Pain -lehden pääkirjoituksessa (vuonna 2007) vertailtiin kahta CRPS:n esiintyvyyttä käsittelevää tutkimusta. Nämä tutkimukset ovat ainoat tähän mennessä aiheesta julkaistut. Uudemman, vuonna 2007 kootun hollantilaisaineiston mukaan uusia, IASP:n kriteerit täyttäviä CRPS-tapauksia ilmeni vuosittain 16,8 kappaletta 100 000 henkeä kohden. Aikaisemmin (vuonna 2003) julkaistun amerikkalaisaineiston mukaan uusia tapauksia olisi 5,5 kappaletta 100 000 henkeä kohden. CRPS näyttäisi olevan tyypillisempi yläraajan alueella, ja yleisempi naisilla kuin miehillä. Suurin esiintyvyys ilmenee 50-70-vuotiailla. (Bruehl 2007, 1–2.)

Alkuvaiheessa olevan, lieväoireisen CRPS:n ennuste on hyvä. Vain osalla potilaista kiputila etenee loppuvaiheeseen. Varhainen hoidon aloittaminen on tärkeää. Pidemmälle edenneen, vaikeankin CRPS:n paraneminen on mahdollista, mikäli pysyvää kudosten atrofiaa ei ole kehittynyt. Toipuminen kestää jopa vuoden. Myös lapsilla ja nuorilla esiintyy CRPS-kipuoirehtymää, esimerkiksi urheiluun liittyvän tapaturman, kaatumisen tai kolhaisun yhteydessä. Paranemisenuste vuonna 2007 tehdyn suomalaistutkimuksen mukaan lapsilla ja nuorilla on hyvä. Toipuminen kestää noin 3-6 kuukautta oireiden alkamisesta. (Lindfors & Kallio 2007, 290–295.)

2.2 CRPS:n taudinkuva ja altistavat tekijät

Vaikka CRPS voi tyypillisimmillään esiintyä sekä ylä- että alaraajassa, tutkimuskirjallisuuden perusteella se on hieman yleisempi yläraajan alueella. Kipuoireyhtymä saattaa rajoittua pienelle alueelle raajaa, mutta useimmiten se on laajempi, ja voi ulottua käden ja ranteen lisäksi koko yläraajaan. Lisäksi on mahdollista, että kiputila leviää vastakkaisen puolen yläraajaan tai saman puolen alaraajaan. Tyypillisesti vahingoittuvat käsi- ja ranne- sekä olkanivelet. (Göransson 2000, 261.) CRPS kehittyy yleensä vamman seurauksena, esimerkiksi ranteen murtuman jälkeen. Puutteellinen vapaiden nivelten mobilisaatio kipsihoidon aikana tai liian tiukka, pitkälle ulottuva tai liialliseen fleksioon taivutettu kipsi saattavat johtaa CRPS:n syntyyn. Kiputilaa edeltävä vamma voi olla jopa vähäpätöinen. Etiologisiin tekijöihin luetellaan kuuluvaksi muun muassa pienet, toistuvat vammat, kuten nyrjähdykset ja revähdykset. Immobilisaation ohella myös sydäninfarkti, aivoverenkiertohäiriö ja ylivenytys voivat olla CRPS:n laukaisijoina. (Hupli, Lempinen & Mustola 2007, 2.)

Kipu alkaa muutamien viikkojen kuluttua vammasta ja on luonteeltaan jatkuvaa ja polttavaa. Sympaattisen hermoston yliaktiivisuus on tyypillistä kipuoireyhtymän kehittymisessä ja vakiintuessa. Raajan liikuttelu, koskettelu ja stressi pahentavat kipua. Alkuvaiheessa (noin 1-3 kuukauden aikana) raajassa ilmenee turvotusta, iho on lämmin, kuiva ja punoittava sekä nivelten liikkuvuus vaikeutuu. Niveliin voi kehittyä myös virheasentoja. Kun kiputila muuttuu krooniseksi

(noin 3-6 kuukauden kuluessa), ihossa ja lihaskudoksessa havaitaan atrofiaa, nivelliikkuvuus ja raajan puristusvoima huonontuvat entisestään. Iho muuttuu viileäksi ja sinertäväksi. Kroonistuessaan kiputilan spontaanit paranemismahdollisuudet heikkenevät. (Kalso & Vainio 2004, 261; Vastamäki 2002, 5175–5176.)

Miltei 90 prosentilla CRPS-potilaista esiintyy sensorisia oireita, jotka saattavat ulottua usean hermojuuren tai perifeerisen hermon alueelle. Potilaat voivat kuvailla tuntemuksia ikään kuin heillä olisi käsine kädessään, tai sukka jalassaan. (Maihöfner, Seifert & Marcovic 2010, 651.) CRPS:ään liittyy aina suhteettoman voimakas kipu. Kipu kuvataan usein polttavaksi ja epämääräiseksi. Ihon tuntoherkkyys voi lisääntyä siten, että tiettyjen materiaalien tuntu (vaatekankaat) tai kevyt ilmavirta iholla tuntuvat pahalta. Iho voi herkistyä myös lämpötilojen vaihteluille. CRPS-potilailla esiintyy *allodyniaa*, eli kivun tuntemus voi olla niin herkistynyt ja voimakas, että normaalisti kivuton ärsyke aiheuttaa ankaran kivun. Lähes kaikilla potilailla on *hyperalgesiaa*, jossa kivulias ärsyke aistitaan normaalia kivuliaampana. Väri- ja lämpötilaerot terveen ja sairaan raajan välillä voivat olla suuria. (Vastamäki 2002, 5177.) Kipua voivat provosoida asennon vaihtaminen, ahdistuneisuus ja levottomuus, fyysinen harjoittelu ja lämpötilojen muutokset. Monissa potilastapauksissa kipu on voimakkaampaa öisin. (Maihöfner ym. 2010, 651.)

2.3 Mitä tapahtuu, kun kipu pitkittyy

Kipuaisti on ihmisille ja eläimille välttämätön hengissä selviämiseksi; akuutin kivun tarkoitus on varoittaa kehoa kudოსvauriosta tai vammasta. Kudოსvaurion aiheuttaman kiputuntemuksen syntyyn vaikuttavat keskushermoston kipurajoissa monet sähköiset ja kemialliset tapahtumat. Kipurata alkaa ihossa olevista kipuhermopäätteistä, jotka aktivoituvat kudოსvaurion myötä, esimerkiksi palovamman seurauksena. Kipuhermopäätteistä viesti kudოსvauriosta kulkee hermorunkoja pitkin selkäytimen takajuosteeseen, ja sieltä edelleen aivokuorelle, jossa kipuaistimus syntyy. Selkäytimen takajuoste on tärkeä tapahtumakohta kivun säätelyn kannalta. Takajuosteeseen tulee informaatiota sekä keskushermostosta että kehon kudoksista. Tämä informaatio voi olla joko *kipua lisäävää*

tai *kipua estävää*. Kroonisesta kivusta puhuttaessa alkuperäinen vamma on usein parantunut, mutta kipu jatkuu ja voi voimistua siitä huolimatta. Kivun tuntemus ei siis aina edellytä kipuärsyksen olemassaoloa: kipua voi tuntea, vaikka kudosaauriota aiheuttava kipuärsyke puuttuisi. Pitkittyessään kipu kadottaa suojaavan merkityksensä, ja toimintakyky heikentyy laajasti eri osa-alueilla. (Vainio 2004, 17, 25, 27–28.)

Kivun kroonistuessa keskushermostossa tapahtuu herkistymistä. Kipuhermopäätteen ärsytyskynnys madaltuu, jolloin hermopääte reagoi voimakkaasti alun perin lievästi kivuliaaseen ärsykkeeseen. Herkistymisen myötä hermopäätteiden määrä kipua välittävillä aineilla, kuten stressihormoneille, voi lisääntyä. Myös kipualueen ympärillä olevan ihon kipuvaste muuttuu, jolloin normaalisti kivuton ärsyke, kuten kosketus, aiheuttaa kipua. Toisaalta hermopäätteet ovat lyhytikäisiä ja kykenevät uusiutumaan koko ajan, minkä johdosta niiden herkkyydessä tapahtuu muutosta jatkuvasti. Kipupotilaalle tämä voi antaa toivoa. Kipua välittävä, säätelevä ja aistiva hermojärjestelmä on siis muuntautumiskykyinen. Jo lyhytaikainen kipuärsytys muuttaa hermojärjestelmän toimintaa, ja pitkäkestoinen, jatkuva kipuärsytys voi johtaa pysyviin hermojärjestelmän muutoksiin. Muutoksia, joita krooninen kipu saa aikaan selkäydintasolla, tiedetään tapahtuvan myös aivoissa. Aivokuorella jokaisella kehon osalla on oma edustusalueensa. Niillä kehon osilla, joita käytämme paljon, on suuremmat edustusalueet aivoissa kuin niillä, joita käytämme vähemmän. Esimerkiksi sormien, huulten ja kielen edustusalueet ovat keskimäärin aivoissa suuremmat kuin esimerkiksi varjalan tai varpaiden. Kroonisen kivun myötä eri kehon osien tai edustusalueet alkavat mennä päällekkäin, ja alueiden koko voi muuttua. (Butler & Moseley 2003, 31, 76.)

Ihmisellä kivun kokemiseen ja pitkäaikaisen kivun syntyyn vaikuttavat lisäksi aikaisemmat kipukokemukset, tunteet, oppiminen, muut sairaudet, sosiaaliset suhteet sekä kivun psykologinen merkitys. Stressin tiedetään pahentavan kipua: kehon stressihormonien erityis lisääntyminen, jolloin näille kemiallisille aineille herkätk hermopäätteet herkistyvät entisestään. Kivusta kertovat viestit aivoihin lisääntyvät, ja aivot tulkitsevat elimistön olevan vaarassa, jolloin stressireaktio entisestään voimistuu. (Vainio 2004, 32; Butler & Moseley 2003, 66.)

2.4 CRPS:n diagnostiikka ja yleiset hoitokäytännöt

Lääkäri päätyy CRPS-diagnoosiin anamneesin ja tehtyjen tutkimusten pohjalta. Kun löydöksiä on riittävästi, diagnoosia voidaan pitää erittäin luotettavana. CRPS-1 ja -2 tyypit voidaan diagnostisesti määritellä siten, että muut kiputilat rajautuvat tyyppien ulkopuolille. Toisin sanoen, CRPS-diagnoosi ei ole mahdollinen, jos kiputila on selitettävissä muilla tavoin. (Hupli ym. 2007, 2.) Raajan toimintaa arvioitaessa liikelaajuudet, voima ja nopeus ovat heikentyneet. Käden aktiivinen ja passiivinen nyrkistysvajausta, puristusvoima ja avainotevoima mitataan, ja käden motoriikkaa arvioidaan muun muassa sorminäppäryystesteillä. Ihon lämpötila- ja värierot, poikkeavuudet ihokarvoissa ja kynsissä sekä käden vapina nähdään yleensä havainnoimalla. Lämpötilaeroista ja ihotunnosta voidaan saada myös kvantitatiivisia tuloksia esimerkiksi lämpömittarilla ja filamenttitesteillä. Röntgenkuvissa on mahdollista nähdä läiskittäistä osteoporoosia raajassa jo muutaman kuukauden sairastamisen jälkeen. (Vastamäki 2002, 5178)

Krooninen kipu aiheuttaa useille potilaille merkittäviä pitkäaikaisia jälkiseurauksia ja pysyviä oireita, vaikka kipua olisikin asianmukaisesti hoidettu. Motorisia muutoksia esiintyy arvion mukaan jopa puolella CRPS-potilaista, ja ne lisääntyvät sairauden edetessä. Näitä muutoksia ovat käsien vapina, koordinaatiovaikeudet, heikentynyt lihasvoima ja dystonia sekä sormien tunnistamisen vaikeudet. Myös neglegtt-tyyppistä kehon hahmotushäiriötä on havaittu osalla potilaita. Potilaat kuvaavat, että kivulias raaja tuntuu vieraalta, eikä se tottele käskyjä. Käden alentunut voimantuotto ja huonontunut sorminäppäryys ovat yleisiä motorisia muutoksia CRPS-potilailla, ja muutokset voivat jatkua pitkään, vaikka muut oireet lievittyisivätkin. Kipu ja tunnottomuus kädessä heikentävät raajan käyttöä ja toimintaa, ja kipu yksittäisenä oireena voi heikentää elämänlaatua fyysisen toimintakyvyn osalta. (Savas, Baloglu, Ay & Çerçi 2008, 549; Gockel & Forss 2009, 3423.)

CRPS:n hoidon perustana on potilaan, kipulääkärin, psykologin ja fysio- ja toimintaterapeutin yhteistyö. Kipulääkitys noudattaa neuropaattisen kivun hoitolinjoja, ja muilla terapiamenetelmillä pyritään ennen kaikkea kivunhallintakeinojen

lisääntymiseen sekä toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vahvistamiseen. (Kalso & Vainio 2004, 260–261; Vastamäki 2002, 5175–5179.)

Etenkin raajavamman saaneella potilaalla hyvissä ajoin aloitettu kipulääkitys ja varhainen nivelten mobilisaatio voivat pienentää CRPS:n riskiä. Tehokkaat hoidot varhaisessa vaiheessa aloitettuina estävät kiputilan kroonistumista ja atrofi-an kehittymistä. Vuonna 2010 päivitetyn CRPS:n hoitokäytänteen mukaan C-vitamiinilla voi olla estävä vaikutus CRPS:n kehittymiselle rannemurtuman jälkeen. (Gockel & Forss 2009, 3426; Perez, Zollinger, Dijkstra, Thomanssen-Hilgersom, Zuurmond, Rosenbrand & Geertzen 2010, 14.)

2.5 CRPS ja fysioterapia

Lääkinnällisen kivun hoidon lisäksi CRPS-kuntoutujan hoitosuunnitelmaan kuuluvat olennaisena osana fysioterapia ja toimintaterapia. Nämä hoitomenetelmät tähtäävät kivun ja turvotuksen vähentämiseen, rentoutumiseen ja toimintakyvyn paranemiseen. Myös potilaan aktiivisuutta ja stressinhallintaa kuuluu tukea, sillä vaikeaan kipuun liittyy usein masennusta ja ahdistuneisuutta. (Gockel & Forss 2009, 3427.)

