

Anu Peltonen

**NAPRAPATIA OSANA
MONIAMMATILLISTA
TERVEYDENHOITOTYÖTÄ**
Tiedotus terveydenhoidon ammattilaisille

Opinnäytetyö
Naprapatian koulutusohjelma

2019



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä Anu Peltonen	Tutkinto Naprapaatti (AMK)	Aika Tammikuu 2019
Opinnäytetyön nimi Naprapatia osana moniammatillista terveydenhoitotyötä Tiedotus terveydenhoidon ammattilaisille		64 sivua 14 liitesivua
Toimeksiantaja Suomen Naprapaattiyhdistys ry.		
Ohjaajat Marja Turkki, lehtori, Kuntoutus- ja terveystalouden koulutusyksikkö Heli Aaltonen, yliopettaja, Liiketalouden koulutusyksikkö		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, millaista tutkimustietoa on julkaistu naprapatiasta ja millaisissa tutkimuksissa naprapatia on mukana käsitellessä eri terapiamuotoja. Tutkimusmenetelmänä käytettiin systemoitua kirjallisuuskatsausta. Haut suoritettiin viiteen tietokantaan, jotka olivat Cinahl, Cochrane Library, PEDro, PubMed ja Science Direct. Lopulliseen systemoituun kirjallisuuskatsaukseen valikoitu valintaprosessin jälkeen 11 tutkimusta. Aineistojen heterogeenisyyden vuoksi aineistonkäsittelymenetelmäksi valittiin aineiston yhdistely.</p> <p>Aineiston perusteella voidaan todeta, että naprapaattinen hoito edistää selkä- ja niskakipupotilaiden kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän kuin tavanomainen näyttöön perustuva hoito. Kiireettömät ei leikkaushoitoa tarvitsevat potilaat saivat naprapaattien hoidolla parempia hoitotuloksia vähemmällä kustannuksella tavanomaiseen lääketieteelliseen hoitoon verrattuna, jolloin naprapaattien hoidoilla voitaisiin vähentää ortopedisen poliklinikan potilasjonoja ja nopeuttaa tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoitoon pääsyä.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatujen tutkimus- ja viitetietojen perusteella tuotettiin kehittämistyönä naprapatiasta kertova evidenssiperusteinen animoitu tiedotusvideo, jota levitetään kohdennetusti terveystalouden ammattilaisten käyttämissä sosiaalisen median kanavissa. Videon tarkoituksena on lisätä naprapatian tunnettavuutta lääkäreiden keskuudessa ja sitä kautta kehittää terveys- ja kuntoutusalan moniammatillista yhteistyötä tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tutkimisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa sekä tule-sairauksien ennaltaehkäisyssä.</p>		
Asiasanat naprapatia, moniammatillisuus, terveystalouden palvelut, kustannustehokkuus, kuntoutus, sosiaalinen media, kohdeviestintä		

Author	Degree	Time
Anu Peltonen	Bachelor of Naprathopathy	January 2019
Thesis Title Naprathopathy in the Multi-professional Health Care Information for Health Care Professionals		64 pages 14 pages of appendices
Commissioned by Finnish Naprathopathic Association		
Supervisors Marja Turkki, senior lecturer Heli Aaltonen, senior teacher		
Abstract <p>The purpose of this study is to find out what kind of research material has been published on naprathopathy, and what kind of surveys into various forms of therapy have included naprathopathy. Systematic literature review was the selected research method. Searches were made into five databases – Cinahl, Cochrane Library, Pedro, PubMed and Science Direct. After the selection process, eleven studies were included in the final systematic literature review. Due to the heterogeneity of these studies, the selected material processing method was combining.</p> <p>Based on this material we were able to conclude that naprathopathic treatment contributes to the improvement of patients experiencing back and neck pain and decreased functionality and speeds up their recovery compared to traditional health care based on findings. Through naprathopathic care, non-urgent patients with no surgical needs reach better results at smaller expense than through traditional medical treatment; thus, naprathaths could reduce the lines into orthopedic clinics and provide faster care for musculoskeletal disorder patients.</p> <p>Using the research and reference information gained from this study, an evidence-based informative animation video on naprathopathy was produced into targeted distribution through social media channels used by healthcare professionals. The purpose of the video is to make naprathopathy better known among doctors and thus improve multi-professional cooperation within the health care and rehabilitation field in examining, treating and rehabilitating musculoskeletal disorder patients and in preventing musculoskeletal illnesses.</p>		
Keywords naprathopathy, naprathopathic manual therapy, multi-professional health care, cost-efficiency, rehabilitation, nonprofit communications		

SISÄLLYS

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	NAPRAPAATTI – MANUAALISEN LÄÄKETIETEEN ASiantuntija	7
2.1	Naprapaatti TULE kuntoutuksen ammattilainen Suomessa.....	8
2.2	Naprapaatin vastaanotolla	9
2.3	Naprapaatin käyttämät tutkimis-, hoito- ja kuntoutusmenetelmät.....	10
2.4	Naprapatian ammattikorkeakoulutus	15
2.5	Naprapatia Pohjoismaissa	17
2.6	Naprapatian historia.....	18
3	TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET SUOMESSA	18
3.1	TULE-sairauksista johtuva kipu	19
3.2	TULE-sairauksien kansantaloudellinen merkitys	20
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA.....	21
4.1	Hoidon vaikuttavuuden arviointi.....	22
4.2	TULE-sairaiden suoravastaanottotoiminta.....	23
5	ORGANISAATIOVIESTINTÄ SOSIAALISESSA MEDIASSA	24
5.1	Viestintä nonprofit-organisaatiossa.....	24
5.2	Lääkäreiden ja lääkäriopiskelijoiden sosiaalisen median käyttö	25
5.3	Sosiaalisen median kanavien hyödyntäminen viestinnässä	26
5.4	Lainsäädäntö ja ohjeet terveystalouden markkinoinnissa	29
6	OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT.....	30
6.1	Kohderyhmä ja hyödynsaajat	31
6.2	Toimenpide-ehdotukset toimeksiantajalle.....	33
7	SYSTEMOITU KIRJALLISUUSKATSAUS.....	34
7.1	Tutkimuskysymykset.....	35
7.2	Aineiston haku	35
7.3	Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tutkimustulokset.....	37
8	VALMIS VIESTINTÄMATERIAALI.....	41

9	POHDINTA.....	46
	LÄHTEET.....	51

LIITTEET

Liite 1. Näytönastekatsaukset

Liite 2. Sanastoa ja lyhenteitä

Liite 3: Suomen Naprapaattiyhdistyksen mission ja toimintasuunnitelma

Liite 4: Päiväkirja yhteydenpidosta kontaktihenkilöihin

Liite 5: Sosiaalisen median käyttötarkoitukset ja kanavat

Liite 6: Tilastotietoa tuki- ja liikuntaelinsairauksista Suomessa

Liite 7: Tutkimusaineiston koehaut

Liite 8: Systemoidun tietokantahaun tutkimustulostaulukko

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Naprapaatti on manuaalisen lääketieteen ammattilainen, joka on erikoistunut tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja -vammojen tutkimiseen, hoitoon ja kuntoutukseen. Asiakkaan tutkiminen perustuu potilaan oireisiin, fyysisiin ja toiminnallisiin tutkimuksiin sekä neurologisiin ja ortopedisiin testeihin. Saatujen tulosten perusteella naprapaatti tekee itsenäisen hoitopäätöksen tai ohjaa asiakkaan tarpeellisiin jatkotutkimuksiin. (Ks. Opetusministeriö 2006, 46; Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2016; Ekström & Hilborn 2009, 45–48.) Naprapaatti on Valviran rekisteröimä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016a), jonka toiminta kuuluu terveydenhoitoa sääteleviä lakien ja potilasvahinkolain piiriin (Ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585, 2. §; Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152, 19 a §).

Tämän kehittämistyön tiedotusmateriaalin tarkoituksena on lisätä muiden terveysalan ammattilaisten kuten lääkäreiden tietämystä naprapatiasta. Suurin osa lääkäreistä suhtautuu myönteisimmin vaikutukseltaan tieteellisesti todistettuihin hoitotapoihin (Ruskoaho & Vuorenkoski 2016) ja lääketieteen opiskelijat toivovat saavansa enemmän oikeaa tietoa erilaisista käytettävissä olevista hoitomuodoista (Kamaja 2014). Tästä syystä opinnäytetyön tavoitteena on systemoidun kirjallisuuskatsauksen avulla selvittää, millaista tutkimustietoa on julkaistu naprapatiasta ja millaisissa tutkimuksissa naprapatia on mukana käsitellessä eri terapiamuotoja. Viitekehyksessä on naprapatiaan liittyvien tuki- ja liikuntaelin- eli TULE-sairauksien hoitomenetelmien ja esiintyvyyden lisäksi viestintään liittyviä teorian tietoja. Saatujen tietojen perusteella tuotetaan kehittämistyönä naprapatiasta kertova evidenssiperusteinen tiedotusvideo, jota levitetään terveysalan ammattilaisten käyttämissä sosiaalisen median kanavissa.

Suomen Naprapaattiyhdistys ry. on tämän opinnäytetyön toimeksiantaja. Naprapaattiyhdistyksen toiminnan (liite 3) tavoitteena on saavuttaa naprapaateille tasa-arvoinen asiantuntija-asema terveydenhuollon TULE-kuntoutusalan toimintaympäristössä, lisätä ymmärrystä ja yhteistyötä eri viranomaisten, terveydenhuollon organisaatioiden ja muiden julkishallinnollisten organisaatioiden kesken sekä levittää tietoa naprapatiasta viestinnän keinoin (Ks. Tabell

2017). Lisääntyneen naprapatian tunnettavuuden myötä on mahdollista kehittää terveysalan moniammatillista yhteistyötä TULE-potilaiden tutkimisessa, hoidossa ja kuntouttamisessa sekä TULE-sairauksien ennaltaehkäisyssä. Ajanmukaista ja luotettavaa tutkimustietoa käytetään päätöksenteon pohjana, kun tavoitellaan potilaan kannalta tarkoituksenmukaisimpia hoitovalintoja sekä terveydenhuollon kustannusten hallintaa (Elomaa & Mikkola 2008, 6). Naprapaattien hoito on todettu tutkimuksissa vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi ortopedisille potilaille (Ks. Lilje ym. 2010; Lilje ym. 2013; Skillgate ym. 2007).

2 NAPRAPAATTI – MANUAALISEN LÄÄKETIETEEN ASiantuntija

Naprapaatti on **erikoistunut tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja -vammojen tutkimiseen, hoitoon ja ennaltaehkäisyyn**. Potilaiden konservatiivinen hoito tapahtuu manuaalisen terapian keinoin, jossa tavoitteena on normalisoida nivelten liikkuvuutta ja pehmytkudosten toimintaa. Sairauden tai vamman diagnoosi perustuu koululääketieteen sairaus- ja tautikäsitteeseen, fyysisiin ja toiminnallisiin tutkimuksiin sekä neurologisiin ja ortopedisiin testeihin. Tutkimuksen perusteella naprapaatti päättää itsenäisesti tarpeellisesta hoidosta tai mahdollisista jatkotutkimustarpeesta. (Ks. Opetusministeriö 2006, 46; Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2016; Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012c.; Naprapathögskolan 2017a; Svenska Naprapatförbundet 2017c.) Manuaalisten hoitojen nimikkeeseen alle kuuluvat muun muassa hermostoon ja lihaksistoon vaikuttavat pehmytkudoshoidot sekä nivelten mobilisointi ja manipulointi (Triano 2012). Potilaan yksilöllisiin tuki- ja liikuntaelinongelmien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn naprapaattit yhdistävät useampia eri hoitotekniikoita. (Ekström & Hilborn 2009, 54–55; Opetusministeriö 2006, 46):

- pehmytkudosten käsittelyt, johon sisältyy esimerkiksi hieromalla, venytelytekniikoilla ja mobilisoiden tehtyä lihasten ja hermokudosten käsitteilyä
- nivelten mobilisointi, manipulointi ja mahdollisesti stabilointi, jolloin tavoitteena on saada nivelen liike normaaliksi ja lievittää kipua
- hermokudosten mobilisointia
- kuntouttavaa harjoittelua.

2.1 Naprapaatti TULE kuntoutuksen ammattilainen Suomessa

Naprapaatti on Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (**Valvira**) **rekisteröimä nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö**. Yksittäisen naprapaatin ammattipätevyyden voi tarkistaa Valviran internetissä ylläpitämästä tietopalvelusta eli valtakunnallisesta terveydenhuollon ammattihenkilörekisteristä Terhikistä. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016a.) Naprapaattien **hoitotyössä noudatetaan terveydenhoitoa sääteleviä lakeja**, joissa määritellään terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa, heidän ammattieettisiä velvollisuuksia ja potilasturvallisuutta (Ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä; Potilasvahinkolaki; Laki yksityisestä terveydenhuollosta, 19 a §). Terveyden- tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavilla on potilasvahinkolain (25.7.1986/585) määrittelemä vakuutusvelvollisuus. Naprapaattien ammatillinen toiminta **kuuluu potilasvahinkolain piiriin**, jolloin henkilövahinkotapauksissa potilaan on mahdollista saada korvausta todennetusta hoitovirheestä (Ks. Potilasvakuutuskeskus 2017; Potilasvahinkolaki 2. §). Ennen kuin yksityinen yrittäjä voi tarjota terveyden- ja sairaanhoitopalveluja, pitää siitä tehdä ilmoitus oman toiminta-alueen aluehallintovirastolle. Sähköisen asiointipalvelun kautta ilmoitukset ja hakemukset ohjautuvat suoraan oikean aluehallintoviraston ja Valviran lupaviranomaisen käsiteltäväksi. Itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi rekisteröityminen maksaa 240 euroa (5.6.2018 hintatieto). Aluehallintovirastossa valvotaan terveystalouden suunnittelua ja toteutusta sekä laatu- ja potilasturvallisuutta, jotta toiminta on vaadittujen asetusten ja lakien mukaista. (Aluehallintovirasto 2014; Aluehallintovirasto 2017; Aluehallintovirasto 2018).

Koulutetun naprapaatin antama terveystalouden palvelu on arvonlisäverolain 35. §:n mukaan **arvonlisäveroton terveyden- ja sairaanhoitopalvelu**, kunhan hänet on kirjattu Valviran rekistereihin. Toimiessaan itsenäisenä terveydenhoidon ammatinharjoittajana, pitää hänen rekisteröityä myös Valveri-rekisteriin (*Yksityisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajien rekisteri*). (Arvonlisäverolaki 30.12.1993/1501, 34–35 §; Taipalus & Tamminen 2015, Laki yksityisestä terveydenhuollosta, 19 a §; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016b.) Hankintojen arvonlisäverot, jotka kohdistuvat arvonlisäverottomien terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen myyntiin, eivät ole vähennyskelpoi-

sia (Verohallinto 2015). Kajava-terapia tai perinteisenä suomalaisena jäsenkorjauksena annettavat hoidot ovat vaihtoehtoishoitoja, jotka eivät kuulu terveydenhoidon ammattilaishoitoihin, eivätkä ne näin ollen kuulu myöskään potilasvahinkoturvan piiriin. Vaihtoehtoishoidoista pitää aina maksaa arvonlisävero riippumatta siitä, kuka hoidon antaa. (Ks. Ruohola 2017, 15; Verohallinto 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 44.)

2.2 Naprapaatin vastaanotolla

Naprapaatit työskentelevät itsenäisenä ammatinharjoittajana tai työsuhteessa esimerkiksi yksityisvastaanotolla, lääkäriasemalla, hoitolaitoksessa, terveyskeskuksessa tai keskussairaalassa (Opetusministeriö 2006, 46). Naprapaattien asiakkaat ovat tuki- ja liikuntaelinongelmista oireilevia henkilöitä (Toropainen 2017). Naprapaatit toimivat työssään **eettisesti ja terveydenhoitolainsäädännön mukaisesti** (Ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 3. luku; Potilasvahinkolaki). He huomioivat työssään omat velvollisuudet ja vastuun **potilasturvallisuuden** takaamiseksi. He tuntevat potilaan oikeudet ja myös osaavat konsultoida tarvittaessa muita asiantuntijoita sekä antaa muille konsultaatioapua. Naprapaatit arvioivat potilaskohtaisesti suoritettavien toimenpiteiden hyötyjä, haittoja ja kustannustehokkuutta sekä seuraavat suorittamansa hoidon tuloksellisuutta. He tuntevat hoitomenetelmiensä indikaatiot ja kontraindikaatiot. Naprapaatit tekevät **lääketieteeseen perustuvan hoitopäätöksen**, johon vaikuttavat potilaan oma kokemus TULE-ongelmastaan, hänen sairaushistoriansa sekä saadut tiedot anamneesista ja objektiivisista tutkimuslöydöistä **ortopedisistä ja neurologisista testeistä**. (Opetusministeriö 2006, 46–47; Ekström & Hilborn 2009, 45–48.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) velvoittaa naprapaatteja **laatimaan asianmukaiset potilasasiakirjat** sekä säilyttämään ja pitämään salassa niihin sisältyvät tiedot. Vaitiolovelvollisuudesta pitää huolehtia, jolloin mitään tietoja toisten terveydentilasta, toimenpiteistä tai muista tiedoista ei saa kertoa eteenpäin. **Vaitiolovelvollisuus** säilyy myös palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. (Laki yksityisestä terveydenhuollosta 19 a §.) Yksityisillä palveluntuottajilla on velvollisuus käyttää potilastietojen käsittelyyn **Kanta-palvelua**, joka on valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelu. Kanta-palvelu mahdollistaa potilastietojen siirtymisen eri

organisaatioiden ja asiakkaan välillä. Kanta-palveluun kirjaukset tehdään valtakunnallisesti yhtenäisen kirjautumiskäytäntöjen mukaan. Kannan voi ottaa käyttöön, jos yritys käyttää vaatimukset täyttävää potilastietojärjestelmää. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a.)

Suurin osa naprapaattien potilaista tulee vastaanotolle suoraan ilman sitä edeltävää lääkärissä käyntiä, jolloin potilaat maksavat hoitonsa itse (Niemelä 2017). Naprapaatin antamasta hoidosta voi saada Kela-korvauksen siinä tapauksessa, että naprapaattien antama hoito on osa lääkärin määräämää fysioterapeuttista hoitokokonaisuutta, jolloin potilaan kuntoutus perustuu laillistetun fysioterapeutin tekemään alku- ja loppututkimukseen. Tällöin fysioterapeutti on hoitovastuussa koko hoitosarjasta. (Ks. Kela 2014.) Kela-korvaus on hoitokertaa kohden 4–8 euroa hoitoajasta riippuen (Kela 2017, 26). Vakuutusyhtiöistä muun muassa Pohjola korvaa naprapaattiset hoidot lisähoitoturvassa (OP-vakuutus 2017, 5).

2.3 Naprapaatin käyttämät tutkimis-, hoito- ja kuntoutusmenetelmät

Koulutetut naprapaattit tekevät itsenäisiä päätöksiä tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsivien potilaiden hoidosta, ohjauksesta ja jatkotutkimustarpeesta. Päätökset perustuvat potilaan kertomiin esitietoihin vaivan syntymekanismista ja sairaushistoriasta sekä potilaan kliinisestä ja toiminnallisesta tutkimisesta saatuihin tietoihin potilaan tilasta. **Anamneesista** saatujen tietojen perusteella naprapaattit tutkivat potilaan yleisesti lääketieteessä tutkimuskäytössä olevilla **ortopedisillä ja neurologisilla erotusdiagnostisilla testeillä** selvittääkseen eri kudosten vaikutukset olemassa olevaan vaivaan ja kipuun. **Toiminnallisessa tutkimuksessa** arvioidaan henkilön fyysistä toimintakykyä ja kiputiloja sekä liikkuvuuteen vaikuttavien nivelten, hermoston ja lihaksiston liikelaajuuksia ja aktiivisuutta. Lisäksi naprapaattit arvioivat odotettavissa olevaa kuntoutumis- ja paranemisennustetta. (Ks. Ekström & Hilborn 2009, 45–48; Rastamo 2017; Toropainen 2017.) Naprapaatin suorittama manuaalinen terapia on **yhdistelmä erilaisia hoitotekniikoita**. Usein hoidettavan alueen kudoksia esikäsitellään pehmytkudosmenetelmin tai fysikaalisia laitehoitoja hyväksi käyttäen. Nivelten liikkuvuuden palauttamiseen käytetään nivelmobilisaatiotekniikoita ja tarvittaessa manipulaatiota. Naprapaattiseen hoitoon sisältyy asiakkaan vaivaan yksilökohtaisesti suunniteltu harjoitusterapiaohjaus, neuvonta

ongelmaa pahentavien toimintojen välttämiseksi ja kannustus aktiiviseen elämään kivusta huolimatta. Potilaan tilan muutosta seurataan asiakkaan kanssa ennakkoon sovitulla tavalla. (Ekström & Hilborn 2009, 45–48.) Tarpeen mukaan naprapaatti ohjaa asiakkaan suoraan hänen ongelmaansa perehtyneelle erikoislääkärille (Toropainen 2017). *Kappaleessa 7.3. esitellään tarkemmin naprapaattisesta hoidosta saatuja tutkimustuloksia, joiden tutkimustaulukko on liitteessä 8.*

Manuaalisessa terapiassa tavoitteena on lievittää kipua ja normalisoida asiakkaan tuki- ja liikuntaelinten liikkuvuutta ja suorituskykyä. Naprapaatit käyttävät hoidon apuna erilaisia fysikaalisia hoitomenetelmiä kuten sähkö-, lämpö- ja kylmähoitoja sekä tarvittaessa erilaisia nivelten tukimuotoja kuten teippauksia. (Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012a). Kivun oireenmukaisen hoidon lisäksi pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä, mikä edellyttää myös potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa (Kipu 2017). Potilaan kanssa yhteistyössä suunnitellaan yksilöllinen potilaan omiin selviytymiskeinoihin perustuva lääkkeetön kivunhoito ja kuntoutus. Suositus onkin, että lääkkeettömiä hoitoja käytetään aina, kun se on vain mahdollista. (Tarnanen ym. 2016.)

