



Versio 4.2.2021

Hyväksytty 4.2.2021 julkaistavaksi kommentoitavaksi otakantaa.fi –palvelussa

## Palveluvalikoimaneuvoston suositus

# Kroonisen lanneselkävivun hoito luudutuskirurgialla ja sen jälkeinen kuntoutus

Luudutuskirurgia kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan nikaman höltymästä ja siihen liittyvästä nikaman siirtymästä, välilevyrappeumasta tai välilevytyräleikkauksen jälkitilasta johtuvan vaikean kroonisen selkävivun hoidossa, mikäli asianmukaisella konservatiivisella hoidolla ja kuntoutuksella ei ole saavutettu riittävää oireiden lievenemistä. Ennen leikkauspäätöstä tulee tehdä Käypä hoito –suosituksen mukaiset kuvantamistutkimukset.

Kotiutuessa potilaalle tulee antaa ohjeet omatoimiseen kuntoutumiseen.

Leikkauksen jälkeen toipumisen eteneminen tulee kontrolloida noin kolmen kuukauden kohdalla vastaanottokäynnillä, johon sisältyy röntgenkuvaus. Mikäli potilaan kuntoutuminen ei edisty asianmukaisesti, tulee hänet viimeistään tässä vaiheessa ohjata moniammatilliseen kuntoutukseen.



## Sisällys

1.	Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja .....	1
2.	Terveysongelma .....	1
3.	Arvioitava menetelmä .....	2
4.	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan .....	3
5.	Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi .....	3
6.	Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset .....	3
7.	Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat .....	5
8.	Johtopäätökset .....	5
9.	Yhteenvedo suosituksesta .....	7
10.	Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta .....	7

Suosituksessa käytettyjen lähteiden luettelo on Palkon valmistelumuiston liitteenä.

## Lyhenteet

PREM	Patient Reported Experience Measures; potilaiden raportoima tieto asiakaskokemuksesta
PROM	Patient Reported Outcome Measures; potilaiden raportoimaan terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät mittarit.



## Palkon suosituksista

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palkon tehtävänä on ohjata julkisesti rahoitettujen terveyspalveluiden järjestämistä antamalla suosituksia siitä, kuuluuko arvioitu terveydenhuollon menetelmä terveydenhuollon palveluvalikoimaan tietyn terveysongelman tutkimuksessa, hoidossa tai kuntoutuksessa.

Palkon suositus koostuu tästä varsinaisesta suosituksesta, valmistelumuistiosta ja tiivistelmästä. Suositus julkaistaan taustamateriaaleineen [kotisivuilla](#) suomeksi. Tiivistelmä julkaistaan myös [ruotsiksi](#) ja [englanniksi](#).

Suosituksot perustuvat parhaaseen hyväksymishetkellä käytävissä olleeseen lääketieteelliseen ja muuhun tietoon. Suositus on voimassa toistaiseksi, ellei voimassaoloaikaa ole rajoitettu.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittely sekä Palkon toiminta perustuu [terveydenhuoltolain \(1203/2014\) 7a](#) ja [78a](#) §:ään sekä [terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostosta annettuun valtioneuvoston asetukseen \(63/2014\)](#) muutoksineen ([718/2017](#) ja [995/2019](#)).

[Palkon hyväksymä käsikirja](#) sisältää tarkemman kuvauksen käsittelyprosessista ja palveluvalikoiman määrittelyn periaatteista.

Palkon suositus ei ole kannanotto siihen, miten yksittäistä potilasta tulisi tutkia, hoitaa tai kuntouttaa, vaan siitä päätetään [potilaslain](#) mukaisesti hyödyt ja haitat yksittäistapauksessa punniten. Harkittaessa käytettäväksi menetelmää, joka on rajattu palveluvalikoiman ulkopuolelle, tulee huomioida [terveydenhuoltolain 7a §:n 3 momentin](#) säännös poikkeamisen lääketieteellisistä edellytyksistä. Poikettaessa palveluvalikoimasta korostuu velvollisuus perustella ja kirjata ratkaisun perusteet.

[Sairausvakuutuslain](#) mukaan palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatusta hoidosta ei voi saada sairausvakuutuskorvausta.

