

Kansallinen TULE-ohjelma Lisämateriaali: Hoidon ja kuntoutuksen perusperiaatteet

Tule-ongelmat ovat yksi merkittävimmistä työ- ja toimintakykyä heikentävistä terveyshaasteista Suomessa. Vaikka suurin osa TULE-vaivoista ei ole vakavia, niiden aiheuttama kipu, toimintakyvyn aleneminen ja työstä poissaolot kuormittavat yksilöitä, terveydenhuoltoa ja yhteiskuntaa merkittävästi.

Nykytutkimus osoittaa, että TULE-ongelmien syntyyn, pitkittymiseen ja niistä toipumiseen vaikuttavat biologisten tekijöiden lisäksi myös psykologiset, sosiaaliset ja elämäntapoihin liittyvät tekijät. Siksi vaikuttava hoito ja kuntoutus perustuvat biopsykososiaaliseen näkökulmaan, potilaan aktiiviseen rooliin sekä oikea-aikaiseen ja moniammatilliseen tukeen.

Tämän lisämateriaali on suunnattu erityisesti terveydenhuollon ammattilaisille ja sen tavoitteena on kuvata TULE-ongelmien hoidon ja kuntoutuksen keskeiset periaatteet, keskeiset riski- ja suojaavat tekijät sekä näyttöön perustuvat toimintamallit. Erityistä huomiota kiinnitetään varhaiseen tunnistamiseen, aktiivisen itsehoidon tukemiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Tavoitteena on edistää vaikuttavaa, kustannustehokasta ja ihmislähtöistä hoitoa, joka tukee yksilön mahdollisuuksia selviytyä arjessa, jatkaa työssä ja osallistua yhteiskuntaan toimintakyvyn rajoitteista huolimatta.

Tule-ongelmien riski- ja suojaavat tekijät

Pitkittyneiden tule-ongelmien taustalla harvoin on yksittäistä selittävää tekijää. Kivun ja toimintakyvyn heikkenemisen taustalla vaikuttaa useiden biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden kokonaisuus (biopsykososiaalinen malli). Maailmanlaajuisesta kipuongelmien tautitaakasta 18,3 % selittyy tuoreen tutkimuksen mukaan kolmella muokattavissa olevalla riskitekijällä: tupakoinnilla, lihavuudella ja pienituloisuudella [1].

Kivun pitkittymisen ja laaja-alaistumisen (leviäminen useammalle kehon alueelle) keskeisimmät riskitekijät ovat puolestaan lihavuus, uniongelmat, väsymyksen tunne, usein koettu kyllästyneisyys, mielenterveysongelmat ja stressikuormitusta aiheuttaneet elämäntapahtumat, kuten avioero, työttömyys tai puolison kuolema [2]. Alhaisempi sosioekonominen asema altistaa myös tule-ongelmille [1,3,4]. Suojaavista tekijöistä monet psykologiset, elintapoihin liittyvät, sosiaaliset ja fyysiset tekijät ovat yhteydessä vähäisempään kipuun liittyvään alentuneeseen toimintakykyyn ja parempaan fyysiseen toimintakykyyn [5]. Vahva minäpystyvyys, joka tarkoittaa yksilön uskomusta selviytyä erilaisista tilanteista, on tutkimuksissa useimmin raportoitu suojaava tekijä [5] (Taulukko 1).

38 **Taulukko 1.** Kivun pitkittymisen ja laaja-alaistumisen riski- ja suojaavia tekijöitä

39 **Riskitekijät (1,3,4)**

- 40 • Lihavuus
- 41 • Uni- ja mielenterveysongelmat
- 42 • Väsymys
- 43 • Pitkittynyt stressi
- 44 • Kuormittavat elämäntapahtumat
- 45 • Alhainen sosioekonominen asema

46 **Suojaavat tekijät (5)**

- 47 1. Vahva minäpystyvyys
- 48 2. Hyvät selviytymiskeinot
- 49 3. Psyykkiset voimavarat
- 50 4. Riittävä uni
- 51 5. Fyysinen aktiivisuus
- 52 6. Terveellinen ruokavalio

53

54 Pohjois-Suomen 1966 syntymäkohortissa mielenterveyden tai metabolisen terveyden
55 häiriöistä kärsivillä esiintyi merkitsevästi enemmän päivittäistä, voimakasta ja
56 useammassa kehonosassa tuntuva pitkäaikaista kipua verrattuna suhteellisen
57 terveisiin yksilöihin [6]. Erityisesti tule-ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden
58 yhteisesiintyminen korostuu työkyvyttömyyskustannuksissa [7].

59 **Toimiva hoito ja kuntoutus**

60 Valtaosa tule-ongelmista on paranevat itsestään tai ovat hallittavissa varhaisella
61 neuvonnalla ja aktiivisella seurannalla. Ensilinjassa painotetaan potilaan aktiivista
62 roolia, lääkkeetöntä hoitoa, liikkumista ja kuormituksen hallintaa suoraviivaisen
63 vuodelevon tai pelkän passiivisen hoidon sijaan. Systemaattisessa katsauksessa [8]
64 esitetyt keskeiset suositukset hoitoon ja kuntoutukseen on esitetty taulukossa 2. Käypä
65 hoito -suosituksissa tarkastellaan tarkemmin yksittäisten tule-ongelmien hoitoa ja
66 kuntoutusta [9-19].