Mobilisaatio- ja manipulaatiohoidot

Nivelten mobilisaatio- ja manipulaatiohoidolla pyritään lisäämään nivelten tai nikamien liikkuvuutta, auttamaan kiputilojen laukeamisessa sekä parantamaan henkilön toimintakykyä esimerkiksi vähentämällä lihasten spastisuutta (Ekström & Hilborn 2009, 60, 62). Nivelten mobilisointi- ja manipulaatiohoidot ovat todettu useissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa vaikuttaviksi hoitomenetelmiksi teholtaan sekä turvallisuudeltaan silloin kun toimenpiteen suorittaa käsittelyihin erikoistunut ammattilainen. Manipulaatiossa nivel vietään passiivisesti ääriasentoon, jonka jälkeen siihen kohdistetaan nopea, useimmiten tarkasti kohdistettu, voimaimpulssi. Impulssin aikana nivel ylittää hetkellisesti fysiologisen liikelaajuuden. Mobilisaatiossa jätetään voimaimpulssi antamatta. (Dvořák ym. 2008, 4, 167–170; Ekström & Hilborn 2009, 60–61; Airaksinen 2005; Airaksinen ym. 1998.) Naprapaatti mainitaan manipulaatiohoitoja suorittavana ammattilaisena Evidence-Based Medicine Guidelines -tietokannassa (Malmivaara ym. 2017). Näyttöön perustuva lääketiede (*evidence-ba-*

sed medicine, EBM) tarkoittaa, että potilasta hoidetaan lääketieteellisillä menetelmillä, jotka perustuvat aiemmin tehdyistä hoidoista saatuihin ajankohtaisiin tutkittuihin tietoihin (Winters-Miner ym. 2015, 134–135; Väänänen 2016).

Manipulaatiotekniikkaa käytetään vain silloin, kun tutkimuksessa on havaittu nivelen liikerajoituksen olevan syynä potilaan kivuille, poissulkien mahdolliset kontraindisoidut patologiset tilat kuten osteoporoosi, jolloin manipulaatiota ei käytetä hoitomuotona (Lewit 1999, 147). Mahdollinen riski otetaan huomioon ennen manuaalista käsittelyä. Riskiä minimoidaan terapeutin huolellisella esitutkimuksella ja spesifeillä testeillä, jossa poissuljetaan mahdolliset kontraindi-kaatiot. (Aho 2015.) Naprapaattisen hoidon jälkeen mahdollisesti esiintyvät sivuvaikutukset eivät ole yhteydessä parantumisennusteeseen (Tabell 2015).

Käypä hoito -suosituksissa suositellaan manipulaatiohoitoa krooniseen alaselkikipuun (Jousimaa 2013; liite 1, kohta A). Vähintään kaksi viikkoa kestäneessä niskakivussa naprapaattien suorittama manuaalinen hoito, joka sisälsi manipulaatiota, mobilisaatiota, hierontaa ja venytyshoitoja, oli tehokkaampaa kuin lääkärin antama neuvonta aktiivisena pysymiselle. Potilailta seurattiin kivun määrää, vaivan vähentämistä ja yleisen voinnin parantumista. (Skillgate ym. 2010; Skillgate ym. 2007.) Kroonisessa tai subkroonisessa niskakivussa mobilisointihoito on todettu olevan kustannustehokkaampaa kuin fysioterapiassa annetusta harjoitusohjeista tai lääkärin näyttöön perustavasta hoidosta. Niskan retkahdusvammapotilailla mobilisaatiohoito oli tehokkaampaa kuin tavanomainen kaulurihoito tai neuvonta. Potilastyytyväisyys paranee ja hän pääsee nopeammin palaamaan töihin, jos manuaaliseen hoitoon yhdistetään muita hoitoja. Niskamanipulaatioon liitetään erittäin harvinainen, mutta mahdollinen riski nikamavaltimon (*VBA vertebrobasillaarinen arteria*) vahingoittamisesta. (Hurwitz ym. 2009, 129, 136, 145, 148.)

Selkärangan manipulaatiossa käytetään ”high-velocity, low-amplitude” eli HVLA-tekniikkaa, jossa tiettyyn segmenttiin selkärangassa suoritetaan hyvin nopea ja lyhyt impulssi (Dvořák ym. 2008, 4; Pickar ym 2007). Raajaniveliin käytetään Kaltenborn mobilisaatio- ja manipulaatiotekniikoita, joissa huomioidaan nivelen luonnollinen biomekaniikka: ihmisen toiminnallinen anatomia eli nivelten luonnolliset liikelaajuudet kuten nivelpintojen liikkeet suhteessa toi-

siinsa (*artrokinematiikka*) sekä nivelen luisten vipuvarsien normaalit liikesuunnat (*osteokinematiikka*). Hoidon aikana nivelrakoon kohdistetaan joko separaatiota (*traction*), liukutekniikkaa (*gliding*) tai puristusvoimaa (*compression*). (Kaltenborn ym. 2011, 4, 18–19, 27, 317.) Kirurgit käyttävät narkoosimanipulaatiota palauttaakseen nivelen liikkuvuutta (Airaksinen ym. 1998).

Pehmytkudoskäsittelyt

Lihasten käsittelyyn käytetään erilaisia pehmytkudostekniikoita. Klassisen hieronnan lisäksi käytetään lihasten venytys- ja aktivointitekniikoita. **PIR (*post-isometric relaxation*)** on lihasten venytystekniikka, jota käytetään luustolihas-ten ja niiden jänteiden luustokiinnityskohtien kipuihin. PIR-tekniikalla terapeutti tuottaa haluttuun lihakseen passiivisen venytyksen. Venytyksen aikana pyydetään potilasta aktiivisesti jännittämään venytyksen kohteena oleva lihasryhmä. Tämän staattinen eli isometrinen lihastyö pidetään yllä noin 10 sekuntia, jonka jälkeen asetelma puretaan ja tulee lyhyt rentoutumisvaihe. Aktivointi-rentoutusjaksoja toistetaan useamman kerran niin, että haluttu vaikutus on saavutettu. (Ks. Lewit 1999, 151, 159–160.) **MET (*muscle energy technique*)** on lihasten käsittelytekniikka, jolla myös vähennetään lihasten kireyttä ja kiputiloja. MET-tekniikassa potilas tekee aktiivista lihastyötä valittuun liikesuuntaan, jota terapeutti vastustaa omalla toiminnallaan. (Franke ym. 2015.) Lihasten kipupisteiden (***trigger points***) käsittelyä käytetään myös osana pehmytkudoskäsittelyjä (Ks. Dvořák ym. 2008, 121; Ekström & Hilborn 2009, 62–66).

Lääkinnällinen harjoitteluterapia (LHT)

Naprapaattiseen hoitoon sisältyy asiakkaan yksilöllisen kuntouttavan harjoittelun ohjaus. Lääkinnällisessä harjoitteluterapiassa käytetään koordinaatiota, lihasvoimaa ja -kestävyyttä sekä nivelten liikkuvuutta normalisoivia harjoitteita. (Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012a.) Käypä hoito -suosituksissa liikunta on mainittu erityisen tärkeänä terveydenedistäjänä ja kuntoutuksen välineenä. Yksilöllisten liikuntaohjeiden tekeminen ja tulosten seuraaminen pitäisi tapahtua liikunta-alan asiantuntijoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Terapeuttisen harjoittelun käyttöä suositellaan erityisesti tuki- ja liikuntaelinvai-vojen hoidossa. Tuki- ja liikuntaelinten osalta korkein tutkimusnäyttö (liite1, kohta A) liikunnan positiivisista vaikutuksista on todettu polvi- ja lonkkanivelrik-kojen hoidossa. Kroonisessa alaselkäkivussa liikehoito toimii kivun tunteen lie-

vittäjänä ja parantaa potilaan toimintakykyä. Reumapotilaiden toimintakyky paranee kestävyys- ja lihasvoimaharjoittelulla. Liikunnan avulla voidaan myös ehkäistä alaselän kipujaksojen toistumista. Kestävyysliikunta parantaa fibromyalgiapotilaan kuntoa sekä se toimii keskeisenä keinona kaatumisen ehkäisyssä. (Liikunta 2016.) Selkäkipupotilaiden osalta on olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä ^[A], että kroonisessa alaselkäkivussa asteittain lisättävä harjoittelu vähentää kipua, parantaa toimintakykyä sekä vähentää selkävun uusiutumista. (Alaselkäkipu 2017; Karppinen & Kuukkanen 2014.) Eurooppalaisessa hoito-ohjeistuksessa (*European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain*) suositellaan kroonisen epäspesifin alaselkävun ensisijaiseksi hoitomuodoksi valvottua harjoitusterapiaa. Myös selkärangan manipulaatio ja mobilisaatiohoito on varteenotettava vaihtoehto alaselkävun hoidossa. (Airaksinen ym. 2006, 195; liite 1, kohta A.)

Tutkittaessa muun muassa polvikulumapotilaita sekä kroonisista niskavaivoista kärsiviä potilaita, **manuaalisen terapian ja harjoitusterapian yhdistelmähoidot** paransivat merkittävästi hoitotuloksia arvioitaessa kiputuntemuksia ja fyysistä toimintakykyä verrattuna pelkkään manuaaliseen terapiaan tai pelkkään harjoitusterapiaan (Abbott ym. 2015; Beltran-Alacreu ym. 2015). Ahdas olkanivel -oireyhtymässä ja olan kiertäjäkalvosimen ongelmissa huomattiin, että harjoitteluterapian yhdistäminen manuaaliseen terapiaan tuo paremman hoitovasteen kuin pelkkä harjoitusterapia (Faber ym. 2006, 7, 21, 23). Tehokain hoito niskakipuisille potilaille on manipulaatio- ja mobilisaatiohoidot yhdistettynä harjoitusterapiaan verrattuna muihin samantyyppisiin hoitomuotoihin, hoidotta jättämiselle, lumehoidoille tai potilaan omatoimiselle itsehoito-ohjeiden noudattamiselle, varsinkin silloin kun niskaongelmaan ei liity hermopuristusoireita (Hurwitz ym. 2009, 123, 145). Niskalihasten voimaharjoittelu yksin tai yhdistettynä manipulaatioon alentaa kipua ja parantaa toimintakykyä henkilöillä, jotka kärsivät subakuutista, kroonisesta tai toistuvasta niskakivusta. Vertailuja on suoritettu pelkkään manipulaatiohoitoon, TNS-hoitoon, tavanomaiseen lääkärin antamaan hoitoon, ei hoitoa saaneeseen tai lumehoitoihin. (Hurwitz ym. 2009, 130, 146; Bronfort ym. 2001.)

Urheilulääketieteellistä osaamistaan naprapaatit käyttävät hyväksi työskennellessään urheilijoiden kuntoutuksen parissa. Naprapaatit tekevät jokaiselle

urheilijalle yksilöllisen kuntoutussuunnitelman, jotta urheilija voisi palata turvalisesti takaisin kilpакentille. Urheilijoiden testauksessa ja kuntoutuksessa naprapaatit huomioivat kyseessä olevan kudოსvaurion ja vamman syntymekanismiin lisäksi potilaana olevan urheilijan lajikohtaiset vaatimukset sekä henkilökohtaiset fyysiset ominaisuudet. Urheilijan kokonaissuorituskykyä pyritään parantamaan kuntoutuksen aikana, joten hoidon aikana huolehditaan vamman kuntouttamisen lisäksi urheilijan peruskunnon ja voimatasojen säilyttämisestä ja jopa parantamisesta. Naprapaattien ammattiosaaminen anatomiasta, biomekaniikasta, fysiologiasta, kliinisestä tutkimisesta ja differentiaalidiagnostiikasta takaa laadukkaiden ja yksilöllisten kuntoutus- ja harjoitteluohjelmien suunnittelun. (Ekström & Hilborn 2009, 58–60.)

2.4 Naprapatian ammattikorkeakoulutus

Suomessa voi opiskella naprapaatiksi Kotkassa XAMK Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa. Naprapaattikoulutus (AMK) aloitettiin Suomessa vuonna 2001 Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa (Kymenlaakson ammattikorkeakoulu 2011) ja sen on hyväksynyt kansainvälinen naprapaattiyhdistys IFONA. (Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2016.) Tutkintonimikkeenä on **naprapaatti (AMK), Bachelor of Health Care**. Koulutus toteutetaan ammattikorkeakouluista laaditun lainsäädännön ja valtioneuvoston asetusten mukaisesti. (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.) Tutkinto on laajuudeltaan **240 opintopistettä**, jolloin kokopäiväinen opiskelu **kestää neljä vuotta**. Perus- ja ammattiopintojen lisäksi se sisältää käytännön harjoittelua sekä opinnäytetyön laatimisen ja kypsyysnäytteen suorittamisen. (Opetusministeriö 2006, 45–48.) Naprapaattien koulutusaika on pidempi kuin esimerkiksi Valviraan terveydenhuollon ammattihenkilöksi rekisteröidyillä fysioterapeuteilla (*3,5 vuotta / 210 opintopistettä*) tai koulutetuilla hierojilla (*noin 1 vuosi / noin 40 opintoviikkoa*) (Ks. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2016a; Opetusministeriö 2006, 10, 28; Studentum 2018; Suomen Hierojakoulut Oy 2018).

Naprapatian opetus perustuu tuoreimpaan, kansainväliseen tutkimustietoon. Perusopinnoissa keskitytään hyvään **länsimaisen lääketieteellisen osaamiseen** kuten anatomiaan, fysiologiaan ja patologiaan. Tutkimus- ja hoitomenetelmissä keskitytään **tuki- ja liikuntaelinsairauksiin**. Myös **urheilulääketiede**

sekä liikuntafysiologian osaaminen ovat koulutuksen ydinosaaamista. (Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2016.) Opiskelumateriaaleina käytetään muun muassa englanninkielisiä tietokirjoja kuten Gray's Anatomy ihmisen anatomiasta sekä Mageen Orthopedic Physical Assessment -kirjan ortopedisestä tutkimuksesta (Koski 2014).

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa naprapaattit voivat suorittaa myös **ylemmän korkeakoulututkinnon (YAMK) Terveiden edistäminen** -monimuotokoulutuksessa (Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2017). Ylempi korkeakoulututkinnon laajuus on **90 opintopistettä** ja sen tutkintonimikkeenä on **naprapaatti (ylempi AMK), Master of Health Care** (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014). Naprapaatin tutkinnon suorittaminen mahdollistaa myös opiskelun **terveystieteiden maisteriksi**, jonka suuntautumisvaihtoehtoina Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisessä tiedekunnassa ovat: fysioterapia (mukaan lukien terveystieteiden opettajankoulutuksen maisteriohjelma), gerontologian ja kansanterveys, liikuntalääketiede sekä terveyskasvatus (Jyväskylän yliopisto 2017).

Suomessa toimivat naprapaattit ovat saaneet koulutuksensa Suomessa tai Ruotsissa. Noin kuusikymmentä prosenttia naprapaateista ovat opiskellut Suomessa. (Sallinen 2019.) Ruotsissa naprapaattiksi voi opiskella Tukholmassa Naprapathögskolanissa, joka on pohjoismaiden suurin oppilaitos manuaalisen lääketieteen alalla. Ruotsalaisten ja suomalaisten naprapaattioiskelijoiden lisäksi siellä koulutetaan suuri määrä norjalaisia oppilaita. (Naprapathögskolan 2017b.) Yhdysvalloissa on myös mahdollista opiskella naprapaattiksi muun muassa Chicagossa National College of Naprapathic Medicine -koulussa (National College of Naprapathic Medicine 2017). Ammattitaidon ylläpitämiseksi ja päivittämiseksi naprapaattit osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöille laaditussa laissa mainittuun **täydennyskoulutukseen**, jolloin kansainvälinen koulutusyhteistyö takaa ajankohtaisen teoreettisen ja käytännön kliinisen osaamisen manuaalisen lääketieteen osa-alueella. (Ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 18. §; Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012c.)

2.5 Naprapatia Pohjoismaissa

Naprapaatit ovat lukumäärältään Pohjoismaiden suurin manipulaatiohoitoja antava ammattikunta (Svenska Naprapatförbundet 2017c). Suomessa naprapaatit saivat virallisen aseman terveydenhuollon nimikesuojattuna ammattihenkilönä vuonna 1994 asetetun lain nojalla (Ks. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 2. §; Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564, 1. §, 2b. §). Suomessa terveydenhuollon ammattihenkilörekisterissä on 192 naprapaattilla ammattioikeudet (*tilanne 31.12.2018*) (Sallinen 2019). Suomessa naprapaattien edunvalvonta- ja jatkokoulutusjärjestönä toimii vuonna 1975 perustettu Suomen Naprapaattiyhdistys ry, joka kuuluu kansainväliseen naprapaattiyhdistykseen IFONAan (Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012b). Vastaavia naprapaattiyhdistyksiä toimii Pohjoismaista myös Ruotsissa (Ks. Svenska Naprapatförbundet 2017c) ja Norjassa (Ks. Norges Naprapatförbund. 2017). Ruotsissa naprapaattiyhdistykseen kuuluu noin 1200 jäsentä (Svenska Naprapatförbundet 2017b).

Ruotsissa naprapaatit ovat laillistettuja terveydenhoidon ammattilaisia vuodesta 1994 lähtien. Lähes kaikki ruotsalaiset naprapaatit työskentelevät yksityisellä terveydenhoitosektorilla. Potilaat voivat tulla naprapaattien vastaanotolle ilman lääkärin lähetettä. Terveydenhuollon sopimustuottajiin kuuluvien naprapaattien hoidoista voi saada korvauksia valtiolta. Sopimuksen alaisia naprapaatteja on Ruotsissa noin 65. Näin ollen suurin osa Ruotsin naprapaateista eivät saa valtiolta korvauksia heidän antamista hoidoista, mutta vakuutusyhtiöt korvaavat naprapaattiset hoidot yksityisistä sairauskuluvakuutuksista. Koska potilaat eivät saa valtion korvauksia naprapaattien antamista hoidoista, eivät lääkärit ohjaa potilaita naprapaattien vastaanotolle, vaikka lääkärit tuntevatkin hyvin naprapaattien taidot TULE-kuntoutuksen ammattilaisena. Ruotsissa lääkärit ja naprapaatit tekevät läheistä yhteistyötä muun muassa urheilulääketieteen parissa. Naprapaatteja on mukana useiden urheilijoiden ja joukkueiden fysiikkavalmennus- ja kuntoutustehtävissä esimerkiksi paralympiajoukkueen huoltojoukoissa. (Mattsson-Coll 2018.)

Norjassa on noin 500 naprapaattia, jotka työskentelevät terveydenhuollossa yksityissektorilla. Norjassa naprapaatit tekevät noin 700 000 hoitoa vuodessa (Norges Naprapatförbund 2018) ja he ovat potilaiden keskuudessa suosituin

manuaalisen terapian ammattilaisryhmä vakuutustietojen perusteella. Norjassa naprapaattien antamat akuutit hoidot korvataan vakuutusyhtiöiden vakuutuksista, mutta Norjan sosiaaliturvasta hoidoista ei saa korvauksia. (Fuglerud 2018.)

2.6 Naprapatian historia

Manuaalinen lääketiede on yksi vanhimmista tavoista tutkia ja hoitaa tuki- ja liikuntaelinvaijoja ja -sairauksia. Aikojen kuluessa on siitä kehittynyt erilaisia hoitotekniikoita ja ammattikuntia. (DeStefano 2017, 2; Dvořák ym. 2008, 1.) Naprapaattisen hoidon perustaja on kiropraktikkokoulutuksen saanut Oakley Smith. **Vuonna 1905** hän hylkäsi kiropraktikkojen ja osteopaattien ajatuksen subluksaatio-teoriasta ja päätteli, että kipuja ei voida selittää pelkästään nivelukoilla tai nivelten asennoilla. Sen sijaan Smithin tekemien tutkimusten ja teorian mukaan tuki- ja liikuntaelinten kivut voidaan selittää toiminnallisen anatomian muutoksilla ja jännitystiloiilla niveltä ympäröivissä side- ja pehmytkudoksissa, joten hän laajensi naprapaattiset hoidot käsittämään niveltekniikoiden lisäksi pehmytkudoskäsittelyt. Oakley Smith julkaisi ensimmäisen oppikirjan vuonna 1906, ja siitä seuraavana vuonna hän perusti ensimmäisen naprapatian koulun Chicagoon. (Smith ym. 2007, 3, 5, 7, 10, 24–26; Svenska Naprapatförbundet 2017a.) Naprapatian nimi on yhdistelmä tsekin kielen sanasta *napravit* sekä kreikan kielen sanasta *pathos*, joka tarkoittaa vapaasti suomennettuna ”korjata kipua”. (Smith ym. 2007, 10; Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012c.)

3 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET SUOMESSA

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja -kivut ovat merkittävän suuri terveysongelma yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti mitattuna. **Puolella koko Suomen väestön 25–64-vuotiaista on ollut selkä- tai nivelongelmia** vuosina 2012–2014. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) TULE-sairaudet ovat myös suurin sairausryhmä verratessa sairauden aiheuttamaa negatiivista vaikutusta elämäntilaan (20,6 % sairausryhmittäisessä vertailussa olevista sairauksista) (Parikka 2015). Keskimäärin 19 prosenttia yli 20-vuotiaista suomalaisista on ilmoittanut sairastavansa selän kulumavikaa, iskiasta tai muuta selkäsairautta.

Sairastavien suhdeluvut kasvoivat henkilöiden vanhetessa. Suurimmat sairastavuusluokat olivat yli 75-vuotiaiden naisten (37 %) ja miesten (25 %) ikäryhmässä. Koulutustasoja vertaillaessa selkäsairautta potevat eniten matalalla ja korkealla koulutustasolla olevat naiset (21–22 %). (ATH-tutkimus 2017.)

THL:n sairastavuusindeksissä 2012–2014 ennustetaan, että sairastavuus pienenee tulevaisuudessa kaikissa ikäluokissa, mutta siitä huolimatta sairaiden ihmisten kokonaismäärä kasvaa, koska Suomen väestörakenne ikääntyy. Useimmat sairaudet ovat yleisempiä vanhemmalla väestöllä verrattuna nuorempiin. Maantieteellisesti tarkasteltuna tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat yleisempiä Itä- ja Pohjois-Suomessa verrattuna Länsi-Suomeen. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016.) Kuolleisuutta ei ollut ollenkaan TULE-ryhmässä (0 %), kun vertailtavat sairaudet olivat: syövät, sepelvaltimotauti, aivoverisuonien taudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveys, tapaturmat ja dementia (Parikka 2015).

3.1 TULE-sairauksista johtuva kipu

Suurin osa suomalaisten kroonisista kivuista johtuu tuki- ja liikuntaelinoireista (Tarnanen ym. 2016; Kipu 2017). Myös aikuisten lääkärikäynneistä **suurin osa johtui tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista** (Kaila-Kangas 2007, 5, 73). FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan viimeisen kuukauden aikana lähes puolet aikuisista (44–48 %) on tuntenut selkäkipua. Niskakipua oli potennut 37–51 prosenttia kyselyyn vastanneista sekä olkapääkipua oli tuntenut lähes 40 prosenttia naisista ja miehistä. Polvikivusta johtuvaa kävelyvaikeutta tai ontumista esiintyi noin neljäsosalla vastaajista. Sekä olkapääkipu että polvioireet yleistyivät iän mukana enemmän naisilla kuin miehillä. (Heliövaara ym. 2018, 79–80.)

