

Kansallinen TULE-ohjelma

LISÄMATERIAALI TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISILLE JA KEHITTÄJILLE

Hoidon ja kuntoutuksen periaatteet tuki- ja liikuntaelinongelmissa

Tule-ongelmat ovat yksi merkittävimmistä työ- ja toimintakykyä heikentävistä terveyshaasteista Suomessa. Vaikka suurin osa tule-ongelmista ei ole vakavia, niiden aiheuttama kipu, toimintakyvyn aleneminen ja poissaolot työstä 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.

TULE

Tämä Kansallisen TULE-ohjelman lisämateriaali on suunnattu erityisesti terveydenhuollon ammattilaisille ja kehittäjille.

Materiaali sisältää:

1. **Tule-ongelmien keskeiset riski- ja suojaavat tekijät**
2. **Tule-ongelmien hoidon ja kuntoutuksen keskeiset periaatteet**
3. **Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö tule-ongelmissa**

Erityistä huomiota materiaalissa kiinnitetään tule-ongelmien 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, pärjätä itsenäisesti ja osallistua yhteiskuntaan toimintakyvyn rajoitteista huolimatta.

1 Tule-ongelmien riskitekijät ja suojaavat tekijät

Pitkittyneiden tule-ongelmien taustalla on harvoin mikään yksittäinen selittävää tekijä. Kivun ja toimintakyvyn heikkenemisen taustalla vaikuttaa useiden biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden kokonaisuus (biopsykososiaalinen malli).

Tuoreen tutkimuksen mukaan kipuongelmien tautitaakasta 18,3 % selittyy maailmanlaajuisesti 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].

Myös alhaisempi sosioekonominen asema altistaa tule-ongelmille[1,3,4].

Suojaavista tekijöistä monet psykologiset, elintapoihin liittyvät, sosiaaliset ja fyysiset tekijät ovat yhteydessä parempaan fyysiseen toimintakykyyn[5].

Vahva minäpystyvyys, joka tarkoittaa yksilön luottamusta kykyynsä selviytyä erilaisista tilanteista, on tutkimuksissa useimmin raportoitu suojaava tekijä[5].

Taulukko 1.

Kivun pitkittymisen ja laaja-alaistumisen riskitekijät ja suojaavat tekijät

Riskitekijät	Suojaavat tekijät
• Mielenterveys-ongelmat • Uniongelmat • Pitkittynyt stressi • Kuormittavat elämäntapahtumat • Lihavuus • Matala sosioekonominen asema	• Vahva minäpystyvyys • Hyvät selviytymiskeinot • Psyykkiset voimavarat • Riittävä uni • Fyysinen aktiivisuus • Terveellinen ruokavalio

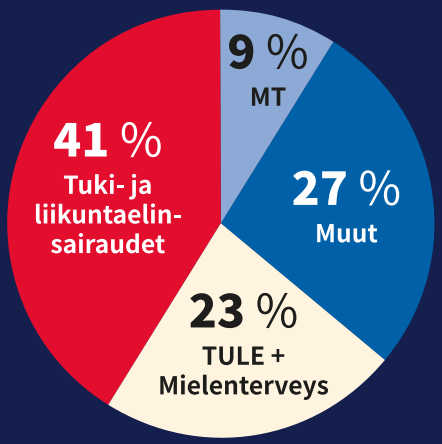
Tutkimuksessa, joka käsitteli Pohjois-Suomessa vuonna 1966 syntyneitä, todettiin mielenterveyden tai metabolisen terveyden häiriöistä kärsivillä merkitsevästi enemmän päivittäistä, voimakasta ja useammassa kehonosassa tuntuvaa pitkäaikaista kipua verrattuna suhteellisen terveisiin yksilöihin[6].

Työkyvyttömyyskustannuksissa taas on havaittu korostuneesti tule-ongelmien ja mielenterveyden häiriöiden yhteisesiintymistä[7] (Kuva 1).