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

## 1. Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja

Tämä suositus koskee nikamakaaren höltymää (spondylolyysi M43.0) ja siihen liittyvää nikaman siirtymää (spondylolyttinen spondylolisteesi M43.1), välilevyrappeumaa (M51.3) ja välilevytyräleikkauksen jälkitilaa (M51.1) (mukaan lukien toistuva tai uusiutuva välilevytyrä ja välilevytyräleikkauksen jälkeinen kiputila). Suositus koskee yli 15-vuotiaita potilaita. Suosituksen tarkoitus on kuvata menetelmät, jotka ovat käytettävissä julkisesti rahoitetussa terveydenhuollossa näiden sairauksien tutkimuksessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Suositus korvaa sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 yhtenäisissä hoidon perusteissa julkaiseman suosituksen lanneselän yliliikkuvuuden (instabiliteetti) kiireettömästä leikkaushoidosta.

Suositus koskee lannerangan luudutusleikkauksia, joiden toimenpidekoodi on NAG60-63, NAG65-67 tai NAG99 silloin, kun ne tehdään edellisessä kappaleessa todettujen diagnoosien johdosta.

Suositus ei koske lanneselän selkäydinkanavan ahtauman ahtaumanleikkauksen yhteydessä tehtävää luudutusta, jota on käsitelty Palkon aiemmassa ko. leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskevassa suosituksessa.<sup>1</sup> Tämä suositus ei koske myöskään muista syistä, kuten murtumien vuoksi tehtäviä lannerangan alueen luudutusleikkauksia.

Suositus perustuu Palkon tilaamaan kirjallisuuskatsaukseen, THL:n kotisivuilla julkaistuun avoimeen dataan, kansallisesta selkärekisteristä saatuihin tietoihin sekä Palkon tuki- ja liikuntaelinten sairauksien jaoston jäsenten asiantuntemukseen.

## 2. Terveysongelma

Nikamankaaren höltymä (spondylolyysi) on tyypillisesti L5-nikamaan kasvuiässä kehittyvä nikamakaarenvarren luupuutos, eräänlainen valenivel, jonka taustalla voi olla kasvun aikainen yllirasitus tai perinnölliset syyt. Noin kuudella prosentilla aikuisista suomalaisista on kuvantamistutkimuksissa todettava spondylolyysi ja heistä noin puolella sen edetessä muodostuva nikaman siirtymä eli spondylolisteesi. Useimmiten ne ovat täysin oireettomia. Nikamakaaren höltymään liittyvässä nikaman siirtymässä (spondylolyttinen spondylolisteesi) selkäydinkanava säilyy yleensä väljänä, mutta juurikanavat saattavat ahtautua. Tällainen nikamansiirtymä esiintyy tavallisimmin lannerangan L5–S1-nikamavälissä. Tilaan liittyy useimmiten myös iän myötä etenevä välilevyn rappeutuminen.

Välilevyrappeuma (diskusdegeneraatio) on useimmiten normaaliin ikääntymiseen liittyvä ilmiö, joka heikentää nikamavälin tukevuutta. Rappeuman taustalla ovat iän myötä sidekudoksen proteiineissa ja niitä ympäröivässä väliaineessa tapahtuvat muutokset. Rappeumaperäinen oireilu vähenee useimmiten vuosien kuluessa itsestään selkärangan jäykistyessä.

Nikamankaaren höltymän ja siitä johtuvan nikaman siirtymän sekä välilevyrappeuman tyypillisiä oireita ovat selän pettämisen tai katkeamisen tunne, puukoniskumainen paikallinen selkäkipu sekä

<sup>1</sup> <https://palveluvalikoima.fi/lannerangan-selkaydinkanavan-ahtauma>

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

39 etenkin siirtymässä hermojuurten ärsytyksestä johtuva säteilykipu alaraajaan. Oireita voi olla  
40 potilasta tutkittaessa vaikea arvioida luotettavasti. Kipuoireet ovat usein vaihtelevia, pitkäkestoisia,  
41 mutta ennusteeltaan hyviä. Pitkittyneitä ja vaikeita kipuja voidaan arvioida kipujanalla ja Oswestry  
42 toimintakykyindeksin<sup>2</sup> avulla.

