

Hyväksytty Palkon kokouksessa 24.3.2021

Palveluvalikoimaneuvoston suositus

Kroonisen lanneselän oireiston hoito

luudutuskirurgialla ja leikkauksen jälkeinen kuntoutus

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

Kotiutuessa potilaalle tulee antaa kirjalliset 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.

Sisälllys

1	Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja	1
2	Terveysongelma.....	2
3	Arvioitava menetelmä.....	3
4	Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan	5
5	Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi	5
6	Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset	8
7	Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat	8
8	Johtopäätökset.....	9
9	Yhteenveto suosituksesta	12
10	Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta	13

Suosituksessa käytettyjen lähteiden luettelo on Palkon valmistelumuistion 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](#).

Suosituksset perustuvat parhaaseen hyväksymishetkellä käytettävissä 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.



1 Suosituksen kohde, rajaukset ja tietopohja

Tämä suositus koskee nikamakaaren höltymää (spondylolyyysi M43.0) ja siihen liittyvää nikaman siirtymää (spondylolyyttinen 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 terveystieteiden ministeriön vuonna 2005 yhtenäisissä hoidon perusteissa julkaiseman suosituksen lannerangan 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 lannerangan selkäydinkanavan ahtauman avarrusleikkauksen yhteydessä tehtävää luudutusta, jota on käsitelty Palkon aiemmassa ko. leikkaushoitoa ja sen jälkeistä kuntoutusta koskevassa suosituksessa.¹ 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.

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

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. Nikamankaaren höltymään liittyvässä nikaman siirtymässä (spondylolyyttinen 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 etenkin siirtymässä hermojuurten ärsytyksestä johtuva säteilykipu alaraajaan. Oireita voi olla potilasta tutkittaessa vaikea arvioida luotettavasti. Kipuoireet ovat usein vaihtelevia, pitkäkestoisia, mutta



pääosin ennusteeltaan suotuisia. Pitkittyneitä ja vaikeita kipuja voidaan arvioida esimerkiksi kipujanalla ja Oswestry toimintakykyindeksi² avulla.

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

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

3 Arvioitava menetelmä

Suosituksessa arvioidaan

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

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



Suosituksessa ei oteta kantaa eri leikkaustekniikoiden keskinäiseen paremmuuteen.

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

Luudutusleikkauksen jälkeisestä kuntoutuksesta kirjallisuuskatsaukseen haettiin interventioita, jotka oli aloitettu viimeistään yhden vuoden kuluessa leikkauksesta. Alaselkävun kuntoutuksessa käytetään erilaisia biopsykososiaalisen kuntoutuksen menetelmiä, joiden sisältöä ei etukäteen määritelty, vaan pyrittiin löytämään tutkimuksissa käytetyt erilaiset interventiot.

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

4 Nykyinen tutkimus- ja hoitokäytäntö sekä menetelmä, johon verrataan

Nyt tarkasteltavina olevien diagnoosien osalta Alaselkävun Käypä hoito – suosituksessa³ (2017) on ohjeistus alaselkävun tutkimuksen ja hoidon toteutukseen. Hoito on lähtökohtaisesti ei-leikkauksellista. Kirurgista hoitoa vaativasta sairaudesta voi olla kysymys, kun kivut ovat konservatiivisesta hoidosta huolimatta pitkittyneitä ja invalidisoivia ja kun kuvantamistutkimusten ja kliinisten tutkimusten löydökset eivät ole ristiriitaiset. Käytettävissä ei ole tietoa siitä, miten tutkimus ja hoito käytännössä toteutuu eri puolilla maata.

5 Vaikuttavuus, turvallisuus ja näytön arviointi

Luudutuskirurgia verrattuna konservatiiviseen hoitoon tai kuntoutukseen

Kirjallisuuskatsauksen perusteella arvioituna luudutuskirurgian vaikuttavuudesta kroonista selkäkipua kokevilla potilailla tehdyt tutkimukset eroavat toisistaan potilasaineistojen ja vertailuintervention sisällön puolesta. Norjassa tehtyjen luudutusleikkauksen vaikuttavuutta kognitiiviseen terapiaan vertailevien tutkimusten tuloksien perusteella ei voi tehdä selkeitä johtopäätöksiä luudutusleikkauksen tai kognitiivisen terapian välisestä paremmuudesta (Brox 2003, Brox 2006). Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan luudutusleikkaus on vaikuttavuudeltaan intensiivisistä kuntoutusta hieman parempi (Fairbank 2005). Kroonista selkäkipua kokeneilla, pitkään työkyvyttömänä olleilla potilailla, joilla on kuvantamistutkimuksissa todettu välilevyrappeuma, saavutetaan ilmeisesti hieman parempi hoitotulos kuin konservatiivisesti hoidetuilla potilailla, joilla hoito aloitetaan

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



intensiivisellä kuntoutuksella, jolloin osalle potilaista joudutaan tekemään luudutusleikkaus myöhemmin.