Terveellinen ja monipuolinen ruokavalio saattaa myös vähentää kipua, tukea toimintakykyä, hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä sekä edistää lihasten ja luuston terveyttä. Ravitsemus vaikuttaa tule-terveyteen ennen kaikkea painonhallinnan, tulehdusreaktioiden,

Kuva 1

Työterveyshuollon kustannukset sairausryhmittäin[7]



18,3 %

kipuongelmien tautitaakasta selittyy kolmella riskitekijällä: tupakointi, lihavuus ja pienituloisuus[1].

lihasmassan ylläpidon ja luuston terveyden kautta (riittävä kalsiumin ja D-vitamiinin saanti). Vahvin näyttö tukee kasvispainotteista, vähän prosessoituja elintarvikkeita sisältävää ruokavaliota sekä terveellisen painon ylläpitämistä[8–11].

2 Tule-ongelmien hoidon ja kuntoutuksen keskeiset periaatteet

Valtaosa tule-kivuista paranee itsestään tai on hallittavissa varhaisella neuvonnalla ja aktiivisella seurannalla. Ensilinjassa painotetaan potilaan aktiivista roolia, lääkkeetöntä hoitoa, liikkumista ja kuormituksen hallintaa suoraviivaisen vuodelevon tai pelkän passiivisen hoidon sijaan.

Käypä hoito -suositusten[12–17] perusteella tule-ongelmien hoidon ja kuntoutuksen linjaukset voidaan tiivistää seuraavasti:

1. **Potilasta ohjataan** aktiiviseen omahoitoon, ylläpitämään tai lisäämään turvallista liikkumista ja osallistumaan yksilölliseen harjoitteluun.
2. **Hoidon tavoitteena** on toimintakyvyn, osallisuuden ja elämänlaadun säilyminen tai paraneminen.
3. **Kuvantamista** ja invasiivisia hoitoja käytetään harkiten (pois lukien tapaturmat).
4. **Kuntoutus aloitetaan** mahdollisimman varhain.

STM:n Lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet -raportin[18] keskeinen tule-ongelmien kuntoutukseen liittyvä sisältö on puolestaan seuraava:

Tule-ongelmien ja -sairauksien kuntoutus tulee käynnistää varhain, perustua toimintakyvyn arviointiin ja painottaa aktiivista omahoitoa, liikuntaa sekä terapeuttista harjoittelua.

Kuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn, työkyvyn ja osallistumisen paraneminen biopsykososiaalisen toimintamallin mukaisesti[18].

Osa tule-ongelmaisista tarvitsee apuvälineitä pysyäkseen toimintakykyisenä. Apuväline voidaan luovuttaa, kun henkilön toimintakyky on heikentynyt sairauden, vamman tai kehitysviiveen vuoksi. Sopiva apuväline valitaan yksilöllisen arvioinnin perusteella yhdessä asiakkaan kanssa. Oikein valittu apuväline tukee asiakkaan kuntoutumista ja toimintakykyä[19].

Kansainväliseen, vuonna 2020 julkaistuun systemaattiseen katsaukseen[20] perustuvat keskeiset suositukset tule-ongelmien hoitoon ja kuntoutukseen löydät tämän dokumentin lopusta.

Psykososiaalisten riskitekijöiden (esimerkiksi liikkumisen pelko, katastrofointi ja mielialaongelmat) tunnistaminen jo tule-ongelman alkuvaiheessa on tärkeää.

Katastrofointi koostuu yleensä kolmesta ajatusmallista: suurenneltu uhka, avuttomuus sekä murehtiminen ja jumiutuminen. Ammattilaisen viestinnässä potilaalle on tärkeää korostaa, ettei kipu tarkoita vaaraa. Kun potilas

Kuva 2

Selkäpotilaiden kaksi erilaista hoitopolkua perusterveydenhuollossa

Ensikontakti akuutissa alaselkäkivussa

Biomedikaalinen malli

- 20 min vastaanotto lääkärillä
- Ei riskiluokittelua
- Kipulääkeresepti
- 3–5 pv sairausloma

Yhden potilaan tarvitsema hoito / 12 kk

- **1,7** lääkärikäyntiä
- **0,6** erikoissairaanhoidon käyntiä
- **1,9** fysioterapeuttikäyntiä
- **17,5** sairauslomapäivää