BMC Neurology -lehdessä julkaistiin vuonna 2010 tutkimus CRPS-1:n näyttöön perustuvista hoitosuosituksista. Fysioterapian käyttö CRPS-1:n hoidossa on erittäin suositeltavaa useiden tutkimuksissa olleiden artikkeleiden mukaan. Fysioterapia tulisi aloittaa mahdollisimman varhain diagnoosin varmistumisen jälkeen, ja tavoitteena on toimintakyvyn palautuminen. (Perez ym. 2010, 6–7) Myös aikaisemmin, vuonna 2009, The European Journal of Pain -lehdessä julkaistun tutkimuksen mukaan fysioterapiaa suositellaan yhdistämään lääkehoitoon parhaan kuntoutumisvasteen aikaansaamiseksi. (Daly & Bialocerkowski 2009, 349–350.) Mielenkiintoinen seikka on, että vaikka fysioterapiaa useiden tutkimusten mukaan pidetään erittäin tärkeänä CRPS-potilaiden hoidossa, sen vaikuttavuudesta on olemassa vain vähän näyttöä. Erilaisten fysioterapiamenetelmien paremmuutta tai vaikuttavuutta ei myöskään ole voitu osoittaa. Usein fysioterapian käyttö perustuukin kliiniseen kokemukseen. (Geertzen & Harden 2007, 57.)

Esimerkkinä CRPS-potilaan fysioterapiaprosessista on Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin malli, jossa fysioterapia on jaettu neljään vaiheeseen. Jokainen kapale on nimetty vaiheen tärkeimmän tavoitteen mukaan, ja tämän esimerkin tarkoituksena on havainnollistaa, millaisia asioita CRPS-potilaan fysioterapia voi sisältää. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin vaiheittaista mallia olen täydentänyt muulla lähdekirjallisuudella. Taulukossa 2 sivulla 18 on esitelty tiivistettynä CRPS-potilaan fysioterapian kulku.

1. vaihe

CRPS-potilaan kuntoutuminen alkaa fysio- ja toimintaterapeutin tekemällä alkutilannearviolla. Fysioterapeutin tehtävänä on muun muassa arvioida kipua ylläpitäviä kemiallisia tekijöitä, potilaan henkisiä ja biomekaanisia kuormitustekijöitä, kivun ja aktiivisuuden vaihtelua ja yleistä toimintakykyä. (Koho 2006, 293.) Hoitosuunnitelma ja tavoitteet luodaan yhdessä potilaan kanssa. Oirekuvan huolellinen selvittäminen on tärkeää, sillä terapia kohdennetaan oireiden mukaisesti. Potilaan on hyvä olla aktiivisesti mukana terapian suunnittelussa, jolloin hänen on helpompi sitoutua siihen. (Helin & Rantala 2000, 266.)

Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu kosketusherkkyuden vähentäminen muun muassa vaihtolämpökylvyin, hieronnan, paineen, vibraation ja kuivaharjauksen avulla. Samalla edistetään normaalin tuntoaistin palautumista. Nivelten mobilisaatio aloitetaan varovaisesti kivuttomalla liikeradalla. Lisäksi ohjataan lepoasennot ja määritellään yksilöllinen raskustaso. (Hupli ym. 2007, 4; Geertzen & Harden 2007, 58.)

2. vaihe

Toisessa vaiheessa aloitetaan aktiiviset lihasharjoitteet, mahdollinen allasterapia ja sähköstimulaatio. Aktiiviset liikeharjoitukset tulisi aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja niiden tulisi olla kivuttomia. Harjoitusten tarkoituksena on vähentää pelkoa, joka liittyy raajan käyttämiseen. Toisaalta joidenkin lähteiden mukaan kuntoutumisen edetessä tietty määrä kipua harjoittelun aikana sal-

litaan. (Hupli ym. 2007, 4–5.) Tunnetuin sähköhoitomuoto on *transkutaaninen hermostimulaatio*, TNS. Kaikki CRPS-potilaat eivät kuitenkaan siedä sähköhoitoa. Mikäli TNS:lla saadaan hyvä hoitotulos, asiakkaalle kannattaa hankkia mukana kannettava TNS-hoitolaite, jota voi käyttää kotona. Termiset hoidot (kylmä- ja lämpöhoidot) saattavat joillakin potilailla auttaa oireisiin, toisilla taas lisätä niitä. Kylmähoidot vähentävät lihaskouristuksia ennen liikeharjoituksia ja voivat muutenkin rauhoittaa kipeää raajaa. Lämpöhoidoilla voidaan saada aikaa rentoutuminen, mutta kivun ja turvotuksen lisääntymistä ei sallita. (Helin & Rantala 2000, 266; Vastamäki 2002, 5179.) Joillakin CRPS-potilailla voidaan käyttää kivunhoitoon myös akupunktiota (Hupli ym. 2007, 4). Turvotus on yleinen ongelma CRPS -kädessä, ja lisääntyy, kun potilas ei kivun vuoksi halua liikuttaa raajaa. Turvotus lisää käden jäykistymistä. Turvotusta voidaan hoitaa lymfaterapialla, joka aktivoi imunestekiertoa. Lymfaterapiassa turvonneelta alueelta siirretään nestettä pois pumppaavin liikkein. Lymfaterapia auttaa usein myös potilaiden rentoutumiseen sekä vähentää kipua ja ahdistusta. Elastista hihaa tai painehansikasta tulisi käyttää lymfahoidon vaikutuksen lisäämiseksi. (Helin & Rantala 2000, 266.)

3. vaihe

Fysioterapian *kolmannessa vaiheessa* lisätään CRPS-raajan kuormitusta vähitellen. Aktiivinen liiketerapia ja mobilisaatio vähentävät nekin turvotusta ja parantavat kudoksen aineenvaihduntaa. Liiketerapiaan kuuluu koko yläkehon kokonaisvaltainen harjoittelu sekä kevyt aerobinen voimistelu ja yleiskunnon kohottaminen. Myös tasapainoharjoittelun määrää lisätään. Lihasten voimaharjoittelua ei aloiteta ennen kuin kipu ja turvotus sallivat. Passiivisessa nivelten mobilisaatiossa on syytä olla varovainen, etteivät potilaan oireet ja kipu lisäänty. (Helin & Rantala 2000, 266.)

4. vaihe

Itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, kiputilan lievittyminen ja hyväksytyminen ovat kipupotilaan hoidon tärkeimpiä tavoitteita. Fysioterapian *neljäs vaihe* tähtää toiminnalliseen toipumiseen ja siihen, että kipuraajaa pystyisi käyt-

tämään. Potilasta aktivoidaan palaamaan takaisin normaaleihin aktiviteetteihin, mahdollisin muutoksin. (Hupli ym. 2007, 5.) Fysioterapeutin tehtävänä on opettaa potilaalle harjoituksia, joita tämä jatkaa itsenäisesti kotonaan. Potilasta kannustetaan onnistuneista suorituksista ja rohkaistaan jatkamaan. Onnistuneet suoritukset ja edistyminen vaativat aikaa ja pitkäjännitteisyyttä. (Kalso & Vainio 2004, 200.)

Kun kipu on jatkuvaa, eikä loppua sille ole näkyvissä, on ensiarvoisen tärkeää myöntää ongelman olemassaolo. Osa pitkäaikaisista kipupotilaista on saattanut kulkea jo kauan asiantuntijalta toiselle, ja on kokeillut kaiken mahdollisen kivusta eroon pääsemiseksi. Näillä potilailla koko muu elämä on voinut pysähtyä heidän odottaessaan, että löytyisi joku, joka voisi parantaa heidät. Vastuunotto omasta elämästä ja ensimmäinen askel muutosta kohti tarkoittaa, että kipupotilas pyrkii luomaan itselleen hyödyllisiä ajatusmalleja ja toimintatapoja. (Vainio 2004, 102–103.)

Kivun hallinnalla (englanninkielisissä teksteissä sana *coping* = *selviytyminen, toimeentuleminen*) tarkoitetaan niitä keinoja, joilla pyritään tunnistamaan, hallitsemaan ja pääsemään yli kivun aiheuttamasta stressireaktiosta. Kivun hallinnan opettelu ja aktiivinen harjoittelu saattavat vähentää kipuja, mutta harvoin poistaa niitä kokonaan. Sen sijaan kivun hallintakeinot vähentävät tutkitusti kipuärsykkeisiin, tunteisiin ja muuttuneisiin elintoimintoihin liittyvää pelkoa ja uhkan tunnetta. Vähentynyt pelon ja uhkan tunne vähentää edelleen kehon sympaattisen hermoston, umpirauhasten ja motoriikan yliaktiivisuutta. (Butler & Moseley 2003, 102, 111.) Aktiivisia selviytymiskeinoja tai -strategioita kivun hallintaan ovat muun muassa tietämyksen lisääminen, kivun ymmärtäminen sekä myönteinen asennoituminen. Kipupäiväkirjan pitäminen on hyvä apu arvioimaan kivun esiintymistä, voimakkuutta ja kipua pahentavia sekä helpottavia tekijöitä. (Butler & Moseley 2003, 108; Vainio 2004, 104–105.)

Tavoitteiden asettaminen ja suunnitelmien tekeminen on eräs tapa saada elämään järjestystä ja menestymisen kokemuksia. Elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseksi kipupotilaan kannattaisi sisällyttää arkeensa mielihyvää tuottavia asioita. Hengitystekniikan opettelu ja muut rentoutusharjoitukset kuuluvat

olennaisena osana kroonisen kipupotilaan fysioterapiaan ja kotiharjoitteluun. Rentoutumisharjoituksilla pyritään vaikuttamaan pitkäaikaisen stressin aiheuttamiin oireisiin ja parempaan selviytymiseen tulevilla stressitilanteissa. (Butler & Moseley 2003, 102; Vainio 2004, 107, 111, 133.)

On kipupotilaita, jotka vähitellen luopuvat kaikesta toiminnallisuudestaan kivun vuoksi. Näitä potilaita tulee kannustaa päivittäisiin aktiviteetteihin, sillä sopivasti annosteltuna liike ja aktiivisuus ovat hyödyllisiä kaikille kudoksille ja elintoiminnoille: pehmytkudoksille, hengitys- ja verenkiertoelimistölle, hermostolle ja hormonitoiminnalle. Pitkään jatkunut kipu kuitenkin muuttaa liikunnasta saatavia vasteita, ja näin ollen hyvää tarkoittava rasitus voikin lisätä kipua. On mahdollista, että potilas innostuu tekemään enemmän päivinä, jolloin kipu on lievempää. Usein tästä on seurauksena kivun pahentuminen, ja potilaan on pakko vetäytyä lepäämään. Kivun pahentumisen lisäksi potilaat voivat kokea turhautumista, ja että tehty suoritus on mennyt hukkaan. Näiden potilaiden on tärkeää oppia etenemään aktiivisuuden lisäämisessä pienin askelin. Omat voimavarat opetellaan tiedostamaan, ja päivittäiset työt ja toiminnot suhteutetaan niihin. Taukoja lisätään ja toimintaa jaksotetaan. Myös oman ajankäytön havainnollistaminen aikaympyrä-piirroksella voi auttaa päiväohjelman rytmittämisessä. Ajankäytön havainnollistaminen voi lisäksi auttaa kipupotilasta oivaltamaan, mitkä asiat päiväohjelmassa nostavat mielialaa ja mitkä puolestaan alentavat ja kuluttavat voimavaroja. (Butler & Moseley 2003, 108,110,114; Kalso & Vainio 2004, 200; Vainio 2004, 122–126.)

Taulukko 2. CRPS-potilaan fysioterapia.

FYSIOTERAPIAN TOTEUTUMINEN	MITÄ TAPAHTUU?
1. VAIHE	<ul style="list-style-type: none"> • Alkutilanne-arvio • Kosketusherkkyyden vähentäminen (vaihtokylvyt, hieronta, tuntoaisti-harjoitteet) • Varovainen mobilisaatio • Suoja- ja lepoasentojen ohjaaminen • Yksilöllinen rasiustaso
2. VAIHE	<ul style="list-style-type: none"> • Yksilöllisen harjoitusohjelman laatiminen • Sähkökipuhoito (TNS), allasterapia, lymfaterapia • Apuvälineiden tarve (painehansikas ym.) • Raajan hahmottamisen harjoittelu kuvin, mielikuvin ja peiliterapian avulla (voi kuulua myös toimintaterapeutin tehtävänkuvaukseen)
3. VAIHE	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiivista liiketerapiaa lisätään, tasapainoharjoittelu • Itsenäiseen harjoitteluun valmistautuminen
4. VAIHE	<ul style="list-style-type: none"> • Itsenäinen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, kiputilan lievittyminen ja oireiden hyväksyminen • Stressin ja kivun hallinnan lisääntyminen • Läheisten ohjaaminen (koko prosessin ajan)

Kipupotilaan lähiomaiset

Vaikeaa kipua sairastavan läheisillä voi olla omia, eriäviä käsityksiä potilaasta, tämän kivusta ja terapiasta. Siksi on tärkeää, että terapiaprosessin aikana annetaan myös läheisille tietoa kipuoireyhtymästä. Perhe on usein kipupotilaan läheisin ja tärkein tuki tavoitteiden saavuttamisessa. (Kalso & Vainio 2004 201.) Perheenjäsenen vaikea sairaus tai ongelma vaikuttaa tavallisesti koko perheeseen. Krooniseen kipuun liittyy aina myös negatiivisia tunteita, mielialan vaihtelua, pelkoa ja ahdistusta, jotka edelleen heijastuvat parisuhteeseen ja muihin läheisiin ihmissuhteisiin. Perheenjäsenen, esimerkiksi puolison sairastuminen aiheuttaa rajoituksia ja toimintakyvyn alenemista sairastuneen elämässä, ja voi

saada kumppanin turhautumaan ja jopa vihaiseksi. Negatiivisista tuntemuksista voidaan kokea syyllisyyttä ja niitä peitellään. Tällä tavoin aviopuolisoiden tai koko perheen keskinäiset vuorovaikutustavat vaikeutuvat, ja koko tilanne tulee entistä hankalammaksi. Perheterapia eri lähestymistapoineen voi antaa ongelmiin ratkaisumahdollisuuksia. (Kalso & Vainio 2004, 198.)