Yli 30-vuotiaasta suomalaisista kolme neljästä on kokenut vähintään yhden selkäkipujakson (Tarnanen ym. 2016), ja 11 prosentilla on krooninen selkäoireyhtymä (Heistaro ym. 2007, 14). Noin puolella aikuisista on ollut selkäkipujaksoja yli 5 kertaa (Tarnanen ym. 2016). Alaselkäkipua on joskus kokenut yli 75 prosenttia ja iskiaskipua 30–40 prosenttia aikuisväestöstä. Kroonisista niskakivusta, polvinivelrikosta tai lonkkanivelrikosta kärsii vähintään 5 prosenttia aikuisista. (Heistaro ym. 2007, 14–18.) Hermovauriolle tunnusomaista kipua esiintyy 7–10 prosentilla väestössä (van Hecke ym. 2013).

3.2 TULE-sairauksien kansantaloudellinen merkitys

Vuoden 2015 terveydenhuoltomenot Suomessa olivat 19,8 miljardia euroa (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015 2017). **Suurin osa terveydenhuollon suorista kustannuksista meni TULE-sairauksien ryhmälle (11 %)** (Parikka 2015). Vuonna 2013 TULE-sairauksista maksettiin sairauspäivärahoina 294,6 miljoonaa euroa sekä työkyvyttömyyseläkkeinä 691 miljoonaa euroa eli 31 prosenttia kokonaiseläkemenosta. Epäsuorat kustannukset, kuten poissaolot töistä tai heikentynyt toimintakyky, muodostavat selkeästi suurimman osan kivun aiheuttamista kokonaiskustannuksista. (Kipu 2017.) Eläketurvakeskuksen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet olivat vuonna 2016 **yleisin syy siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle**. TULE-sairaita oli 34 prosenttia (6400 hlöä) kaikista 18800:sta työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneestä. Alle 50-vuotiaiden ryhmässä 15 prosenttia jäi eläkkeelle TULE-sairauden vuoksi. Myös osatyökyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden määrä on kasvanut vuosittain, joista TULE-sairaiden osuus on yli 50 prosenttia. (Nyman & Kannisto 2017.) Tuki- ja liikuntaelinongelmien **ennaltaehkäisyllä voidaan vähentää tuntuvasti työikäisten työrajoitteita**, sillä osatyökykyisillä on työhaluja terveysongelmista huolimatta (Taskinen 2012). *Liitteessä 6 ovat taulukot TULE-sairauksista aiheutuneista kustannuksista ja potilasmääristä perus- ja terveyskeskussairaloissa.*

Naprapaattien suorittama manuaalinen terapia osoittautui ruotsalaisissa tutkimuksissa työikäisten, ei leikkausta vaativien ortopedisten poliklinikkapotilaiden hoidossa **kustannustehokkaammaksi ja potilaille parempaa elämänlaatua tuottavaksi** kuin tavanomainen ortopedinen hoitokäytäntö tai lääkärin tarjoama näyttöön perustuva hoito (Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007). Liljen ym. (2013) tutkimuksessa todettiin, että nykyinen hoitolinjaus tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa pidentää ortopedisten osastojen hoitonoja, mikä on kallista ja se pitkittää potilaiden kärsimystä. Perusterveydenhuollon rahoituksessa pitäisi hyödyntää naprapaattien TULE-osaaminen täysimääräisesti. Jos manuaaliseen terapiaan erikoistuneiden terveysalan ammattihenkilöiden kuten naprapaattien hoitoja olisi saatavilla ortopedisillä poliklinikoilla, saavutettaisiin parempia hoitotuloksia ja vähemmillä kustannuksilla potilaille, joilla on yleisesti

esiintyviä, ei leikkaushoitoa vaativia tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Tämä tutkimustulos on dominantti. Fysioterapia oli leikkaushoidon jälkeen kallein hoitomuoto. Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista potilaista olivat saaneet fysioterapiaa ennen tähän tutkimukseen osallistumista, ja isolla osalla heistä hoitajaksot olivat vielä kesken, joten kaikki fysioterapian kustannukset eivät edes olleet tutkimuksessa mukana. Fysioterapia on yleistä kaikenlaisissa tuki- ja liikuntaelin ongelmassa, vaikka se ei välttämättä ole kaikkein sopivin ja kustannustehokkain hoitomuoto. (Lilje ym. 2013.)

Sote- ja maakuntauudistuksella (2016) Suomen hallitus pyrkii kaventamaan ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantamaan palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitsemään kustannuksia. Keinoina tavoitteisiin pääsemiseksi on kirjattu muun muassa, että palvelut pitää saada asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Sote-uudistuksesta on tarkoitus saada noin kolmen miljardin euron säästöt nykyaikaistamalla ohjaus- ja toimintamallit perusteellisesti (Kuva 1).



Kuva 1. Tavoitteena ovat nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut (Sote- ja maakuntauudistus 2016).

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ TERVEYDENHUOLLOSSA

Moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa kahden tai useamman ammattihenkilön työpanosta yhteisen ja etukäteen tunnistetun päämäärän eteen. Työskentely moniammatillisessa tiimissä kuuluu nykyaikaiseen ammatilliseen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. (Pohjolainen & Mikkelsen 2015.) Hyvän ja vaikuttavan hoitomenetelmän käyttö potilaiden parhaaksi edellyttää lääkärin ja hoitoa an-

tavien terapeuttien toimivaa yhteistyötä (Airaksinen 2005.) Kuntien koordinoimassa lääkinällisessä kuntoutuksessa hoidetaan eniten tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsiviä potilaita, jolloin se tähtää heidän fyysisen toimintakyvyn palauttamiseen ja ylläpitämiseen. Lääkinällistä kuntoutusta voi tarjota useat eri toimijat kuten terveyskeskukset, sairaalat, Kela, yksityiset vakuutuslaitokset ja yksityiset palveluntuottajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.)

Naprapaatit ovat osa terveydenhuollon ja kuntoutusalan moniammatillista hoitoryhmää, jossa he toimivat hyvässä yhteistyössä lääketieteen erikoisalojen ammattilaisten, kuntoutushenkilöstön ja terveydenhoitoviranomaisten kanssa. Kuntoutus on monialaista toimintaa, jossa useat eri ammattilaiset työskentelevät yksilön kuntoutusprosessissa asiakaslähtöisesti kunnioittaen kuntoutujan henkilökohtaisia lähtökohtia ja muiden alojen asiantuntijuutta. Kuntoutustoiminta on lakisääteisesti määritelty sosiaali- ja terveyshuollon, työhallinnon, opetushallinnon ja vakuutussektorin yhteiseksi toiminnaksi, jolla ennaltaehkäistään, korjataan tai ylläpidetään henkilön toimintakykyä. Lakisääteisen kuntoutuksen perusteina ovat todettu vajaakuntoisuus (*sairaus, vamma tai oire*) sekä mahdolliset uhat työkyvyn menettämiselle tai sosiaaliselle syrjäytymiselle. Kuntoutuksen tavoitteena on ihmisen itsenäinen selviytyminen, hänen hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn edistäminen. (Opetusministeriö 2006, 45–46.)

4.1 Hoidon vaikuttavuuden arviointi

Tutkimusnäyttö vahvistaa (*vahva/keskinkertainen näytönaste*), että monitieteellisellä kuntoutuksella on positiivinen vaikutus kipukokemuksen lieventymiseen ja työhön paluun nopeutumiseen selkä-, niska- tai olkakivuuista oireilevilla aikuisilla henkilöillä (World Health Organization 2017, 14–15; Alaselkäkipu 2017). Alaselkäoireiden taustalla on usein monitahoisia ongelmia. Selän toiminnallisten oireiden lisäksi voivat psykososiaaliset tekijät pahentaa kipuja. Tästä syystä potilaan hoidossa ja hoidon arvioinnissa pitäisi käyttää laajemmin moniammatillista yhteistyötä. Lisäksi erilaisten arviointityökalujen hyväksikäyttöä pitäisi kehittää. (Karppinen ym. 2016; liite 1: näytönastekatsaukset.)

Perinteisesti eri hoitomuotojen vaikuttavuutta on arvioitu niin sanotuilla objektiivisilla mittareilla, jotka perustuvat erilaisiin kliinisiin ja biokemiallisiin muuttujiin. Tulevaisuudessa terveydenhuollossa käytetään myös potilaskohtaisia mittareita (*patient-reported outcomes, PROs*), joilla tarkastellaan potilaan omaa kokemusta saamansa hoidon hyödyistä ja haitoista. Terveystyöväen määrittämisessä elämänlaatua mittaavan tutkimuksen avulla voidaan arvioida eri hoitomuotojen arki vaikuttavuutta potilailla. Tämä pitäisi ottaa huomioon myös Suomessa, jotta terveyshuollon rahoitus perustuisi saatuihin terveyshyötyihin eikä toimenpiteiden tai hoitopäivien lukumääriin. Ruotsissa on jo nyt käynnissä hanke, jolla pyritään sitomaan hoidon terveyshyödyt terveydenhuollon rahoitukseen. (Roine 2016.) Satunnaistetussa tutkimuksessa on potilaille tehdyn kyselytutkimuksen avulla todettu, että naprapaattinen hoito edistää selkä- ja niskakivunpotilaiden kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän kuin lääkärin tai ortopedien tarjoama näyttöön perustuva hoito (Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007).

4.2 TULE-sairaiden suoravastaanotto toiminta

Suomen Lääkärilehdessä julkaistun tutkimuksen tuloksissa pääteltiin, että TULE-suoravastaanotto toimintaa laajentamalla voidaan tehostaa tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoitoa ja vähentää lääkärin kuormitusta sekä mahdollisesti vähentää kustannuksia, koska vain pienellä osalla suoravastaanotolle ohjautuneista potilaista todettiin tarve jatkohoitoon lääkärille. (Lautamäki ym. 2016.) Skotlannissa tehdyssä kansallisessa tutkimuksessa suoravastaanotto toiminta toi 2 miljoonan punnan säästöt, jonka perusteella käytäntöä suositettiin myös muualle Isoon Britanniaan (Holdsworth ym. 2007). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että aikainen pääsy kuntoutukseen vähentää huomattavasti kipukokemusta kuuden kuukauden seurantajaksoilla subakuutissa alaselkävauriossa (Nordeman ym. 2006).

TULE-sairaiden suoravastaanotosta puhutaan julkisesti fysioterapeuttien suoravastaanottona (Ks. Räsänen ym. 2017), vaikka fysioterapeutit voivat pitää tuki- ja liikuntaelinsairaille suoravastaanottoa vasta suoritetun lisäkoulutusta TULE-sairauksien tutkimisen ja hoidon osalta. Lisäkoulutuksen antajaksi soveltuu manuaalisen terapian erikoisasiantuntija (Suomen Fysioterapeutit ry

2017), joita muun muassa koulutetut naprapaazit oman koulutuksensa perusteella ovat (Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy 2016).

Suoravastaanotossa TULE-oireinen potilas ohjataan hoidon ensikäynnille tuki- ja liikuntaelinsairauksiin erikoistuneen terapeutin vastaanotolle ilman lääkärin lähetettä. Käynnin tavoitteena on arvioida potilaan hoidontarvetta kliinisellä tutkimisella, kuntouttavien toimenpiteiden suorittaminen sekä harjoitusterapian ohjaaminen. Lisäksi arvioidaan potilaan tukien tai muiden apuvälineiden tarpeellisuutta sekä tarvittaessa suositteluaan jatkotutkimuksia oireisiin sopivan lääkärin vastaanotolla tai sairauspoissaolotarpeen vuoksi. (Suomen Fysioterapeutit ry 2017.)

5 ORGANISAATIOVIESTINTÄ SOSIAALISESSA MEDIASSA

Tässä luvussa käsitellään yleisesti nonprofit-organisaation erityispiirteitä ja ulkoisen viestinnän mahdollisuuksista yleisessä sosiaalisen median toimintakulttuurissa. Sosiaalisen median kanavia ja niiden käyttötapoja analysoidaan yleisellä tasolla. Suomen naprapaattiyhdistyksen viestinnän kohderyhmän, lääkäreiden ja lääkäriopiskelijoiden, sosiaalisen median käyttötapoja käsitellään luvussa 5.2. Lääkäreille suunnattu naprapaattiyhdistyksen sidosryhmäviestintä on suhdetoimintaa, jossa korostuu pyrkimys vuorovaikutussuhteen luomiseen, ylläpitämiseen ja vahvistamiseen tiedotuksen avulla (Ks. Isohookana 2007, 62–63).

5.1 Viestintä nonprofit-organisaatiossa

Kaupallinen toiminta eroaa nonprofit-organisaatioiden toiminnasta. Nonprofit-toiminta perustuu usein vapaaehtoiseen työvoimaan, eikä sen tavoitteena ole liiketaloudellinen voitto vaan saavutetut varat käytetään organisaation varsinaisen toiminnan kehittämiseen. Näiden erityispiirteiden vuoksi yhdistyksen toimintasuunnitelmalla on erityisen tärkeä asema, koska sen perusteella voidaan rakentaa organisaation imagoa sekä houkutella mukaan vapaaehtoishenkilöitä ja mahdollisia rahoittajia. (Gynn 2017; Saastamoinen 2004, 103.) Nonprofit-organisaation viestintäpäätökset pitäisi aina perustua olemassa olevaan tilanteeseen, asetettuihin tavoitteisiin, missioon ja kohderyhmän tunnistamiseen. Suunnittelussa huomioidaan kohderyhmän arvot, argumentit ja asenteet viestittävää asiaa kohtaan sekä heidän median käyttötavat

viestikanavaa valittaessa. Viestinnälle asetettujen tavoitteiden pohjalta voidaan arvioida saavutettuja tuloksia. (Vuokko 2004, 40–42, 117, 170–171; Ks. Leroux Miller 2013, 24–25.)

Organisaatioviestinnässä kerrotaan yhteisön kannalta tärkeistä asioista ulkopuoliselle yleisölle vuorovaikutteisten medioiden välityksellä (Åberg 2010). Nonprofit-yhdistyksen viestinnän tavoitteet eivät ole muuttuneet vuosikymmenienkään aikana, sillä yhä yhtenä niiden tavoitteena on saada organisaatio tuntemattomuudesta yksilön tietoisuuteen. Samalla pyritään muodostamaan haluttu mielikuva organisaatiosta tai asiasta, jolloin viestin vastaanottajalla olisi mahdollisuus toimia annetun tiedon perusteella. (Ks. Kotler 1982, 493.) Verkkoviestien on hyvä olla eettisesti hyväksytyjä ja niiden pitää kestää aikaa, koska verkossa viestit voivat kiertää loputtomasti (Forsgård & Frey 2010, 65). Nonprofit-yhteisöjen kannattaa panostaa viestinnässään erityisesti sisältöön ja inspiroiviin tarinoihin, koska heillä on usein yhteiskunnallisesti arvokasta ja ihmisiä kiinnostavaa annettavaa esimerkiksi terveys- ja ympäristöaloilta (Sparkman 2017).

5.2 Lääkäreiden ja lääkäriopiskelijoiden sosiaalisen median käyttö

Naprapaattiyhdistyksen viestinnän kohderyhminä ovat suomalaiset lääkärit ja tulevat lääkärit (Tabell 2018). Lääkärit ja lääkäriopiskelijat käyttävät sosiaalista mediaa henkilökohtaisten ja ammatillisten sosiaalisten suhteiden ylläpidon lisäksi lääketieteellisen tiedon jakamiseen ja etsimiseen. Lääkäriliitto on ohjeistanut lääkäreitä ja lääkäriopiskelijoita, että he ovat aina oman ammattikuntansa edustajia, myös kommentoidessaan asioita sosiaalisessa mediassa yksityishenkilöinä. Lääkäreiden toiminnan sosiaalisessa mediassa pitää olla aina vastuullista ja eettisesti hyväksyttävää, sekä heidän jakama ammatillinen tieto pitää olla todenmukaista. (Kattelus 2016.)

Mediradixin (2016) toteuttamassa kyselytutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden sosiaalisen median ja blogien käyttömääriä. Turun lääketiedepäivillä tutkimukseen osallistui 549 lääkäriä ja tulevaa lääkäriä (26 % yleislääkäreitä, 19 % erikoislääkäreitä ja 55 % lääketieteen opiskelijoita). Eniten sosiaalinen media liittyy vapaa-ajan käyttöön kuten ystävien, uutisten ja viihteen seurantaan. Lää-

käreiden kohderyhmässä Facebook on käytetyin ja Instagram toiseksi käytetyin some-kanava. Ammatilliseen tiedonhakuun Facebookia käytettiin 11–15 prosenttia. Lääkärikohderyhmässä selvästi vähemmälle käytölle jäävät Twitter (5–10 %) ja LinkedIn-palvelut (4–6 %). Lääkäreiden keskuudessa suosituimmat blogiaiheet käsittelevät terveyttä, hyvinvointia, urheilua ja liikuntaa, mutta 30–37 prosenttia vastanneista eivät seuranneet mitään blogia.

Vuonna 2016 Suomessa oli 20 970 lääkäriä, joista reilu neljännes oli yli 55-vuotiaita, mutta nuorten lääkäreiden määrä on myös lisääntymässä (Suomen Lääkäriliitto 2016, 10–11). Tilastokeskuksen (2016, 2017) mukaan lähes kaikki alle 55-vuotiaat suomalaiset käyttivät internetiä. Monta kertaa päivässä nettiä käytti 72 prosenttia suomalaisista. Ikäluokassa 16–35-vuotiaat yhteisöpalveluiden (esimerkiksi Facebook) käyttöaste on yli 92 prosenttia ja muissa ikäluokissa se on jatkanut kasvua. Ammattiin liittyvän yhteisöpalvelun (esimerkiksi LinkedIn) seuraaminen on yleisintä ikäluokassa 35–44-vuotiaat (34 %).

5.3 Sosiaalisen median kanavien hyödyntäminen viestinnässä

Sosiaalista mediaa käytetään joukkoviestintäkanavana esimerkiksi yritysviestinnässä sekä henkilökohtaiseen tiedottamiseen. Some-kanavat voidaan jakaa käyttötarkoituksen mukaisesti nelikenttään (liite 5). Nelikentän mukaan henkilökohtaisessa viestinnässä käytetään yleisesti Facebook- ja LinkedIn-palveluja, kun taas toimitukselliseen ja kaupalliseen tarkoitukseen soveltuu paremmin blogit ja YouTube-kanava. (Tuten & Solomon 2015, 7–12). Onnistuneen sosiaalisen median kampanjan luomiseen tarvitaan kolme elementtiä: oikean viestin löytäminen ja luominen, viestin kohdistaminen oikealle kohderyhmälle sekä oikean viestintämetodin ja median valitseminen kampanjalle. Kampanjan onnistumisen kannalta avainasemassa on **viestin sisällön sopivuus valitulle kohdeyleisölle**. (Cameron-Kitchen & Ivanescu 2015, 65–66.) Jo valmiiksi olevien verkostojen hyödyntäminen on tehokas tapa tavoittaa kohdeyleisö sosiaalisessa mediassa (Suomi-somen kehityssuuntia 2016, 15). Tarkasti personoidut viestit voivat saavuttaa 20 prosenttia paremman menestyksen verrattuna ilman personointia lähetettyihin viesteihin. Tällöin voidaan hyödyntää myös sosiaalisen median kautta tapahtuvaa vuorovaikutusta asiakaskunnan kanssa. (Paukku 2018.) Somen kautta kohdeyleisö on mahdollista tavoittaa nopeammin kuin virallisia medioita käyttäen. Vastaanottajalta saadun suoran

palautteen avulla pystytään kehittämään viestintämateriaaleja vastaamaan organisaation ja kohderyhmän tarpeita. (Kortesuo 2014, 18–28, 82–83; Myynnin ja markkinoinnin ammattilaiset 2015; Tuten & Solomon 2015, 166–167.)

Visuaalisten viestien merkitys on korostunut sosiaalisessa mediassa (Myynnin ja markkinoinnin ammattilaiset 2015). Kuvat ja videot houkuttelevat katsojan herkemmin toimimaan, joten ne saavat enemmän huomiota tykkäämisten ja klikkausten muodossa verrattuna pelkkiin tekstipäivityksiin. Hyvälaatuisten videoiden käyttö viestinnässä on muutenkin nouseva trendi tiedottamisen alalla. (Ks. Hall 2017; Juslén 2016; Kurio 2017; Pelkonen 2017; Paukku 2018.) Myös suoratoistovideoiden (*livestreemaus*) sekä äänitallenteiden (*podcastit*) käyttö on nouseva trendi tiedottamisen ja sisältömarkkinoinnin alalla. Oli viestin levitystapa mikä tahansa, vaatii se taustalleen hyvin toimitetun ja sisällöllisesti merkityksellisen sanoman. Lisäksi on hyvä erottautua muista toimijoista omalla uniikilla ja tunnistettavalla viestintätyylillä, joka toistuu viestintäkanavasta riippumatta. (Paukku 2018.) Kurion (2019) julkaisussa 24 suomalaista asiantuntijaa analysoivat vuoden 2019 some-trendejä. Yhteenvedossa nostettiin muun muassa esille:

- some-viestinnässä tulee korostumaan yhteiskuntavaikuttaminen ja vastuullisuus.
- some-kriittisyys lisääntyy, jolloin henkilöt valitsevat tarkemmin ne sosiaalisen median kanavat, joissa he viettävät aikaansa.
- Videosisältöjen määrä jatkaa kasvua sosiaalisessa mediassa. Erityisesti lyhytkestoiset pystyvideot tulevat kasvattamaan suosiotaan.

Facebook tarjoaa laajimman markkina-alustan sosiaalisen median kanavista. Ennen kuin organisaatio voi tehdä Facebook-kampanjan, pitää sillä olla perustettuna oma Facebook-sivusto. (Cameron-Kitchen & Ivanescu 2015, 111, 170.) Facebook mainosten kohderyhmällä ja sijoittelulla voidaan vaikuttaa mainosten näkyvyyteen. Facebookin kautta samaa mainosta voidaan näyttää Instagramissa, Messengerissä ja Audience Networkissa. (Facebook Business 2018a.) Facebookissa voidaan luoda viestin maksullista levittämistä varten kokonaan uusi kohderyhmä tai käyttää samankaltaisuuteen perustuvaa kohderyhmää (Facebook Business 2018b), joka pohjautuu esimerkiksi henkilöiden kiinnostuksen kohteisiin (Facebook Business 2018c). Valitun lähdekohderyhmän mukaan Facebook etsii henkilöitä, jotka muistuttavat haluttua kohderyh-

mää. Yhteen mainosjoukkoon voi kohdentaa useampia kohderyhmiä. (Facebook Business 2018c.) Facebook mainoksen esityspaikalla voidaan vaikuttaa sen näkyvyyteen eri selaimissa (*tietokoneen näytöllä tai mobiililaitteissa tai molemmissa*) sekä sen julkaisemiseen uutiskentässä tai sivupalkissa (Facebook Business 2018a). Kampanjasuunnittelutyökalujen avulla voidaan arvioida oman Facebook-mainosbudjetin tehokkuutta kohderyhmässä vertaamalla sitä samantyyppisiin mainoksiin (Facebook Business 2018b).