Hoidon tarve 100 potilasta kohden / 12 kk

- **12** röntgenkuvausta
- **19** magneettikuvausta
- **2,9 leikkausta**



Biopsykososiaalinen malli

- Riskiluokittelu kivun pitkittymisen tunnistamiseksi
- 60 min vastaanotto fysioterapeutilla
- Neuvonta, aktivointi, pelkojen hälventäminen

Yhden potilaan tarvitsema hoito / 12 kk

- **1,2** lääkärikäyntiä
- **0,3** erikoissairaanhoidon käyntiä
- **1,8** fysioterapeuttikäyntiä
- **9,9** sairauslomapäivää

Hoidon tarve 100 potilasta kohden / 12 kk

- **5,7** röntgenkuvausta
- **11,5** magneettikuvausta
- **1,4 leikkausta**

ymmärtää tämän, hänen toimintakykynsä voi parantua ja sote-palveluiden kuormitus vähenee.

Erityisesti potilaat, joilla on suurentunut riski kivun ja työkyvyttömyyden pitkittymiseen, tulee tunnistaa varhain ja ohjata moniammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen (potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan mm. lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, psykologi, sosiaalialan asiantuntijat).

Terveydenhuollon, kuntoutuksen, työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyön tulee työikäisillä korkean riskin potilailla alkaa varhain.

Hoitopolkujen suunnitteluun ja kehittämiseen kannattaa panostaa. Suomalainen alaselkäkipututkimus havainnollistaa, että ensikontaktilla, varhaisella riskien tunnistamisella ja hoidon kohdentamisella voidaan vaikuttaa myöhempään palvelujen käyttöön, kuvantamiseen ja sairauspoissaoloihin[21].

Kuvassa 2 tutkimuksen tuloksia havainnollistetaan kahden erilaisen hoitopolun avulla. Moniammatillinen biopsykososiaalinen malli on selkeästi kustannustehokkaampi kuin lääkärivetoisempi biomedikaalinen malli[21]. Käytännössä hoitopolut eivät jakaudu yksiselitteisesti kahteen malliin.

3 Terveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyö tule-ongelmissa

Terveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyö on keskeistä tule-ongelmien hoidossa ja kuntoutuksessa, koska terveydenhuollon ammattilainen ei välttämättä tunne työn todellisia vaatimuksia ja muokkausmahdollisuuksia.

Työterveyshuollolla on puolestaan mahdollisuus yhdistää toimintakyvyn arviointi työn vaatimuksiin ja keskustella esihenkilön kanssa esimerkiksi työn muokkauksesta, joustavista järjestelyistä, osa-aikatyöstä, apuvälineistä ja työympäristön muutoksista.

Tule-ongelmissa hoidon ja kuntoutuksen päämääränä ei useinkaan ole kivuttomuus, vaan työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen ja palauttaminen. Hoidon ja kuntoutuksen onnistumisen perimmäinen mittari on siis yksilön paluu arkeen ja työhön.

Työterveyshuollon varhainen kytkeminen osaksi hoitoketjua on välttämätöntä, jotta sairauspoissaolot eivät pitkity. Työkyvyn tuki toteutetaan tiiviissä yhteistyössä työnantajan kanssa hyödyntäen osasairauspäivärahaa, työn muokkauksen keinoja (työtehtävien muokkaus, työaikajärjestelyt) sekä tarvittaessa ammatillisen kuntoutuksen keinoin.

TYÖOTE-toimintamalli on työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyömalli, jonka tavoitteena on parantaa työkyvyn tukea, nopeuttaa työhön paluuta ja vähentää pitkiä sairauspoissaoloja. Keskeinen ajatus on, että työkyvyn arviointi siirtyy mahdollisimman varhaisessa vaiheessa työterveyshuollon vastuulle, koska työterveyshuollolla on paras tieto työn vaatimuksista ja mahdollisuuksista työn muokkaukseen[22].

Osittainenkin työhön paluu tai työssä jatkaminen turvallisesti on täyttä sairauslomaa parempi vaihtoehto aina kun se on lääketieteellisesti perusteltua.