CRPS ja toimintaterapia

Toimintaterapia tähtää samoihin asioihin kuin fysioterapia. Menetelminä käytetään potilaalle mielekkäitä toimintoja ja tehtäviä, kuten ruuanvalmistusta, pelejä ja käsitöitä. Potilaan motivaatio yritetään saada näin heräämään ja tavoitteena on saada potilas käyttämään CRPS-raajaansa mahdollisimman normaalisti. (Hupli ym. 2007, 5.) Toimintaterapiassa tehdään myös apuvälinetarpeen arviointi. Apuvälineiden tarkoituksena on mahdollistaa toimintaa ja lisätä potilaan omatoimisuutta, mutta vaikuttaa myös kipuun sekä turvotukseen esimerkiksi painehansikkaan tai lepolastan avulla. (Hupli ym. 2007, 5; Geertzen & Harden 2007, 59.)

CRPS-potilaan toimintaterapia pitää sisällään runsaasti iho-, asento- ja liiketunnon harjoituksia. *Karaisuharjoituksilla* pyritään vähitellen normalisoimaan herkistynyttä ihotuntoa. Käden terapiassa voidaan käyttää myös *vehnäterapiaa*, jossa käsi upotetaan kuorittuja vehnänjyviä sisältävään astiaan. Vehnäastiassa voidaan tehdä liikeharjoituksia tai vain rentouttaa kättä. Vehnänjyvät antavat ihotunnolle aistimuksia, mutta samalla jyvien aiheuttama paine voi vähentää turvotusta. *Peiliterapia* on hyvä vaihtoehto erilaisiin käsi- ja oteharjoituksiin sekä karaisuharjoituksiin. Peiliterapiassa käytetään hyväksi onttoa suorakulmion muotoista laatikkoa, jonka pitkällä sivulla on peili. Peililaatikko asetetaan pöydälle ja potilas laittaa kuntoutettavan raajan peililaatikon sisään. Terveellä raajalla tehdään liikkeitä, joita potilas katsoo peilistä koko suorituksen ajan. Samaa liikettä tehdään useita kertoja, ja kun tilanne sallii, potilas alkaa tehdä liikkeitä myös kuntoutettavalla kädellä peililaatikon sisällä. (Hupli ym. 2007, 6.)

3 POTILASOHJAUS FYSIOTERAPIAN MENETELMÄNÄ

Potilaan asemaa ja oikeuksia käsittelevän lain toisessa luvussa käsitellään potilaan tiedonsaantioikeutta. Laki velvoittaa, että potilaalle annetaan tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä merkittävistä asioista. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa tietoa siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Sisällön tulkitsemiseen tulee turvautua siinä tapauksessa, jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi. (L 785/1992.)

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta ovat tärkeä osa fysioterapeutin ammatillista toimintaa ja potilaan hoitoa. Fysioterapeuttinen ohjaus on luonteeltaan terveyttä edistävää, ja sen tarkoituksena on antaa tietoa, vaikuttaa potilaan aikaisempiin käsityksiin ja tottumuksiin, sekä parantaa potilaan elämänhallintaa. Ohjauksen menetelminä voidaan pitää suullista, kirjallista, visuaalista ja manuaalista ohjausta. Havainnoinnin avulla etenkin suullista ohjausta voidaan parantaa ja usein eri ohjausmenetelmiä käytetäänkin yhdessä. (Talvitie ym. 2006, 178, 180–181.) *Ohjaus*-käsite liitetään usein ammatilliseen hoito- tai opetustapahtumaan, ja ohjausta käytetään tilanteissa, joissa pyritään keskustelemaan tavoitteellisesti potilaan terveydentilaan liittyvistä asioista. Ohjausta voidaan pitää tavoitteellisena ongelmanratkaisuna, johon liittyvät potilaan omat kokemukset ja niistä oppiminen. Hyvin onnistuneella ohjauksella voi olla vaikutusta potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sen edistämiseen, mutta sillä on myös kansantaloudellinen merkitys. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.)

Nykyään painotetaan asiakaslähtöistä potilasohjausta, jossa asiakkaan omat kokemukset ja näkemykset huomioidaan, mutta jossa potilas on aktiivinen toimija omassa hoitoprosessissaan. Ohjauksessa tulisi näkyä myös jaettu asiantuntijuus, jolloin potilas ja terapeutti ovat tasavertaisia. Ohjauksen tavoitteena on lisätä asiakkaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.)

3.1 Kirjallinen materiaali osana potilasohjausta

Kirjallinen potilasohje ei korvaa henkilökohtaista vuorovaikutusta, mutta tuo usein välttämättömän täydennyksen laadukkaaseen potilasohjaukseen. Nykyään potilaat ovat yhä kiinnostuneempia terveydentilastaan ja haluavat saada tietoa ja neuvontaa. Toisaalta potilailta odotetaan entistä suurempaa oma-toimisuutta ja vastuuntuntoa omasta terveyden- ja sairaudenhoidostaan. Potilasohjeen tehtävänä on antaa vastauksia potilaan kysymyksiin, mutta myös kutsua potilasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon ja itsensä hoitamiseen. (Torkkola ym. 2002, 7–10, 12, 15, 23–24.) Potilaan voimavaroja on mahdollista lisätä kirjallisen ohjeen avulla monesta eri **näkökulmasta** tarkasteltuna. Esimerkiksi **bio-fysiologinen näkökulma** pyrkii löytämään ratkaisuja sairauden hoidosta aiheutuneeseen uupumukseen, pahoinvointiin tai kipuun. Pelkojen tunnistaminen ja aikaisempien kokemusten hyödyntäminen (**kokemuksellinen näkökulma**) kuuluu yhteen edellisen näkökulman kanssa. **Toiminnallisesta näkökulmasta** katsottuna ohjauksessa tulisi huomioida liikkuminen ja apuvälinepalvelut sekä lisätä potilaan ja omaisten tietoutta sairaudesta ja sen aiheuttamista oireista (**tiedollinen sekä sosiaalisyhteisöllinen näkökulma**). Kirjallisessa potilasohjeessa tulisi huomioida tarpeen mukaan myös potilaan oikeudet ja velvollisuudet (**eettinen näkökulma**) sekä potilaan etuisuus- ja palvelumahdollisuudet (**taloudellinen näkökulma**). (Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi 2005, 218.)

Hyvän potilasohjeen sisältö

Hyvä potilasohje etenee juoneltaan loogisesti ja kerrottavat asiat on asetettu tärkeysjärjestykseen potilaan näkökulmasta katsoen. Potilasohjeen opetuksellisuutta voidaan tarkastella arvioimalla, mihin kysymyksiin ohjeistus antaa vastauksia. Hyvällä potilasohjeella tuleekin olla konkreettinen terveystavoite, joka ohjaa sisällön muodostumista. Potilaan tulee ymmärtää potilasohjauksen sanoma ja sen yhteys omaan tilanteeseensa. Potilasohjeesta tulee käydä ilmi ohjeen kohderyhmä eli kenelle ohje on tarkoitettu. (Parkkunen, Vertio, Koskinen-Ollonquist 2001, 11; Salanterä ym. 2005, 219.)

Potilasohjeessa olevan tiedon tulee olla virheetöntä ja ajan tasalla olevaa. Ohjetta lukevan tulee voida luottaa siihen, että ohjeen sisältö perustuu tutkittuun tietoon. Tutkimuksen perusteella ohjetta lukevan näkemykseen tiedon oikeellisuudesta vaikuttaa ohjeen sisällöntuottajien nimien, koulutustason ja kokemuksen tuominen esille. Myös lähdetietojen merkitseminen ohjeeseen lisää sen luotettavuusarvoa. Potilasohjeessa tulee näkyä myös ohjeen päivitystiedot, joilla voidaan kertoa ohjeen tai aineiston ajantasaisuudesta. (Parkkunen ym. 2001, 12.) Potilasohjeen pituudesta ei ole olemassa suositusta, mutta usein lyhyt, helppolukuinen teksti on parempi kuin liian pitkä. Asiaankuulumaton informaatio kannattaa karsia pois ja keskittyä vain siihen tietoon, joka on vastaanottajalle sillä hetkellä olennaisinta. Potilasohjeen loppuun voi liittää luettelon aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta, jotta potilas halutessaan saa aiheesta lisätietoa. (Hyvärinen 2005, 1773; Parkkunen ym. 2001, 12.)

Kirjallisen potilasohjeen täytyy kunnioittaa kohderyhmäänsä kuuluvia. Asiasisältö laaditaan siten, ettei se loukkaa ketään eikä ole liian yleistävää. Vaikka sisällön tuleekin olla yksiselitteistä, potilaita ei pidä aliarvioida. Sisällön suhteen olisikin hyvä esitellä kirjallista potilasohjetta kohderyhmään kuuluvalla. On osoitettu, että terveysaineistojen tai ohjeistusten laatijoiden ja vastaanottajien käsitykset hyvästä aineistosta eroavat toisistaan. Esitetauksen avulla on mahdollista selvittää, kuinka hyvin tuotettava potilasopas tai -ohjeistus vastaa kohderyhmän tarpeita. Testauksesta saatavilla tuloksilla voidaan näin ollen vaikuttaa oppaan tai ohjeen lopulliseen asiasisältöön ja rakenteeseen. (Parkkunen ym. 2001, 19.)

Kieliasu ja tekstin rakenne

Pääotsikko ja väliotsikot kertovat käsiteltävistä asioista, jotka nivoutuvat toisiinsa johdonmukaisesti. Kappalejaolla voidaan liittää yhteenkuuluvat asiat kokonaisuudeksi. Myös luettelmia, joiden kohdat on eritelty toisistaan palloilla, tähdillä tai luettelmaviivoilla, voidaan käyttää. Liian pitkät luettelmat voivat tosin tehdä tekstistä raskaan, joten on hyvä pohtia, mitä tärkeimpiä asioita haluaa korostaa luettelmien avulla. Potilasohje tulee laatia potilasta ajatellen, jolloin tekstin tulee

olla selkeää yleiskieltä ja lauseiden kertalukemalla ymmärrettäviä. Liian pitkät virkkeet voivat tuoda ongelmia, sillä liian pitkä virke on yleensä rakenteeltaan mutkikas. Lukija voi joutua palaamaan virkkeen lopussa takaisin alkuun ja tarkastamaan, mitkä asiat kuuluvat yhteen. Vierasperäistä tai lääketieteellistä ammattisanastoa potilasohjeissa välttää, mutta jos se ei ole mahdollista, niin hankalat ilmaukset selvitetään. (Hyvärinen 2005, 1769, 1771–1772.)

Potilasohjeessa annetut ohjeet ja neuvot on tärkeä muistaa perustella. Potilaalle oman hyödyn kautta perusteleminen voi olla palkitsevinta: mitä iloa hänelle koituu ohjeiden noudattamisesta? Kun potilasta halutaan opastaa selvästi, verbeistä kannattaa käyttää aktiivi-muotoa. Tällöin tulee selväksi, että potilas itse on aktiivinen toimija, ja ohje kohdistuu juuri häneen. (Hyvärinen 2005, 1770.) Myös potilaan lähiomaisten huomiointi potilasohjauksessa tai lähiomaisille suunnattu oma ohjausmateriaali on osoittautunut tärkeäksi hoidon onnistumisen kannalta. Toisaalta jotkut potilaat eivät pidä omaisten ohjauksen puuttumisesta merkittävänä potilasohjauksen onnistumisen kannalta. (Salanterä ym. 2005, 219–220.)

Potilasohjeen ulkoasu

Valmiin potilasohjeen viimeistelyyn kannattaa jättää riittävästi aikaa ennen julkaisemista. Oikeinkirjoitus tulee tarkastaa, ja teksti olisi hyvä antaa luettavaksi jollekin ulkopuoliselle henkilölle. Näin tavanomaisemmat virheet, kuten väli-merkkivirheet ja kirjoitusvirheet, saadaan luultavasti karsittua. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla ulkoasultaan siisti ja tekstiltään virheetön. Myös käytetty kirjasintyyppi ja kirjasimen koko vaikuttavat olennaisesti luettavuuteen. (Salanterä ym. 2005, 219.) Näkövammaisten keskusliitto suosittelee, että terveysaineistoissa kirjasinkoko olisi vähintään 14. Suuret kirjaimet helpottavat etenkin vanhuksia heidän lukiessaan tekstiä. Kirjasintyypiksi suositellaan selkeää ja yksinkertaista kirjasintyyppiä. Lihavointia ja kursivointia käytetään lähinnä otsikoiden tehostekeinoina. Kuviot ja piirrookset täydentävät potilasohjeen opetuksellista sisältöä erinomaisesti. Kuvan käyttö tekstin yhteydessä voi parantaa sisällön muistamista. Havainnollistamisen lisäksi kuvilla ja taulukoilla voidaan herättää lukijan huomiota ja vaikuttaa aineiston yleiseen kiinnostavuuteen. Kuvien käyt-

töä tulee kuitenkin harkita tarkasti, sillä niiden tulee tukea aineistoa ja sopia sen yleisilmeeseen. (Parkkunen ym. 2001, 18.)

3.2 Potilasohje CRPS-potilaan tukena

CRPS-potilaille on tyypillistä, että jatkuva kova kipu heikentää kaikkia toimintakyvyn osa-alueita ja aiheuttaa huolta, turhautumista ja pelkoa. Fysioterapeuttisella ohjauksella ja neuvonnalla autetaan potilasta ymmärtämään kipuaan ja hallitsemaan kipua aiheuttavia tekijöitä. (Koho 2006, 293.)

