



Hyväksytty Palkon kokouksessa 23.4.2020 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi-palvelussa

## Palveluvalikoimaneuvoston suositus

# **Lanneselän selkäydinkanavan ahtauman leikkaushoito ja sen jälkeinen kuntoutus**

Palveluvalikoimaan kuuluu lannerangan selkäydinkanavan ahtauman ensisijaisena hoitona perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa toteutettava konservatiivinen hoito, johon sisältyy lyhytaikaisen levon opastus, omatoimisen kuntoutumisen ohjaus, ergonominen neuvonta sekä tarvittaessa fysioterapia ja kipulääkitys.

Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kuusi kuukautta kestänyt merkittävästi haittaava katkokävelyoire tai jolla on edelliseen liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt hermojuuriperäinen oire.

Leikkaus kuuluu palveluvalikoimaan ei-päivystyksellisissä tilanteissa silloin, kun konservatiivisella hoidolla ei saada riittävää helpotusta oireisiin. Leikkaukseen voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

Kaikille leikkauspotilaille ohjataan kotiutuessa omaehtoinen itsehoito ja harjoittelu. Potilaiden toipumisen edistymistä tulee seurata riittävästi ottaen huomioon tehdyn leikkauksen laajuus.

Leikkauksen jälkeinen kuntoutus kuuluu palveluvalikoimaan silloin, kun potilaan toipuminen viivästyy. Kuntoutuksen toteuttamisessa voidaan noudattaa Palkon biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa antaman suosituksen mukaisia menettelyjä.



Hyväksytty Palkon kokouksessa 23.4.2020 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi-palvelussa

## Sisällys

1.	Perusteet suosituksen laatimiseen .....	1
2.	Suosituksen kohderyhmä.....	1
3.	Arvioitavat menetelmät .....	1
4.	Sairauden kuvaus.....	2
5.	Hoitoprosessi ja leikkauksen vaikuttavuus ja turvallisuus .....	3
6.	Johtopäätökset .....	6
7.	Yhteenvedo suosituksesta .....	7
8.	Lisätiedon kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta .....	8

STM038:00/2017

## 1. Perusteet suosituksen laatimiseen

2

3 Suositus korvaa sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 yhtenäisissä hoidon perusteissa julkaiseman  
4 suosituksen lannerankakanavan ahtauman kiireettömästä leikkaushoidosta<sup>1</sup>. STM ja Palko sopivat, että  
5 Palko valmistelee ja hyväksyy kolmea lanneselän alueen leikkaushoitoa koskevat suositukset. Lanneselän  
6 välilevytyrän leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskeva Palkon suositus<sup>2</sup> on hyväksytty 29.10.2019.  
7 Lanneselän luudutuskirurgiaa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskeva suositus julkaistaan erikseen.

8 Palko on lisäksi aiemmin 1.11.2018 hyväksynyt suosituksen biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta  
9 pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa<sup>3</sup>. Nämä neljä suositusta tulevat muodostamaan yhtenäisen  
10 kokonaisuuden.

11 Palko on teettänyt suosituksen pohjaksi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Muu suosituksen  
12 valmistelun taustamateriaali ja valmistelun eteneminen on kuvattu erillisessä Palkon valmistelumui-  
13 stiassa. Kaikki materiaali on julkaistu Palkon kotisivuilla [www.palveluvalikoima.fi](http://www.palveluvalikoima.fi) (lopullisen suosituksen  
14 hyväksymisen jälkeen).

## 2. Suosituksen kohderyhmä

16

17 Tämä suositus koskee lanneselän selkäydinkanavan ahtauman leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta yli  
18 15-vuotiailla potilailla. Sairaudesta voidaan käyttää joko ICD10-koodia M48.0 (selkärangan kanavan  
19 ahtauma) tai M47.2 (muu nikamasairaus ja hermojuurisairaus).

20 Leikkauksen aiheiden osalta tämä suositus koskee kiireetöntä (elektiivinen) leikkausta. Muun alueen kuin  
21 lanneselän selkäydinkanavan ahtauman hoito ja kuntoutus on rajattu suosituksen ulkopuolelle.