Lue lisää verkossa:

suomentule.fi/kto

Lisämateriaali työtervehyshuoltoon ja työpaikoille

SUOSITUKSET
terveydenhuollon ammattilaisille ja kehittäjille

Kansallinen TULE-ohjelma



TULE

Tule-ongelmien hoito ja kuntoutus

Suositukset perustuvat kansainvälisen tutkijaryhmän tekemään systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen aikuisten tuki- ja liikuntaelinkipua koskevista kliinisistä hoitosuosituksista.*

1. **Huomioi** potilaan yksilöllinen tilanne, käytä toimivaa vuorovaikutusta ja hyödynnä yhteistä päätöksentekoa (potilaskeskeinen hoito).
2. **Sulje** vakavat syyt pois ennen hoidon suunnittelua.
3. **Tunnista** psykososiaaliset tekijät hyödyntäen esimerkiksi STarT-selkäkyselyä tai Örebron kipukyselyn lyhyttä versiota.
4. **Vältä** tarpeetonta kuvantamista. Käytä kuvantamista vain, jos sille on kliininen peruste, kuten vakavan syyn epäily, huono vaste konservatiiviselle hoidolle, tai kuvantamistulosten tuoma mahdollinen muutos hoitostrategiaan.
5. **Tee** kliininen tutkimus jokaiselle tule-potilaalle.
6. **Seuraa** hoidon vaikuttavuutta käyttäen validoituja mittareita.
7. **Tarjoa** potilaalle tietoa ja ohjausta ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista itsehoidon ja toipumisen tukemiseksi.
8. **Huolehdi** siitä, että hoito tukee fyysistä aktiivisuutta ja/tai sisältää ohjattua harjoittelua.
9. **Käytä** manuaalista terapiaa vain osana hoitokokonaisuutta, johon sisältyvät harjoittelu ja ohjaus.
10. **Toteuta** ensisijaisesti laadukasta konservatiivista hoitoa, ellei välitöntä leikkausaihetta ole.
11. **Edistä** potilaan työssä jatkamista tai mahdollisimman varhaista työhön paluuta.

* 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.

Viitteet

1. Fillingim ym. Global and regional reference curves for pain across the lifespan in 6.1 million individuals in 118 countries. Nat Med 2026 Oct 5. doi: 10.1038/s41591-026-04696-w.
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. Asadi ym. The effectiveness of dietary intervention in osteoarthritis management: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Eur J Clin Nutr 2025; 79:959-71.
9. Law ym. Effect of anti-inflammatory diets on health-related quality of life in adults with chronic disease: a systematic review and meta-analysis. BMJ Nutr Prev Health 2025; 8:e001257
10. Pellegrini ym. Nutrients and food supplements for the prevention of musculoskeletal diseases: an umbrella review. Nutr Res Rev 2026; 39:e16.
11. Limongi ym. Efficacy of Mediterranean diet in musculoskeletal disorders: A systematic review and meta-analysis for primary and tertiary prevention featured in the Italian National Guidelines "La Dieta Mediterranea". Nutrition 2026; 142:112950.
12. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025 (viitattu 30.08.2026).
13. Lonkkamurtuma. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017 (viitattu 30.08.2026).
14. 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).
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 Geriatrit ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2025 (viitattu 30.08.2026).
17. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018 (viitattu 30.08.2026).
18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtakunnalliset lääkinnälliseen kuntoutukseen ohjaamisen perusteet: opas terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille ja kuntoutuksen parissa työskenteleville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2022. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2022:17). Saatavissa: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5423-6.
19. Sosiaali- ja terveysministeriö. Apuvälinepalveluiden laatusuositus. Valtakunnalliset lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet 2026: opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 2026. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2026:6). Saatavissa: https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9972-5.
20. 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.
21. Simula ym. Effectiveness of a classification-based approach to low back pain in primary care – a benchmarking controlled trial. J Rehabil Med 2024; 56: jrm28321.
22. Lavikainen ym. Longterm persistence and scalability of a coordinated return to work model in healthcare: A registry-based study across clinical pathways. J Occup Rehabil 2026 Jun 26. doi: 10.1007/s10926-026-10421-8.