Potilasohjaus kuuluu olennaisena osana laadukkaaseen kivun hoitoon. Kipupotilaat, jotka ovat saaneet tietoa kivusta ja sairaudestaan, hoidoista ja sen tavoitteista, ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon. Yleisesti monien potilasryhmien ohjaus sairaaloissa on epäjärjestelmällistä. Etenkin potilaiden ikääntyminen ja toimenpideaikojen lyheneminen aiheuttavat haasteita potilaiden ohjaukselle. Laadukas potilasohjaus edellyttääkin hoitohenkilökunnalta uudenlaisia valmiuksia: potilaiden oppimisvalmiuksien tunnistamista, oppimisteorioiden tuntemista, asiakaslähtöisten ohjausmenetelmien hallintaa sekä näyttöön perustuvaa, ajan tasalla olevaa hoitotyön sisällöllistä osaamista. (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010, 11.) Potilasohjauksen päämääränä on antaa potilaalle tietoa, jonka avulla hän pystyy jäsentämään ajatteluaan, toimintojaan ja tunteitaan. Tiedon ja ymmärryksen lisääntymisen myötä potilas pystyy itsenäisesti tekemään päätöksiä kipuunsa ja hoitoihin liittyen sekä ohjaamaan omaa toimintaansa. Potilasohjauksen tavoitteena on potilaan voimavarojen lisääntyminen. (Salanterä 2008, 42.)

Ohjauksen tulisi olla sisällöltään monipuolista ja tarjota potilaalle muutakin kuin tietoa kivusta ja kipulääkkeistä. Potilaat tarvitsevat tietoa siitä, millaisia vaikutuksia kivulla on heidän elimistöönsä ja miten keho reagoi kipuun ja kivunhoidon menetelmiin. Myös ohjaaminen kipua lieventävistä tekijöistä, toiminnoista ja kipuun liittyvien tunteiden käsittelystä auttavat potilasta kivun hallinnassa ja päivittäisessä selviytymisessä. Ohjauksessa on hyvä huomioida kipupotilaan läheiset ja kivun sosiaaliset merkitykset. Usein potilas ja hänen omaisensa tarvitsevat

tietoa potilasoikeuksista ja vastuista sekä hoitojärjestelmästä. (Salanterä 2008, 42.)

Tutkimusten mukaan potilaat odottavat saavansa tietoa enemmän kuin todellisuudessa saavat. Etenkin oppaisiin ja ohjeisiin potilaat toivoisivat lisää tietoa kivun ja pahoinvoinnin hoidosta sekä toipumisesta. (Torkkola ym. 2002, 23–24.) Hoitohenkilökunnan ja terapeuttien tulisikin varmistua, että heidän sanomansa tavoittaa potilaan. Myös potilaalta vaaditaan motivaatiota, jotta tiedosta tulisi ymmärryksen myötä osa toimintaa. Kirjallinen potilasohje tai esimerkiksi hyvin suunniteltu internetissä oleva terveystieteiden materiaali auttaa potilasta tiedonjäsennyksessä ja saatujen ohjeiden muistamisessa. On mahdollista, että esimerkiksi fysioterapeutin vastaanotolla käydessään kivusta kärsivän keskittymiskyky on heikentynyt ja suullisesti annettuja ohjeita voi olla hankala muistaa myöhemmin. Kirjallisena olevaan materiaaliin voi aina palata uudelleen. Etenkin internetin myötä potilaat voivat ohjautua myös muille tietolähteille, jotka saattavat olla ristiriidassa hoitohenkilökunnalta saadun informaation kanssa. On tärkeää, että potilas ymmärtää eri tietolähteiden välisen luotettavuuden ja tiedon merkityksen. Hoitava henkilökunta on vastuullinen oikaisemaan syntyneitä virheellisiä käsityksiä. (Salanterä 2008, 42.)

Hyvän potilasohjeen tunnusmerkkien lisäksi kivunhoito-ohjeen tulee kuvata hoitoa, tavoitteita ja seuranta selkeästi. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas tarvitsee sairautensa alkuvaiheessa paljon käytännön faktatietoa itse kivusta ja hoitomenetelmistä, mutta myöhemmin yhä enemmän tietoa ja tukea arkielämästään selviämiseen. On tärkeää saada potilas ymmärtämään ja hyväksymään, että kipua ei välttämättä saada kokonaan pois, vaan potilaan on opittava elämään sen kanssa. Kivunhallinnan edistyessä ohjaukseen tulee liittyä potilaan tulevaisuuden suunnitteleminen sekä henkisen jaksamisen tukeminen. (Salanterä 2008, 43.)

Perehtyessäni CRPS-aiheeseen ja potilasohjaukseen löysin toisen opinnäytetyönä tehdyn potilasohjeen. Tämä ohje CRPS-potilaille on tehty Jyväskylän ammattikorkeakoulussa, hoitotyön koulutusohjelmassa vuonna 2009. Opinnäytetyön toimeksiantajana on ollut Keski-Suomen keskussairaalan kipupoliklinik-

ka. Omani ja tämän aikaisemmin tehdyn opinnäytetyön teoreettisessa viitekehksessä on paljon yhteisiä piirteitä, kuten kroonisen kivun kuvaaminen ja CRPS-kipuoireyhtymän selvittäminen kipupotilaalle. Kuitenkin näkökulma eroaa, koska opinnäytetyöt edustavat eri koulutusohjelmia ja työt on tehty eri toimeksiantajille. Muita CRPS-kiputilaa käsitteleviä hoito-oppaita tai potilaille tarkoitettuja suomen- tai englanninkielisiä materiaaleja en löytänyt tiedonhakuja tehdessäni. Myöhemmin syksyllä käydessäni ohjauksessa toimeksiantajan luona sain tiedon Suomen Kipu Ry:n hiljattain julkaisemasta CRPS-oppaasta, joka on tarkoitettu sekä terveydenhuollon ammattilaisille että potilaille. (Suomen Kipu Ry 2011.)

Kaksi lyhyellä aikavälillä ja vastoitain tehtyä potilasohjetta osoittavat, että CRPS-kipuoireyhtymässä on kyse vakavasta sairaudesta, jonka varhainen hoidon aloitus on ensiarvoisen tärkeää. Myös monet löytämäni tutkimukset CRPS:sta on julkaistu viime vuosina ja vahvistavat, että CRPS on tutkimuksen kohteena ajankohtainen. CRPS:n diagnostiikka on parantunut, ja se osataan erotella muista kiputiloista entistä paremmin.

4 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyö-tehtäväni on suunnitella ja tehdä potilasopas CRPS-kipuoireyhtymää sairastaville fysioterapian poliklinikan käyttöön. Opinnäytetyöni aihe syntyi ollessani työharjoittelujaksolla fysioterapian poliklinikalla Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä. Halusin tehdä opinnäytetyön, jonka teemana olisi CRPS-potilaiden fysioterapia. Tiedustelin ohjaavalta fysioterapeutilta, olisiko aihetta, josta olisi käytännön hyötyä CRPS-potilaiden fysioterapiaan. Fysioterapeuttiselle potilasoppaalle ilmeni käytännön tarve, ja ohjeistuksen tarkoituksena onkin edistää ja parantaa CRPS-potilaiden fysioterapeuttista ohjausta ja neuvontaa asiakaslähtöisesti. Potilasoppaan tavoitteena on antaa tietoa CRPS-kipuoireyhtymästä, kivun hallinnan menetelmistä, sekä tukea ja kannustaa CRPS-potilaita, jotta nämä voisivat selviytyä arjestaan kivun kanssa mahdollisimman hyvin.

5 TOTEUTUS

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on ammatilliseen käytäntöön suunnitellun ohjeen, ohjeistuksen, oppaan laatiminen, tai esimerkiksi jonkin tapahtuman tai tilaisuuden järjestäminen. Toteutusmenetelmänä voi olla kohderyhmästä riippuen kirja, kansio, vihko, opas, cd-levy, dvd-levy, portfolio, kotisivut tai vaikkapa näyttely. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tulee yhdistyä käytännön toteutus ja raportointi tutkimusviestinnän mukaisesti. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen ja käytännönläheinen, mutta oman alan tieto- ja taitotason sekä tutkimustyön tekemisen hallintaa osoittava. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-10.)

Toiminnallinen opinnäytetyö alkaa aihesuunnitelman tekemisellä. Hyvä aihe nousee esiin koulutusohjelman opinnoista, mutta aiheen avulla on mahdollista luoda uusia yhteyksiä työelämään tai vahvistaa jo olemassa olevia kytköksiä esimerkiksi harjoittelupaikkoihin. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on suositeltavaa löytää työlle toimeksiantaja. Toimeksiannetun opinnäytetyön avulla voi tuoda omaa osaamistaan laajemmin esille ja luoda kontakteja työelämään. Myös vastuuntunto työstä lisääntyy, kun sillä on selkeä päämäärä tai työelämälähtöinen tarkoitus ja aikataulutus. Toisaalta toimeksiannettu opinnäytetyö saattaa laajeta työmäärältään suuremmaksi kuin ammattikorkeakoulun tavoitteet ja opintopistemäärät edellyttäisivät. Tällöin on hyvä pohtia ennakkoon omia voimavarojaan ja tiedostaa jo ideointivaiheessa mahdollinen työn laajentuminen odotettua suuremmaksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–18.)

Aihesuunnitelmaa tehdessä on tärkeää pohtia opinnäytetyön kohderyhmä ja sen rajautuminen. Kohderyhmä tulee määritellä mahdollisimman täsmällisesti, sillä valmiin tuotteen sisältö määräytyy sen mukaan, kenelle tuote on suunniteltu. Kohderyhmän määrittämistä voi siis hyödyntää paitsi opinnäytetyön rajaamisessa, myös työn kokonaisarviointissa. Opinnäytetyönä tehdyn tuotteen käytettävyys voidaan testata kohderyhmällä ja saada palautetta toimivuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–40.)

Opinnäytetyön toimintasuunnitelman tarkoitus on jäsentää se, mitä tehdään, miten tehdään ja miksi tehdään. Opinnäytetyöidean ja tavoitteiden tulee siis olla tiedostettuja, perusteltuja ja johdonmukaisesti päätettyjä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 26.) Opinnäytetyöni toteutusta kuvaavassa luvussa esittelen toimintaympäristön ja kohderyhmän, lähtötilanteen kartoituksen sekä työskentelyn kuvauksen ja toiminnan analyysin.

5.1 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Opinnäytetyöni kohderyhmä on keskussairaalaan fysioterapian poliklinikalle hoitoon tulevat tai hoidossa jo olevat CRPS-potilaat. Keskussairaala on osa Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymää. Kuntayhtymään kuuluu 15 jäsenkuntaa, joissa on yhteensä noin 170 000 asukasta. Keskussairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon ja sosiaalialan palveluja, joita käyttää vuosittain noin 60 000 pohjoiskarjalaista. Valtaosa potilaista tulee tutkimuksiin alueen 15 terveyskeskuksesta. Keskussairaalassa toimii kaksikymmentä erikoissairaanhoidon poliklinikkaa. Lisäksi kuntayhtymä tuottaa vammaisalan asiakkaille ja heidän perheilleen palveluja Liperissä sijaitsevassa Honkalampikeskuksessa. Psykiatrisen hoidon palvelut tuotetaan psykiatrian yksikössä, Paimholassa. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä työllistää arvion mukaan noin 2900 henkilöä. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito – ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2011a.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toiminta-ajatuksena on olla yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa osa kehittyvää suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoa. Kuntayhtymä järjestää väestön tarpeisiin perustuvia, korkeatasoisia terveydenhuollon ja kehitysvammahuollon palveluja. Sairaanhoidossa ennaltaehkäisevän toiminnan merkitys korostuu. Toiminnan perustana on monipuolisesti osaava ja hyvinvoiva henkilöstö, kehittyvät toimintamallit sekä teknologian tehokas hyödyntäminen. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito – ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä 2011b.)

5.2 CRPS-potilaan hoitopolku PKSSK:ssä

Uudet CRPS-kipuoireyhtymäepäilyt saapuvat läheteellä tai konsultaatiopyynnöllä keskussairaalan fysiatrian poliklinikalle, jossa alkaa potilaan kuntoutustarpeen arviointi ja kuntoutuksen tavoitteiden määrittäminen. Fysiatrian poliklinikalla CRPS-potilaalle kirjoitetaan lähetteet fysioterapiaan, toimintaterapiaan, apuvälinepalveluihin ja sosiaalityöntekijälle sekä aloitetaan sairausloma ja lääkitykset. Fysiatrian poliklinikka tekee yhteistyötä kipupoliklinikan kanssa, jonne CRPS-potilas ohjataan tarvittaessa. Myös erikoiskonsultaatioiden tarve esimerkiksi Kuopion Yliopistolliseen sairaalaan tai yleissairaalapsykiatrian poliklinikalle kartoitetaan. CRPS-potilaiden hoito on aina moniammatillista, ja siihen osallistuvat yleensä toimintaterapeutti, fysioterapeutti, fysiatri sekä kipupoliklinikalla lääkäri, kipusairaanhoitaja ja kipupsykologi. (Fysiatrian poliklinikka 2010.)

Fysiatrian poliklinikalta saamieni tietojen mukaan uusia CRPS-potilaita ilmenee vuosittain noin 20-30 tapausta. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän potilastietojärjestelmän uudistumisen myötä tarkkoja tilastotietoja potilasmääristä ei ole mahdollista saada kuluneilta vuosilta. Arvion mukaan yläraajassa CRPS:ää on hieman enemmän kuin alaraajassa esiintyvää, mutta tätä tietoa ei merkitä tilastoihin. Valtaosa potilaista on aikuisia, lapsipotilaita on vain muutama vuosittain. (Mönkkönen 2011.)

Fysiatrian poliklinikalta potilaiden lähetteet tulevat sähköisesti fysioterapian poliklinikalle, jossa työskentelee kuusi fysioterapeuttia. CRPS-potilaiden hoito on keskitetty neljälle heistä. Tavoitteena on järjestää CRPS-potilaan ensikäynti fysioterapiaan viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Joka viikko poliklinikan fysioterapeuteille on varattu akuuttiaikoja uusia CRPS-potilaita varten. Fysiatrian poliklinikalla CRPS-potilaille varataan suoraan viisi ensimmäistä fysioterapiakäyntiä, jotka ovat viikon välein. Jatkoajat fysioterapeutit määrittelevät itse. Potilaskohtaisesti neljäs tapaamiskerta voi olla yhteinen vastaanottoaika fysioterapeuteille ja toimintaterapeuteille. CRPS:n hoidossa hoitajaksot ovat pitkiä. Ne voivat kestää noin puolesta vuodesta puoleentoista vuoteen. (Fysiatrian poliklinikka 2010.)