Spondylolyyttisen nikamasiirtymän hoidossa luudutuksella näyttää olevan kliinisesti merkittävää vaikuttavuutta kahden vuoden seurannassa työikäisillä potilailla, joiden toimintakyky on vakavasti rajoittunut (Ekman 2005, Möller 2000).

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

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

Luudutusleikkauksen vaikuttavuutta selvittelleet tutkimukset ovat arvioineet erilaisia potilasryhmiä ja vertailussa on ollut erilaisia hoitoja. Satunnaistettujen tutkimusten mukaan luudutuskirurgialla lienee vaikuttavuutta joissakin potilasryhmissä. Tämänkin tiedon yleistettävyyys Suomessa hoidettaviin potilaisiin on vaikeaa. Tämän hetkinen tutkimustieto kuitenkin puoltaa luudutuskirurgian leikkausharkintaa potilailla, joilla on vaikeita ja pitkäaikaisia toimintarajoituksia, mutta tarvitaan lisää tutkimustietoa satunnaistetuilla asetelmilla sekä Kansallisen selkärepositorin avulla.

Leikkauskomplikaatiot

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

Luudutusleikkauksen jälkeisen kuntoutuksen vaikuttavuus

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



6 Menetelmän kustannukset, kustannusvaikuttavuus ja budjettivaikutukset

Yhdestä luudutusleikkauksesta terveydenhuollolle aiheutuvien kustannusten määrä vaihtelee merkittävästi leikkaustekniikan ja leikkauksen laajuuden mukaan.

Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tavallisimpien luudustoitimenpiteiden keskimääräinen hinta vaihteli vuonna 2020 noin 9 350 eurosta lähes 15 000 euroon.

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

Kirjallisuuskatsauksen yhteydessä haettiin tietoja myös kustannusvaikuttavuudesta, mutta sellaista ei löydetty. Kansallisesta selkärekisteristä saadun tiedon mukaan 85 prosenttia potilaista, joille tehtiin lannerangan luudutusleikkaus nikamankaaren höltymän takia, oli alle 65-vuotiaita. Näin ollen työelämässä olevien potilaiden toimintakyvyn mahdollisella palauttamisella on myös terveydenhuollon ulkopuolisia epäsuoria kustannuksia pienentävä vaikutus.

7 Eettiset ja järjestämiseen liittyvät näkökohdat

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

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



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

8 Johtopäätökset

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

Nikamakaaren höltymästä tai välilevyrappeumasta johtuvan kroonisen selkävun hoidossa kuntoutus on aina ensisijainen hoitovaihtoehto luudutusleikkaukseen nähden. Keskeinen tavoite on kivun kroonistumisen estäminen, mihin pyritään aktiivista hoitoa tukevalla otteella sekä potilaan huolen poistamisella. Kuntoutuksessa voidaan soveltaa samoja periaatteita kuin jäljempänä on kuvattu luudutusleikkauksen jälkeen toteutettavan kuntoutuksen kohdalla. Myös mahdollinen sairaaloinen lihavuus tai tupakointi oireiden mahdollisena pahentajana tulisi huomioida lihavuutta⁴ ja tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisyä ja hoitoa⁵ koskevien Käypä hoito-suositusten mukaisesti.

Pitkittyneen selkävun syitä ja hoitovaihtoehtoja selvittäessä diagnostiikan ja hoidon perusta on huolelliseen haastatteluun perustuva ja riittävän yksityiskohtaisesti kirjattu oirehistoria (anamneesi) sekä selän kliininen tutkimus. Magneettikuvantaminen sekä röntgenkuvaus seisten kuuluvat myös

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

⁵ <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020#s10>



leikkausharkintaa edeltäviin tutkimuksiin siten kuin alaselkävun Käypä hoito – suosituksessa kuvataan. Harkinnan mukaan voidaan hoitopäätösten tukena käyttää taivutuskuvia, ENMG-tutkimusta ja luuntiheysmittausta. Yksittäisiä kliinisesti merkittäviä millimetri-määräisiä raja-arvoja nikaman siirtymälle ei kuvantamistutkimusten perusteella voida määritellä.

Erikoissairaanhoidon lähettämistä tulee harkita, mikäli potilaalla on vaikea pitkittynyt kipu, josta aiheutuu merkittävä toimintakyvyn alenema aktiivisen konservatiivisen hoidon toteuttamisesta huolimatta. Tyypilliset oireet ovat selän pettämisen tai katkeamisen tunne, puukoniskumainen paikallinen selkäkipu sekä hermojuurten ärsytyksestä johtuva säteilykipu alaraajaan. Kuvantamislöydösten tulee tukea hoitavan tahon kokonaisarviota siitä, että oireiden syynä on nikamakaaren höltymä ja siihen liittyvä nikaman siirtymä taikka välilevyrappeumaan liittyvä mekaaninen kipu.

Päätös lannerangan luudutusleikkauksesta tulee tehdä yksilöllisesti hyödyt ja haitat huolellisesti yhdessä potilaan kanssa punniten. Huomioon tulee ottaa muun muassa potilaan ikä, oireiden syy, vaikeus ja kesto, realistinen mahdollisuus vaikuttaa työ- ja toimintakykyyn sekä muut hoitovaihtoehdot. Leikkaavan yksikön valinnassa tulee huomioida keskittämisasiasetuksen vaatimukset.