YouTube on yli miljardin ihmisen käyttämä videopalvelu, jonne kuka vaan voi tuottaa sisältöä. Kuka vaan voi myös katsoa YouTubessa olevia videoita, koska se ei vaadi katsojalta rekisteröitymistä, mutta videoita voi ladata vain rekisteröityneet käyttäjät. Olemassa oleva YouTube-video on helposti jaettava myös muihin palveluihin linkityksen kautta. (Veikkolainen 2017.) **Instagram** on suosituin kuvapohjainen sosiaalinen verkkokanava, jota käyttävät pääasiassa nuoret henkilöt sekä hyvin koulutetut ja toimeentulevat henkilöt. **Twitter** on nopea sosiaalisen median viestintäväline. Kaikissa Twitter-viestinnässä ja kampanjoissa kannattaa hyödyntää #hashtag-seurantaelementtejä sekä henkilöön tai yhteisöön @-kohdistettuja vastauksia. Twitter-tilin seuraajien määrän kasvattaminen vaatii enemmän vaivannäköä, ja tilin seuraajat ovat enemmän kiinnostuneita asiasisällöstä eivätkä niinkään henkilökohtaisten tapahtumien uutisoinnista. **Blogit** ovat julkaisukanavia henkilökohtaisille mielenkiinnon kohteille. Niitä pitää muistaa mainostaa omissa sosiaalisen median kanavissa, jotta sille saadaan lukijoita. Blogin avulla voidaan luoda kontakteja ja ohjata liikennettä omille verkkosivuille. Avainsanoja (*keywords*) lisäämällä tehdään hakukoneoptimointia, jolloin blogit ovat helpommin löydettävissä ja erotettavissa muusta verkkoviestinnästä. Blogien heikkoutena on vaikeus pitää ne aktiivisena ja mielenkiintoisina. **LinkedIn** on liike-elämään orientoitunut sosiaalisen median kanava, jota käytetään työelämässä verkottumiseen. Kampanjointi LinkedIn:ssä kohdistuu pääasiassa toisiin yrityksiin ja henkilöstön hakuun. Yrityksellä pitää olla hyvät, omat LinkedIn-sivut ennen kampanjoinnin aloitusta. (Cameron-Kitchen & Ivanescu 2015, 172, 210, 231, 241, 250, 257.)

On tärkeää huolehtia ristiin linkityksistä organisaation yhteisöllisen median ja virallisten verkkosivujen välillä, jotta viestistä tarkemmin kiinnostuneet saadaan houkuteltua tutustumaan tarkemmin organisaatioon ja sen palveluihin. Yleiseksi käytännöksi on nykyään muodostunut, että kiinnostavaan uutiseen

siirrytään sosiaalisen median linkityksen ja otsikoinnin kautta. Harvemmin enää uutisia tai kampanjoita etsitään suoraan yritysten omilta verkkosivuilta. Leviämisen edistämiseksi otsikoinnit on kirjoitettu huomiota herättävällä tyyllillä. Näitä isojen mediatalojen käytäntöjä kannattaa myös pienempien organisaatioiden kopioida omaan toimintaansa. (Forsgård & Frey 2010, 68, 83.) Kun viestin vastaanottaja ohjataan organisaation omille verkkosivuille, pitää varmistaa sivuston toimivuus eri selaimilla ja laitteilla. Lisäksi valitaan oikea laskeutumissivu, jotta henkilö pääsee heti tutustumaan kampanjoituun sisältöön. (Cameron-Kitchen & Ivanescu 2015, 168–169.) Sosiaalisen median viestin vaikuttavuutta voidaan mitata sekä määrällisesti että laadullisesti. Määrällinen vaikuttavuus tarkoittaa some-viestin tykkäämisten, jakamisten, vastausten, palautteiden tai mainintojen määrän seuraamista. Laadullisella vaikuttavuudella tarkoitetaan yleisön sitoutumista ja lojaalisuutta organisaatiolle. Lisäksi voidaan seurata organisaation verkkosivuille ohjantuvan liikenteen määrää ja sivuilla vietettyä aikaa. (Berkowitz 2009, Tuten & Solomon 2015, 299 mukaan; Brown 2010, Tuten & Solomon 2015, 301 mukaan.)

5.4 Lainsäädäntö ja ohjeet terveystalveluiden markkinoinnissa

Terveystalveluiden viestintää suunniteltaessa pitää ottaa huomioon useat erisäännöt ja lait, jotka vaikuttavat muun muassa terveystalveluista tiedottamiseen. Suomen Naprapaattiyhdistys ry. noudattaa **yhdistyslakia** (Ks. 26.5.1989/503), joka määrittelee esimerkiksi sen, että yhdistyksen varat tulee sijoittaa toiminnan kehittämiseen. Lääkärit ovat kahdessa eri roolissa viestin saajina, toisaalta he kuuluvat sidosryhmäviestinnän piiriin ammattinsa osalta ja toisaalta yksityishenkilöinä he kuuluvat kuluttajasuojan piiriin (Ks. Isohökkanä 2007, 191.) **Kuluttajasuojalaissa** (29.8.2008/561, 7. §) määritellään, että markkinoinnissa terveyden ja turvallisuuden kannalta tarpeelliset tiedot on aina annettava eikä olennaisia tietoja päätöksiin vaikuttavista asioista saa jättää kertomatta. Lisäksi tietojen pitää olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Terveystalveluiden tiedottamisessa pitää erityisesti huomioida eettisyys ja tietojen todenmukaisuus, jolloin se ei saa olla harhaanjohtavaa eikä liioittelevaa (Ks. Lehtonen 2016; Lääketeollisuus ry 2017, 21). Viestintämateriaalin tekijää suojelee **tekijänoikeuslaki** (8.7.1961/404).

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄT

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehdä kehittämistyönä naprapatiasta kertova evidenssiperusteinen viestintätuote. Kehittämistyön taustalla on Suomen Naprapaattiyhdistyksen tarve (liite 3) kehittää yhdistyksen viestintää sekä leviättää tietoa naprapatiasta (Tabell 2017). Kehittämistyössä pitää ensin kerätä tieteellisin menetelmien avulla teoretieto, jonka perusteella olemassa olevaan tarpeeseen voidaan tuottaa käytännönläheinen ratkaisu. Näin ollen opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö on monimenetelmällistä työtä, jossa yhdistyvät tutkimus ja kehittäminen. (Kananen 2012, 13, 19.)

Kehittämistyön tavoitteena on uuden tuotteen, tuotantoprosessin, menetelmän ja järjestelmän luominen tai olemassa olevan parantaminen. Tällöin tutkimusmetodinä käytetään soveltavaa tutkimusta, jolloin olemassa olevaa tietoa käytetään tavoitteellisesti hyödyksi kehittämistyössä. (Tilastokeskus 2018.) Käytännönläheinen kehittäminen voi olla monimenetelmällistä tutkimista, jolloin tutkimusaineisto muodostuu teoreettis- tai käytännönlähtöisistä aineistoista saatuihin tietoihin ja niiden analysointiin. Saadun tiedon tuottamisessa voidaan hyödyntää tutkimuksellisia menetelmiä, kuten tekstien sisällönanalyysejä tai esimerkiksi haastatteluista saadun tiedon analysointia. Soveltavan tutkimuksen lähtökohtana on muutostarve tiettyyn käytännön ongelmaan, joten tutkimuksen käyttäjät ja hyödyntäjät tiedetään jo etukäteen, mutta tutkimuksesta saatujen tulosten hyödynnettävyys voi olla epävarmaa. (Heikkilä ym. 2008, 20–21, 110–112.) Uuden tuotteen suunnittelussa käytetään teorialähtöistä sisällönanalyysejä, jossa teoreettiset käsitteet tuodaan aiemmin olemassa olevasta aineistosta tai empiirisen tiedon perusteella. Saatuja tietoja käytetään ideoinnin tai inspiraation lähteenä. Päätöksenteko perustuu yhdistelmään tieteellistä tietoa, asiantuntijan kokemuksellista tietoa ja asiakkaan kokemuksia. (Anttila 1996, 131, 140; Tuomi & Sarajärvi 2018, 112, 133.)

Opinnäytetyön viitekehyksessä käsiteltiin suomalaisista ja ulkomaalaisista lähteistä saatua tietoa naprapatian hoitomenetelmistä tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa, TULE-sairauksien esiintyvyydestä Suomessa sekä kansainvälisistä vaikutuksista ja moniammatillisesta yhteistyöstä terveydenhoitoalalla. Lisäksi viitekehyksessä käsiteltiin organisaatioviestintää sosiaalisen median kanavissa. Ennen viestintätuotteen sisällön ja ulkoasun suunnittelua

tehtiin systemoitu kirjallisuuskatsaus, jolla selvitettiin kuudesta eri tietokannasta löytyviä tutkimustietoja naprapatiasta vuosina 2000–2018 sekä naprapatian vaikuttavuutta tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa. Tämän kehittämistyön tiedotusmateriaalin tarkoituksena on lisätä muiden terveysalan ammattilaisten kuten lääkäreiden tietämystä naprapatiasta. Suurin osa lääkäreistä suhtautuu myönteisimmin hoitotapoihin, joilla on tieteellisesti todistettu vaikutustapa. Tämä on korostunut varsinkin alle 35-vuotiaiden lääkäreiden parissa. (Ruskoaho & Vuorenkoski 2016.)

Taulukko 1: Opinnäytetyön aikataulujen suunnitelma ja toteutuma. Liitteessä 4 on tarkempi päiväkirja yhteydenpidosta kontaktihenkilöihin tämän opinnäytetyön prosessin aikana.

Ajankohta	Tavoite	Toteutunut/jatkotoimenpiteet
syksy 2016	Ideaseminaari	25.11.2016 Ideaseminaari
kevät 2017	Suunnitelmaseminaari	
kesä 2017	Opinnäytetyön valmistaminen	Viiteaineiston valmistamista.
syksy 2017	Markkinointimateriaalin valmistaminen	13.12.2017 Suunnitelmaseminaari
kevät 2018	Materiaalin testaus, koelanseeraus ja mahdolliset muutokset.	
kevät 2018	Päätöseminaari	
syksy 2018		Opinnäytetyön valmistaminen. Viestintämateriaalin demon valmistaminen. Materiaalin testaus.
alkuvuosi 2019		Päätöseminaari. Koelanseeraus, mahdolliset muutokset. Kampanjan julkaiseminen.

6.1 Kohderyhmä ja hyödynsaajat

Tämän kehittämistyön viestintätuotteen kohderyhmänä ovat suomalaiset lääkärit ja lääkäreiksi opiskelevat henkilöt. Naprapaattiyhdistyksen tarkoituksena on vaikuttaa viestinnän keinoin lääkäreiden mielikuviin naprapatiasta sekä luoda ja kehittää naprapaattien vuorovaikutussuhteita ja moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden kanssa. (Tabell 2018.) Kohderyhmän valintaan vaikutti muun muassa se, että lääkäriopiskelijoilla on huonot tiedot naprapatiasta. Itä-

Suomen yliopiston tutkimuksen mukaan naprapatiaa piti tehokkaana hoitomuotona 20–25 prosenttia tutkimukseen vastanneista lääkäriopiskelijoista. Lääketieteen opiskelijat toivovat, että he saisivat opetusta ja enemmän oikeaa tietoa erilaisista käytettävissä olevista hoitomuodoista. Lääkäriopintoja suorittavat uskovat muun muassa manipulaation olevan haitallista potilaalle, mutta toisaalta manipulaatiohoidot koettiin tehokkaaksi hoitomuodoksi. (Ks. Kamaja 2014, 2, 25, 27.) Lääkärit arvostavat tieteellisesti todistettuja, vaikuttavia hoitotapoja (Ks. Ruskoaho & Vuorenkoski 2016), joten viestin sanoma perustuu tämän opinnäytetyön systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa ja viitekehyksessä esiin tulleille tiedoille naprapatiasta.

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Suomen Naprapaattiyhdistys ry:n kanssa. Yhdistys toimii jäsentensä edunvalvonta- ja jatkokoulutusjärjestönä. Se valvoo jäsentensä lääketieteellistä ja eettistä toimintaa ammatinharjoittamisessa. Lisäksi yhdistyksestä riippumaton pätevyyslautakunta valvoo ja kehittää naprapaattien jatkokoulutusta ja ammattipätevyyttä. (Suomen naprapaattiyhdistys ry 2012b.) Suomen naprapaattiyhdistyksen slogan on: ”Kivuttoman liikkumisen puolesta”. Naprapaattiyhdistys tiedottaa toiminnastaan ja tuki- ja liikuntaelinten hoitoon liittyvistä julkaisuista omien sähköisten medioiden välityksellä (Tabell 2018):

- WWW-sivut: www.naprapaattiyhdistys.fi
- Facebook, yleisösivut: www.facebook.com/naprapaattiyhdistys
 - Facebookissa on myös naprapaattiyhdistyksen jäsenille oma suljettu foorumi.
- LinkedIn: www.linkedin.com/in/finnishnaprapathicassociation
- Twitter @Naprapaattiry: twitter.com/naprapaattiry
- Instagram: www.instagram.com/naprapaattiyhdistys.

Suomen Naprapaattiyhdistys ei maksa korvausta opinnäytetyön tekemisestä tai viestintämateriaalin suunnittelusta. Kustannuksia syntyy varsinaisen esitysmateriaalin valmistus ja lanseerausvaiheessa, kun niihin käytetään mahdollisesti maksullisia palveluja. (Tabell 2018.)

Naprapatiasta tiedottaminen perustuu Suomen Naprapaattiyhdistyksen misiiniin ja toimintasuunnitelmaan (liite 3), joissa tavoitteena on saavuttaa naprapaateille tasa-arvoinen asiantuntija-asema terveydenhuollon toimintaympäristössä, lisätä ymmärrystä ja yhteistyötä eri viranomaisten, terveydenhuollon organisaatioiden ja muiden julkishallinnollisten organisaatioiden kesken

sekä levittää tietoa naprapatiasta viestinnän keinoin (Tabell 2017). Tiedottamistarpeen taustalla ovat myös Käypä hoito -suositukset. Hoidon osana suoritettavan kuntoutuksen merkitys on kasvanut Käypä hoito -suosituksissa. Käypä kuntoutus -hankkeessa julkaistut kuntoutusaiheiset näytönastekatsaukset ovat yksi tärkeä osa lääkäreiden päätöksenteossa ohjata potilas manuaaliseen terapiaan. (Ks. Komulainen ym. 2014.)

6.2 Toimenpide-ehdotukset toimeksiantajalle

Sosiaalisen median kautta (liite 5) naprapaattiyhdistys voi olla henkilökohtaisessa kontaktissa kohderyhmäänsä Facebookin välityksellä sekä tuottaa yhteisöllistä viestintää YouTube-videopalvelun välityksellä (Ks. Tuten & Solomon 2015, 8–12). Lääkäreille ja lääkäriopiskelijoille suunnattua sidosryhmäviestiä naprapatiasta levitetään terveydenhuollon ammattilaisten käyttämien sosiaalisten medioiden kautta, joista Facebook on ensisijaisesti tärkein kanava (Ks. Mediradix 2016). Tarkasti kohdistettu maksullinen Facebook-markkinointi on ensisijainen keino viestin levitykselle (Ks. Facebook Business 2018b; Facebook Business 2018c). Esitys talletetaan YouTube-videopalveluun, josta viestintämateriaalit ovat helposti linkitettävissä muihin valittuihin sähköisiin kanaviin. Tästä syystä naprapaattiyhdistykselle pitää luoda oma YouTube-kanava ennen videon lanseerausta, koska sellaista ei ole vielä olemassa. (Ks. Veikkolainen 2017.) Koekampanjan voi tehdä ensin pienellä esimerkiksi 20 euron sijoituksella. Koekampanjan jälkeen viestiä voidaan vielä tarkentaa, ja varsinaisen kampanjan voi lanseerata samanaikaisesti useammassa some-kanavassa maksullisten kohdennusten kautta (Ks. Facebook Business 2018a).

Naprapatiasta tiedottamisen tarkoituksena on tämän manuaalisen terapiamuodon tunnetuksi tekeminen ja mielikuvien muokkaaminen todenmukaiseen suuntaan. Tunnettavuuden lisääntymisen myötä myös naprapatian yhteistyön kehittyminen kaikkien terveysalalla toimivien ammattilaisten ja instituutioiden välillä on toivottavaa. Sisältöä kohderyhmälähtöisesti muokkaamalla naprapaattiyhdistys voi myöhemmin teettää samalla konseptilla esimerkiksi kuluttajille suunnatut esitykset. Verkkolevityksen lisäksi videoita voidaan esittää asiakkaille esimerkiksi naprapaattien työpaikkojen odotustilojen infonäytöissä. Toimipiste-esitys voidaan personoida toimipisteessä työskentelevien naprapaattien yhteystiedoilla. Lisäksi esityksiä voidaan käyttää hyväksi naprapatian

informaatiomateriaalina messuilla, tapahtumissa ja luennoilla. Nämä esitykset olisivat naprapaattiyhdistyksen jäsenten tilattavissa ilmaiseksi naprapaattiyhdistyksen intrasivujen kautta. Esityksen lopussa katsoja ohjataan Naprapaattiyhdistyksen www-sivuille, joilta on mahdollista saada helposti lisätietoa naprapaattien ammattitaidoista sekä Suomessa työskentelevistä naprapaateista. Tiedottamisen tehoa arvioidaan muun muassa seuraamalla www.naprapaattiyhdistys.fi-sivuston kävijämääriä tai tiettyjen #hashtag-viittausten esiintyvyyttä sosiaalisessa mediassa. Lisäksi voidaan seurata lääkäreille suunnattujen tutkimustulosten kehitystä, missä naprapatia esiintyy yhtenä tutkimuskohteista (Ks. Ilmarinen ym. 2013).

7 SYSTEMOITU KIRJALLISUUSKATSAUS

Tärkein vaihe ennen kirjallisuuskatsauksen aloittamista on määritellä sille tarkoitus ja tutkimusongelma (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on selvittää monipuolisesti, millaista tutkimustietoa on julkaistu naprapatiasta, ja millaisissa tutkimuksissa naprapatia on mukana käsitellessä eri terapiamuotoja. Saatujen tietojen perusteella oli tarkoituksena tuottaa evidenssiperusteista tiedotusmateriaalia naprapatiasta ja sen hoitomuodoista.

Systemaattiset katsaukset ovat usein luokiteltu sen mukaan kuinka tarkka tutkimustulos on tarkoitus saavuttaa. Systemoitu kirjallisuuskatsaus on usein yhden henkilön tekemä, jossa aineiston analyysi on tehty tarkan tietokantahaun jälkeen. (Ks. Suhonen ym. 2016, 13–14; Lehtiö & Johansson 2016, 35.) Kirjallisuuskatsausten tarkoituksena on tuottaa valitusta aiheesta kokoelmateos aiemmin julkaistuista tutkimustiedoista, jolloin ensisijaisena aineistona käytetään yleensä alkuperäistutkimuksia. Kun katsauksessa tavoitellaan systemaattisuutta, pitää sen vaiheet kuvata yksityisellisesti, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida vaiheittain katsauksen toteutusta ja luotettavuutta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23, 25.) Nykyaikaiset elektroniset tietokantahaut mahdollistavat pääsyn ajankohtaisimpiin ja parhaisiin tietoihin, jolloin siitä saatua tietoa on hyvä käyttää näyttöön perustuvan toiminnan perusteena (Elomaa & Mikkola 2008, 23).

7.1 Tutkimuskysymykset

Hyvä tutkimusongelma tai -kysymys on tarpeeksi yksityiskohtainen olematta kuitenkaan liian suppea, jotta siihen voidaan saada riittävän kattava vastaus kirjallisuuskatsauksen avulla (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24). Selkeiden ja yksiselitteisten tutkimuskysymysten avulla on tarkoitus löytää monipuolista teoriatietaa tutkittavasta aiheesta, jolloin niistä saatujen vastausten avulla voidaan tuottaa uutta tai täydentävää tutkimustietoa (Metsämuuronen 2000, 13).

Tässä systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä tieteellinen tutkimus kertoo naprapatiasta?
2. Millainen vaikutus naprapatialla on tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa?

7.2 Aineiston haku

Tärkein vaihe tiedonhakuprosessia on hakusanojen valinta, jolloin valituille sanoille on hyvä miettiä myös rinnakkaistermejä ja synonyymeja (Elomaa & Mikola 2008, 35). Koko tietokantahakustrategia perustuu soveltuvien hakusanojen sekä mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostamiselle. Tutkimusartikkelin maksuton saatavuus ei saa olla valintakriteerinä, koska silloin katsauksen luotettavuus kärsii. Luotettavuutta vähentää myös aineiston rajaaminen pelkästään yhden kielisiin tutkimuksiin, vaikka käytännössä se on harvoin mahdollista toteuttaa. Sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaisesti aineistosta karsitaan pois tietokantahaussa saadut käyttökeltomat tutkimukset. Lopullisen katsausaineiston valinnassa käydään haussa saadut tutkimukset läpi ensin otsikko- ja abstraktitasolla sekä sen jälkeen vielä kokotekstin perusteella. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–27.)

Tutkimustietoa naprapaattisen hoidon vaikuttavuudesta selvitettiin tietokantahaulla englanninkielisiä tutkimuksista. Valitut tietokannat olivat: Cinahl, Cochrane Library (Terveysportti), PEDro - Physiotherapy Evidence Database, PubMed ja Science Direct. Näihin tietokantoihin tehtiin koehaut lokakuussa 2017, jolloin haku oli rajattu vuosiin 2007–2017 ja hakutermeinä käytettiin englanninkielisiä sanoja tai sanayhdistelmiä. Käytetyt hakusanat olivat: *naprap-*

athy, manual therapy, effect, human, naprapathic, cost, human musculoskeletal system ja locomotor system. Koehakusanojen yhdistelmät ja niiden perusteella saadut tutkimusten määrät on esitelty liitteessä 7.