Fysioterapian toteutus fysioterapian poliklinikalla

Fysioterapian tavoitteena on CRPS-potilaan kivun lievittyminen, sympaattisen hermoston yliaktiivisuuden vähentyminen, kivuliaan raajan hahmotuksen paraneminen ja sitä mukaa toimintakyvyn paraneminen. Ensimmäisellä fysioterapiakäynnillä fysioterapeutti tutkii potilaan ja tekee terapiasuunnitelman nykyisten CRPS-potilaan fysioterapiasuositusten mukaisesti. Kivun voimakkuuden arvioinnissa käytetään VAS-kipujanaa, ja raajan hahmotuksen korjaantumiseen hyödynnetään Recognize-ohjelmaa. Recognize-ohjelmassa potilaat harjoittelevat kipeän raajan ja terveen raajan erottelua ja hahmottamista kuvatehtävien avulla. (Fysioterapian poliklinikka 2010.)

Fysioterapian tärkeimpiä asioita on kipuoireyhtymän selvittäminen potilaalle. Potilasoppaan tarkoitus on tukea nimenomaan tätä tapahtumaa. Lisäksi fysioterapiassa ohjataan potilaalle yksilöllinen rasitustaso, suoja- ja lepoasennot, palleanhengitys ja rentoutuminen sekä muun muassa kahden pisteen erottelukyvyn harjoittelu, peiliterapian käyttö ja Recognize-ohjelman tai -korttien käyttö. Potilaat aloittavat Moseleyn kuuden viikon ohjelman, jossa määrättyjä terapeutteja harjoitteita tehdään päivittäin kello 8.00- 17.00 kerran tunnissa. Fysioterapia voi sisältää myös erilaisia fysikaalisia hoitoja (allasterapia, parafiinihoito, TNS -hoito) ja manuaalista terapiaa, jota toteutetaan potilaskohtaisesti. Myös potilaan omaiset saavat tulla mukaan fysioterapiakäynneille potilaan niin halutessa. Apuvälinetarpeen arviointi tehdään yhteistyössä toimintaterapeutin ja apuvälineyksikön kanssa. Lisäksi CRPS-potilailla on mahdollisuus osallistua vapaaehtoiseen kipuryhmään, joka on vertaistukea varten perustettu ryhmä. Kipuryhmä koostuu potilaista, ja kokoontumisia on noin kaksi kertaa kuukaudessa. Ryhmän toimintaa ohjaavat eri kivun hoidon asiantuntijat. (Fysioterapian poliklinikka 2010.)

Kuntoutumisen eteneminen

Kolmen viikon välein fysioterapeutit kokoontuvat palaveriin fysiatrian poliklinikan lääkäreiden kanssa. Palaverissa käsitellään CRPS-potilaan kuntoutumiseen liit-

tyviä asioita. Akuuteissa potilasasioissa fysioterapeutti konsultoi tarvittaessa lääkäriä suoraan puhelimitse. Menneillään olevien kipuhoidojen aikana lääkeasioissa konsultoidaan ensisijaisesti kipulääkäriä. Joidenkin CRPS-potilaiden kohdalla asioita voidaan käsitellä myös kiputyöryhmässä, johon osallistuu yleis-sairaalapsykiatrian, fysiatrian ja kipupoliklinikan henkilökuntaa. Kiputyöryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa. Fysioterapiaprosessi kirjataan koko ajalta sähköiseen sairaskertomukseen käytössä olevien ohjeiden mukaisesti. (Fysioterapian poliklinikka 2010.)

Jatkoterapian tarpeen arviointi ja terapian toteutus

Fysioterapeutti arvioi jatkofysioterapian tarpeen ja tarvittaessa potilas ohjataan oman paikkakunnan terveystieteiden keskuksen fysioterapiaan tai ohjattuihin ryhmiin. Jatkohoitopaikkaa informoidaan potilaan luvalla sähköisesti fysioterapiapalautteella tai puhelimitse. Terapiajakson päätyttyä potilaalla on yhteydenottomahdollisuus hoitaneeseen fysioterapeuttiin kahden kuukauden ajan saman ongelman takia. (Fysioterapian poliklinikka 2010.)

5.3 Toiminnan eteneminen ja työskentelyn kuvaus

Aloitin opinnäytetyöni kesäkuussa 2011. Varsinainen aihe suunnitelma hyväksyttiin jo toukokuussa 2010, jolloin tarkoitukseni oli tehdä teemahaastattelu CRPS-potilaiden fysioterapiakokemuksista. Teemahaastattelun toimeksianto kuitenkin epäonnistui, sillä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä oli hiljattain päättänyt myöntää toimeksiantoja vain toiminnallisiin opinnäytetöihin. Näin ollen tutkimuksiin, joissa haastateltaisiin kuntayhtymän potilaita tai henkilökuntaa, ei toimeksiantoa voitu myöntää. Tiedon saadessani jouduin palaamaan hieman taaksepäin ja miettimään opinnäytetyöni näkökulmaa uudelleen. Uuden, toiminnallisen aiheen fysioterapian poliklinikalta. Ehdotus potilasoppaan tekemisestä poliklinikan CRPS-potilaita varten oli kiinnostava ja tulisi käytännön tarpeeseen, fysioterapeuttien työvälineeksi. Toiminnallisuus opinnäytetyön muotona innosti minua itseäni, perinteisten tutkimustöiden sijaan. Hyvä ajankäytön hallinta on tärkeä osa opinnäytetyöprosessia. Asetin itselleni tavoitteeksi valmistua fysioterapeutiksi helmikuussa 2012, jolloin minulla oli ai-

kaa opinnäytetyön tekemiseen yhdeksän kuukautta (kesäkuusta 2011 helmikuuhun 2012). Muut opinnot ja työharjoittelun sain tehtyä valmiiksi syysluku-kauden aikana, minkä johdosta potilasoppaan suunnittelutyöhön ja opinnäytetyön kirjoittamiseen jäi riittävästi aikaa vuodenvaihteen jälkeen. Taulukossa 3 on esitetty opinnäytetyön eteneminen.

Taulukko 3. Opinnäytetyön eteneminen.

Milloin	Tapahtuma
Toukokuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> • PKSSK:n fysioterapian poliklinikalla aiheen pohtiminen ja keskustelut • Aiheen valinta ja rajaus
Kesä 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Työsuunnitelma • Toimeksiantosopimus 10.8.2011. • Tiedonhaku ja luku
Syysy 2011	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedonhaku jatkuu -> teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen • Potilasoppaan suunnittelu ja hahmotus • Raportointia
Tammikuussa 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Potilasopas valmiiksi • Raportointia
Helmikuussa 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Esityslupa ja työn esittäminen seminaarissa • Korjaukset ja viimeistelyt työhön • Esittäminen toimeksiantajalle

Ideointi- ja suunnitteluvaihe

Uuden opinnäytetyöaiheen ideoinnin ja suunnittelun aloitin heti aiheen varmistamisen jälkeen. Tutkimussuunnitelman esittelin opinnäytetyöryhmälleni 9.6.2011 pidetyssä ryhmätapaamisessa. Kesäkuussa 29.6.2011 pidimme ensimmäisen opinnäytetyötäni koskevan palaverin fysioterapian poliklinikan fysioterapeuttien kanssa. Keskustelimme potilasoppaan sisällöstä ja teemoista, joihin kannattaisi fysioterapian näkökulmasta keskittyä. Tärkein informatiivinen kokonaisuus valmiissa oppaassa tulisi olemaan kivun selvittäminen potilaalle. Lisäksi oppaassa tulisi olla tietoa kivunhallintakeinoista ja yleisesti fysioterapian

menetelmistä ja tavoitteista. Oppaassa tulisi kuvata CRPS-potilaan hoidon moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuvat erikoislääkärit, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kipupsykologi ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Ensimmäisessä palaverissa mietimme myös valmiin oppaan nimeä ja tehostekeinoja, kuten valokuvia tai piirroksia, joilla elävöittää oppaan ulkoasua. Varsinainen opinnäytetyön toimeksiantosopimus tehtiin 10.8.2011 fysioterapian poliklinikan osastonhoitajan kanssa. Sopimus on liitteenä 1, ja siinä ilmenevät yksityiskohdat sovitusta asioista. Mainittakoon, että sovimme myös säännöllisistä ohjauksen ohjauksikäynnistä poliklinikan fysioterapeuttien kanssa prosessin aikana.

Tiedonhakua ja teoreettisen viitekehyksen kirjoitusta

Teoreettisen viitekehyksen laatimisessa auttoi jo aiemmin talvella tekemäni selvitystyö CRPS-kipuoireyhtymästä. Kesän aikana hain lisää tietoa CRPS-kipuoireyhtymästä ja uutena aihealueena potilasohjauksesta. Aihepiireihin paneutuessani tein tietokantahakuja eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä: ”*potilasohjaus, potilasohjaus & fysioterapia, potilasohje & crps* (sekä kirjainlyhenteenä että auki kirjoitettuna *complex regional pain syndrome*), *pitkäaikainen kipu & potilasohjaus, kirjallinen potilasohje, krooninen kipu & potilasohjaus, monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä*” sekä englanniksi termeillä: ”*patient guidance, crps & patient guidance, physiotherapy & guidance, patient guideline, patient education & complex regional pain syndrome/crps, patient/client education & physiotherapy*,”. Käytin Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun Nelli-portaalin monihakutoimintaa, jossa voi samanaikaisesti hakea tietoa useista eri terveydenhuollon kotimaisista ja kansainvälisistä tietokannoista. Tietokantahakujen lisäksi paneuduin menetelmäkirjallisuuteen, jotta saisin käsityksen toiminnallisen opinnäytetyön rakenteesta ja tekemisestä. Sähköisen haun lisäksi etsin tietoa koulumme kirjastosta manuaalisella haulla.

Tiedonhakuprosessia tehdessäni aloitin samanaikaisesti opinnäytetyöni teoreettista viitekehyksen kirjoittamisen. Tietoa löytyi, mutta joukossa oli paljon materiaalia, jota en pystynyt hyödyntämään. Valitsin tutkimusartikkeleita käsittelyyn otsikon ja kielen mukaan, mutta otin huomioon myös löytyneen artikkelin relevanssi-mittarin, joka kertoo, kuinka hyvin tutkimus vastaa hakutermejäni. Otsi-

kon jälkeen luin tutkimuksista tiivistelmät, ja lopuksi koko tekstin, jos tiivistelmä selkeästi käsitteli aihettani. Löysin useita CRPS-kipuoireyhtymää käsitteleviä laadukkaita ja ajan tasalla olevia tutkimuksia. Fysioterapeuttisesta kipu-potilaan ohjauksesta oli tietoa saatavilla huomattavasti vähemmän. Useat potilasohjausta käsittelevät tutkimukset olivat hoitotieteen alalta ja käsitelivät ohjausta sairaanhoidon näkökulmasta. Kaiken löytyneen materiaalin lukemiseen kului aikaa yllättävän paljon, kuten myös teoreettisen viitekehyksen kirjoittamiseen. Kirjoitustyötä tein syksyn aikana pääasiallisesti viikonloppuisin ja itseopiskeluviiikkoina. Samalla pohdin, mitä asioita ottaisin mukaan tulevaan potilasoppaaseen.

Seuraavan opinnäytetyöpalaverin pidimme fysioterapian poliklinikalla 26.9.2011 työtäni ohjaavien fysioterapeuttien kanssa. Suomen Kipu Ry:ltä oli äskettäin ilmestynyt CRPS-kipuoireyhtymää käsittelevä opas, joka oli tarkoitettu sekä potilaille että henkilökunnalle. Fysiatrian poliklinikalla lääkäreillä on käytössään tämä opas, mutta sitä jaetaan vain valikoidusti potilaille. Tästä kiteytyi ajatus, että oma oppaani laaditaan sisällöllisesti vain potilaita varten ja fysioterapiassa jokainen CRPS-potilas saisi oppaan omakseen. Kävimme ohjauksessa läpi työskentelyäni ja teimme suunnitelmaa jatkoa varten.

Potilasoppaan suunnittelu

Potilasoppaan suunnittelun aloitin joulukuussa 2011. Selailin muualla tehtyjä ja muiden aihepiirien potilasohjeistuksia, jotta saisin tarkemman mielikuvan siitä, miltä potilaalle tarkoitetun terveystieteen tulisi näyttää. Aikaisemmista CRPS-potilaille tehdyistä ohjausmateriaaleista poiketen halusin omassa tuotoksessani painottaa kipuoireyhtymän selvittämistä potilaalle ja fysioterapeutin osuutta kuntoutumisessa. Ajatuksenani oli, että opas sisältäisi tiedonannon ja opetuksellisuuden lisäksi myös muita kirjallisen potilasmateriaalin näkökulmia. Näin asiakaslähtöisyys tulisi oppaasta paremmin esille. Ensimmäisen version potilasoppaasta sain valmiiksi tammikuussa 2012. Tuolloin opas oli viiden A4-kokoisen paperin mittainen. Kansilehdessä näkyisivät oppaan nimi ja kohderyhmä sekä toimeksiantajan logo. Seuraavalla sivulla olisi lyhyt johdanto lukijalle, tarvittaessa sisällysluettelo, ja poliklinikan yhteystiedot. Käsiteltävät asiat laadin kappa-

leittain johdonmukaiseen järjestykseen näillä otsikoilla: ” *CRPS (määritelmä), tyypillisiä oireita CRPS:ssa, mitä tapahtuu, kun kipu pitkittyy?, hoito, fysioterapi-an menetelmät ja kivunhallinta*”. Oppaan viimeiselle sivulle jäisi tilaa potilaan omille merkinnöille ja henkilökohtaisille ohjeille sekä lisätietoa kirjallisuudesta ja internetsivuista. Viimeisen sivun alamarginaaliin tulisi näkyviin oppaan tekijän tiedot ja kuvamateriaalin lähteet. Oppaan suunnittelussa työtäni ohjasi potilasohjaukseen ja terveysaineiston tekemiseen liittyvä lähdekirjallisuus, johon olin perehtynyt teoreettista viitekehystä luodessani. Myös toimeksiantajan tavoitteet ja toivomukset oppaan sisällöstä yritin pitää mielessäni koko suunnitteluprosessin ajan.