67 Psykososiaalisten riskitekijöiden (esimerkiksi liikkumisen pelko, katastrofointi ja
68 mielialaongelmat) tunnistaminen jo tule-ongelman alkuvaiheessa on tärkeää.
69 Katastrofointi koostuu yleensä kolmesta ajatusmallista: suurenneltu uhka, avuttomuus

70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81

73
74
75
76
77
78
79
80
81



84
85
86
87
88
89

90
91

- 1) Potilaskeskeinen hoito. Huomioi potilaan yksilöllinen tilanne, käytä toimivaa vuorovaikutusta ja hyödynnä yhteistä päätöksentekoa.
- 2) Vakavien syiden poissulku ennen hoidon suunnittelua.
- 3) Tunnista psykososiaaliset tekijät hyödyntäen esimerkiksi käyttäen STarT-selkäkyselyä tai Örebron kipukyselyn lyhyttä versiota.
- 4) Vältä tarpeetonta kuvantamista. Kuvantaminen vain, jos sille on kliininen peruste (vakavan syyn epäily, huono vaste konservatiiviselle hoidolle, kuvantamisen ei vaikuta hoidon linjauksiin).
- 5) Tee kliininen tutkimus jokaiselle tule-potilaalle.
- 6) Seuraa hoidon vaikuttavuutta käyttäen validoituja mittareita.
- 7) Tarjoa potilaalle tietoa ja ohjausta ennusteesta ja hoitovaihtoehtoista itsehoidon ja toipumisen tukemiseksi.
- 8) Hoidon tulee tukea fyysistä aktiivisuutta ja/tai sisältää ohjattua harjoittelua.
- 9) Manuaalinen terapia vain osana kokonaisuutta yhdistettynä harjoitteluun ja ohjaukseen.
- 10) Kokeile laadukasta konservatiivista hoitoa ennen leikkausta, jos ei välitöntä leikkausaihetta.
- 11) Edistä työssä jatkamista tai mahdollisimman varhaista työhön paluuta.

Työ- ja toimintakyvyn integraatio

Tule-ongelmissa useinkaan hoidon ja kuntoutuksen päämääränä ei ole kivuttomuus, vaan toiminta- ja työkyvyn säilyttäminen ja palauttaminen. Hoidon ja kuntoutuksen perimmäinen mittari on yksilön paluu arkeen ja työhön. Työterveyshuollon varhainen kytkeminen osaksi hoitoketjua on välttämätöntä sairauspoissaolojen pitkittymisen ehkäisemiseksi. Työkyvyn tuki toteutetaan tiiviissä yhteistyössä työnantajan kanssa hyödyntäen osasairauspäivärahaa, työn muokkauksen keinoja (työtehtävien muokkaus, työaikajärjestelyt) sekä tarvittaessa ammatillisen kuntoutuksen keinoin. **Osittainenkin työhönpaluu tai työssä jatkaminen turvallisesti on ensisijainen vaihtoehto täydelle sairauslomalle aina, kun se on lääketieteellisesti perusteltua.**

Viitteet

1. Fillingim ym. Pain across the lifespan: global and regional reference curves from 6.1 million individuals in 118 countries. medRxiv 2026. doi: <https://doi.org/10.64898/2026.04.21.26351327>
2. Tanguay-Sabourin ym. A prognostic score for development and spread of pain. Nat Med 2023; 29:1821-31.
3. Heikkala ym. Tuki- ja liikuntaelinsairastavuudessa on suuria alue-eroja. Suom Lääkäril 2025;79:e43707.
4. Cheng ym. Global, regional, and national burden of low back pain: Findings from the Global Burden of Disease study 2021 and projections to 2050. Spine (Phila Pa 1976) 2025; 50:E128-39.
5. Moore ym. Protection from chronic musculoskeletal pain: A scoping review. Eur J Pain 2026; 30:e70273.
6. Heikkala ym. Accumulation of long-term diseases are associated with musculoskeletal pain dimensions among middle-aged individuals with musculoskeletal pain. Eur J Pain 2023; 27:438-48.
7. Hynninen ym. TULE-sairaudet ja mielenterveyden häiriöt aiheuttavat valtaosan työterveyshuollon kustannuksista. Suom Lääkäril 2023;78:e34248
8. Lin ym. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med 2020; 54:79-86.
9. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025 (viitattu 30.08.2026).
10. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2026 (viitattu 30.08.2026).
11. Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Työterveyslääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024 (viitattu 30.08.2026).
12. Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 30.08.2026).
13. Niskakipu (aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 30.08.2026).
14. Nivelreuma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 30.08.2026).
15. Olkapään jännevaivat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Fysiatriyhdistyksen ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 30.08.2026).
16. Osteoporoosi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Endokrinologiyhdistyksen, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Geriatriit ry:n

- 167 asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025 (viitattu
168 30.08.2026).
- 169 17. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran
170 Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki:
171 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 30.08.2026).
- 172 18. Purentaelimistön kipu ja toimintahäiriöt (TMD). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen
173 Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama
174 työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021 (viitattu 30.08.2026).
- 175 19. Värttinäluun alaosan murtuma (rannemurtuma). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen
176 Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Fysiatriryhdistys ry:n, Suomen Käsikirurgiyhdistys
177 ry:n ja Suomen Ortopediyhdistyksen ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen
178 Lääkäriseura Duodecim, 2023 (viitattu 30.08.2026).
- 179 20. Simula ym. Effectiveness of a classification-based approach to low back pain in primary
180 care – a benchmarking controlled trial. J Rehabil Med 2024; 56: jrm28321.