43  
44 Selkäkipu on yleisimpiä perusterveydenhuollon käyntisyitä. Valtaosa kivuista on lyhytaikaisia, eikä  
45 kuvantamistutkimuksia suositella alkuvaiheessa. Näin ollen on vaikea arvioida, mikä osa käynneistä  
46 johtuu nikamankaaren höltymästä tai välilevyrappeumasta. Sama koskee myös kuntoutuksen ja  
47 erikoissairaanhoidon käynnejä. Joka tapauksessa voidaan arvioida, että vain pieni osa höltymästä tai  
48 välilevyrappeumasta johtuvista selkäkivuista on niin vaikeita ja pitkäaikaisia, että  
49 luudutusleikkauksen harkinta on aiheellista.

50  
51 Maksettuja sairauspäivärahoja sekä työkyvyttömyyseläkkeitä koskevissa tilastoissa diagnoosi  
52 kirjataan ICD-10-koodilla vain kolmen merkin tarkkuudella. Tästä seuraa, että tilastoista ei voida  
53 selvittää nikamankaaren höltymän tai välilevyrappeuman vuoksi maksettujen etuuksien määrää  
54 eikä niiden saajien lukumäärää.

55

### 56 3. Arvioitavat menetelmät sekä menetelmät, joihin verrataan

57

58 Suosituksessa arvioidaan

- 59 • lannerangan luudutusleikkausta verrattuna konservatiiviseen hoitoon
- 60 • viimeistään 1 vuoden kuluessa leikkauksesta aloitettua kuntoutusta siihen, ettei  
61 leikkauksen jälkeistä kuntoutusta järjestetä tai potilaalle annetaan ainoastaan kirjalliset  
62 omahoito-ohjeet.

63

64 Luudutusleikkauksessa tavallisin leikkausmenetelmä on sisäinen kiinnitys käyttämällä  
65 pedikkeliruuveja ja tankoja, jolla saavutettava välitön tukevuus mahdollistaa potilaan liikkumisen  
66 heti leikkauksen jälkeen. Lopullinen paraneminen vaatii elimistön oman biologisen  
67 luutumisprosessin, joka kestää kuukausia. Luutumisprosessin aikaansaamiseksi asetetaan nikamien  
68 poikkihaarakeiden väliin luunsiirre ja/tai välilevytilaan välilevykudoksen poiston jälkeen muovi- tai  
69 metallikehikko.

70

71 THL:n tilastotietojen mukaan lannerangan luudutusleikkausten määrä on viime vuosina vakiintunut  
72 noin kahteen tuhanteen leikkaukseen vuodessa. Selkärekisteristä saadun tiedon mukaan noin 30 %  
73 rekisteröidyistä luudutusleikkauksista olisi tehty nikamankaaren höltymän ja siihen liittyvän nikaman  
74 siirtymän takia. Tämän perusteella tämän suosituksen piiriin kuuluvia leikkauksia tehtäisiin  
75 vuodessa noin 600 kpl.

76

---

<sup>2</sup> <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/ykt/oswestry.pdf>

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

77 **4. Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö**

78

79 Nyt tarkasteltavina olevien diagnoosien osalta Alaselkävivun Käypä hoito –suosituksessa<sup>3</sup> (2017) on  
80 ohjeistus alaselkävivun tutkimuksen ja hoidon toteutukseen. Hoito on lähtökohtaisesti ei-  
81 leikkauksellista. Kirurgista hoitoa vaativasta sairaudesta voi olla kysymys, kun kivut ovat  
82 konservatiivisesta hoidosta huolimatta pitkittyneitä ja invalidisoivia ja kun kuvantamistutkimusten  
83 ja kliinisten tutkimusten löydökset eivät ole ristiriitaiset.