Pyrin alusta asti huomioimaan oppaan kohderyhmän: mitä CRPS-potilaat haluaisivat saada irti oppaasta, millainen tieto palvelisi heitä parhaiten? Oppaan suunnittelussa osoittautui vaikeaksi tiedon tiivistäminen ja sen miettiminen, mikä on olennaista tietoa potilaalle. Kuinka syvällisesti kivun mekanismeja tulisi selittää, kun opas on tarkoitettu potilaalle eikä terveydenhuoltohenkilökunnalle? Valmiin potilasoppaan pitäisi olla sisällöltään sopivan mittainen, mutta kuitenkin monipuolinen.

Tammikuun 10. päivä pidetyssä opinnäytetyöohjauksessa fysioterapian poliklinikalla minulla oli näytettävänä ensimmäinen versio potilasoppaasta. Ohjauksessa pohdimme oppaan sisältöä ja teimme joitakin tarkentavia muutoksia siihen. Kappaleita tiivistettiin ja osiot fysioterapiasta sekä kivunhallinnasta muutettiin saman otsikon alle. Lääketieteen termejä karsittiin pois oppaan ymmärrettävyyden lisäämiseksi. Sattumalta kävi ilmi, että fysioterapian poliklinikan terapeuteilla olisi yhteinen palaveri omaa ohjaukskäyntiäni seuraavana päivänä. Tuossa fysioterapeuttien palaverissa kaikilla CRPS-potilaita hoitavilla oli mahdollisuus kommentoida ja ehdottaa muutoksia potilasoppaan malliversioon. Kommenttien perusteella fysioterapeutit halusivat oppaan sisällöstä entistäkin ytimekkäämmän ja helppolukuisemman. Valmiin oppaan pituus tulisi olla yksi kahtia taitettu A4-paperi, jossa teksti olisi jaettuna kaksipuolisesti neljälle A5-kokoiselle sivulle. Oppaasta voisi jättää pois myös yhteystiedot, sillä potilaat tiesivät jo, mihin ottaa yhteyttä. Tila potilaan omille merkinnöille ja ohjeille ei olisi tarpeellinen. Fysioterapian poliklinikan käytössä olevasta omasta kuva-

arkistosta saataisiin sopivaa kuvamateriaalia opasta elävöittämään, ja tämä ratkaisu oli mielestäni järkevä tekijänoikeuksia ja mahdollisia kuvauslupa-asioita ajatellen. Varasimme vielä yhden yhteisen tapaamisajan, jossa päätettäisiin viimeistelyä koskevat asiat ja valmiin potilasoppaan esittämisajankohta.

Koska valmis potilasopas tulisi olemaan vaakamallinen ja sisällöltään neljän A5-kokoisen sivun mittainen, hylkäsin ajatuksen sisällysluettelosta ja johdannosta. Oppaan ulkoasun suunnittelussa hyödynsin Torkkolan ym. (2002) *”Potilasohjeet ymmärrettäväksi”* -oppaan neuvoja hyvän potilasohjeen laadinnasta. Opas antoi hyödyllistä tietoa etenkin sisällön asetteluihin ja tekstin jäsentämiseen. Potilasoppaan kirjasintyypiksi valitsin selkeän *”Bookman Old Stylen”*, jonka soveltuvuutta kokeilin käytännössä tulostamalla oppaan oikeankokoisena. Kirjasintyyppiin valintaan tulee vaikuttaa etenkin se, kuinka kirjaimet erottuvat toisistaan (Torkkola ym. 2002, 59). Pistekokona käytin kokoa 14 ja lihavoin pääotsikot, jotta ne erottuisivat paremmin muusta tekstistä.

Kappalejaolla erottelin eri aihekokonaisuudet toisistaan ja pyrin jäsentämään kappaleet johdonmukaiseen järjestykseen. Jätin kappaleiden väliin tyhjän tilan ja sisensin tekstiä yhden sarkaimen verran otsikkolinjasta. Luettelmissa käytin palloa erottelemaan lueteltavat asiat toisistaan. Vaakamallisessa potilasohjeessa palstoja on tavanomaisesti yksi, ja sivumarginaaleihin jätetään riittävästi tilaa. Rivivälin mittaa kokeilin tulostaessani oppaasta mallikappaleen, ja päätin asettaa sen 1,15:ksi. Ohjeistusten mukaan riviväli kannattaisi asettaa suuremmaksi kuin 1, sillä muutoin teksti jää helposti ahtaaksi ja ohjeen luettavuus kärsii (Torkkola ym. 2002, 58). Riviväli 1,15 on vain hiukan parempi kuin 1. Tätä harvempaa riviväliä käyttäessäni olisin joutunut kuitenkin pienentämään kirjasinkokoa, jotta sisältö olisi edelleen mahtunut yhdelle A4-kokoiselle arkille. Pienemällä kirjasinkoolla kirjoitettua tekstiä huononäköisten olisi ollut vaikeaa lukea.

Viimeistelyvaihe ja työn esittäminen

Potilasopas valmistui tammi-helmikuun vaihteessa 2012. Viimeinen palaveri viimeistelyvaihetta koskien oli fysioterapian poliklinikalla 1.2.2012. Palaverissa varmistimme sisällön oikeellisuutta ja kuvien asetteluja. Oppaan kanteen tulisi

paikka yhdelle kuvalle, ja toinen kuva aseteltaisiin sisäsivulle tekstin lomaan elävöittämään sisältöä. Kuvat valittaisiin sillä perusteella, että ne ovat neutraaleja, eivätkä herätä potilaassa pelkoa tai hämmennystä. Potilasoppaan yleisilmeen tulisi antaa potilaalle positiivinen mielikuva. Sovimme palaverissa, että 8.2.2012 tulisin poliklinikan tiloihin tekemään potilasoppaan ulkoasun viimeistelyä. Samalla varasin valmiille työlleni esitysajan, joka olisi 15.2.2012 fysioterapian poliklinikalla. Oppilaitoksessa esittelin opinnäytetyöni jo 1.2.2012.

Oppaan työstämisen lomassa raportoin opinnäytetyön etenemistä ja laadin palautekyselyn fysioterapian poliklinikan fysioterapeuteille työn arviointia varten. Palautekysely on mukailtu *"Kirjallisen potilasohjeen ominaisuudet"* -taulukon (Salanterä ym. 2005, 223) ja terveystieteiden laatuvaatimusten (Parkkunen ym. 2001, 10) pohjalta. Palautekyselyssä fysioterapeutteja pyydettiin arvioimaan valmiin oppaan ulkoasua, sisältöä ja opetuksellisuutta, kielen käyttöä, oppaan rakennetta ja sitä, näkyvätkö oppaassa ne tiedot, joita toimeksiantaja alun pitäen pyysi. Kysely koostui neljästä avoimesta kysymyksestä. Toivomukseni oli, että fysioterapeutit vastaisivat palautekyselyyn yksilöllisesti. Palautekyselylomake on esitetty liitteessä 2. Samalla lomakkeella pyysin palautetta myös kahdelta ulkopuoliselta henkilöltä, jotka saivat potilasoppaan luettavakseen. Tällöin muutin kyselylomakkeen johdantotekstistä sanan "fysioterapeutti" lukijaksi. Ulkopuoliset lukijat eivät olleet kohderyhmään kuuluvia.

5.4 Toiminnan analyysi

Vilkan ja Airaksisen mukaan tavoitteiden saavuttamisen arviointiin olisi hyvä kerätä palautetta myös kohderyhmältä, jottei työn arviointi jäisi pelkästään tekijän oman pohdiskelun varaan (Vilka & Airaksinen 2003, 157). Tekemäni potilasoppaan kohderyhmänä olivat keskussairaalan CRPS-potilaat, mutta ajallisten resurssien vuoksi jouduin jättämään pois palautteen keräämisen suoraan heiltä. Siksi pyysin palautetta oppaasta fysioterapian poliklinikan fysioterapeuteilta, jotka työskentelevät CRPS-potilaiden kanssa ja hyödyntävät valmista potilasopasta työssään. Palautekyselystä saamani tulokset analysoin laadullisesti. Myös ulkopuolisten lukijoiden palautteet oppaasta analysoin samalla menetelmällä.

6 TULOKSET

6.1 Potilasohjeen esittely

Valmis potilasohje on tämän raportin liitteessä 3. Potilasopas on vaakamallinen ja pituudeltaan yhden kahtia taitetun A4-kokoisen paperin mittainen. Teksti on jaettuna paperin molemmille puolille, yhteensä siis neljään A5-kokoiseen sivuun. Kansilehdessä ilmenee oppaan nimi sekä sairaalan ja fysioterapian poliklinikan nimet, tekijätiedot sekä valokuvan lähde. Kansilehdessä on myös kuva. Koska valmis opas tiivistyi lyhyemmäksi kuin mitä olin aluksi ajatellut, päätin nimetä tuoksen potilasohjeeksi. Nimenä ”opas” antaa mielikuvan materiaalista, jossa on useampi selattava sivu. Kansilehteä seuraavilla kolmella sivulla on tekstisisältö jaoteltuina kappaleisiin. Ensimmäisessä kappaleessa on CRPS-kipuoireyhtymän määritelmä, jonka jälkeen käsitellään tyypillisiä oireita. Seuraava kappale käsittelee kipuviestin kulkua ja kroonisen kivun aikaansaamia muutoksia keskushermostossa. Viimeisenä esitellään lyhyesti yleisiä hoitolinjauksia ja fysioterapiassa käytettyjä menetelmiä. Potilasohjeen lopussa on CRPS-tukihenkilön puhelinnumero ja linkkejä internetsivuille, joilta potilas voi halutesaan saada lisätietoa ja tukea. Tukihenkilön puhelinnumero on peräisin Suomen Kipu Ry:n internet-sivuilta, mutta henkilön nimeä ei mainita. Soitin numeroon varmistaakseni, että sen voi julkaista tekemässäni potilasohjeessa. Potilasohjeen kirjallinen muoto ei muuttunut suunnitellusta, vaan kirjasintyyppi ja -koko sekä asetelut pysyivät sellaisina kuin ne suunnittelin.

Valmis potilasohje muotoutui yksinkertaisemmaksi kuin mitä olin ajatellut. Teoreettisen viitekehyksen tein huolellisesti ja etsin aktiivisesti tietoa hyvän potilasohjeen laadinnasta. Tuolloin minulla oli mielikuva, jonka mukaan asiakaslähtöinen potilasohje antaa myös muuta informaatiota kuin tietoa sairaudesta. Tekemäni teoreettisen tietoperustan pohjalta olisi voinut hyvinkin olettaa, että myös tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus olisi ollut laajempi. Jos etsitään perusteluja tämän potilasohjeen asiakaslähtöisyydelle, niin ainakin potilasohje antaa potilaalle oikeaa tietoa, joka on hyvin merkittävä tekijä vähentämään kipuoireyhtymään liittyvää stressiä ja ahdistusta. Potilasohjeen asiasisältö on laadittu CRPS-potilaalle, mutta soveltuu luettavaksi myös hänen läheisilleen. Poti-

lasohje on tarkoitettu käytettäväksi fysioterapian tukivälineenä. Fysioterapia-käynneillä potilasohjeen asioita käydään läpi tarkemmin ja yksilöllisesti, ja potilaat saavat myös muuta ohjausta. Tämä potilasohje ei siis sovellu käytettäväksi CRPS-potilaille ilman henkilökohtaista ohjausta.

6.2 Fysioterapeuttien arvio potilasohjeesta

Palautekyselyyn vastasi kolme fysioterapeuttia niistä neljästä, jotka hoitavat CRPS-potilaita. Saamieni palautteiden mukaan potilasohjeen sisältö ja opetuksellisuus olivat tavoitteiden mukaiset. Kappaletta *”Mitä tapahtuu, kun kipu pitkityy?”* osa vastanneista fysioterapeuteista vielä yksinkertaistaisi nykyisestä. Myös *”Fysioterapia”* -kappaleen tarkempi kuvaaminen tuli ilmi palautekyselyssä. Palautteessa pohdittiin, voisiko fysioterapian ja toimintaterapian työnjakoa kuvata potilaalle. Potilasohjeen rakenne oli selkeä ja kieli ymmärrettävää. Kokonaisvaikutelmaa potilasohjeesta pidettiin selkeänä ja asiallisena. Potilasohjeen ulkoasuun olisi kaivattu lisää kuvitusta, mutta samalla todettiin, ettei tilaa siihen olisi, jos ohje haluttaisiin pitää nykyisen mittaisena.

Palautteen luettuani jäin kuitenkin pohtimaan, voisiko potilasohjeen ulkoasua vielä jotenkin muuttaa paremmaksi. Niinpä siirsin tekijätiedot kansilehden alkulmaan, jolloin viimeiselle sivulle vapautui lisää tilaa. Tämä oli mielestäni hyvä päätös, sillä sain lopulliseen ohjeeseen mahdutettua kaksikin pientä kuvaa, ilman että ulkoasu näytti liian tiiviiltä. Päinvastoin, potilasohjeen yleisilme virkistyi. Muutosten jälkeinen potilasohjeen malli on siis tämän raportin liitteessä 3.