## 3. Arvioitavat menetelmät

23

24 Suosituksessa arvioidaan:

- 25 a. yli 15-vuotiaat potilaiden, joilla on magneettikuvauksella tai muulla luotettavalla menetelmällä  
26 todettu lannerangan kanavan ahtauma leikkaushoitoa verrattuna konservatiiviseen hoitoon  
27 (lääkehoito, kuntoutus),  
28 b. eri leikkausmenetelmiä toisiinsa,  
29 c. leikkauksen jälkeistä kuntoutusta verrattuna siihen, että potilaalle ei järjestetä kuntoutusta tai että  
30 hänelle annetaan kirjalliset omahoito-ohjeet.

<sup>1</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5, s. 95.

<sup>2</sup> <https://palveluvalikoima.fi/valilevytyran-leikkaushoito-ja-kuntoutus>

<sup>3</sup> <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkäkivussa>

STM038:00/2017

31 A-kohdan arvioinnin ulkopuolelle on rajattu päivystyksellinen (kiireellinen) leikkaushoito.

32 Lannerangan selkäydinkanavan ahtaumaa sairastavat potilaat leikataan Suomessa hoitolaitoksesta ja  
33 alueellisesta työnjaosta riippuen joko ortopedian tai neurokirurgian erikoisalalla. Ns. keskittämisasiäsetuksen<sup>4</sup>  
34 7 §:n mukaan selkäkirurgia tulee 1.7.2018 lähtien koota ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja  
35 erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin, joissa selkäleikkausten yhteismäärän on  
36 oltava vähintään noin 150 vuodessa, ellei kysymys ole vaativista selkäleikkauksista, jotka on keskitettävä  
37 viiteen yliopistosairaalaan tai erityisestä syystä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan.

38 Palko toteaa, että tavanomainen ahtaumakirurgia ilman luudutusta ei ole luokiteltavissa vaativaksi  
39 selkäkirurgiaksi, joten näitä leikkauksia voidaan tehdä kaikissa sairaaloissa, joissa lukumäärävaatimus  
40 täyttyy ja joissa on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys.  
41 Leikkaustoiminnan tarjoaminen edellyttää, että sairaalassa on asianmukainen ortopedian tai neurokirurgian  
42 erikoisan osaaminen sekä leikkausten jälkeisten komplikaatioiden varalta riittävä potilaiden seuranta- ja  
43 hoitovalmius. Osaa luudutuksen sisältävistä leikkauksista on pidettävä keskittämisasiäsetuksen tarkoittamana  
44 vaativana selkäkirurgiana, joka tulee keskittää. On tärkeää, että nämä tapaukset tunnistetaan ja että  
45 yksiköiden välisillä konsultaatioilla voidaan varmistaa yksittäistapauksissa asianmukainen hoitopaikka.

#### 46 **4. Sairauden kuvaus**

47  
48 Lannerangan selkäydinkanavan ahtauma tarkoittaa selkäydinkanavan tai hermokanavien ahtautumista.  
49 Kudostasolla ahtauman aiheuttaa pääosin luun ja nivelsiteiden liikakasvu sekä välilevyn pullistuminen, usein  
50 näiden yhdistelmä. Selkäydinkanavan keskiosan ahtaumasta (sentraalinen) on seurauksena koko  
51 selkäydinnestepussin ja mahdollisesti selkäytimen ahtautuminen. Jos taas selkähermojen haarautumisalue  
52 tai hermojen luiset kulkureitit eli juurikanavat ahtautuvat (lateraalinen), seurauksena voi olla vain tietyn  
53 selkähermon puristus.

54 Kuvantamistutkimuksissa jopa kolmasosalla 65 vuotta täyttäneistä nähdään selkäydinkanavan  
55 ahtautumista, mutta ahdas selkäydinkanava aiheuttaa (kliinisesti) merkittäviä oireita vain osalle potilaista.  
56 Ikääntymisen myötä radiologisesti todettavissa olevia selkärangan rappeumamuutoksia tulee kaikille  
57 ihmisille ja nämä muutokset ovat yleisin syy selkäydinkanavan ahtautumiseen. Muita syitä  
58 selkäydinkanavan ahtautumiseen ovat mm. harvinainen synnynnäinen ahtauma sekä vammojen ja  
59 leikkausten jälkitilat.