84

85 Käytettävissä ei ole tietoa siitä, miten tutkimus ja hoito käytännössä toteutuu eri puolilla maata.

86 **5. Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi**

87

88 *Luudutuskirurgia verrattuna konservatiiviseen hoitoon tai kuntoutukseen*

89

90 Kirjallisuuskatsauksen perusteella arvioituna luudutuskirurgian vaikuttavuudesta kroonista  
91 selkäkipua kokevilla potilailla tehdyt tutkimukset eroavat toisistaan potilasaineistojen ja  
92 vertailuintervention sisällön puolesta. Norjassa tehtyjen luudutusleikkauksen vaikuttavuutta  
93 kognitiiviseen terapiaan vertailevien tutkimusten tuloksien perusteella ei voi tehdä selkeitä  
94 johtopäätöksiä luudutusleikkauksen tai kognitiivisen terapian välisestä paremmuudesta (Brox 2003,  
95 Brox 2006). Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan luudutusleikkaus on vaikuttavuudeltaan  
96 intensiivisistä kuntoutusta hieman parempi (Fairbank 2005). Kroonista selkäkipua kokeneilla,  
97 pitkään työkyvyttömänä olleilla potilailla, joilla on kuvantamistutkimuksissa todettu  
98 välilevyrappeuma, saavutetaan ilmeisesti hieman parempi hoitotulos kuin konservatiivisesti  
99 hoidetuilla potilailla, joilla hoito aloitetaan intensiivisellä kuntoutuksella, jolloin osalle potilaista  
100 joudutaan tekemään luudutusleikkaus myöhemmin.

101

102 Kahden muun tutkimuksen mukaan luudutusleikkaushoito tuo potilaalle paremman kivun  
103 lievityksen ja toimintakyvyn kuin konservatiivinen hoito (Fritzell 2001, Ohtori 2011). Näistä toisessa  
104 valitsemiskriteerinä oli löydös välilevytyrän varjoainetutkimuksessa, joka ei ole Suomessa käytössä,  
105 ja toisessa konservatiivinen hoito oli terveydenhuollossa tavanomaisesti annettavaa, eikä siihen  
106 sisältynyt intensiivistä kuntoutusta. Missään tutkimuksessa ei ole raportoitu päätöksenteon  
107 kannalta tärkeimpiä tietoja eli kliinisesti merkittävän muutoksen, hyvän paranemisen ja huonoon  
108 tilaan jäämisen todennäköisyyksiä leikkaus- ja kuntoutusryhmissä.

109

110 Spondylolyyttisen nikamasiirtymän hoidossa luudutuskirurgialla on ilmeisesti merkittäväkin  
111 vaikuttavuutta nuorilla tai keski-ikäisillä aikuisilla, joiden toiminnanvajavuudet ovat kroonisen kivun  
112 vuoksi vaikeat.

113

114 Luudutusleikkauksen vaikuttavuutta selvittelleet tutkimukset ovat arvioineet erilaisia potilasryhmiä  
115 ja vertailussa on ollut erilaisia hoitoja. Satunnaistettujen tutkimusten mukaan luudutuskirurgialla  
116 lienee vaikuttavuutta joissakin potilasryhmissä. Tämänkin tiedon yleistettävyyttä Suomessa  
117 hoidettaviin potilaisiin on vaikeaa. Tämän hetkinen tutkimustieto kuitenkin puoltaa

<sup>3</sup> <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001>

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

118 luudutuskirurgian leikkausharkintaa potilailla, joilla on vaikeita ja pitkäaikaisia toimintarajoituksia,  
119 mutta tarvitaan lisää tutkimustietoa satunnaistetuilla asetelmilla sekä Kansallisen selkärekisterin  
120 avulla.

121

122 *Leikkauskomplikaatiot*

123 Tavallisimpia selkäleikkausten leikkauksenaikaisia komplikaatioita ovat kansalliseen selkärekisteriin  
124 tähän mennessä kerääntyneen aineiston perusteella kovakalvon vauriot (4 %), luunmurtuma (1.3  
125 %), hermojuuren vauriot (0.2 %) ja verisuonivaurio (0.2 %). Leikkauksen jälkeen osastohoidon  
126 aikana vajaa 10 % potilaista saa rekisteriin kertyneen tiedon perusteella komplikaation ja näistä  
127 suurin osa on lieviä ja ohimeneviä, mutta pieni osa vaatii jopa uusintaleikkauksen. Yleisimpiä ovat  
128 virtsantulovaikeus, uusi radikulaarilöydös ja selkäydinkanavan verenpurkauma. Nämä komplikaatiot  
129 voivat pitkittää hoitoa ja toipumista, mutta eivät useimmiten vaikuta toiminnalliseen tulokseen.  
130 Kotiutuksen jälkeen ilmenevistä komplikaatioista yleisimpiä ovat infektiot. Niiden yleisyydestä ei  
131 rekisteriin kerääntyneen aineiston perusteella voi vielä tehdä arvioita, mutta tiedon kattavuuden  
132 parantuaessa yleisyyttä on mahdollista tulevaisuudessa tarkastella.