6.3 Ulkopuolisen lukijan arvio potilasohjeesta

Annoin valmiin potilasohjeen kahdelle ulkopuoliselle henkilölle luettavaksi, koska halusin testata potilasohjeen toimivuutta maallikkolukijalla. Ulkopuoliset lukijat täyttivät myös palautekyselyt. Sisällön ja opetuksellisuuden osalta potilasohjeen tieto oli uskottavaa, mutta pohdittiin, oliko tietoa ehkä liikaakin. Tässä kohdassa tosin on huomattava, ettei kumpikaan ulkopuolinen lukija kuulunut kohde-

ryhmään, ja näin ollen tiedot CRPS-kipuoireyhtymästä eivät olleet merkityksellisiä heille. Hyvä oivallus ulkopuolisilta lukijoilta saamassani palautteessa oli se, voisiko potilaan sitoutumista hoitojaksoon lisätä potilasohjeen avulla. Kirjasimen koon suurentamista ehdotettiin, jotta teksti olisi likinäköiselle helpommin luettavissa. Potilasohjeen kieleen, rakenteeseen ja ulkoasuun ulkopuoliset lukijat olivat tyytyväisiä.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisen ohjausmateriaalin arvioinnissa kiinnitetään huomiota muun muassa ulkoasuun, opetuksellisuuteen, sisällön tasoon, luettavuuteen ja rakenteeseen (Salanterä ym. 2005, 219). Hyödynsin myös terveysaineiston laatukriteerejä lopputuotokseni arvioinnissa. Ohjeen kohderyhmä ilmenee potilasohjeen ensimmäisellä sivulla olevasta otsikosta. Ohje koskettaa kaikkia fysioterapian poliklinikalle saapuvia CRPS-potilaita. Sisällön osalta tärkein tavoite oli pitkäaikaisen kivun selventäminen potilaalle; mikä saa aikaan kivun kroonistumisen ja mitä muutoksia keskushermostossa tapahtuu. Sisällössä tuli kertoa myös perustietoa CRPS-kipuoireyhtymästä, sen hoidosta ja fysioterapiasta. Tämä tavoite potilasohjeessa toteutui. Ohjeessa on selvitetty CRPS-potilaan kannalta olennaisimmat perusasiat selkeästi ja potilaan kielellä. Uskon, että ohjeen avulla potilaat voivat selkiyttää mielikuvaa sairaudestaan. Potilasohjeessa on myös vaikeampaa asiaa kroonisen kivun aikaansaamista muutoksista keskushermostossa. Näitä asioita käsitelläänkin fysioterapiassa seikkaperäisemmin ja laajemmin, eikä potilaan ymmärrys jää pelkästään potilasohjeessa olevan tiedon varaan. Potilasohjeessa oleva tieto on melko ajantasaista, sillä kaikki käyttämäni lähteet ovat vuosilta 2000-2007. Olen käyttänyt sekä suomen- että englanninkielistä kirjallisuutta. Lähdemateriaalien kirjoittajat ovat suomalaisia ja kansainvälisiä kivunhoidon asiantuntijoita, oman alansa parhaimmista.

7.2 Toteutuksen ja menetelmän tarkastelu

Opinnäytetyöni keskeisenä tehtävänä oli suunnitella potilasohje Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymälle, fysioterapian poliklinikan käyttöön. Ohjeen kohderyhmänä olivat poliklinikan CRPS-potilaat. Perehdyin kohderyhmään lähdekirjallisuuden ja fysioterapian poliklinikalta saamani materiaalin pohjalta. Käyttämäni lähteet olivat ajantasaisia, hyvälaatuisia ja antoivat seikkaperäisen kuvan CRPS-kipuoireyhtymästä ja sen hoidosta. Sivulla 33, kappaleessa *”Toiminnan eteneminen ja työskentelyn kuvaus”* olen kuvannut tiedonhaun prosessia ja sivunnut samalla myös lähdemateriaalin valikoitumista ja arviointia. Mikäli olisi ollut mahdollista, potilaiden kanssa keskusteleminen sairaudesta ja sen merkityksestä heille olisi voinut avata minulle vieläkin perusteellisemmin CRPS-potilaan maailmaa. Tämä puolestaan olisi voinut tuoda joi-takin näkökulmia myös potilasohjeen suunnitteluun. Ajallisten resurssien ja toisaalta potilaiden yksityisyyden suojaamisen vuoksi en olisi voinut haastattelua toteuttaa.

Opinnäytetyöni eteni laaditun suunnitelman mukaisesti ja pysyin alkuperäisessä aikataulussa miltei koko prosessin ajan. Ainoastaan viimeistelyvaiheeseen kului enemmän aikaa kuin mitä olin suunnitellut, ja lopussa alkoikin tulla kiire. Palaverissa fysioterapian poliklinikalla minun olisi kannattanut sopia selvemmin ja aikaisemmin, jääkö vastuu potilasohjeen ulkoasusta kokonaisuudessaan minulle vai toimeksiantajalle. Viimeistelyä tehdessäni ilmeni epäselvyyttä siinä, millaisia kuvia potilasohjeeseen tulisi ja päätänkö niiden valinnasta itse, vaikka kuvat tulevat fysioterapian poliklinikan sähköisestä kuva-arkistosta. Koska aikaa ei ollut enää ylimää räisiin tapaamisiin, päädyin viimeistelemään potilasohjeen sovittuna ajankohtana itse käytössäni olevilla resursseilla.

Opinnäytetyötäni tein yksin, ja itsenäinen työskentely olikin hyvä ratkaisu minulle. Säännölliset ohjauskäynnit toimeksiantajan sekä opinnäytetyön menetelmäohjaajan kanssa auttoivat minua työskentelyssä eteenpäin. Jälkeenpäin työskentelyä ja toteutusta arvioidessani tekisin toimeksiantosopimuksen nyt huolellisemmin. Käytettävissä olevat resurssit ajankäyttöineen kannattaa arvioida tarkasti. Toimeksiantosopimukseen tulisi eritellä seikkaperäisemmin tuotteen val-

mistamiseen liittyvät asiat, kuten ulkoasun viimeistely ja tekijänoikeuskysymykset. Kaikkea ei voi työhön alkaessaan tietää, joten onhan arvokasta, että tällaisiakin ajatuksia herää opinnäytetyön loppuvaiheessa.

Työskentelyssäni etenin johdonmukaisesti aihesuunnitelmasta varsinaiseen suunnitteluvaiheeseen, joka sisälsi tiedonkeruun ja kirjallisuuteen perehtymistä. Lähes samanaikaisesti pyrin raportoimaan opinnäytetyöni etenemistä. Vasta kun teoreettinen tietoperusta oli lähestulkoon valmis, aloitin opinnäytetyöni toiminnallisen osuuden eli potilasohjeen suunnittelun. Myös suunnittelutyön aikana lueskelin vielä kirjallisuutta ja koetin jäsentää jo oppimaani. Potilasohjeen sisältö nousee esiin opinnäytetyön tietoperustasta ja fysioterapian poliklinikalla käytyjen keskustelujen pohjalta.

Fysioterapeutin peruskoulutus ei anna valmiuksia terveyst materiaalin tuottamiseen. Tämän vuoksi graafisen alan ammattilainen olisi voinut olla hyvä apu ohjeen suunnittelussa ja tuottamisessa. Luultavasti opinnäytetyö olisi kuitenkin laajentunut suuremmaksi prosessiksi kuin mitä käytettävissäni olevat resurssit olisivat olleet. Sekä aika että opinnäytetyöhön varattu työmäärä olisivat ylittyneet reilusti. Näiden seikkojen vuoksi päädyin suunnittelemaan ja toteuttamaan oppaan itse. Luotin siihen, että potilasohjaukseen ja hyvän terveyst materiaalin kriteereihin perehtymällä on mahdollista luoda hyvä ja käyttökelpoinen potilasohje. Valitsemillani työskentelytavoilla ja menetelmillä saavutin mielestäni opinnäytetyöni tavoitteet.

Opinnäytetyön etenemistä pyrin raportoimaan yhtäaikaaisesti muun työskentelyn lomassa. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin rakenne oli aluksi hankala sisäistää, koska oppilaitoksen ja menetelmäkirjallisuuden mallit toiminnallisen opinnäytetyön rakenteesta eivät olleet täysin yhteneviä. Tämän opinnäytetyön rakenne noudattelee oppilaitoksen vuonna 2008 päivitetyn opinnäytetyöohjeen kaavaa.

Raportin kieliasu on selkeää yleiskieltä. Olen itse tarkastanut tekstini oikeinkirjoituksen ja lisäksi luetuttanut raporttini ulkopuolisilla henkilöillä. Raportissa esiintyy paljon ammattitermejä muun muassa CRPS-kipuoireyhtymään liittyen.

Tässä raportissa kaikkia termejä ei ole käännetty suomen kielelle, sillä oletan, että raporttia lukevat pääasiassa terveydenhuoltoalan ammattihenkilöt, joille termistö on tuttua. Lopputuotoksen, eli potilasohjeen, tekstit eivät sisällä vierasperäisiä tai latinankielisiä termejä.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tai toiminnallisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimusprosessiin, tutkijan toimintaan ja kirjalliseen raportointiin. Perinteisesti luotettavuuden termeinä ymmärretyt ja käytetyt *validiteetti ja reliabiliteetti* eivät sovellu toiminnallisen työn luotettavuuden mittareiksi sellaisenaan. Nämä käsitteet ovatkin tutumpia puhuttaessa mittaamisesta. Reliabiliteetilla tarkoitetaan, että useamman kerran samaa ilmiötä tutkittaessa saadaan sama tulos. Voidaan myös ajatella, että kaksi eri arvioijaa päätyisi samaan lopputulokseen. Tutkimuksen validiteetilla arvioidaan, onko tutkimuksessa tutkittu sitä ilmiötä, mitä on ollut tarkoitus tutkia. (Eskola & Suoranta 1998, 212.) Soinisen mukaan toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa voidaan josain määrin hyödyntää laadullisesta tutkimuksesta peräisin olevia luotettavuuden käsitteitä. *Uskottavuuden käsitteeseen* liittyy neljä osa-aluetta: totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalius. Näistä *totuusarvon* käsitteellä voidaan arvioida työssä käytettyjä lähteiden ja koko tiedonhaun totuudellisuutta ja toisaalta luotettavuutta. Myös *sovellettavuutta ja siirrettävyyttä* voidaan arvioida toiminnallisessa työssä; kuinka hyvin opinnäytetyöni teoreettinen viitekehys sopii muiden sairaaloiden CRPS-potilaisiin ja hoitokäytänteisiin ja kuinka hyvin potilasopas palvelisi maamme muita CRPS-potilaita? *Vahvistavuuden* käsitteellä tarkoitetaan, että eri menetelmin varmistutaan tutkimuksen totuusarvosta ja sovellettavuudesta. Toisin sanoen, valmiin työn tulokset ovat yhteneviä muiden vastaavaa ilmiötä käsitelleiden tutkimustöiden kanssa. Myös toiminnallisen opinnäytetyön *varmuutta* voidaan lisätä yrittämällä huomioida ennalta ne tekijät, jotka ennustamattomasti saattavat vaikuttaa tutkimuksen kulkuun. (Eskola & Suoranta 1998, 212–213; Soininen 1995, 122–124.)

Yksin opinnäytetyötä tehdessä voi olla mahdollista, että käsiteltävä asia saa liian yksipuolisen näkökulman. Tässä opinnäytetyön luotettavuutta lisää yhteistyö fysioterapian poliklinikan fysioterapeuttien kanssa. Fysioterapeutit ovat asiantuntijoita CRPS-potilaiden kohtaamisessa, ja heidän mukanaolonsa prosessissa, tuki ja saamani sisällönohjaus varmistavat opinnäytetyön laatua. Myös opinnäytetyön menetelmäohjaajan ja opponentin toiminta työn ulkopuolisena arvioijana lisäävät työn luotettavuutta. Luotettavuuteen vaikuttaa myös käyttämäni lähdekirjallisuus.

Oma kokemattomuuteni potilasohjeen teosta ja toiminnallisesta opinnäytetyöstä saattoivat vaikuttaa työn luotettavuuteen. Terveysmateriaalin tuottaminen tai potilasohjeiden laatiminen ei kuulu fysioterapeutin ammattiopintoihin, joten opinnäytetyötä tehdessäni perehdyin näihin aihealueisiin ensimmäistä kertaa ja opettelin terveystermien eli potilasohjeen tekoa. Sen sijaan fysioterapiaopintoihin kuuluva projektiopintojen kokonaisuus saattoi auttaa minua hahmottamaan toiminnallista opinnäytetyötä, joka voi olla projekti-muotoinen. Potilasohjetta suunnitellessani perehdyin huolellisesti hyvän potilasohjeen vaatimukseen, jotta ohjeesta tulisi mahdollisimman käyttökelpoinen. Arviointina luetutin potilasohjeen luonnoksen muutamalla ulkopuolisella henkilöllä, saadakseni palautetta ohjeen ymmärrettävyydestä ja ulkoasusta mahdollisia korjauksia varten. Ulkopuoliset lukijat eivät olleet kohderyhmään kuuluvia, eikä heillä ollut aiempaa tietämystä CRPS-kipuoireyhtymästä. Luotettavuuden kannalta olisi toki ollut parempi, jos lukijat olisivat olleet kohderyhmään kuuluvia.

Opinnäytetyöprosessin aikana en missään vaiheessa käsitellyt potilastietoja tai arkaluontoisia asioita, jotka olisivat voineet loukata jonkun henkilön yksityisyyttä. Työskennellessäni sitouduin vaitiolovelvollisuuteen. Minulla on tähän opinnäytetyöhön ja suunnittelemaani potilasohjeeseen tekijänoikeus. Tekijänoikeudesta kannattaisi aina tehdä merkintä toimeksiantosopimukseen, jotta syntyneen tuotoksen myöhemmästä käytöstä ei syntyisi epäselvyyttä. Tämän opinnäytetyön toimeksiantosopimuksesta maininta tekijänoikeudesta unohtui. On kuitenkin loogista, että nyt valmistuneessa potilasohjeessa olen tekijänä omalla nimelläni ja vastaan potilasohjeen sisällöstä. Kun ohjetta myöhemmin päivite-

tään, vastuu sisällöstä siirtyy päivittäiselle taholle. Tekemääni potilasohjetta minulla on lupa hyödyntää omassa työssäni.

7.4 Oppimisprosessi, ammatillinen kasvu ja kehitys

Opinnäytetyön tekeminen oli minulle entuudestaan tuttua aikaisempien ammattikorkeakouluopintojen myötä. Lähtiessäni tekemään opinnäytettä tällä kertaa, olen ollut paljon tietoisempi työn vaiheista ja koko prosessin kulusta, ja aikaisemmat kokemukset ovat hyödyttäneet minua monella tapaa. Paitsi että opinnäytetyö on muodoltaan toisenlainen aikaisempaan verrattuna, niin myös työskentelin tällä kertaa yksin. Luonteelleni sopiin hyvin yksin työskentely, sillä olen saanut päättää itse tapahtumien aikatauluista ja suunnitelmista. Toisaalta myös työn etenemisestä ja loppuunsaattamisesta olen ollut vastuussa yksin, ja välillä edistymisen kanssa on ollut ongelmia.