Tämän opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksesta haluttiin selvittää pelkästään naprapatiasta saatuja tutkimustietoja, joten varsinaisen tietokantahaun hakusanoiksi valikoitui **naprapathy tai naprapathic**. Tiukasti rajattujen hakusanojen vuoksi varsinaisen haun aikaväliä pidennettiin, jolla pyrittiin saamaan suurempi tutkimusotanta aiheesta. Varsinaiset tietokantahaut rajattiin vuosina 2000–2018 tehtyihin englanninkielisiin tutkimuksiin, joiden otsikossa tai abstraktissa mainittiin valitut hakusanat. Varsinainen tietokantahaku suoritettiin 5.3.2018.

Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen sisäänottokriteerinä olivat:

- Tutkimus sisältää tietoa naprapatiasta.
- Tutkimuksessa käsitellään ihmisten hoitoja.
- Tutkimuksen abstrakti on englanninkielinen.
- Tutkimus on julkaistu vuosina 2000–2018.

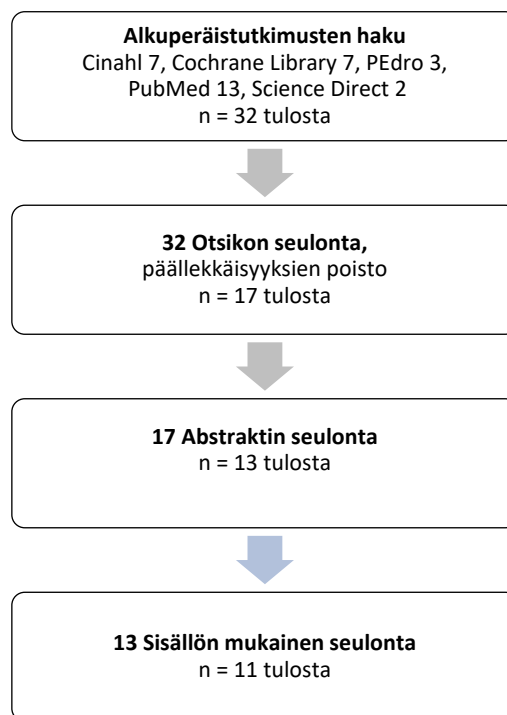
Tämän systemoidun kirjallisuuskatsauksen poissulkukriteerinä olivat:

- Tutkimukset, jotka käsittelevät eläimiin kohdistettavia hoitoja.
- Tutkimukset, jotka käsittelevät sisäelintauteja eli viskeraalisia sairauksia.
- Tutkimukset, jotka käsittelevät käyttäytymistä kuten hoidon vaikuttavuutta nukkumiseen.
- Tutkimukset, jotka ovat muun kuin englanninkielisiä.

Taulukko 2. Hauissa löydetyt tutkimukset tietokannoittain. Yhteensä tutkimuksia oli 32 kappaletta.

Tietokanta	Hakutermit	Löydetyt tutkimukset, yhteensä 32 kpl.
Cinahl	naprapathy OR naprapathic	7
Cochrane Library	naprapathy OR naprapathic	7
PEdro, Physiotherapy Evidence Database	naprapathy OR naprapathic	3
PubMed	naprapathy OR naprapathic	13
Science Direct	naprapathy OR naprapathic	2

Määritetyillä hakutermeillä löytyi tutkimuksia yhteensä 32 (taulukko 2). Kun otsikon perusteella eroteltiin samojen tutkimusten päällekkäisyydet, jäi jäljelle 17 tutkimusta. Abstraktin perusteella hylättiin neljä tutkimusta, koska niissä oli käsitelty hoidon dokumentointia tai käyttäytymistä (*kahdessa artikkelissa*), ja koska yksi oli henkilökuvaus. Lopuista 13 tutkimuksesta hylättiin vielä kaksi sisällön perusteella. Toinen hylätyistä artikkeleista oli kirjoitettu kiinaksi, vaikka abstrakti oli englanniksi, ja toinen hylätyistä oli tutkimusesittely eikä varsinainen tutkimus. Lopulliseen systemoituun kirjallisuuskatsaukseen valikoitu tämän prosessin jälkeen 11 tutkimusta. (Kuva 2.)



Kuva 2: Varsinaisen tietokantahaun poissulkuprosessin tulokset. Lyhenteiden selitykset ovat liitteessä 2.

7.3 Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tutkimustulokset

Tähän opinnäytetyöhön valittiin 11 alkuperäistutkimusta, joissa oli maininta naprapatiasta. Aineiston esittelyssä on tarkoitus vastata kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin. Aineiston käsittelymenetelmäksi valittiin laadullisesta menetelmästä aineiston yhdistely, koska tutkimusaineistoa oli suhteellisen vähän, ne oli julkaistu pitkällä aikavälillä ja ne olivat heterogeenisiä toistensa suhteen. (Ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 84–85.)

Hoitomenetelmät naprapatiassa

Tutkimusten yhteydessä suoritettu naprapaattien suorittama manuaalinen terapia sisälsi yhdistelmän useista eri hoitotekniikoista. Selkäkipuja hoidettaessa käytettiin selkärangan manipulointia, mobilisointia sekä pehmytkudoksiin kohdittuvia venytyshoitoja ja hierontaa. (Skillgate ym. 2010; Paanalahti ym. 2016; Paanalahti ym. 2014.) Päätös erilaisten hoitoyhdistelmien käytöstä perustui potilastyötä tekevän terapeutin ammattitaitoon tutkia ja arvioida potilasta yksilöllisesti. Hoitomenetelmiksi valittiin potilas- ja vaivakohtaisesti sopivimmat ja tehokkaimmat hoitoyhdistelmät. (Paanalahti ym. 2016.)

Naprapaattisen hoidon vaikutuksia

Satunnaistetun vertailututkimuksen ($n = 409$) tuloksena saatiin, että epäspesifien niska- ja/tai selkäkipupotilaiden hoidossa naprapaattinen manuaalinen hoito edistää kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista huomattavasti enemmän ($p \leq 0.005$) kuin lääkärin antama näyttöön perustuva hoito. Tulokset olivat samanlaiset sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä tarkasteltuina. Myös hoidonvaikuttavuusmittarilla arvioituna naprapaattiryhmässä koettu kipu ja sosiaalinen toimintakyky parantuivat huomattavasti enemmän kontrolliryhmään verrattuna. Saadut tulokset ovat merkittäviä, koska selkä- ja niskakivut ovat hyvin yleinen syy hakeutua sairaanhoidon palveluiden pariin. Manuaalisen terapian eri tekniikoita yhdistelevää hoitoa, kuten naprapaattista hoitoa, tulisi harkita vaihtoehdoksi näille potilaille perusterveydenhuollossa. (Skillgate ym. 2010.)

Epäspesifeistä niska- tai selkävaikeuksista kärsivien naisten ja miesten hoitotuloksia verrattiin, kun heidät oli satunnaistettu kolmeen eri hoitoryhmään. Ryhmät saivat naprapaattiopiskelijoiden suorittamana tietyn hoitoyhdistelmän, joista saatuja hoitotuloksia tutkittiin. (Paanalahti ym. 2016; Paanalahti ym. 2014.) Tutkimustuloksista ($n = 1057$) havaittiin, että lyhyellä sekä pitkällä aikavälillä naprapaattisen hoidon vaikutukset kiputunteeseen, toiminnanvajaukseen ja havaittavaan toipumiseen olivat samanlaisia riippumatta siitä, oliko selkärangan manipulaatio- tai venyttelyhoito suljettu pois hoitovaihtoehdosta. (Paanalahti ym. 2016.) Manipulaatio- tai venytyshoitotekniikoiden poisjättäminen manuaalisista hoitomenetelmistä, ei vaikuta sivuvaikutusten esiintymismäärään. Yleisin sivuvaikutus on lihasten arkuus. Naiset raportoivat enemmän sivuvaikutuksia kuin miehet. (Paanalahti ym. 2014.)

Satunnaistetun vertailututkimuksen mukaan naprapaattinen hoito edistää selkä- ja niskakipupotilaiden kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän kuin lääkärin tarjoama näyttöön perustuva hoito tai tavanomainen ortopedinen hoito (Ks. Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007). Ternström ym. (2000) tutkimuksen mukaan koulutettujen naprapaattien suorittama 30 minuutin niska-hartiaseudun ja apuhengityslihaksiin kohdistunut hieronta vaikutti testihenkilöiden puheääneen niin, että äänenvoimakkuus aleni ja sävelkorkeus laski. Erot olivat pienet, mutta tilastollisesti merkittävät.

Kustannustehokkuus

Ruotsalaisessa tutkimuksessa ($n = 78$) osoitettiin yksiselitteisesti, että tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa naprapaattien hoidolla saavutettiin parempia hoitotuloksia ja parempaa elämänlaatua huomattavasti vähemmällä kustannuksella verrattuna tavanomaiseen ortopediseen hoitoon. Naprapaattien hoidosta hyötyvät kiireettömät ortopedisen poliklinikan avohoitopotilaat, jotka eivät tarvitse leikkaushoitoa. Potilaskohtainen keskikustannus oli naprapaattiryhmässä 5427 SEK⁽¹⁾ kun taas kontrolliryhmän vastaava summa oli 14 298 SEK⁽¹⁾. Ortopedian ryhmässä leikkaushoidon jälkeen eniten kustannuksia aiheuttavaksi hoitomuodoksi osoittautui fysioterapia. ⁽¹⁾ *Ruotsin kruunun hintataso vuonna 2009; 1 € = 106,213 SEK.* (Lilje ym. 2013.)

Hemmilän (2002) tutkimuksessa verrattiin fysioterapian, manuaalisten hoitotekniikoiden kuten naprapatian ja kevyen harjoitteluterapian vaikutuksia perusterveydenhuollon kustannuksiin ja henkilön elämänlaatuun selkäkipupotilailla ($n = 114$). Keskimääräiset kokonaiskustannukset nousivat hieman satunnaistettujen terapiakäyntien jälkeen. Kolmasosa kustannuksista käytettiin täydentäviin hoitoihin ja yksi kolmasosa kuntoutukseen. Kokonaiskustannuksista 55 prosenttia aiheutui sairauspoissaoloista.

Moniammatillinen terveydenhoitotyö

Moniammatilliselle yhteistyölle lääkäreiden ja integroitavien hoitojen antavien ammattilaisten kuten naprapaattien välillä on Ruotsissa luotu integroidun terveydenhoidon toimintamalli (Sundberg ym. 2007). Perusterveydenhuollossa olevien selkä- ja niskakipuisten paraneminen tehostuu naprapaattien antamalla hoidolla (Skillgate ym. 2007). Liljen ym. (2010) tutkimuksessa seurattiin

ortopedisen poliklinikan odotuslistalta poistuneiden potilaiden määrää sekä hoitopäätösten yhdenmukaisuutta naprapaattien ja ortopedien välillä. Ortopedit ja naprapaatit olivat 80 prosenttisesti samaa mieltä potilaisiin kohdistettavista hoitopäätöksistä. Naprapaattien hoidon avulla voidaan lyhentää ortopedisen poliklinikan potilasjonoja niiden potilaiden osalta, jotka eivät tarvitse leikkaushoitoa. Tutkimukseen osallistuneista naprapaattisen hoidon potilasryhmästä 62 prosenttia halusi poistua poliklinikan jonotuslistalta.

Lääkäreiden vastuulla on potilashoidon kokonaishallinta, joten siitä syystä heidän on hyvä tuntea myös integroitavien hoitojen käytännöt ja palvelujen sisällöt. Kun integroitavaa hoitoa pidetään tarkoituksenmukaisena, on se jo valmiiksi liitetty osaksi hoitosuunnitelmaa. Integroidun lääketieteen aktiivinen yhteistyömalli on tarkoitettu potilaslähtöiseen hoitotyöhön, jolloin potilas ja ensikontaktissa oleva yleislääkäri sopivat yhdessä kokonaishoitosuunnitelmasta. Mallin mukaisesti selkäkipuiselle potilaalle tarjotaan lääkärin neuvontaan ja kivun hallintaan keskittyvää hoitoa, tai vaihtoehtoisesti potilas voidaan ohjata hoitoon manuaaliselle terapeutille kuten naprapaatille. (Sundberg ym. 2007.)

Naprapatia oli mukana myös tutkimuksissa, joissa käsiteltiin erilaisia täydentäviä ja vaihtoehtoisia lääketieteellisiä hoitoja eli CAM-hoitoja (Ks. Kristoffersen ym. 2013; Al-Windi 2004; Hemmilä 2002). Hierontapalvelut olivat eniten perinteisten terveyspalveluiden rinnalla käytetty hoito. Seuraavaksi eniten oli kävijöitä akupunktiossa, naprapaatilla ja kiropraktikolla. Kroonisesti sairaat potilaat ja liikunnallisesti aktiiviset henkilöt erottuivat selkeästi omina ryhminään manuaalisten hoitopalveluiden kuluttajina. CAM-palveluiden käyttäjistä monet olivat olleet yhteydessä useampaan palvelujen tarjoajaan, ja he käyttivät runsaasti myös muita terveydenhuoltopalveluja. (Al-Windi 2004.) Potilaiden itseraportoidun tutkimuksen mukaan, CAM-hoitojen teho pääkipujen hoidossa on vaatimatonta. Tässä tutkimuksessa naprapatian osuus oli niin vähäinen, joten sen osalta tutkimustulosten luotettavuus on heikko. (Kristoffersen ym. 2013.) Hemmilän (2002) tutkimuksen mukaan potilaalla, jolla on pitkittynyttä selkäkipua, parempaa elämänlaatua näytti tuottavan manuaalinen terapia ja fysioterapia.

Liitteessä 8 on esitetty tutkimustaulukko systemoidussa kirjallisuuskatsauksessa mukana olevista tutkimuksista. Lyhenteiden selitykset ovat liitteessä 2.

8 VALMIS VIESTINTÄMATERIAALI

Tiedotusmateriaalin toteutustavaksi valittiin animoitu informaatiovideo, koska videoiden avulla saavutetaan enemmän huomiota kuin pelkillä teksteillä. Hyvälaatuisten videoiden käyttö viestinnässä on muutenkin nouseva trendi tiedottamisen alalla. (Ks. Hall 2017; Juslén 2016; Kurio 2017; Pelkonen 2017; Pauku 2018.) Visuaalisten viestien merkitys on korostunut sosiaalisessa mediassa (Myynnin ja markkinoinnin ammattilaiset 2015). Sosiaalisen median avulla saadaan visuaaliset viestit levitettyä helposti halutulle kohderyhmälle, sekä sen kautta voidaan saada tietoa kohderyhmän palautteesta ja tarvittaessa itse reagoida nopeasti mahdollisin muutoksien esitysmateriaaliin tai kohderyhmään (Ks. Pauku 2018; Korteso 2014, 18–28, 82–83; Myynnin ja markkinoinnin ammattilaiset 2015; Tuten & Solomon 2015, 166–167).

Lopullinen animaatio toteutetaan maksullisella Animaker-ohjelmistolla, mutta demovaiheessa käytetään sen ilmaista versiota. Ennen ohjelmiston valintaa testattiin myös muita ohjelmistoja kuten Videoscribe-, Animatron-, Polotoon-, Doodly- ja Moovly-animaattoriverkkopalveluja. Lisäksi kysyttiin tarjous animaation toteuttamisesta suomalaiselta Selitysvideot.fi-yritykseltä. Esityksen sisältökäsikirjoitusta suunniteltiin Mindmeister-ohjelmassa, jonne olivat muokkaamisoikeudet Anu Peltosella ja Vesa Tabellilla. Esityksen demovaiheessa se ladattiin YouTube-videopalveluun piilotettuna eli sen pystyivät katsoa ne, joilla oli linkki sinne. Kommenttien perusteella animaatiota vielä muokattiin käyttäjäystävällisemmäksi. Videon kesto-aika on kaksi minuuttia, koska se on animaattorityökalun ilmaisversion mahdollinen maksimiaika.

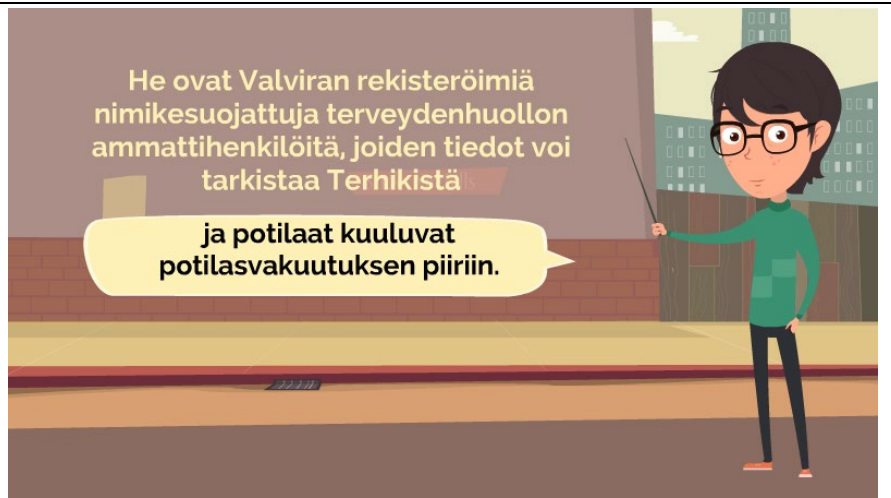
Taulukko 3. Naprapaattien ammattia esittelevän animaatioesityksen diat, kestoajat demovaiheessa sekä diakohtaisen tiedon esiintymispaikka opinnäytetyössä. Esityksen kesto on yhteensä 120 sekuntia.

1 VÄLILEHTI
Kesto 8 s.



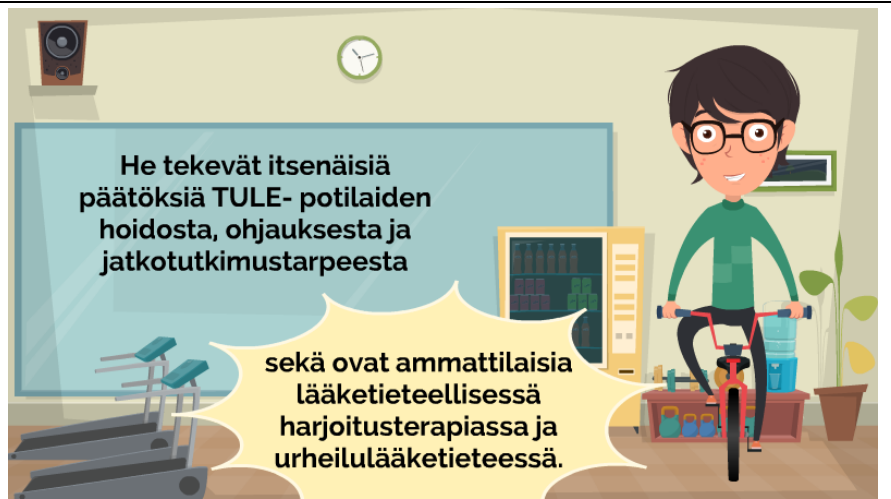
2 VÄLILEHTI
Kesto 10 s.




Tiedot löytyvät luvuista 2.1. ja 2.4.



3 VÄLILEHTI
Kesto 10 s.

Tiedot löytyvät luvuista 2, 2.3. ja 2.4.



<p>4 VÄLILEHTI Kesto 6 s.</p> <p>Tiedot löytyvät luvuista 2.2. ja 2.3.</p>	 <p>Kliinisen tutkimisen jälkeen tämä manuaalinen terapeutti valitsee TULE-vaivaan sopivimman yhdistelmän useista eri hoitotekniikoista ja antaa yksilölliset kotihoito-ohjeet mukaan.</p>
<p>5 VÄLILEHTI Kesto 15 s.</p> <p>Tiedot löytyvät luvuista 2.2. ja 2.3.</p>	 <p>Kliinisen tutkimisen jälkeen tämä manuaalinen terapeutti valitsee TULE-vaivaan sopivimman yhdistelmän useista eri hoitotekniikoista ja antaa yksilölliset kotihoito-ohjeet mukaan.</p> <p>Pehmytkuduskäsittelyt</p> <p>Lapuissa vaihtui järjestyksessä:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pehmytkuduskäsittelyt 2. Nivel- ja hermobilisointi 3. Nivel- ja rankamanipulointi 4. Sähkö- ja termiset hoidot 5. Harjoitusterapia LHT 6. Neuvonta- ja tukipalvelut
<p>6 VÄLILEHTI Kesto 6 s.</p> <p>Tieto löytyy luvusta 2.5.</p>	 <p>He ovat lukumäärältään Pohjoismaiden suurin manipulaatiohoitoja antava ammattikunta.</p>

7 VÄLILEHTI
Kesto 12 s.

Tiedot löytyvät
luvusta 2.4.

Suomessa toimivat ammattilaiset ovat saaneet
koulutuksen XAMK Kotkassa tai Tukholmassa
Naprathögskolanissa.



AMK-koulutus kestää 4 vuotta, ja on
laajuudeltaan 240 opintopistettä,

kun taas fysioterapeutit opiskelevat
3,5 vuotta ja hierojat noin 1 vuoden ajan.

8 VÄLILEHTI
Kesto 6 s.

Onneksi olkoon!
Saitkin jo selville, että
NAPRAPAATEISTA
tässä oli kyse.



9 VÄLILEHTI
Kesto 12 s.

Tiedot löytyvät
luvuista 7 ja 9
sekä liitteestä
8.

**Naprapaattien hoidon
tehokkuudesta on tutkimustietoja:**

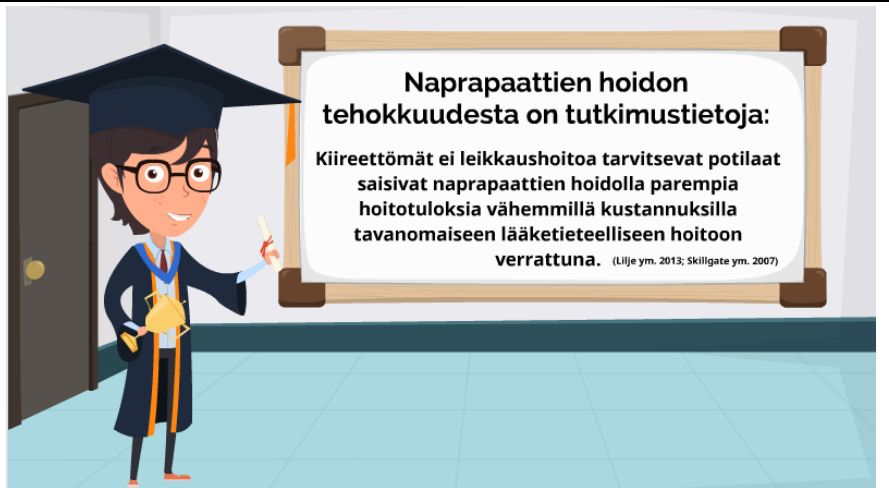
Naprapaattinen hoito edistää selkä- ja
niskakivun parantumista ja toimintakyvyn
parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän
kuin tavanomainen näyttöön perustuva hoito.

(Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007)



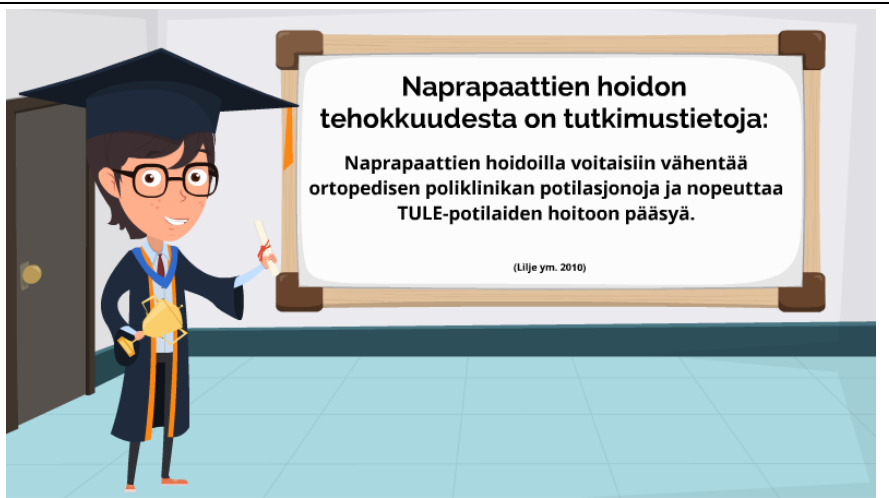
10 VÄLILEHTI
Kesto 9 s.

Tiedot löytyvät
lukuista 7 ja 9
sekä liitteestä
8.



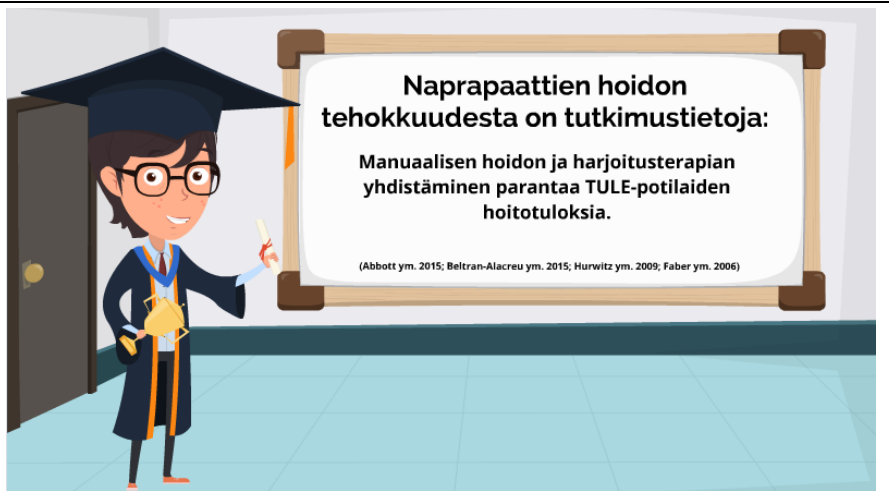
11 VÄLILEHTI
Kesto 6 s.

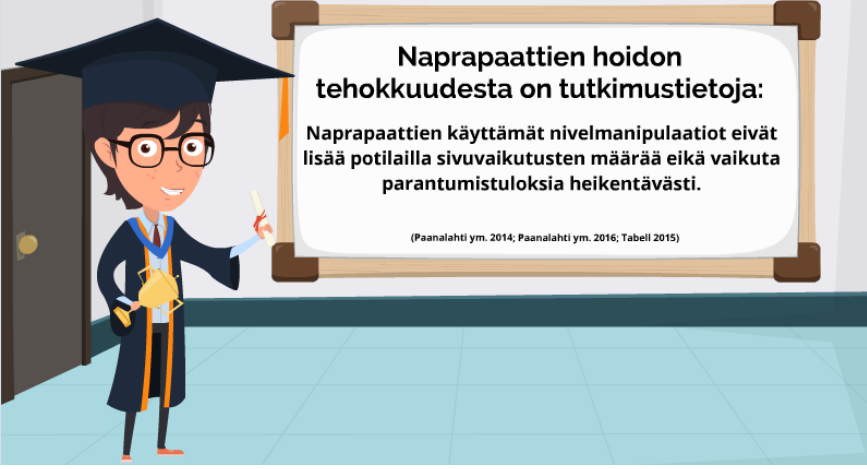

Tiedot löytyvät
lukuista 7 ja 9
sekä liitteestä
8.



12 VÄLILEHTI
Kesto 5 s.

Tiedot löytyvät
luvusta 2.3.



<p>13 VÄLILEHTI Kesto 6 s.</p> <p>Tiedot löytyvät luvuista 2.3. ja 7.3. sekä liitteestä 8.</p>	 <p>Naprapaattien hoidon tehokkuudesta on tutkimustietoja:</p> <p>Naprapaattien käyttämät nivelmanipulaatiot eivät lisää potilailla sivuvaikutusten määrää eikä vaikuta parantumistuloksia heikentävästi.</p> <p><small>(Paanalahti ym. 2014; Paanalahti ym. 2016; Tabell 2015)</small></p>
<p>14 VÄLILEHTI Kesto 9 s.</p> <p>Tiedot löytyvät luvusta 6.1.</p>	 <p>www.naprapaattiyhdistys.fi</p> <p>Lisätietoa</p> <p>Suomen Naprapaattiyhdistys</p> <p>Kivuttoman liikkumisen puolesta</p>

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa evidenssiperusteista sisältöä Suomen Naprapaattiyhdistyksen tiedotusmateriaaliin, jonka tarkoituksena on kertoa lääkäreille ja lääkäriopiskelijoille naprapatiasta tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksen ammattilaisena. Tämä tavoite saavutettiin erinomaisesti informaativideon muodossa, jossa kerrotaan opinnäytetyössä esille tulleita tietoja naprapatiasta. Suomen Naprapaattiyhdistys tekee myös yhteiskunnallista vaikuttamistyötä naprapaattien ammatillisen aseman ja arvostuksen kohentamisen puolesta. Tämän opinnäytetyön perusteella tulleet tulokset ja tiedot antavat erinomaisia työkaluja myös yhteiskunnallisen vaikuttamistyön käytännön toteutukseen.

Kehittämistyön prosessin aikainen yhteistyö Suomen Naprapaattiyhdistyksen kanssa toimi erittäin hyvin. Keskusteluyhteys ja työstä sopiminen sujuivat joustavasti. Toisaalta opinnäytetyön teon aikana tapahtuneet aiheen ja ohjaajan vaihtuminen aiheuttivat ristiriitaisia ohjeita sekä sitä kautta ylimääräistä työtä, jolloin myös opinnäytetyön valmistuminen viivästyi. Kehittämistyön viiteosuuden teoreettista osuutta tehdessä ongelmia aiheuttivat naprapatiasta ja naprapaattisista hoidoista kertovien dokumenttien vähäinen määrä, joten tietoa piti hakea monista eri tietolähteistä, jotka käsittelivät yleisesti manuaalista terapiaa. Naprapatietouden lisäksi haettiin yhteiskunnallista näkökulmaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamista kustannuksista sekä naprapaattien potentiaalisen asiakasryhmän yleisyydestä Suomessa.

Opinnäytetyön tekemisen myötä olen kiinnostunut tiedottamisesta ja vaikuttamisesta tavoitteena naprapaattien aseman kohentaminen suomalaisessa yhteiskunnassa, jolloin omat sekä muiden naprapaattien ammatinharjoittamismahdollisuudet parantuisivat. Jotta naprapaattien yhteiskunnallista asemaa voitaisiin kohentaa, jatkotutkimuksen avulla olisi hyvä selvittää entistä tarkemmin pohjoismaalaisten kollegoiden yhteiskunnallista asemaa omassa maassaan sekä verrata sitä suomalaiseen TULE-kuntoutuskenttään.

Opinnäytetyön luotettavuus, hyödynnettävyys ja vaikuttavuus

Tämän opinnäytetyön tiedot on kerätty kehittämistyön vaatimalla laajuudella ja luotettavuudella. Luotettavuudesta kertoo se, että siinä on käytetty monipuolisesti hyväksi jo olemassa olevaa tietoa. Vaikka nämä tiedot on kerätty systemaattisesti ja luotettavasti, saadut viitetiedot eivät aina välttämättä täysin täytä tieteellisiä kriteereitä. Kehittämistyössä teoreettinen tieto on yhdistelmä systemaattisesti kerättyä tieteellistä tutkimustietoa ja hyväksi havaittua kokemustietoa. (Ks. Heikkilä ym. 2008, 104.) Kehittämistyöstä saatu tieto on myös luotettavampaa kuin pelkkään kokemukseen perustuva tieto (Ks. Eriksson ym. 2012, 21). Vaikka valittujen kriteerien mukainen kirjallisuuskatsauksen aineisto (liite 8) oli hyvin heterogeenistä, saatiin siitä erinomaista tietosisältöä naprapatiasta kertovan kehittämistyön viestintätuotteeseen. Laadukkaimmassa päässä olivat naprapaattisiin hoitoihin perehtyneet, ison tutkimusryhmän tekemät, satunnaistetut vertailututkimukset, joissa tutkimusjoukot olivat useista saadoista henkilöistä jopa yli tuhanteen henkilöön. Toisaalta taas osassa tutki-

muksia naprapatia oli mainittu vain yhtenä monista täydentävän hoidon ammattiryhmistä, jolloin niistä tutkimuksista ei voinut luotettavasti vetää johtopäätöksiä suoraan naprapatiaan. Näiden syiden vuoksi oli perusteltua valita aineistonkäsittelymenetelmäksi aineiston yhdistely, vaikka menetelmää pidetäänkin pinnallisena ja referaattimaisena. (Ks. Kangasniemi & Pölkki 2016, 84–86.)

Some-viestinnässä, kuten kaikessa viestinnässä, kohderyhmän mukainen sisällön suunnittelu on tärkein asia, mihin pitää kiinnittää huomioita (Ks. Sparkman 2017; Cameron-Kitchen & Ivanescu 2015, 65–66). Monipuolisesta viite- ja tutkimusaineistosta voitiin hyödyntää lääkäreille kohdistetun animaatioesityksen materiaaleihin vain pieni osa, koska demovaiheen esityksen pituus jouduttiin rajamaan kahteen minuuttiin. Esitykseen laitettiin tutkimustiedon lisäksi lyhyesti tietoa myös naprapaattien asemasta Suomessa terveyden- ja kuntoutusalan ammattilaisena. Esitys on pidettävä jatkossakin mahdollisimman lyhytkestoisena, koska esitystä on tarkoitus levittää sosiaalisen median kautta. Tästä esityksestä pois jääneitä tietoja naprapatiasta voidaan hyvin laajasti hyödyntää myöhemmin naprapatiasta tiedottamisessa ja tunnetuksi tekemisessä. Samalla esityskonseptilla, mutta tietoja kohderyhmän mukaisesti muokaten, voidaan tehdä omat tarkasti kohdennetut animaatiot esimerkiksi yhteiskunnan päättäjille ja terveystalveluiden kuluttajille. Naprapatian ammattilaisille voidaan tehdä oma esitysmateriaali esitettäväksi vastaanottotilan monitorilla, tapahtumissa, luennoilla tai messuilla. Saatuja tietoja voidaan hyödyntää myös esimerkiksi lehdistötiedotteiden sisällöissä tai yhteiskunnallisen vaikuttamisen saralla.

Valmiin esitysmateriaalin vaikuttavuutta ei voi vielä mitata, koska itse esitystä ei olla vielä lanseerattu. Tarkoituksena on kuitenkin naprapatian tunnettavuuden lisääminen lääkäreiden ja tulevien lääkäreiden keskuudessa, koska heillä on huonot tiedot naprapatiasta ja sen hoitojen vaikuttavuudesta, mutta he toivovat saavansa tietoa käytettävissä olevista hoitomuodoista (Ks. Kamaja 2014). Kun esitys on julkaistu, voidaan jälkikäteen mitata muutoksia Naprapaattiyhdistyksen verkkosivujen liikenteessä, seurata reaktioita sosiaalisen median kanavissa sekä lääkäreille suunnattujen mielipidetutkimusten kehitystä (Ks. Berkowitz 2009, Tuten & Solomon 2015, 299 mukaan; Brown 2010, Tuten & Solomon 2015, 301 mukaan).

Tutkimustulosten pohdinta

Tuki- ja liikuntaelinpotilaiden perusterveydenhuollossa ja ortopedisillä poliklinikoilla saavutetaan **parempia hoitotuloksia vähemmillä kustannuksilla**, jos kiireettömät ei leikkaushoitoa tarvitsevat potilaat voisivat saada naprapaattista hoitoa tavanomaiseen lääketieteelliseen hoitoon verrattuna (Ks. Lilje ym. 2013; Skillgate ym. 2007). Naprapaattisen hoidon vertailututkimusten tulokset osoittavat, että **naprapaattinen hoito edistää selkä- ja niskakipupotilaiden kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista** enemmän kuin lääkärin tarjoama näyttöön perustuva hoito tai tavanomainen ortopedinen hoito (Ks. Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007). Naprapaattien tarjoaman TULE-suoravastaanottotoiminnan avulla voitaisiin hyvin tehostaa TULE-potilaiden hoitoa ja vähentää lääkärin kuormitusta sekä vähentää kustannuksia, sillä vain pienellä osalla suoravastaanotolle ohjautuneista potilaista on todettu tarvetta lääkärin jatkohoidolle (Ks. Lautamäki ym. 2016). Naprapaattien hoidoilla voidaan myös **vähentää ortopedisen poliklinikan potilasjonoja ja nopeuttaa TULE-potilaiden hoitoon pääsyä** (Lilje ym. 2010). Nämä ovat tärkeitä huomioita yhteiskunnallisesti, koska Suomessa suurin osa terveydenhuollon suorista kustannuksista menee tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmälle (Ks. Parikka 2015).

Yhteiskunnallisia huomioita TULE-kuntoutusalalta

Yhteiskunnan terveystenon hillitsemiseksi olisi järkevää käyttää naprapaattien ammattitaitoa hyväksi. Näin voitaisiin edistää ajankohtaisen sote- ja maakuntauudistuksen tavoitteiden saavuttamista, jossa pyrkimyksenä on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua (Ks. Sote- ja maakuntauudistus 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b). Tehokkaammalla TULE-potilaiden hoidolla voitaisiin vaikuttaa merkittävästi yhteiskunnalle syntyvien epäsuorien kokonaiskustannusten vähentämiseen, joita muodostuu esimerkiksi työpoissaoloista tai osakyvyttömyyseläkkeen saajista, joista tuki- ja liikuntaelinsairauksien osuus on yli 50 prosenttia. TULE-sairaudet olivat vuonna 2016 yleisin syy siirtyä kokonaan työkyvyttömyyseläkkeelle. (Ks. Kipu 2017; Nyman & Kannisto 2017.) Suomessa pitäisikin siirtyä arvioimaan eri hoitomuotojen arkaivokuttavuutta potilaslähtöisillä mittareilla (*PROs*), jotta terveyshuollon rahoitus perustuisi saavutettuihin terveyshyötyihin eikä matemaattisesti tilastoitujen toimenpiteiden tai hoitopäivien lukumääriin (Ks. Roine 2016).

Manuaalisten terapeuttien ammatillinen asema yhteiskunnallisessa mielessä on epätasa-arvoinen verrattuna fysioterapeutteihin. Nykyisissä lääketieteellisissä artikkeleissa, käypä hoito -suosituksissa (Ks. Miranda ym. 2017; Sörensen 2017; Alaselkäkipu 2017) ja lainsäädännön valmistelussa (Ks. Räsänen ym. 2017) puhutaan liian kapeasti pelkästään yhdestä tuki- ja liikuntaelinkuntoutuksen ammattiryhmästä. Puhuminen pelkästään fysioterapiasta tai fysioterapeuttien suoravastaanotosta suosii yksipuolisesti yhden kuntoutusalan kilpailuasemaa sekä vääristää muiden kuntoutusalan ammattilaisten asemaa potilaiden ja muiden terveystalouden ammattilaisten silmissä. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä epätasa-arvoisuuden poistaminen (Ks. Larivaara 2016). Epätasa-arvoisuuden poistaminen pitäisi laajentaa koskemaan myös terveydenhuollon ja kuntoutusalan ammattilaisten asemaa. Ehdotukseni on, että aletaan puhumaan **TULE-kuntoutuksesta**, jolloin myös manuaalisen terapian ammattikorkeakoulutuksen saaneet terapeutit kuten naprapaattit tunnustetaan luotettaviksi tuki- ja liikuntaelinsairauksienhoidon ammattihenkilöiksi (Ks. Opetusministeriö 2006, 45–48).

Suomalaisessa kilpailulaissa (12.8.2011/948, 30 a §) mainitaan, että kunta, kuntayhtymä tai valtio ei saisi vääristää terveen ja toimivan kilpailun edellytyksiä markkinoilla eikä estää taloudellisen kilpailun syntymistä tai kehittymistä. Näin käytännössä nyt kuitenkin tapahtuu, kun TULE-kuntouttajista suositaan yksipuolisesti fysioterapeutteja valtiovoiman lakivalmistelun sekä korvauskäytäntöjen saralla (Ks. Kela 2014; Räsänen ym. 2017). Kelan korvaukset vääristävät TULE-kuntoutusalan ammattilaisten asemaa sote-palvelujärjestelmässä, koska siinä Kelan korvaavuuden ehtona veloitetaan fysioterapeutit (210 op) suorittamaan lääkärin läheteellä annettavan hoidon alku- ja loppututkimus, vaikka muuten hoito tehtäisiin esimerkiksi naprapaatin (240 op) vastaanotolla (Ks. Kela 2014; Opetusministeriö 2006, 28 & 45–48). Jotta kansalaisten valinnanvapaus toteutuisi oikeudenmukaisesti, pitäisi valtiovoiman olla Kelan korvausten myöntämisessä tasapuolinen eikä ohjata potilaita pelkästään fysioterapiaan maksettavien korvausten varjolla (Ks. Kela 2014; Kela 2017) siinäkin tapauksessa, kun potilaille ja yhteiskunnalle olisi kustannustehokkaampaa ja enemmän apua manuaalisesta terapiasta (Ks. Lilje ym. 2013; Lilje ym. 2010; Skillgate ym. 2007).

LÄHTEET

Abbott, J., Chapple, C., Fitzgerald, G., Fritz, J., Childs, J., Harcombe, H. & Stout, K. 2015. The Incremental Effects of Manual Therapy or Booster Sessions in Addition to Exercise Therapy for Knee Osteoarthritis: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 12, 975–983.

Aho, J. 2015. Nikamavaltimo ja niskan manipulaatio, osa 1 – Riskit ja ennaltaehkäisy. Mind the Movement. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.mindthemovement.net/2015/06/nikamavaltimo-ja-niskan-manipulaatio-osa-1-riskit-ja-ennaltaehkaisy/> [viitattu 24.8.2018].

Airaksinen, O., Rousi, T., Penttinen, E. & Lindgren, K. A. 1998. Niskan alueen manipulaatio – kriittinen katsaus vaikuttavuuteen ja komplikaatioihin. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 114, 34-41. Verkkolehti. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo80010> [viitattu 16.8.2018].

Airaksinen, O. 2005. Onko manipulaatiohoito vaikuttavaa? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 121, 1707–1708. Verkkolehti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 8.10.2017].

Airaksinen, O., Brox, J.I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., Mannion, A. F., Reis, S., Staal, J. B., Ursin, H. & Zanolli, G. 2006. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal* 15, 192–300.

Alaselkäkipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 5.5.2017. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi20001> [viitattu 6.10.2017].

Aluehallintovirasto. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.avi.fi/web/avi/laatu-ja-potilasturvallisuus1> [viitattu 4.6.2018].

Aluehallintovirasto. 2017. Itsenäiset ammattinharjoittajat (henkilöt ja toiminnalla toimivat). WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.avi.fi/web/avi/itsenaiset-ammattinharjoittajat> [viitattu 4.6.2018].

Aluehallintovirasto. 2018. Yksityiset terveystalot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.avi.fi/web/avi/yksityiset-terveystalot> [viitattu 4.6.2018].

Al-Windi, A. 2004. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. *Complementary Therapies in Medicine* 12, 99–111.

Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Helsinki: Gummerus.

Arvonlisäverolaki 30.12.1993/1501.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.

ATH-tutkimus. 2017. Krooniset sairaudet ja allergiat -taulukko: Niiden osuus, joilla on itse raportoituna selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus (%). Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH-tutkimuksen tulospöytäkirja 2017. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.08.2017. Saatavissa: http://www.terveytemme.fi/ath/tampere-raiso/html/ath_dg_disease_back_cr.html [viitattu 8.10.2017].

Beltran-Alacreu, H., López-de-Uralde-Villanueva, I., Fernández-Carnero, J. & La Touche, R. 2015. Manual Therapy, Therapeutic Patient Education, and Therapeutic Exercise, an Effective Multimodal Treatment of Nonspecific Chronic Neck Pain: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 10S, 887–897.

Bronfort, G., Evans, R., Nelson, B., Aker, P. D., Goldsmith, C. H. & Vernon, H. 2001. A randomized clinical trial of exercise and spinal manipulation for patients with chronic neck pain. Northwestern Health Sciences University. *Spine* 26: 788–799. Tutkimus.

Cameron-Kitchen, T. & Ivanescu, Y. 2015. Profitable social media marketing: how to grow your business using Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn and more. [Kustannuspaikka tuntematon]: CreateSpace.

DeStefano, L. A. 2017. Greenman's principles of manual medicine. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Duodecim. 2016. Käyvän hoidon ohjeet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kho00022> [viitattu 11.10.2017].

Dvořák, J., Dvořák, V., Gillar, W., Schneider, W. Spring, H. & Tritschler, T. 2008. Musculoskeletal manual medicine: Diagnosis and treatment. Stuttgart; New York: Thieme.

Ekström, C. & Hilborn, A. 2009. Undersökningsmetodik och behandlingstekniker. Teoksessa Skillgate, E., Arvidsson, J., Ekström, C., Hilborn, A. & Mattsson-Coll, A. *Naprapatins grunder*. Lund: Studentlitteratur, 45–66.

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä. 4. painos. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. & Pietilä, A. M. 2012. *Hoitotiede*. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Faber, E., Kuiper, J.I., Burdorf, A., Miedema, H.S. & Verhaar, J.A. 2006. Treatment of impingement syndrome: a systematic review of the effects on functional limitations and return to work. Netherlands Expert Centre for Work Related Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 16, 7–25.

Facebook Business. 2018a. Sijoittelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://fi-fi.facebook.com/business/help/202838606926630> [viitattu 27.2.2018].