Muiden sairauksien, kuten diabeteksen tai sairaalloisen lihavuuden, hyvästä hoidosta huolehtiminen lisää leikkaushoidon turvallisuutta ja tuottaa terveyshyötyä, vaikkei leikkaukseen päädyttäisikään. Tilanteissa, jotka voivat johtaa kirurgisiin toimenpiteisiin, on hyvä käynnistää ajoissa leikkausta edeltävää arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen⁶ mukaiset toimet, jotka edistävät hyvää kirurgisen hoidon

⁶ <https://www.kaypahoito.fi/hoi50066>



STM051:00/2020
VN/24922/2020

lopputulosta ja vähentävät haittatapahtumia. Korkea painoindeksi voi myös olla este leikkaukselle.

Leikkauksesta kotiutuessa fysioterapeutin tulee antaa potilaalle kirjalliset ohjeet omatoimimiseen kuntoutumiseen. Lisäksi hänelle tulee määritellä mahdolliset yksilölliset, ajallisesti rajatut toiminnan rajoitukset, jotka tiedonkulun varmistamiseksi on myös kirjattava potilasasiakirjoihin.

Leikkauksen jälkeinen kontrollikäynti ensi vaiheen toipumisen varmistamiseksi tulisi toteuttaa noin kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tuolloin tilanne kontrolloidaan myös röntgenkuvauksella. Toipumisen etenemisen varmistamiseksi jo aiempi käynti fysioterapeutin vastaanotolla voi olla perusteltu ja silloin voidaan tarvittaessa lääkäriä konsultoiden tarkistaa myös kotiutuessa annettujen rajoitusten tarpeellisuus. Mahdollisten myöhempien kontrollikäyntien ajoitus ja sisältö määräytyvät paikallisten käytäntöjen perusteella.

Tarvittaessa potilaille kirjoitetaan kotiutuessa sairauspoissaolotodistus leikkauksen laajuudesta ja työnkuvasta riippuen 1-3 kuukaudeksi noudattaen Sairauspoissaolon tarpeen arviointia koskevan Käypä hoito –suosituksen⁷ periaatteita. Sairauspoissaolon jatkotarpeen arviointi sekä mahdollisten rajoitusten jatkamisen tarve tulee arvioida työterveyshoidossa tai perusterveydenhuollossa.

Mikäli potilaan kuntoutuminen ei edisty asianmukaisesti, tulee hänet ohjata kuntoutukseen. Leikkauksen jälkeisen (post-operatiivinen) kuntoutuksen tavoitteena on potilaiden kivun hallintakeinojen löytäminen ja toimintakyvyn parantaminen. Vaikuttavimpia kuntoutusmenetelmiä ovat asteittain lisääntyvä ohjattu terapeutinen

⁷ <https://www.kaypahoito.fi/hoi50121>



harjoittelu ja kognitiivis-behavioraalinen hoito. Kuntoutus toteutetaan useimmiten moniammatillisesti. Kuntoutuksessa keskeistä on huomioida kokonaisvaltaisesti työ- ja toimintakykyyn vaikuttavat biopsykososiaaliset tekijät yksilöllisen tarpeen mukaan (kts. Palkon suositus Biopsykososiaalinen kuntoutus pitkittyvässä tai toistuvassa selkävussa⁸).

9 Yhteenveto suosituksesta

Lannelsen luudutuskirurgia kuuluu terveydenhuollon palveluvalikoimaan nikaman höltymästä ja siihen liittyvästä nikaman siirtymästä, välilevyrappeumasta tai välilevytyräleikkauksen jälkitilasta johtuvan vaikean kroonisen selkävun 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 kirjalliset 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.

⁸ <https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkavussa>



10 Lisänäytön kerääminen ja suositusten vaikutusten seuranta

Suomeen on vuonna 2017 perustettu selkärekisteri, joka toimii selkäkirurgian laaturekisterinä. Rekisterissä on tammikuussa 2021 mukana 15 sairaalaa, joissa tehdään 83 % Suomen vuosittaisista selkäkirurgisista toimenpiteistä. Rekisteriä käytetään jo nyt valtakunnallisessa vertaiskehittämisessä. Tavoitteena on kirurgien merkintöjen osalta 100 % ja potilaiden raportointien osalta 80 % kattavuus. Palveluvalikoimaneuvoston hankkimat järjestelmälliset katsaukset ovat osoittaneet, ettei satunnaistetuilla tutkimuksilla toistaiseksi saada riittävää tietoa selkäkirurgian eikä kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Valtakunnallinen selkärekisteri on välttämätön leikkausaiheiden yhdenmukaistamiseksi sekä operatiivisen hoidon vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden kehittämiseksi yhä paremmaksi. Selkärekisteriä tulisi kehittää niin, että se kattaisi koko hoito- ja palveluketjun, myös konservatiivisen hoidon.