60 Ahtauma luokitellaan yleisimmin edellä kuvatusti anatomisen sijainnin (sentraalinen, lateraalinen) tai  
61 syntyhistorian eli etiologian perusteella.

62 Lannerangan selkäydinkanavan ahtaumasta johtuvat kliiniset oireet vaihtelevat sen mukaan millä  
63 anatomisella alueella rangassa ahtauma sijaitsee. Jos koko selkäydinnestepussi puristuu, tyyppisiä oireita  
64 voivat olla ns. spinaalinen klaudikaatio eli katkokävely: kävellessä potilaan alaraajat kipeytyvät pakaroista

---

<sup>4</sup> Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170582#Pidp447722992>



STM038:00/2017

65 alkaen sekä puutuvat ja saattavat tulla voimattomiksi, lisäksi potilaat voivat kuvata esim. jalkojen  
66 pötkelöisyyttä tai pistelyä ja kävelyn vaikeutta. Nämä oireet lievittyvät istuessa tai kumartuessa. Selän  
67 taakse taivuttaminen (mm. alamäkeen kulkeminen) usein pahentaa oiretta. Lateraalissa ahtaumassa  
68 yleistä on yhden tai useamman hermojuuren puristus, joka aiheuttaa tyypillisesti tietyn hermon tai  
69 hermojen hermotusalueen (dermatomin) kivun, tuntopuutoksen tai voiman puutoksen taikka näiden  
70 yhdistelmän. Paikallinen lannerangan kohdalle sijoittuva kipu ei tyypillisesti ole ahtauman oire.

71 Ahtauma voidaan luokitella kolmeen vaikeusasteeseen: lievä, keskivaikea, vaikea. Luokittelussa voidaan  
72 kiinnittää huomioita seuraaviin tekijöihin:

- 73 • potilaan kliiniset oireet (kts. kappale 4)
- 74 • yhtäjaksoinen kiputila ilman etenevää neurologista oireistoa
- 75 • radiologinen löydös (kts. kappale 5)
- 76 • ovatko oireet kestäneet 3-6 kuukautta?
- 77 • korreloivatko kliiniset oireet radiologiseen löydökseen?

78 Sairauden vaikeusasteen perusteella myös leikkaushoito on mahdollinen.

## 79 **5. Hoitoprosessi ja leikkauksen vaikuttavuus ja turvallisuus**

80

81 Alaselkävivun Käypä hoito –suosituksessa<sup>5</sup> on kuvattu yksityiskohtaisesti lannerangan selkäydinkanavan tai  
82 hermojuurikanavan ahtauman hoitoketjun eri vaiheiden toteutus.

### 83 *Alkuvaiheen tutkimus ja hoito*

84 Selkäydinkanavan ahtaumasta kärsivän potilaan tutkiminen, hoito ja seuranta tapahtuvat alkuvaiheessa  
85 ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

86 Lanneselän selkäydinkanavan ahtauman diagnoosi voidaan pääsääntöisesti tehdä esitietojen ja kliinisten  
87 löydösten perusteella. Magneettikuvaus (MRI) on ensisijainen kuvantamistutkimus ja jos se on vasta-  
88 aiheinen, voidaan tehdä selkäydinkanavan varjoainetutkimus (myelografia) ja samassa yhteydessä  
89 tietokonetutkimus.

90 Selkäydinkanavan ahtauma ei näy tavallisessa selkärangan röntgenkuvauksessa. Tämä tutkimus kuitenkin  
91 pääsääntöisesti liitetään ahtauman tutkimukseen, jotta voidaan saada tietoa mahdollisesta ahtautuneen  
92 nikamavälin (segmentin) yliiikkuvuudesta ja epätukevuudesta. Kuvasajankohta ja –paikka määräytyy  
93 oireen vaikeusasteen ja paikallisen hoidon porrastuksen mukaan.

94 Lievässä ahtaumassa ei-leikkauksellinen hoitolinja on ensisijainen. Hoito voi koostua lyhytaikaisesta levosta,  
95 omatoimisesta kuntoutumisesta sekä fysioterapiasta ja ergonomisesta neuvonnasta. Kivun hoitoon voidaan  
96 tarvittaessa käyttää tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia.