Facebook Business. 2018b. Tietoja mainoksen kohdentamisesta. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://fi-fi.facebook.com/business/help/717368264947302?helpref=page_content [viitattu 27.2.2018].

Facebook Business. 2018c. Tietoja samankaltaisuuteen perustuvista kohde-ryhmistä. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://fi-fi.facebook.com/business/help/164749007013531?helpref=faq_content [viitattu 27.2.2018].

Forsgård, C. & Frey, J. 2010. *Suhde*. Helsinki: Infor.

Franke, H., Fryer, G., Ostelo, R. & Kamper, S. 2015. Muscle energy technique for non-specific low-back pain. *Editorial Group: Cochrane Back and Neck Group*.

Fuglerud, M. 2018. Puheenjohtaja. Sähköpostiviesti 2.5.2018. Norges Naprapatforbund.

Gynn, A. 2017. Nonprofit Marketing in 2017: Challenges, Strategies, and Examples. *Content Marketing Institute*. WWW-dokumentti. Julkaistu 11.6.2017. Saatavissa: <http://contentmarketinginstitute.com/2017/06/nonprofit-marketing-2017/> [viitattu 22.11.2017].

Hall, J. 2017. 6 Social Media Trends to Prepare for in 2018. *Influence & Co*. WWW-dokumentti. Päivitetty 27.8.2017. Saatavissa: <https://www.inc.com/john-hall/6-social-media-trends-to-prepare-for-in-2018.html> [viitattu 5.10.2017].

van Hecke, O., Austin, S., Khan, R., Smith, B. & Torrance, N. 2013. Neuro-pathic pain in the general population: a systematic review of epidemiological studies. International Association for the Study of Pain. Tutkimus.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Heistaro, S., Arokoski, J., Kröger, H., Leino-Arjas, P., Riihimäki, H., Nykyri, E. & Heliövaara, M. 2007. Back pain and chronic low-back syndrome. Teoksessa Kaila-Kangas, L. (toim.) Musculoskeletal disorders in Finland, Results of the Health 2000 Survey. *Publications of the National Public Health Institute*. PDF-julkaisu. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78197/2007b25.pdf> [viitattu 5.10.2017].

Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. & Solovieva, S. 2018. Tuki- ja liikuntaelin-sairaudet. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 - tutkimus*. THL raportti 4/2018, 79–80. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136223/THL_RAP_2018_04_Finterveys_verkko.pdf?sequence=6&isAllowed=y [viitattu 1.10.2018]. 79–83.

Hemmilä, H. M. 2002. Quality of Life and Cost of Care of Back Pain Patients in Finnish General Practice. *Spine* 27, 647–653.

Holdsworth, L., Webster, V. & McFadyen, A. 2007. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93, 3–11. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031940606000812> [viitattu 15.10.2017].

Hurwitz, E. L., Carragee, E. J., van der Velde, G., Carroll, L. J., Nordin, M., Guzman, J., Peloso, P. M., Holm, L. W., Côté, P., Hogg-Johnson, S., Cassidy, J. D. & Haldeman, S. 2009. Treatment of neck pain: noninvasive interventions: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine* 33, 123–152.

Ilmarinen, A., Myllykangas, M., Tuomanen, T., Vertio, H. & Vuorenkoski, L. 2013. Lääkärien suhtautuminen vaihtoehtohoitoihin vuonna 2012. *Suomen Lääkärilehti* 68, 1014–1018.

Isohookana, H. 2007. Yrityksen markkinointiviestintä. Juva: WSOY.

Jousimaa, J. 2013. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Käypä hoito -suositus näytönastekatsaus*. Päivitetty 16.10.2013. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=evd07198&suositusid=hoi20001> [viitattu 28.8.2018].

Juslén, J. 2016. Markkinointi sosiaalisessa mediassa – mihin panostaa vuonna 2017? Digiopisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://digiopisto.com/2016/11/markkinointi-sosiaalisessa-mediassa-mihin-panostaa-vuonna-2017> [viitattu 5.10.2017].

Jyväskylän yliopisto. 2017. Terveystieteiden maisteriopinnot soveltuvan korkeakoulu- tai opistoasteen tutkinnon suorittaneille. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.avoin.jyu.fi/tutkinto/opintopolkuja-maisterikoulutuksiin/terveystieteiden-maisteri> [viitattu 2.11.2017].

Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy. 2016. Naprapaatti (AMK). WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.xamk.fi/koulutukset/naprapaatti-amk> [viitattu 6.11.2016].

Kaakkois-Suomen Ammattikorkeakoulu Oy. 2017. Terveystieteiden edistäminen, ylempi AMK. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.xamk.fi/koulutukset/sosiaali-ja-terveysalan-ylempi-amk-terveyden-edistaminen/> [viitattu 28.9.2017].

Kaila-Kangas, L. 2007. Abstract. Teoksessa Kaila-Kangas, L. (toim.) Musculoskeletal disorders in Finland, Results of the Health 2000 Survey. *Publications of the National Public Health Institute* 25. PDF-julkaisu. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78197/2007b25.pdf> [viitattu 13.10.2017].

Kaltenborn, F. M., Evjenth, O., Kaltenborn, T. B., Morgan, D. & Vallowitz, E. 2011. Manual Mobilization of the Joints, Volume 1, The Extremities. 7. painos. Oslo: Norli.

Kamaja, M. 2014. Itä-Suomen yliopiston lääketieteen opiskelijoiden käsitykset uskomushoidoista. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteellinen tiedekunta. Tutkielma.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä: Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: Kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 80–93.

Karppinen, J., Arokoski, J., Paananen, M., Lausmaa, M., Takala, E. P. & Pohjolainen, T. 2016. Yksilöityjä menetelmiä epäspesifisen alaselkävun diagnostiikkaan ja hoitoon. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 16, 1427–1431. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 6.10.2017].

Karppinen, J. & Kuukkanen, T. 2014. Liike- ja liikuntahoito kroonisessa alaselkävunsa. *Duodecim Terveysportti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 10.12.2017].

Kattelus, M. 2016. Sosiaalinen media. Lääkäriliitto. WWW-dokumentti. Päivitetty 19.4.2016. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/sosiaalinen-media/> [viitattu 4.3.2018].

Kela. 2014. Fysioterapian korvaaminen 1.6.2015 alkaen. Tiedote fysioterapiapalveluita tuottaville yrityksille. Dnro 10/322/2014. Päivätty 25.2.2014.

Kela. 2017. Sairaanhoidokorvausten taksat 8.6.2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Sairaanhoidokorvausten+taksat+8.6.2017/6b0fc704-b893-4298-ac4c-6b6fbf2bc0de> [viitattu 4.12.2017].

Kilpailulaki 12.8.2011/948.

Kipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Päivitetty 22.08.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103> [viitattu 8.10.2017].

Komulainen, J., Honkanen, M., Malmivaara, A., Rautalahti, M., Heinänen, T. & Sipilä, R. 2014. Kuntoutussuosittelun implementointi 2015–17. *Duodecim*. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/documents/10184/121701/Kuntoutussuosittelun%20implementointi%20hanke-suunnitelma.pdf> [viitattu 14.11.2016].

Kortesuo, K. 2014. Sano se someksi: 1, Ammattilaisen käsikirja sosiaaliseen mediaan. 1. painos. Helsinki: Kauppakamari.

Koski, P. 2014. Tuntiohjaaja naprapatia. Oppitunti 9/2014. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Kotler, P. 1982. Marketing for nonprofit organizations. 2. painos. New Jersey: Englewood.C., Prentice-Hall.

Kristoffersen, E. S., Aaseth, K., Grande, R. B., Lundqvist, C. & Russell, M. B. 2013. Self-reported efficacy of complementary and alternative medicine: the Akershus study of chronic headache. *The Journal of Headache and Pain* 14, 36.

Kuluttajasuojalaki 29.8.2008/561.

Kurio. 2017. Somemarkkinoinnin trendit 2018. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://kurio.fi/v2/wp-content/uploads/2017/12/kurio-somemarkkinoinnin-trendit-2018-raportti.pdf> [viitattu 26.2.2018].

Kurio. 2019. Somemarkkinoinnin trendit 2019. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://kurio.fi/v2/wp-content/uploads/2019/01/Somemarkkinoinnin-trendit-2019-Kurio.pdf> [viitattu 13.1.2019].

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. 2011. Suomen ainoa naprapatian AMK-koulutus täyttää 10 vuotta. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.ky-amk.fi/Ajankohtaista/Mediatiedotteet/?news_id=664 [viitattu 6.11.2016].

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.

Larivaara, M. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen. *Hankesuunnitelma: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 50. PDF-dokumentti. Julkaistu 24.8.2016. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ja_mui_2_2016_.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 11.12.2017].

Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. & Ylinen, J. 2016. Fysioterapeutin suoravastaanotto. *Suomen Lääkärilehti* 24,1773–1777. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 31.10.2017].

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 35–55.

Lehtonen, K. 2016. Lääkäreitä ja lääkärinpalveluja koskevat markkinointiohjeet. WWW-dokumentti. Päivitetty 30.5.2016. Saatavissa: <https://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/markkinointiohje/> [viitattu 4.3.2018].

Leroux Miller, K. 2013. Content Marketing for Nonprofits: A Communications Map for Engaging Your Community, Becoming a Favorite Cause, and Raising More Money. E-kirja. San Francisco: Wiley. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 19.11.2018].

Lewit, K. 1999. Manipulative therapy in rehabilitation of locomotor system. 3. painos. Oxford: Reed Educational and Professional Publishing Ltd.

Liikunta. 2016. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen

Lääkäriseura Duodecim. WWW-dokumentti. Julkaistu 13.01.2016. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075#K1> [viitattu 10.12.2017].

Lilje, S. C., Persson, U. B., Tangen, S. T., Kåsamoen, S. & Skillgate, E. 2013. Costs and Utilities of Manual Therapy and Orthopedic Standard Care for Low-prioritized Orthopedic Outpatients of Working Age, A Cost Consequence Analysis. *The Clinical Journal of Pain* 30 (2014), 730–736. Tutkimus.

Lilje, S., Friberg, H., Wykman, A. & Skillgate, E. 2010. Naprapathic Manual Therapy or Conventional Orthopedic Care for Outpatients on Orthopedic Waiting Lists? A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Clinical Journal of Pain* 26, 602-610. Tutkimus.

Lääketeollisuus ry. 2017. Lääketeollisuuden eettiset ohjeet 2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.laaketeollisuus.fi/sites/default/files/attachments/lt_eettisetohjeet_2017_nettti_id_127891.pdf [viitattu 4.3.2018].

Malmivaara, A., Pohjolainen, T., Hirvensalo, E. & Jousimaa, J. P. 2017. Low back pain. *Duodecim Medical Publications Ltd, Evidence-Based Medicine Guidelines*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.10.2017].

Mattsson-Coll, A. 2018. Sihteeri. Sähköpostiviesti 18.3.2018. Svenska Naprapatförbundet.

Mediradix. 2016. Tutkimustulokset: Lääkäreiden sosiaalisen median käyttö. WWW-dokumentti. Päivitetty 23.11.2016. Saatavissa: <https://www.mediradix.fi/fi/yla/ajankohtaista/uutinen/tutkimustulokset-laakareiden-sosiaalisen-median-kaytto> [viitattu 26.2.2018].

Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp Ky.

Miranda, H., Teerimäki, R. & Toikka, T. 2017. Uusia innovaatioita kivun hoitoon ja työkyvyn tukeen. *Duodecim Terveysportti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 25.11.2017].

Myynnin ja markkinoinnin ammattilaiset. 2015. Some markkinoinnin lyhyt oppimäärä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.mma.fi/some-markkinoinnin-lyhyt-oppimaara> [viitattu 5.10.2017].

Naprapathögskolan. 2017a. Behandlingsmetoder. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://naprapathogskolan.se/naprapati/behandlingsmetoder/> [viitattu 21.10.2017].

Naprapathögskolan. 2017b. Utbilda dig till naprapat. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://naprapathogskolan.se/> [viitattu 29.9.2017].

National College of Naprapathic Medicine. 2017. Doctor of naprapathy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://napmed.edu/doctor-of-naprapathy/> [viitattu 29.9.2017].

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 23–34.

Niemelä, V. 2017. Naprapaatti. Mäkeläinen N. (toim.) Haastattelu. Ammattinetti. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.ammattinetti.fi/haastattelut/detail/14_haastattelu?link=true [viitattu 8.11.2017].

Nordeman, L., Nilsson, B., Möller, M. & Gunnarsson, R. 2006. Early Access to Physical Therapy Treatment for Subacute Low Back Pain in Primary Health Care: A Prospective Randomized Clinical Trial. *The Clinical Journal of Pain* 6, 505–511.

Norges Naprapatforbund. 2017. Om naprapati. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.naprapat.org/> [viitattu 2.10.2017].

Norges Naprapatforbund. 2018. Naprapati i Norge. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.naprapat.org/om-naprapati/naprapati-i-norge> [viitattu 27.8.2018].

Nyman, H. & Kannisto, J. 2017. Suomen työeläkkeensaajat. Eläketurvakeskus. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.9.2017. Saatavissa: <http://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ennusteet/tilastot/elakkeensaajat-ja-vakuutetut/tyoelakkeensaajat/> [viitattu 6.10.2017].

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Valtioneuvosto: Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1> [viitattu 29.9.2017].

OP-vakuutus. 2017. Sinun ja läheistesi vakuutukset. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.pohjola.fi/losa/460151f.pdf> [viitattu 4.12.2017].

Paanalahti, K., Holm, L. W., Nordin, M., Höijer, J., Lyander, J., Asker, M. & Skillgate, E. 2016. Three combinations of manual therapy techniques within naprapathy in the treatment of neck and/or back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 17, 176.

Paanalahti, K., Holm, L. W., Nordin, M., Asker, M., Lyander, J. & Skillgate, E. 2014. Adverse events after manual therapy among patients seeking care for neck and/or back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 15, 77.

Parikka, S. 2015. Taulukko 2. Sairausryhmittäiset painokertoimet sairastavuuden yleisindeksissä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.thl.fi/documents/10531/729014/THLn+sairastavuusindeksi_taulukko2/8d902fbc-4de0-422a-a8a7-2c8e74434237 [viitattu 6.10.2017].

Paukku, V. 2018. Sisältömarkkinoinnin trendit 2018. Päivitetty 7.2.2018. Blogi. Saatavissa: <https://myy.fi/fi/blog/sisaltomarkkinoinnin-trendit-2018> [viitattu 28.6.2018].

Pelkonen, M. 2017. Vaikuttaja-markkinoinnin trendit 2018. Monochrome Oy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://monochrome.fi/vaikuttajamarkkinoinnin-trendit-2018/> [viitattu 5.10.2017].

Pickar, J., Sung, P., Kang, Y. M. & Ge, W. 2007. Response of lumbar paraspinal muscles spindles is greater to spinal manipulative loading compared with slower loading under length control. *Spine Journal* 5, 583–595. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2075482/pdf/nihms32771.pdf> [viitattu 26.10.2017].

Pohjolainen, T. & Mikkelsen, M. 2015. Moniammatillinen tiimitoiminta. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) *Fysiatría*. E-kirja: Duodecim oppiportti.

Potilasvahinkolaki 25.7.1986/585.

Potilasvakuutuskeskus. 2017. Potilasvahinkolain soveltamisedellytykset. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.pvk.fi/fi/vahinkoa-epailevalle/epailetko-potilasvahinkoa/potilasvahingon-edellytykset/> [viitattu 11.4.2018].

Rastamo, J. 2017. Naprapaatti, fysioterapeutti. Haastattelu 10.12.2017. Terveystalo Kotka.

Roine, R. 2016. Hoidon vaikuttavuuden arviointi 15D-mittarilla. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 17, 1537–1542. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi/> [viitattu 6.10.2017].

Ruohola, T. 2017. Terveysten- ja sairaanhoitopalvelujen arvonlisäverotus – Palvelun luonne, Vaihtoehtohoidot. Verohallinnon verkkoseminaari aineisto 15.11.2017: Arvonlisäverotus sosiaali- ja terveysalalla. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.vero.fi/globalassets/tietoa-verohallinnosta/esitys--ja-opeusmateriaalit/verkkoseminarit/arvonlis%C3%A4verotus-sosiaali--ja-terveysalalla-15.11.2017.pdf> [viitattu 14.1.2018].

Ruskoaho, J. & Vuorenkoski, L. 2016. Lääkärit suhtautuvat kriittisesti uskomushoitoihin. *Suomen Lääkärilehti* 39, 2446–2448.

Räsänen, P., Essayah, S., Östman, P., Laukkanen, A. & Tanus, S. 2017. Kirjallinen kysymys fysioterapeutin suoravastaanoton merkityksestä työkyvyttömyyden ehkäisyssä. Kirjallinen kysymys KK 415/2017 vp. Eduskunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Kysymys/Documents/KK_415+2017.pdf [viitattu 20.11.2017].

Saastamoinen, L. 2004. Nonprofit organisaation imago. Turun kauppakorkeakoulu. Liiketaloustiede. Pro gradu -tutkielma.

Sallinen, E. 2019. Ylitarkastaja. Sähköpostiviesti 7.1.2019. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira).

Skillgate, E., Vingård, E. & Alfredsson, L. 2007. Naprapathic manual therapy or evidence-based care for back and neck pain: a randomized, controlled trial. *Clinical Journal of Pain* 5, 431–439. Tutkimus.

Skillgate, E., Bohman, T., Holm, L. W., Vingård, E. & Alfredsson, L. 2010. The long-term effects of naprapathic manual therapy on back and neck pain - Results from a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 11, 26. Tutkimus.

Smith, O., Maguire, P., Berg, B. & Berg, I. 2007. The history of naprapathic medicine. Vol 1. Chicago, Stockholm: National College of Naprapathic Medicine, Scandinavian College of Naprapathic Manual Medicine.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2016a. Ammattioikeudet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet> [viitattu 6.11.2016].

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2016b. Laillistamiseen ja nimikesuojaukseen johtava koulutus Suomessa. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet/koulutus_suomessa [viitattu 6.11.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Vaihtoehtohoitojen sääntelyn tarve. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:17. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72186/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225671.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 4.6.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Kuntoutus. Sosiaali- ja Terveysministeriö, sosiaali- ja terveysterveyst. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus> [viitattu 30.10.2017].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Lääkinnällinen kuntoutus. Sosiaali- ja Terveysministeriö, sosiaali- ja terveysterveyst. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/laakinnallinen-kuntoutus> [viitattu 30.10.2017].

Sote- ja maakuntauudistus. 2016. Sote uudistuksen tavoitteet. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet> [viitattu 21.10.2016].

Sparkman, R. 2017. Nonprofit landscape. Dokumentissa Gynn, A. (toim.) Non-profit Marketing in 2017: Challenges, Strategies, and Examples. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://contentmarketinginstitute.com/2017/06/nonprofit-marketing-2017/> [viitattu 22.11.2017].

Studentum. 2018. Hierojan koulutus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.studentum.fi/koulutushaku/hierojan-koulutus> [viitattu 4.10.2018].

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun yliopisto, 7–22.

Sundberg, T., Halpin, J., Warenmark, A. & Falkenberg, T. 2007. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. *BMC Health Services Research* 7, 107.

Suomen Fysioterapeutit ry. 2017. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/Suoravastaanottosuositus2017.pdf> [viitattu 15.10.2017].

Suomen Hierojakoulut Oy. 2018. Koulutustarjonta: hierojan tai urheiluhierojan koulutus sekä kuntosalivalmentaja -opinnot. Saatavissa: <https://suomenhierojakoulut.fi/koulutus/hierojan-koulutus-urheiluhierojan-koulutus/> [viitattu 4.10.2018].

Suomen Lääkäriliitto. 2016. Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta 2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf [viitattu 27.2.2018].

Suomen naprapaattiyhdistys ry. 2012a. Hoitomuodot. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapaatti.info/hoitomuodot> [viitattu 8.10.2017].

Suomen naprapaattiyhdistys ry. 2012b. Naprapaattiyhdistys. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapaatti.info/naprapaattiyhdistys> [viitattu 21.10.2016].

Suomen naprapaattiyhdistys ry. 2012c. Naprapatia. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapaatti.info/naprapatia> [viitattu 3.10.2017].

Suomi-somen kehityssuuntia. 2016. MTV Whitepaper 001 // 016. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.mtv.fi/spotti/tutkittua/kuluttajat/artikkeli/lataa-white-paper-suomi-somen-kehityssuuntia-2016/5755152> [viitattu 26.2.2018].

Svenska Naprapatförbundet. 2017a. A historical review. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapater.se/en/about-naprapathy/a-historical-review/> [viitattu 28.9.2017].

Svenska Naprapatförbundet. 2017b. Frequently asked questions about naprapathy. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapater.se/en/naprapathy/faq> [viitattu 27.8.2018].

Svenska Naprapatförbundet. 2017c. What does a naprapath do? WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://naprapater.se/en/about-naprapathy/> [viitattu 24.10.2017].

Sörensen, L. 2017. Muuttuva työelämä ja lääkäri. Terveysportti: Työterveys ja kuntoutus. *Työterveyslääkäri-lehti*. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=ttl01581. [viitattu 25.11.2017].

Tabell, V. 2015. The role of adverse events after naprapathic manual therapy as a prognostic factor. Jyväskylän yliopisto. Liikuntalääketiede. Pro gradu -tutkielma.

Tabell, V. 2017. Suomen naprapaattiyhdistys toimintasuunnitelma 2017-2018. Suomen Naprapaattiyhdistys ry. Päivitetty 9.3.2017.

Tabell, V. 2018. Puheenjohtaja. Haastattelu 15.1.2018. Suomen naprapaattiyhdistys ry.

Taipalus, P. & Tamminen, K. 2015. Terveysten- ja sairaanhoidon arvonlisäveroitus. Verohallinto. WWW-dokumentti. Päivitetty 20.4.2017. Saatavissa: https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48270/terveyden_ja_sairanhoidon_arvonlisaver4/ [viitattu 8.11.2017].

Tarnanen, K., Mäntyselkä, P. & Komulainen, J. 2016. Autis - nyt sattuu! (Kipu-suositus). Duodecim Terveyskirjasto: Käyvän hoidon potilasversiot. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.8.2016. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00119 [viitattu 6.10.2017].

Taskinen, P. 2012. Osatyökykyisillä on työhaluja terveysongelmista huolimatta. Tilastokeskus: Hyvinvointikatsaus 4/2012. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_005.html?s=0 [viitattu 6.10.2017].

Tekijänoikeuslaki 8.7.1961/404.

Ternstro, S., Marie Andersson, M. & Bergman, U. 2000. An effect of body massage on voice loudness and phonation frequency in reading. *Logoped Phoniatr Vocol* 25, 146–151.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2016. THL:n sairastavuusindeksi 2012–2014. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131462/THL_sairastavuusindeksi_2012-2014.pdf?sequence=3 [viitattu 6.10.2017].