Vaikka lupasin itselleni prosessin alussa, että työskentelisin määrätietoisesti ja yrittäisin edetä työssäni koko ajan, niin ajoittain on ollut vaikeuksia pysyä omassa tavoiteaikataulussa. Syksyllä olleen pitkän harjoittelujakson ajan opinnäytetyö oli lähes kokonaan tauolla. Mutta myös etäisyyden ottaminen projektiin voi olla hyödyllistä. Ajan kuluessa aikaisemmin hankalilta tuntuneet esteet ja juuttuminen saattavatkin aueta. Näin kävi itselleni; alkusyksy kului tiedonhaun merkeissä, ja yritin haalia koko ajan enemmän ja parempaa materiaalia kasaan. Lopulta tuntui, että tiedonhakua oli vaikea keskeyttää ja rajata, ja työ edistyi hitaasti.

Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä tehdessäni ja lähdekirjallisuuteen paneutuessani englannin kielen lukutaitoni on kohentunut entistään. Ammattikirjallisuuden ymmärtäminen vieraalla kielellä parantuu ja sanavarasto laajenee, mitä enemmän tekstejä lukee ja referoi. Teoriatietoni CRPS-kipuoireyhtymästä on hyvällä tasolla opinnäytetyöprosessin ansiosta. Tietämykseni kroonisen kivun fysioterapiamenetelmistä on laajentunut ja potilasohjauksen merkitys sisäistynyt. Tulevassa työssäni pyrin varmasti huomioimaan potilasohjauksen tärkeänä osana terapiaa. Nykyisen kokemukseni perusteella terveysaineiston suunnittelu

ja luominen tällä tasolla onnistuu jatkossakin, mikäli tulee sellainen haaste vastaan. Toiminnallinen opinnäytetyö opinnäytteen muotona on ollut innostava ja motivoiva alusta alkaen, koska valmis tuote, potilasohje, tulee hyödyttämään työelämää. Toiminnallisen opinnäytetyön menetelmän tunteminen voi olla hyödyksi minulle itselleni tulevaisuudessa, esimerkiksi työelämän projektitöissä.

7.5 Jatkotutkimusehdotukset

Asianmukainen jatkotutkimusehdotus tälle työlle olisi selvittää, millaisia kokemuksia CRPS-potilaalla on tästä potilasohjeesta. Näin saataisiin tietoa siitä, kuinka potilasohje palvelee CRPS-potilasta käytännössä, ja ohjetta voitaisiin kehittää asiakaslähtöisesti. Myös CRPS-potilaiden kanssa työskentelevien fysioterapeuttien näkökulma potilasohjeen hyödynnettävyydestä ja käytettävyydestä käytännön työssä olisi tärkeää selvittää ohjeen kehittämiseksi.

LÄHTEET

- Bruehl, S. 2007. How common is complex regional pain syndrome-Type 1? *The Journal of Pain* 129 (1-2),1-2.
- Butler, D.S. & Moseley, G.L. 2003. Explain pain. Adelaide, Australia: Neuro Orthopaedic Institute / Noigroup Publications.
- Daly, A. & Bialocerkowski, A. 2009. Does evidence support physiotherapy management of adult Complex Regional Pain Syndrome type one. A Systematic Review. *European Journal of Pain* 13 (4), 339-353.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Fysiatrian poliklinikka. 2010. CRPS-potilaan hoidon organisointi erikoissairaanhoidossa. Päivitetty 17.8. 2010.
- Fysioterapian poliklinikka. 2010. CRPS-potilaan fysioterapiaprosessi erikoissairaanhoidossa. Päivitetty 17.8. 2010.
- Geertzen, J. & Harden, N. 2007. Physical and Occupational Therapies in Complex Regional Pain Syndrome type 1. Teoksessa Lindgren, K.A. (toim.) 7th Physiatric Summer School – CRPS – Current Diagnosis and therapy. Helsinki: Rehabilitation ORTON, 57-59 .
- Gockel, M. & Forss, N. 2009. Keskushermoston muovautuvuus monimuotoisessa paikallisessa kipuoireyhtymässä (CRPS). *Suomen Lääkärilehti* 64 (41), 3423-3427.
- Göransson, H. 2000. Reflektorinen sympaattinen dystrofia (RSD). Teoksessa Vastamäki, M. (toim.) *Käsikirurgia*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 260-264.
- Helin, R. & Rantala, T. 2000. RSD-potilaan kuntoutus. Teoksessa Vastamäki, M. (toim.) *Käsikirurgia*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 265-271.
- Hupli, M., Lempinen, J. & Mustola, S. 2007. CRPS-kipupotilaan hoitoketju Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä. Päivitetty 3/2007. Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 121 (16), 1769-1773.
- Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. & Janatuinen A.-L. 2010. Potilasohjauksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, Iisalmen yksikkö. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2110.
- Kalso, E. & Vainio, A. 2004. Kipu. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Koho, P. 2006. Kipu. Teoksessa Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. (toim.) *Fysioterapia*. Helsinki: Edita Prima Oy, 289-306.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus –tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 79(10), 6-9.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.19.10.2011.
- Lindfors, N. & Kallio, P. 2007. Lapsen raajakipu –tunnistatko kipuoireyhtymän? *Duodecim* 123 (3), 290-5.

- Maihöfner, C., Seifert, F. & Markovic, K. 2010. Complex regional pain syndromes: new pathophysiological concept and therapies. *European Journal of Neurology* 17 (5), 649-660.
- Marinus, J., Moseley, G.L., Birklein, F., Baron, R., Maihöfner, C., Kingery W.S. & Van Hilten, J.J. 2011. Clinical features and pathophysiology of complex regional pain syndrome. *Lancet Neurology* 10 (7), 637-648.
- Mönkkönen, R. Osastonhoitaja. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, fysiatrian poliklinikka. Sähköposti 11.10.2011.
- Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen- Ollonquist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Perez, R., Zollinger, P., Dijkstra, P., Thomanssen-Hilgersom, I., Zuurmond, W., Rosenbrand, K. & Geertzen, J. 2010. Evidence based guidelines for complex regional pain syndrome type 1. *BMC Neurology* 10 (20), 1471-2377.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito –ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2011 a. Yleisesittely. <http://www.pkssk.fi/index.asp>. 19.12.2011.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito –ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. 2011 b. Visio. http://www.pkssk.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=1788&menu_path=1785,1788#1788. 19.12.2011.
- Salanterä, S. 2008. Kipua kokevan potilaan hyvä ohjaus. *Kipuviesti* 2(2008), 42-43.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M.L., Pulkkinen, M.L. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4), 217-227.
- Savas, S., Baloglu, H., Ay, G. & Çerçi, S. 2008. The effect of sequel symptoms and signs of Complex Regional Pain Syndrome type 1 on upper extremity disability and quality of life. *Rheumatology International* 29 (5), 545-550.
- Soininen, M. 1995. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Turku: Painosalama Oy.
- Suomen Kipu Ry. 2011. Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä -CRPS. Opas potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille.
- Talvitie, U., Karppi, S.-L. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tampere: Tammi (Tammer-paino Oy).
- Vainio, A. 2004. Kivun hallinta. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.
- Vastamäki, M. 2002. Reflektorinen Sympaattinen Dystrofia. *Suomen Lääkärilehti* 57 (51-52), 5175- 5181.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki: Gummerus kirjapaino Oy.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA PKSSK / FYSIOTERAPIA

Yhteystiedot: KATI KOPPINEN, P. 015 171 2891

Sähköpostiosoite: kati.koppinen@pkssk.fi

OPISKELIJA Anni-Helena Martikainen

Yhteystiedot: p. 050 3622 241 email: anni-helena.martikainen@edu.pkamk.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Fysioterapian koulutusohjelman opinnäytetyönä tehtävä potilasarja CRPS-kipuoireyhtymää sairastaville.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Toimeksiantaja

- Opiskelijalla on mahdollisuus käyttää PKSSK:n aine- ja välineistöä + aineistoja, myös työntekijöiden tulo- ja teknisiä
- työ toteutuu verona
- riittävä ohjaus ja tuki + mahdoll. yht. työryhmä
- koulutus, ulkoasiat
- valmist. n. 2/2012

Opiskelija(t)

Opinnäytetyö tulee PKSSK:n fysioterapian pkl:n käyttöön.
PKSSK:lla on oikeus työn päivittämiseen

Työn esittely sovittavana aikana

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Päivi Hart ja Anna-Riitta Miettinen

Päiväys ja allekirjoitukset

10.8.2011

Kati Koppinen
Toimeksiantajan edustaja
KATI KOPPINEN

Anni-Helena Martikainen
Opiskelija

PALAUTEKYSELY

Hyvä fysioterapeutti, pyytäisin Sinulta palautetta CRPS –potilaille tarkoitettua potilasohjeesta. Vastaa lyhyesti alla olevaan neljään kohtaan. Suluisissa on asioita, joihin voit kiinnittää huomiota palautteessa. Kyselyn tietoja tarvitsen opinnäytetyöni tulosten arviointiin. Kiitos vastauksestasi!

1. SISÄLTÖ JA OPETUKSELLISUUS:

(Näkyvätkö potilasohjeesta ne asiat, jotka olivat tavoitteena? Miten arvioisit ohjeessa olevan tiedon oikeellisuutta ja virheettömyyttä sekä tiedon määrää?)

2. KIELI JA RAKENNE:

(Ohjeen luettavuus, rakenne, selkokieli?)

3. ULKOASU:

(Tekstin virheettömyys ja yleinen selkeys, kappalejako, otsikot jne.?)

4. KOKOINAISVAIKUTELMA:

(Muuta palautetta? Miten asiakaslähtöisyys näkyy ohjeessa?)

FYSIOTERAPIA

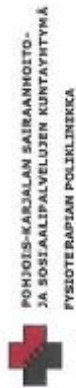
Lääkinnällisen kivun hoidon lisäksi CRPS -kuntoutujan hoitosuunnitelmaan kuuluu tärkeänä osana fysioterapia. Terapiamenetelmillä pyritään mm. kivun ja turvotuksen vähentämiseen, kivunhallintakeinojen lisääntymiseen ja toimintakyvyn paranemiseen.

- Suoja- ja leposantojen ohjaaminen
- Yksilöllisen harjoitusohjelman laatiminen
- Rentoutumisharjoitteet
- Rasjan hahmottamisen harjoitteluohjelmat tietokoneen, kuvien ja mielikuvien sekä peililaatikon avulla
- Allastrapia, lämpö- ja kylmähoidot sekä sähkökipuhoito
- Apuvälinetarpeen arviointi
- Läheisten ohjaaminen



LISÄTIETOA

- Suomen Kipu Ry: www.suomenkipu.com
- Facultas/Krooninen Kipuopas: <http://www.tela.fi>
- CRPS -tukihenkilö: 040 568 1515



POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO-
JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ
FYSIOTERAPIAN POLKULINEKA

Potilasohje CRPS- kipuoireyhtymää sairastavalle



Tekijä: Fysioterapeutitopiskelija Anni-Helena Marilainen
Pohjois-Karjalien ammattikorkeakoulu/fysioterapian koulutusohjelma 2012
Valokuva: Fysioterapian polkulinian kuva-arkisto

CRPS (Complex Regional Pain Syndrome)

CRPS, monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä, voi esiintyä missä tahansa kehon osassa, mutta tyypillisimmin se on ylä- tai alaraajan pitkäaikainen kiputila. Tämän kiputilan syntyyn osallistuvat ääreishermosto, keskushermosto, tahdosta riippumaton hermesto ja paikallinen lihaskudos. Kipua välittävän hermojärjestelmän solut ovat herkistyneet reagoimaan ärsykeisiin, jotka normaalisti ovat kivuttomia.

CRPS -kiputila alkaa useimmiten vamman seurauksena (esimerkiksi luun murtuma). Vamma voi olla pienikin. CRPS -oireyhtymässä kipu on pitkänyt, ja usein kohtuuttoman voimakasta alkuperäiseen vammaan nähden. Kipu alkaa yleensä viikkojen kuluessa vammasta. CRPS voi ilmaantua myös muun sairauden yhteydessä, kuten infektion, leikkauksen tai aivoverenkierrohäiriön jälkeen.

**TYYPILLISIÄ OIREITÄ CRPS:SSA**

- Jatkuva, polttava ja epämääräinen kipu
- Iho voi tuntua kylmältä tai kuumalta
- Raajan tai kehon alueen turvotus
- Hikoilun lisääntyminen tai vähentyminen
- Muutoksia ihon värissä, karvoituksessa ja kynsissä
- Myöhemmin voi ilmetä luun haurastumista ja lihasten surkastumista

MITÄ TAPAHTUU, KUN KIPU PITKITTYY?

Kipuaisti on ihmiselle elintärkeää. Äkillisen kivun tarkoitus on viestittää kudosvauriosta ja näin suojata kehoa. (Vertauksena palovamma). Iholla olevista kipuhermopäätteistä viesti kipua aiheuttavasta ärsykkeestä kulkee hermorunkoja pitkin selkäyttimeen ja sieltä edelleen aivoihin, jossa kiputuntemus syntyy.

Pitkittyessään kipu menettää suojaavan merkityksensä. Jatkuva kipuärsytys aiheuttaa hermojärjestelmässä muutoksia. Tällöin kipu saattaa voimistua ja jatkua silloinkin, kun alkuperäinen kipu aiheuttanut ärsytys on jo lakannut. Aivoissa jokaisella kehon osalla on oma edustusalueensa. Pitkäaikaisen kivun myötä eri kehon osien edustusalueilla voi tapahtua muutoksia. Tämän vuoksi kipeän kehon osan hahmottaminen ja tunnistaminen saattavat häiriintyä.

Vaikka kuntoutuminen voi ottaa aikaa, niin useimmiten CRPS:ään liittyvät hermojärjestelmän muutokset ovat palautuvia.

HOITO

Hoidon perustana on asiaan perehtyneen hoitohenkilöstön moniammatillinen yhteistyö. Hoidon kulmakivenä on varhaisessa vaiheessa aloitettu, riittävän tehokas ja pitkäaikainen lääkitys.