133 *Luudutusleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen vaikuttavuus*

134

135 Heti luudutusleikkauksen jälkeen aloitettu terapeutista harjoittelua ja kognitiivis-behavioraalisia  
136 menetelmiä yhdistävä kuntoutus saattaa vähentää selkäkivusta johtuvaa toiminnallista haittaa  
137 enemmän kuin pelkkä terapeutin harjoittelu ja saattaa lievittää myös selkäkipua vuoden  
138 seurannassa. Tutkimuksista ei kuitenkaan voida päätellä, minkälaisilla kuntoutujilla vaikuttavuutta  
139 on odotettavissa. Luudutusleikkauksen jälkeen hyvän toimintakyvyn omaavilla pelkkä liikunnallinen  
140 kuntoutus ei ole vaikuttavaa.

141

## 142 **6. Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset**

143

144 Yhdestä luudutusleikkauksesta terveydenhuollolle aiheutuvien kustannusten määrä vaihtelee  
145 merkittävästi leikkaustekniikan ja leikkauksen laajuuden mukaan. Esimerkiksi Helsingin ja  
146 Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tavallisimpien luudutustoimenpiteiden keskimääräinen hinta  
147 vaihteli vuonna 2020 noin 9 350 eurosta lähes 15 000 euroon.

148 Koska ei ole saatavissa tarkkaa tietoa siitä, miten tämän suosituksen piirissä olevat leikkaukset  
149 jakautuvat, tarkkaa budjettivaikutusta ei voida laskea.

150 Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä haettiin tietoja myös kustannusvaikuttavuudesta, mutta sellaista  
151 ei löydetty. Kansallisesta selkärekisteristä saadun tiedon mukaan 85 prosenttia potilaista, joille  
152 tehtiin lannerangan luudutusleikkaus nikamankaaren höltymän takia, oli alle 65-vuotiaita. Näin

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

153 ollen työelämässä olevien potilaiden toimintakyvyn mahdollisella palauttamisella on myös  
154 terveydenhuollon ulkopuolisia epäsuoria kustannuksia pienentävä vaikutus.

155

## 156 **7. Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat**

157

158 Koska luudutusleikkauksen vaikuttavuutta koskeva tutkimusnäyttö on ristiriitaista, korostuu  
159 huolellinen potilasvalinta, jotta ainoastaan leikkauksesta todennäköisimmin hyötyvät potilaat  
160 altistuvat sen riskeille.

161 Kansallisen selkärekisterin kattavuutta on lisättävä kohdassa 10 kuvatun mukaisesti, jotta saadaan  
162 luotettavaa tietoa leikkausten lukumääristä, leikkausindikaatioista, leikkaustoimenpiteistä sekä  
163 hoidon vaikuttavuudesta ja mahdollisista alueellisista eroista. Rekisteristä saadaan jo nyt potilaiden  
164 raportoimaa tietoa koetusta terveyshyödystä (PROM) sekä potilaiden kokemuksista (PREM).

165 Ns. keskittämisasiäsetuksen (582/2017, muutettu 8/2021), mukaan vaativat selkäleikkaukset tulee  
166 keskittää viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Lisäksi muu selkäkirurgia tulee keskittää yksiköihin,  
167 joissa tehdään vähintään noin 150 selkäleikkausta vuodessa. Tämä määrä voidaan kuitenkin  
168 erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksella alittaa asetuksessa mainituin  
169 ehdoin.

## 170 **8. Johtopäätökset**

171

172 Palko toteaa johtopäätöksensä, että kroonisen selkävun tutkimus ja hoito tapahtuu ensisijaisesti  
173 perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa.