---

<sup>5</sup> <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001>

STM038:00/2017

97 *Lähtämiskriteerit leikkaushoidon harkintaan*

98 Kiireettömän lähetteen aiheet:

- 99 • yli 6 kuukautta kestänyt, potilasta merkittävästi haittaava katkokävelyoire (verisuoniperäinen ja  
100 neurologinen syy poissuljettu)
- 101 • edelliseen liittyen tai yksin yli 3 kuukautta kestänyt radikaalinen (hermojuuriperäinen) oire, kuten  
102 säteilykipu tai tuntopuutos.
- 103 • yllämainittuihin voi liittyä myös selkäkipu, joka ei itsenäisenä oireena edellytä lähtämistä kirurgiseen  
104 yksikköön. (kts. Alaselkävun Käypä Hoito -suositus)
- 105 Tärkeää on tunnistaa vähintään keskivaikeasta ahtaumasta kärsivät ja ohjata heidät erikoislääkärin  
106 konsultaatioon, joka voi paikallisesti sovitun hoidon porrastuksen mukaan tapahtua myös  
107 perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.
- 108 Perusterveydenhuollossa on tunnistettava kiireellisen lähetteen aiheet eli sietämätön kiputila tai etenevä  
109 neurologinen oireisto ja potilasta on informoitava ottamaan yhteys terveydenhuoltoon, mikäli näitä  
110 ilmenee.

111 *Leikkaushoito*

112 Vaikeaoireisissa tapauksissa, mikäli tilanne ei rauhoitu konservatiivisella hoidolla, leikkaushoito on  
113 perusteltu.

114 Leikkauksessa selkäydinkanavaa ahtauttavat rakenteet poistetaan, jolloin hermorakenteet vapautuvat.  
115 Tämä edellyttää nikamakaaren ainakin osittaista poistoa, joka voidaan toteuttaa useilla eri tekniikoilla.  
116 Mahdollisesti toimenpiteeseen yhdistettävän luudutusleikkauksen kriteerit eivät ole yhteneväiset ja sen  
117 tarve harkitaan potilaskohtaisesti erikseen.

118 Okahaarakkeiden väliin asennettavia implantteja ei Palkon tietojen mukaan käytetä Suomessa, eikä niitä  
119 ole lääketieteellisiä perusteita käyttää jatkossakaan, joten ne eivät kuulu palveluvalikoimaan.

120 *Leikkauksen vaikuttavuus*

121 Palkon hankkiman kirjallisuuskatsauksen perusteella konservatiiviseen hoitoon verrattuna leikkaushoidolla  
122 saavutettiin parempi kivun lievitys ja toimintakyvyn paraneminen ja ero potilasryhmien välillä säilyi  
123 vähintään kuuden vuoden seurannan ajan.

124 Eri avarrusleikkaustekniikoiden vaikuttavuuden vertailussa ei voitu todeta olennaisia eroja kivun ja  
125 toimintakyvyn muutosten osalta. Avarrusleikkaukseen voidaan liittää kirurgin harkinnan mukaan luudutus,  
126 joka oikein valituilla potilailla johtaa hyvään tulokseen.

127 *Leikkauksen turvallisuus*



STM038:00/2017

128 Selkäydinkanavan ahtauman vuoksi tehtyjen leikkausten yleisimmät komplikaatiot ovat duurapussin tai  
129 kovakalvon vauriot, infektiot ja hermojuuren vauriot. Suurin osa komplikaatioista pitkittää hoitoa ja  
130 toipumista, mutta ei vaikuta toiminnalliseen tulokseen. Hermojuuren vaurioista, joita aiheutuu noin 0,1-0,2  
131 %:ssa leikkauksista, osa voi jäädä pysyviksi.

### 132 *Leikkauksen jälkeinen toipuminen ja jälkihoito*

133 Avarrusleikkauksen jälkeen potilaat kotiutuvat yleensä ensimmäisenä tai toisena leikkauksen jälkeisenä  
134 päivänä ja ne potilaat, joille on lisäksi tehty luudutus, 2.-7. päivänä leikkauksen jälkeen. Yksilöllinen tilanne  
135 voi kuitenkin viivästyttää kotiutumista.