174 Nikamakaaren höltymästä tai välilevyrappeumasta johtuvan kroonisen selkävun hoidossa  
175 kuntoutus on aina ensisijainen hoitovaihto luudutusleikkaukseen nähden. Keskeinen tavoite on  
176 kivun kroonistumisen estäminen, mihin pyritään aktiivista hoitoa tukevalla otteella sekä potilaan  
177 aiheettoman huolen poistamisella. Kuntoutuksessa voidaan soveltaa samoja periaatteita kuin  
178 jäljempänä on kuvattu luudutuskirurgian jälkeen toteutettavan kuntoutuksen kohdalla. Myös  
179 sairaaloinen lihavuus oireiden mahdollisena pahentajana tulisi huomioida lihavuutta koskevan  
180 Käypä hoito-suosituksen<sup>4</sup> mukaisesti.

181 Pitkittyneen selkävun syitä ja hoitovaihtoehtoja selvittäessä diagnostiikan ja hoidon perusta on  
182 huolelliseen haastatteluun perustuva ja riittävän yksityiskohtaisesti kirjattu oirehistoria  
183 (anamneesi) sekä selän kliininen tutkimus. Magneettikuvantaminen sekä röntgenkuvaus seisten  
184 kuuluvat myös leikkausharkintaa edeltäviin tutkimuksiin siten kuin alaselkävun Käypä hoito –  
185 suosituksessa kuvataan. Harkinnan mukaan voidaan hoitopäätösten tukena käyttää taivutuskuvia,

<sup>4</sup> <https://www.kaypahoito.fi/hoi50124>



STM051:00/2020  
VN/24922/2020

- 186 ENMG-tutkimusta ja luuntiheysmittausta. Yksittäisiä kliinisesti merkittäviä millimetri-määräisiä raja-  
187 arvoja nikaman siirtymälle ei kuvantamistutkimusten perusteella voida määritellä.
- 188 Erikoissairaanhoidon lähettämistä tulee harkita, mikäli potilaalla on vaikea pitkittynyt kipu, josta  
189 aiheutuu merkittävä toimintakyvyn alenema aktiivisen konservatiivisen hoidon toteuttamisesta  
190 huolimatta. Tyypilliset oireet ovat selän pettämisen tai katkeamisen tunne, puukoniskumainen  
191 paikallinen selkäkipu sekä hermojuurten ärsytyksestä johtuva säteilykipu alaraajaan.  
192 Kuvantamislöydösten tulee tukea sitä, että oireiden syynä on nikamakaaren höltymä ja siihen  
193 liittyvä nikaman siirtymä taikka välilevyrappeumaan liittyvä mekaaninen kipu.
- 194 Päätös lannerangan luudutusleikkauksesta tulee tehdä yksilöllisesti hyödyt ja haitat huolellisesti  
195 yhdessä potilaan kanssa punniten. Huomioon tulee ottaa muun muassa potilaan ikä, oireiden syy,  
196 vaikeus ja kesto, realistinen mahdollisuus vaikuttaa työ- ja toimintakykyyn sekä muut  
197 hoitovaihtoehdot. Leikkaavan yksikön päättämässä tulee huomioida keskittämisesetuksen  
198 vaatimukset.
- 199 Muiden sairauksien, kuten diabeteksen tai sairaalloisen lihavuuden, hyvästä hoidosta  
200 huolehtiminen lisää leikkaushoidon turvallisuutta ja tuottaa terveyshyötyä, vaikkei leikkaukseen  
201 päädyttäisikään. Tilanteissa, jotka voivat johtaa kirurgisiin toimenpiteisiin, on hyvä käynnistää  
202 ajoissa leikkausta edeltävää arviointia koskevan Käypä hoito –suositusten<sup>5</sup> mukaiset toimet, jotka  
203 edistävät hyvää kirurgisen hoidon lopputulosta ja vähentävät haittatapahtumia.
- 204 Leikkauksesta kotiutuessa fysioterapeutin tulee antaa potilaalle ohjeet omatoimiseen  
205 kuntoutumiseen. Lisäksi hänelle tulee määritellä mahdolliset yksilölliset toiminnan rajoitukset,  
206 jotka tiedonkulun varmistamiseksi on myös kirjattava potilasasiakirjoihin.
- 207 Leikkauksen jälkeinen kontrollikäynti ensi vaiheen toipumisen varmistamiseksi tulisi toteuttaa noin  
208 kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tuolloin tilanne kontrolloidaan myös  
209 röntgenkuvauksella. Toipumisen etenemisen varmistamiseksi jo aiempi käynti fysioterapeutin  
210 vastaanotolla voi olla perusteltu ja silloin voidaan tarvittaessa tarkistaa myös kotiutuessa  
211 annettujen rajoitusten tarpeellisuus. Mahdollisten myöhempien kontrollikäyntien ajoitus ja sisältö  
212 määräytyvät paikallisten käytäntöjen perusteella.
- 213 Tarvittaessa potilaille kirjoitetaan kotiutuessa sairauspoissaolotodistus leikkauksen laajuudesta ja  
214 työnkuvasta riippuen 1-3 kuukaudeksi noudattaen Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan  
215 Käypä hoito –suositusten<sup>6</sup> periaatteita. Sairauspoissaolon jatkotarpeen arviointi sekä mahdollisten  
216 rajoitusten jatkamisen tarve tulee arvioida työterveyshoidossa tai perusterveydenhuollossa.
- 217 Mikäli potilaan kuntoutuminen ei edisty asianmukaisesti, tulee hänet ohjata kuntoutukseen.  
218 Leikkauksen jälkeisen (post-operatiivinen) kuntoutuksen tavoitteena on potilaiden kivun