136 Kaikille leikkaukspotilaille ohjataan kotiutuessa omaehtoinen itsehoito ja harjoittelu. Selän käyttöä ei  
137 leikkauksen jälkeen tarvitse erityisesti rajoittaa, vaan potilas saa harjoittaa tavanomaisia toimia ja liikkua  
138 normaalisti. Tavallisimmin kuitenkin suositellaan, että potilas välttäisi nostoja, voimakkaita taivutuksia ja  
139 kumartamista 2-3 viikon ajan. Poikkeustilanteissa (selkää voimakkaasti kuormittavat urheilulajit tai  
140 työtehtävät) on arvioitava yksilöllisesti pitempikestoisten rajoitusten tarve. Lisäksi avarrusleikkauksen  
141 laajuus voi aiheuttaa tarpeen arvioida tapauskohtaisesti leikkauksen jälkeisiä rajoituksia. Luudutuksen  
142 sisältävän leikkauksen jälkeen toipuminen kestää yleensä pitempään ja tiukemmat rajoitukset esimerkiksi  
143 liikunnan suhteen ovat perusteltuja.

144 Avarrusleikkauksen jälkeen ei pääsääntöisesti tarvita rutiininomaista käyntikontrollia leikanneessa  
145 yksikössä, mutta etäkontrolli on mahdollista järjestää yksikössä linjatulla tavalla. Jos toipumisessa on  
146 ongelmia tai oireet palaavat, niin potilaalla tulee olla mahdollisuus olla yhteydessä leikanneeseen  
147 yksikköön.

148 Luudutusleikkauksen jälkeen potilas käy ensimmäisten kuukausien aikana leikanneessa yksikössä  
149 kontrollikäynnillä sekä fysioterapeutilla, että kirurgilla. Kontrollikäynnin yhteydessä otetaan myös  
150 röntgenkuva leikkauksialueelta. Kontrolleja jatketaan leikkauksen jälkeen leikanneessa yksikössä noin 1-2  
151 vuoteen saakka paikallisesti sovitun protokollan mukaisesti joko fysioterapeutilla tai lääkäriä.  
152 Poikkeustilanteissa kirurgi voi ohjelmoida potilaalle yksilöllisen kontrolli- ja kuvausohjelman. Potilaalla tulee  
153 olla mahdollisuus olla yhteydessä leikanneeseen yksikköön sovittujen kontrollikäyntien välilläkin, jos  
154 ongelmia ilmaantuu.

155 Työelämässä olevien potilaiden sairauspoissaolon pituus määritellään yksilöllisesti potilaan työnkuvan  
156 mukaisesti noudattaen Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen<sup>6</sup>  
157 periaatteita. Leikanneessa yksikössä kirjoitetaan kotiutusvaiheessa avarrusleikkauksen jälkeen 2-6 viikon ja  
158 luudutusleikkauksen jälkeen 2-3 kuukauden sairauspoissaolotodistus. Tämän jälkeisen mahdollisen  
159 sairauspoissaolon tarve määritetään ensisijaisesti työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa, jossa  
160 tulee huolehtia myös toipumisen riittävästä seurannasta työkyvyn suhteen. Riittävän aikaisin tapahtuvalla  
161 kontrollikäynnillä työterveydestä vastaavaan yksikköön varmistetaan myös, että työhön paluun vaatimiin  
162 toimiin voidaan tarvittaessa ryhtyä ajoissa.

<sup>6</sup><https://www.kaypahoito.fi/hoi50121>

STM038:00/2017

163 *Leikkauksen jälkeinen kuntoutus*

164

165 Tutkimusten mukaan 2-3 kuukauden sisällä leikkauksesta aloitetusta aktiivisen kuntoutuksen  
166 vaikuttavuudesta on kohtalaista näyttöä, mutta tutkimuksiin ei sisältynyt potilaita, joilla toimintakyvyn  
167 haitta oli merkittävä. Aktiivista kuntoutusta saaneet potilaat hyötyivät kuntoutuksesta kliinisesti  
168 merkittävästi selkäkipuun liittyvän toiminnallisen haitan osalta.

169 Jos potilaan toimintakyky ei leikkauksen jälkeen palaudu ja leikkauksen jälkeinen komplikaatio (kirurgista  
170 interventiota vaativa komplikaatio) on sen syynä poissuljettu, tulee potilas ohjata leikkauksen jälkeiseen  
171 kuntoutukseen. Kuntoutustarpeen arvio on hyvä tehdä 4-6 viikon kuluttua leikkauksesta.

172 Palko on 1.11.2018 hyväksynyt suosituksen Biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai  
173 toistuvassa selkäkipussa<sup>7</sup>. Suosituksen periaatteita voidaan soveltuvin osin noudattaa myös silloin, kun  
174 ahtaumaleikkauspotilaan toipuminen leikkauksen jälkeen pitkittyy ja hänen työ- tai toimintakykynsä on sen  
175 johdosta uhattuna.

176 Mikäli työelämässä olevan henkilön työkyky ei palaudu leikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta huolimatta,  
177 noudatetaan biopsykososiaalista kuntoutusta koskevan suosituksen mukaisia menettelyjä sekä soveltuvin  
178 osin STM:n OTE-hankkeen (Osatyökykyisille tie työelämään) suosituksia<sup>8</sup>.

## 179 **6. Johtopäätökset**

180

181 Palko toteaa johtopäätöksensä seuraavan:

182 Lannerangan selkäydinkanavan ahtauman kiireetön hoito on ensisijaisesti konservatiivista (ei-  
183 leikkauksellista) ja se toteutetaan perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Lyhytaikainen lepo,  
184 omatoiminen kuntoutuminen, fysioterapia ja ergonominen neuvonta riittävät useimmissa tapauksissa.  
185 Kivun hoitoon voidaan käyttää tulehduskipulääkkeitä tai parasetamolia. Päivystyksellistä hoitoa edellyttävät  
186 tilanteet (heikkousoire eli pareesi tai jatkuva vaikea kiputila) tulee kuitenkin tunnistaa.

187 Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kolme kuukautta kestänyt merkittävästi  
188 haittaava katkokävelyoire (verisuoniperäinen tai neurologinen syy poissuljettu), tai jolla on edelliseen  
189 liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt radikaalarinen (hermojuuriperäinen) oire.

190 Ellei tilanne rauhoitu konservatiivisella hoidolla, leikkaushoito on lääketieteellisesti perusteltu vaikeiksi  
191 luokitelluissa tapauksissa ja monesti myös keskivaikeissa tapauksissa leikkaushoito tulee kysymykseen.  
192 Leikkauksessa selkäydinkanavaa ahtauttavat rakenteet poistetaan hermorakenteet vapauttaen

<sup>7</sup> <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalin-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkakivussa>

<sup>8</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2019:25, Kaikki mukaan työelämään - Osatyökykyisille tie työelämään (OTE) kärkihankkeen tulokset ja suositukset <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161453>



STM038:00/2017

193 (=dekompressio). Eri leikkaustekniikoiden vaikuttavuudessa ei ole todettu eroja. Avarrukseen voidaan  
194 yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

195 Kaikille leikkauspotilaille ohjataan kotiutuessa omaehtoinen itsehoito ja harjoittelu. Avarrusleikkauksen  
196 jälkeen rutiininomainen käyntikontrolli ei ole tarpeen, vaan toipumisen etenemisen varmistamiseen  
197 voidaan käyttää sähköisiä kanavia. Luudutusleikkauksen jälkeen kontrollikäynti ensimmäisten kuukausien  
198 aikana on perusteltu ja niitä tulisi jatkaa paikallisen käytännön mukaisesti 1-2 vuoteen saakka.

199 Sairauspoissaolon pituus määritellään yksilöllisesti potilaan työnkuvan mukaisesti noudattaen  
200 Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen periaatteita. Leikkauksessa  
201 yksikössä kirjoitetaan kotiutusvaiheessa avarrusleikkauksen jälkeen 2-6 viikon ja luudutusleikkauksen  
202 jälkeen 2-3 kuukauden sairauspoissaolotodistus. Tämän jälkeisen mahdollisen sairauspoissaolon tarve  
203 määritetään ensisijaisesti työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa, jossa tulee huolehtia myös  
204 toipumisen riittävästä seurannasta työkyvyn suhteen. Samalla tulee arvioida mahdollinen kuntoutuksen  
205 tarve.