<sup>5</sup> <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066>

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

STM051:00/2020  
VN/24922/2020

219 hallintakeinojen löytäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Kuntoutus toteutetaan useimmiten  
220 moniammatillisesti. Tavallisimpia kuntoutusmenetelmiä ovat asteittain lisääntyvä ohjattu  
221 terapeuttinen harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen hoito (muokattu Käypä hoito -suosituksesta  
222 2017). Kuntoutuksessa keskeistä on huomioida kokonaisvaltaisesti työ- ja toimintakyvyn  
223 vaikuttavat biopsykososiaaliset tekijät yksilöllisen tarpeen mukaan (Biopsykososiaalinen kuntoutus  
224 pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa).

225

## 226 9. Yhteenveto suosituksesta

227

228 Luudutuskirurgia kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan nikaman höltymästä ja siihen  
229 liittyvästä nikaman siirtymästä, välilevyrappeumasta tai välilevytyräleikkauksen jälkitilasta johtuvan  
230 vaikean kroonisen selkäkivun hoidossa, mikäli asianmukaisella konservatiivisella hoidolla ja  
231 kuntoutuksella ei ole saavutettu riittävää oireiden lievenemistä. Ennen leikkauspäätöstä tulee  
232 tehdä Käypä hoito –suosituksen mukaiset kuvantamistutkimukset.

233 Kotiutuessa potilaalle tulee antaa ohjeet omatoimiseen kuntoutumiseen.

234 Leikkauksen jälkeen toipumisen eteneminen tulee kontrolloida noin kolmen kuukauden kohdalla  
235 vastaanottokäynnillä, johon sisältyy röntgenkuvaus. Mikäli potilaan kuntoutuminen ei edisty  
236 asianmukaisesti, tulee hänet viimeistään tässä vaiheessa ohjata moniammatilliseen kuntoutukseen.

237

## 238 10. Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta

239

240 Suomeen on vuonna 2017 perustettu selkärekiesteri, joka toimii selkäkirurgian laaturekisterinä.  
241 Rekisterissä on tammikuussa 2021 mukana 15 sairaalaa, joissa tehdään 83 % Suomen vuosittaisista  
242 selkäkirurgisista toimenpiteistä. Rekisteriä käytetään jo nyt valtakunnallisessa  
243 vertaiskehittämisessä. Tavoitteena on kirurgien merkintöjen osalta 100 % ja potilaiden  
244 raportointien osalta 80 % kattavuus. Palveluvalikoimaneuvoston työ on osoittanut, että  
245 satunnaistetuilla tutkimuksilla on saatavissa vain suuntaa antavaa tietoa selkäkirurgian  
246 vaikuttavuudesta. Valtakunnallinen selkärekiesteri on välttämätön leikkausaiheiden  
247 yhdenmukaistamiseksi sekä operatiivisen hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden  
248 kehittämiseksi yhä paremmaksi. Selkärekiesteriä tulisi kehittää niin, että se kattaisi koko hoito- ja  
249 palveluketjun, myös konservatiivisen hoidon.