206 Jos potilaan toimintakyky ei leikkauksen jälkeen palaudu, potilas tulee selvittelyjen jälkeen ohjata  
207 leikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa  
208 selkävauriossa koskevan Palkon suosituksen periaatteita voidaan soveltuvin osin noudattaa myös silloin, kun  
209 ahtaumaleikkauspotilaan toipuminen leikkauksen jälkeen pitkittyy ja hänen työ- tai toimintakykynsä on sen  
210 johdosta uhattuna.

## 211 **7. Yhteenveto suosituksesta**

212

213 Palveluvalikoimaan kuuluu lannerangan selkäydinkanavan ahtauman ensisijaisena hoitona  
214 perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa toteutettava konservatiivinen hoito, johon sisältyy  
215 lyhytaikaisen levon opastus, omatoimisen kuntoutumisen ohjaus, ergonominen neuvonta sekä tarvittaessa  
216 fysioterapia ja kipulääkitys.

217 Leikkaushoidon harkintaan tulee ohjata potilas, jolla on yli kuusi kuukautta kestänyt merkittävästi haittaava  
218 katkokävelyoire tai jolla on edelliseen liittyen tai yksin yli kolme kuukautta kestänyt hermojuuriperäinen  
219 oire.

220 Leikkaus kuuluu palveluvalikoimaan ei-päivystyksellisissä tilanteissa silloin, kun konservatiivisella hoidolla ei  
221 saada riittävää helpotusta oireisiin. Leikkaukseen voidaan yksilöllisen harkinnan mukaan yhdistää luudutus.

222 Kaikille leikkauspotilaille ohjataan kotiutuessa omaehtoinen itsehoito ja harjoittelu. Potilaiden toipumisen  
223 edistymistä tulee seurata riittävästi ottaen huomioon tehdyn leikkauksen laajuus.

224 Leikkauksen jälkeinen kuntoutus kuuluu palveluvalikoimaan silloin, kun potilaan toipuminen viivästyy.  
225 Kuntoutuksen toteuttamisessa voidaan noudattaa Palkon biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta  
226 pitkittyvässä tai toistuvassa selkävauriossa antaman suosituksen mukaisia menettelyjä.

227

STM038:00/2017

228 **8. Lisätiedon kerääminen ja suosituksen vaikutusten seuranta**

229

230 Suomeen on vuoden 2016 lopussa perustettu selkärekisteri, joka toimii selkäkirurgian laaturekisterinä.  
231 Rekisterin kattavuuden lisääminen olisi tärkeää selkäkirurgian leikkauksien yhdenmukaistamiseksi sekä  
232 vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden seuraamiseksi. Kaikissa selkärangan leikkauksissa potilaan  
233 toipumista seurataan kansallisen selkärekisterin puitteissa. Potilas vastaa mittareihin ja mm tyytyväisyyttä  
234 koskeviin kysymyksiin aikapisteissä 3 kuukautta, 1, 2, 5 ja 10 vuotta. Potilas saa kyselyt vastattaviksi  
235 automaattisesti sähköisesti eivätkä nämä aikapisteet ole sidoksissa tai vaikuta käyntikontrolleihin.

236 Lisäksi tietoja kertyy mm. THL:n hoitoilmoitusrekisteriin. Palkon tietojen mukaan sairauden  
237 diagnoosikoodien käyttö ei ole Suomessa yhtenäistä (ks. kohta 2). Seurantatiedon yhdenmukaisuuden  
238 parantamiseksi tulisi käyttää ensisijaisesti koodeja M48.0 ja M47.2.

239 Tämän suosituksen vaikutusten seuraamiseksi tulisi kerätä tietoja mm. seuraavista asioista:

- 240 • lanneselän selkärangan ahtaumasta johtuvien käyntien määrä perusterveydenhuollossa ja
- 241 erikoissairaanhoidon poliklinikoilla
- 242 • leikkausten määrä sairaanhoitopiireittäin ja ikäryhmittäin
- 243 • leikkausta edeltäneiden oireiden kesto
- 244 • lanneselän selkärangan ahtaumasta johtuvien sairauspoissaolojen määrä ja keskimääräinen
- 245 kesto
- 246 • lanneselän selkärangan ahtauma-leikkausten jälkeisen sairauspoissaolon kesto
- 247 • leikkausten jälkeisen kuntoutuksen toteutuminen
- 248 • diagnoosilla M48 tai M47.2 myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä
- 249 • hoidon ja kuntoutuksen kustannukset.