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista, tulostaulukko. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s07KsNY1z7HWNbQ28wEA®ion=s07MBAA=&year=sy4rtzbR0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201709141202> [viitattu 6.10.2017].

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Ohjeet Kanta-palveluiden käyttöönottoon pienille terveydenhuollon palveluntuottajille. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/-/ohjeet-kantapalveluiden-kayttoonottoon-pienille-terveydenhuollon-palveluntuottajille> [viitattu 5.6.2018].

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Soteuudistus ajankohtaista. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.7.2018. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/ajankohtaista> [viitattu 12.8.2018].

Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2015. 2017. THL tilastoraportti 26/2017. WWW-dokumentti. Päivitetty 29.9.2017. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus> [viitattu: 12.10.2017].

Tilastokeskus. 2015. Suomen tilastollinen vuosikirja 2015. PDF-dokumentti. Julkaistu: 7.12.2015. Saatavissa: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_stv_201500_2015_12602_net.pdf [viitattu 6.10.2017].

Tilastokeskus. 2016. Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö. Suomen virallinen tilasto (SVT): ISSN=2341–8699. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2016/sutivi_2016_2016-12-09_tie_001_fi.html [viitattu 5.10.2017].

Tilastokeskus. 2017. Liitetaulukko 19. Internetin käyttötarkoitusten yleisyys 2017, %-osuus väestöstä. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkajulkaisu], ISSN=2341–8699. 13 2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/sutivi/2017/13/sutivi_2017_13_2017-11-22_tau_019_fi.html [viitattu 26.2.2018].

Tilastokeskus. 2018. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.stat.fi/meta/kas/t_ktoiminta.html [viitattu 30.8.2018].

Toropainen, A. 2017. Hallituksen puheenjohtaja, naprapaatti. Haastattelu 7.12.2017. Kouvolan Lääkärikeskus Oy.

Triano, J. 2012. Manual Therapies—A Biomechanical Continuum. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health. Tutkimus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuten, T. & Solomon, M. 2015. Social media marketing. 2. painos. London: Sage.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista 1129/2014.

Veikkolainen, S. 2017. Digitreenit: YouTube on hivin ja hyödyn runsaudensarvi – näin saat siitä enemmän irti. WWW-dokumentti. Päivitetty 13.10.2017. Saatavissa: <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2017/05/17/digitreenit-youtube-hivin-ja-hyodyn-runsaudensarvi-nain-saat-siita-enemman-irti> [viitattu 25.9.2018].

Verohallinto. 2015. Terveysten- ja sairaanhoidon arvonlisävero. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.vero.fi/syventavat-vero-ohjeet/ohje-hakusivu/48270/terveyden_ja_sairanhoidon_arvonlisaver4/ [viitattu 4.6.2018].

Vuokko, P. 2004. Nonprofit-organisaatioiden markkinointi. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Väänänen, K. 2016. Näyttöön perustuva lääketiede. Päivitetty 10.4.2016. Helsingin Yliopisto. Seminaari.

Winters-Miner, L., Bolding, P., Hilbe, J., Goldstein, M., Hill, T., Nisbet, R., Walton, N. & Miner, G. 2015. How can we Define the Nature and Boundaries of EBM? Practical Predictive Analytics and Decisioning Systems for Medicine. Academic Press, Elsevier Inc.

World Health Organization. 2017. Rehabilitation in health systems. PDF-dokumentti. Saatavissa:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254506/1/9789241549974-eng.pdf?ua=1> [viitattu 2.3.2018].

Yhdistyslaki 26.5.1989/503.

Åberg, L. 2010. Johdatus viestintään, teema 2: Organisaatioviestintä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://blogs.helsinki.fi/aberg/files/2010/01/jv1002.pdf> [viitattu 30.8.2018].

Näytönastekatsaukset

Näytönastekatsaukset

Käypä hoito -suosituksissa on näytön tieteellistä astetta osoittavia linkkejä, joiden tunnuksena on punaisella väripohjalla oleva kirjain (A–D). Kirjainta napsauttamalla päästään kyseisen kohdan näytön astetta kuvaavaan aineistoon.

Näytönastekatsaukset alkavat aihetta kuvaavalla otsikolla, jota seuraa näytön vahvuutta kuvaava kirjain. Sen alla on väittäjä, jota seuraa lyhyt kuvaus alkuperäistutkimuksista tai systemoidusta katsauksesta.

Kirjaimien selitykset löytyvät alla olevasta taulukosta. Sama taulukko avautuu myös näytönastekatsauksessa väittämälauseen yläpuolella olevaa näytönastekoodia (esim. Näytön aste = A) napsauttamalla.

Taulukko 1. Näytön asteen luokitus.

Koodi	Aste	Huomautukset
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia
Kuhunkin suosituslauseeseen liittyy lisäksi arvio tulosten kliinisestä merkittävydestä, jonka perusteella toimintasuositus on positiivinen, negatiivinen tai suosittaa potilaskohtaista harkintaa.		

Kunkin näytönastekatsauksen lopussa on lueteltu niiden artikkelien kirjallisuusviitteet, joihin kyseinen katsaus pohjautuu. Jos viitteen tiedot löytyvät myös Medlinesta, viitteen perään on lisätty suora linkki Pubmed-abstraktiin.

Kuva 3: Näytön asteen luokitus (Duodecim 2016).

Sanastoa ja lyhenteitä

Anamneesi	Tapauksesta saadut esitiedot lääketieteessä.
Anatomia	Oppi eliöiden rakenteesta. Se on biologian ala, jossa käsitellään elävien organismien muotoa ja rakennetta sekä kehon osien suhdetta toisiinsa.
ATH-tutkimus	Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus.
Biomekaniikka	Mekaniikan lainalaisuuksia yhdistettynä biologisten systeemien ja rakenteiden toimintaan. Se tarkistelee lihasten, luiden, jänteiden, sidekudosten ja hermojen yhteistyötä ja säätelyä tuottaessaan voimia, liikettä ja liikkeen hallintaa.
CAM	Complementary and alternative medicine = täydentävä ja vaihtoehtoinen lääketiede.
EBM	Evidence-based medicine eli näyttöön perustuva lääketiede.
Fysiologia	Biotieteiden ja lääketieteen osa-alue, joka tutkii elävien organismien toimintaa ja toimintamekanismeja.
HVLA	Selkärangan manipulaatiossa käytettävä 'high-velocity, low-amplitude' -impulssitekniikka.
IFONA	International Federation of Naprapathic Associations eli Kansainvälinen naprapaattiyhdistys.
Indikaatio hoidolle	Indikaatio lääketieteessä tarkoittaa hoidon käyttöaihetta, perustetta tai syytä.
Kognitiivis-behavioraalinen terapia	Tietoinen käyttäytymisterapia psykoterapiassa.
Kontraindikoitu hoito	Vasta-aihe eli kontraindikaatio tarkoittaa lääketieteessä jotakin sairautta tai tilaa, joka estää jonkin hoidon tai tutkimuksen käytön.
Käypä Hoito -suositus	Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia.
n =	Otosjoukko tutkimuksessa.
Naprapaattiyhdistys	Suomen Naprapaattiyhdistys ry.
p =	p-arvo on satunnaisvirheen tunnusluku tilastollisessa hypoteesin testauksessa.
Pragmaattinen	Kokemusperäinen. Käytäntöön ja kokemukseen perustuva, syy-yhteyksien merkitystä korostava.
PROs	Patient-reported outcomes. Potilaslähtöinen hoidon tehokkuusmittari, joilla tarkastellaan potilaan omaa kokemusta saamansa hoidon hyödyistä ja haitoista.
SF-36 -mittari = RAND-36 -mittari	On tarkoitettu hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan hoitotyössä sekä kliinisessä tutkimuksessa. Yleisimmin käytetty geneerinen elämänlaatumittari.
Some	Sosiaalinen media.
Sote	Sosiaali- ja terveystoimi.
TENS	<i>Transcutaneous Electrical Nervous Stimulation (en)</i> on lääketieteellinen kivunhoidon stimulaatiomenetelmä.
TULE	Tuki- ja liikuntaelin.
WHO	World Health Organization.

Suomen Naprapaattiyhdistyksen mission ja toimintasuunnitelma

Suomen Naprapaattiyhdistyksen mission on:

- Tasa-arvoinen asiantuntija tieteellisesti kehittyvässä ja me-henkisessä terveydenhuollon toimintaympäristössä.

Suomen Naprapaattiyhdistyksen tavoitteet kauden 2017–2018 toimintasuunnitelmassa ovat:

- Levittää tietoa naprapatiasta.
 - Panostetaan sisäiseen ja ulkoiseen viestintään.
- Valvoa jäsentensä ammatillisia ja palkkauksellisia etuja ja toimintaa.
- Kehittää jäsentensä ammattitietoutta ja valmiutta ammattinsa harjoittamisessa.
- Lisätä ymmärrystä ja yhteistyötä eri viranomaisten, terveydenhuollon organisaatioiden ja muiden julkishallinnollisten organisaatioiden kesken niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin.
 - Keskeisin tehtävä toimikaudella 2017–2018 on viranomaisvaikuttaminen tehdyn lakialoitteen etenemiseksi.

Päiväkirja yhteydenpidosta kontaktihenkilöihin

PVM	AIHE	YHTEYSHENKILÖ / KANAVA
21.9.2016	Ideointi: Opinnäytetyön tekeminen naprapatian markkinoinnista yhdistykselle.	Tabell, V. / puhelimitse.
23.9.2016	Opinnäytetyönohjaus: Aiheen hyväksyttäminen ja jatkosta sopiminen.	Turkki, M. / palaveri.
29.9.2016	Peltosen ilmoitus yhdistykselle: <ul style="list-style-type: none"> Aihe on hyväksytty opinnäytetyöohjaajan Marja Turkki toimesta. 	Tabell Vesa / WhatsUp-viesti.
21.10.2016	Peltosen pyyntö yhdistyksen taustatiedoista.	Tabell Vesa & Tähtinen Annika / sähköpostitse.
26.10.2016	Yhdistyksen strategiaa vuodelta 2013→2017	Tabell Vesa / sähköpostitse.
29.10.2016	Mindmap-sovellukseen: <ul style="list-style-type: none"> Yhdistyksen tiedot. Markkinointihahmotelmaa yhdistykselle. 	Tabell Vesa / sähköpostitse.
7.11.2016	Markkinointiviestinnän keinot ja kohde-ryhmät -mindmapin muokkaus. – Tabell, V.	Tabell Vesa
10.11.2016	Opinnäytetyönohjaus: Ideaseminaariaineiston arviointia.	Turkki Marja / palaveri.
25.11.2016	Ideaseminaari / KyAmk Kotka	Arviointi: opponentti: Koskinen Jaakko, ohjaaja: Turkki Marja, naprapatian opettaja: Hiltunen Juha.
30.1.2017	Opinnäytetyöpaja Kotka	
14.2.2017	Opinnäytetyönohjaus	Turkki Marja / palaveri.
3.10.2017	Tutkimusmateriaalin koehaut	
19.10.2017	Opinnäytetyönohjaus	Turkki Marja / palaveri.
20.10.2017	Sopimus opinnäytetyöstä palautettu XAMK Kotka opintotoimistoon.	
2.11.2017	Toiseksi opinnäytetyön ohjaajaksi Heli Aaltonen.	
7.11.2017	Yhteydenotot Ruotsin ja Norjan naprapaattiyhdistyksiin.	Norjaan: sähköposti edu.xamk.fi, Ruotsiin: www-palautelomake.
13.11.2017	Opinnäytetyönohjaus: Suunnitelmaseminaariaineiston arviointia.	Aaltonen Heli / Skype palaveri
7.12.2017	Haastattelu, Toropainen Ari	Toropainen Ari / palaveri Kouvola.
12.12.2017	Suunnitelmaseminaarin aineiston lähetys tarkistettavaksi – Tabell, V.	Tabell Vesa / sähköpostitse.

13.12.2017	Suunnitelmaseminaari / XAMK Kotka	Arviointi: opponentti: Heiska Samu, ohjaaja: Turkki Marja, naprapatian opettaja: Koski Petteri.
15.12.2017	Suunnitelmaseminaariaineiston arviointi	Aaltonen Heli / Skype palaveri
15.1.2018	Palaveri opinnäytetyön aineistosta – Tabell, V.	Tabell Vesa / palaveri Kotka.
5.3.2018	Varsinainen tietokantahaku	
17.5.2018	Animointityökalujen etsintä ja testaus. Valinta Animaker-ohjelma.	
29.5.2018	Opinnäytetyön ohjaus: Palaute viestintäosuudesta.	Aaltonen Heli / Sähköpostiviesti
19.6.2018	Tarjous videon toteuttamisesta, Selitysvideo.fi	MotionPro Oy, Risto Lusua /sähköpostiviesti
17.9.2018	Esityksen sisällön suunnittelu yhteistyössä Naprapaattiyhdistyksen kanssa.	Tabell Vesa / sähköpostiviesti ja mindmap-suunnitelmapohja
27.9.2018	Opinnäytetyönohjaus: Päättöseminaariaineiston arviointia.	Marja Turkki / palaveri

Aaltonen Heli

XAMK Liiketalouden koulutusyksikön yliopettaja, opinnäytetyönohjaaja

Peltonen Anu

Naprapatian opiskelija, oanpe028 / XAMK Kotka

Tabell Vesa

Suomen naprapaattiyhdistyksen puheenjohtaja

Turkki Marja

XAMK Naprapatian lehtori, opinnäytetyönohjaaja

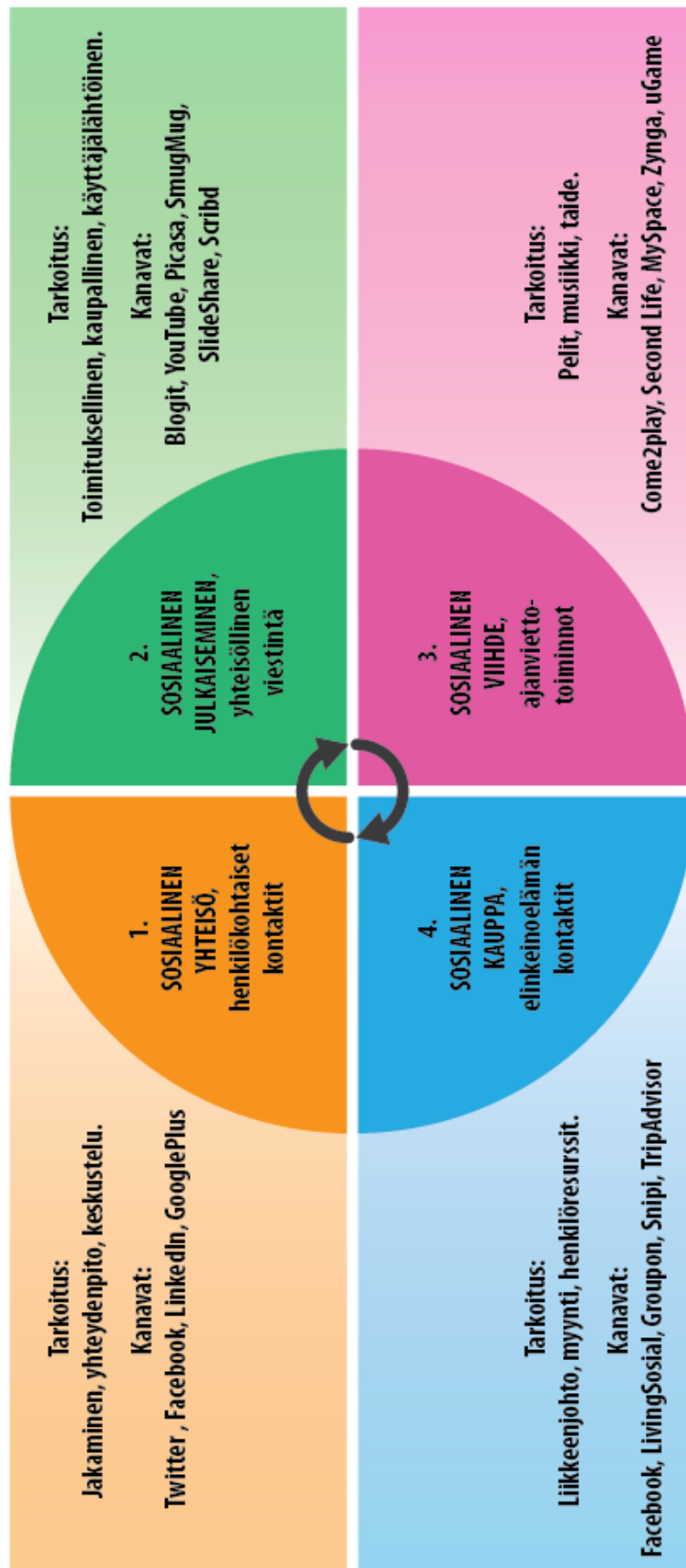
Tähtinen Annika

Suomen naprapaattiyhdistyksen sihteeri

Yhdistys

Suomen naprapaattiyhdistys ry

Sosiaalisen median käyttötarkoitukset ja kanavat.



Kuva 4: Tuten ja Solomon (2015, 8–12) kaavakuva sosiaalisen median käyttötavoista ja kanavista.

Tilastotietoa tuki- ja liikuntaelinsairauksista Suomessa

Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet	vuosi	2011	2012	2013	2014
	hoitopäivät	435 345	441 566	410 829	407 881
hoitojaksot	77 593	78 333	74 068	71 711	
Sairaudet 1000 asukasta kohti	hoitopäivät	80,8	81,6	75,5	74,7
	hoitojaksot	14,4	14,5	13,6	13,1
Keskimääräinen hoitoaika, vrk	hoitopäivät	5	6	5	6
	hoitojaksot	5	5	5	7

Taulukko 4: Yleis- ja terveyskeskussairaaloista poistuneet potilaat tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien osalta 2011–2014 (Tilastokeskus 2015, 339).

vuonna 2013	Sairauspäivärahopäiviä PVÄ	Päivärahakustannukset EUROA	Työkyvyttömyyseläkekustannukset EUROA
TULES yhteensä	4,9 miljoonaa	294,6 miljoonaa	691 miljoonaa
Selkäkipu ja -sairaudet	2 miljoonaa	118,3 miljoonaa	346,6 miljoonaa
Nivelrikot	1 miljoona	59,2 miljoonaa	180 miljoonaa
Olkapään sairaudet	704 000	43,7 miljoonaa	62,6 miljoonaa
Kaularangan välilevysairaudet		8,5 miljoonaa	
Fibromyalgia	79 400	4,4 miljoonaa	

Taulukko 5: Tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvia kustannuksia Suomessa vuonna 2013 (Kipu 2017).

vuosi	kustannukset	selite
2012	119,8 M€	Sairauspäivärahoja selkävun ja -sairauksien takia (Alaselkäkipu 2017).
2013	294,6 M€	Sairauspäivärahakustannukset TULE-sairauksista. <ul style="list-style-type: none"> Käytettyjä päiviä oli 4,9 miljoonaa, joista henkilö sai sairauspäivärahopäivää. (Kipu 2017).
	691 M€	Työkyvyttömyyseläkekustannukset TULE-sairauksista (31% noin 2,3 miljardin kokonaiseläkemenosta). <ul style="list-style-type: none"> Selkäsairauksien takia eläkkeellä oli noin 26800 henkilöä, joista aiheutuneet eläkekustannukset olivat 346,6 miljoonaa euroa. Nivelrikon takia eläkkeellä olevia oli 14700. Nivelrikkojen eläkekustannukset olivat 180 miljoonaa euroa, joista lähes puolet aiheutuivat polven nivelrikosta (87,8 miljoonaa euroa). Olkapääsairauksien eläkekustannukset olivat 62,6 miljoonaa euroa vuonna 2013. (Kipu 2017.)
	<i>Liite 6, taulukko 2.</i>	Taulukko TULE-sairauksista johtuneita kustannuksia vuonna 2013 (Kipu 2017).
2015	19,8 miljardia euroa	Terveydenhuoltomenot (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015 2017). <ul style="list-style-type: none"> TULE-sairauksien osuus (11 %) oli suurin kaikista terveydenhuollon suorista kustannuksista (Parikka 2015).

Taulukko 6: Tuki- ja liikuntaelinsairauksista syntyneitä kuluja suomalaiselle yhteiskunnalle.

Tutkimusaineiston koehaut

Tutkimusaineiston koehauissa 3.10.2017 tietokantahaut rajattiin englanninkielisiin tutkimuksiin, jotka on tehty vuosina 2007–2017. Aineiston pitää käsitellä naprapaattista hoitoa tai manuaalista terapiaa. Abstraktissa pitää tulla myös selvillä, että artikkelissa käsitellään ihmisten tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Tutkimusta ei oteta mukaan aineistoon, jos se käsittelee esimerkiksi sisäelintauteja eli viskeraalisia sairauksia tai käyttäytymistä kuten hoidon vaikuttavuutta nukkumiseen. Valittuja hakukoneita olivat: Cinahl, Cochrane Library (Terveysportti), PEDro - Physiotherapy Evidence Database, PubMed ja Science Direct.

Taulukko 7: Erilaisten hakusanayhdistelmien testaamista ja niistä saadut hakutulosten määrät eri hakukoneissa ilman sisällönanalyysiä:

Haku sanat / Hakukone	Science Direct	PubMed	PEdro	Cochrane Library	Cinahl
Haun rajoitteet	10 v.	10 v. humans	10 v.	10 v.	10 v
naprapathy	36	8	4	2	1
"manual therapy" AND effect	631 (Abstract, title, keywords)	316	200	21	50
naprapathy AND human	15	8	0	2	1
(naprapathy OR "manual therapy" OR naprapathic) AND (effect OR cost) AND human	1494	364	Yli 21000 OR valinnalla (AND valinnalla 0)	19	40
(naprapathy OR "manual therapy") AND cost	1161	48	-	3	5
(naprapathy OR "manual therapy" OR naprapathic) AND effect	3517	320	-	21	50
(naprapathy OR manual therapy) AND (human musculoskeletal system OR locomotor system)	2918	2449	-	31	1

Hakusanoiksi varsinaiseen hakuun valikoituivat: naprapathy OR naprapathic. Lisäksi valitaan vaihtoehto, että tiedot koskevat ihmistä (*human*).

Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tutkimustaulukko

	Tutkimuksen tekijä(t), vuosi, tutkimus ja julkaisu.	Tutkimuksen aihe ja tutkimusjoukko	Tutkimuksen keskeiset tulokset
1	<p>Paanalahti, K., Holm, L. W., Nordin, M., Höijer, J., Lyander, J., Asker, M. & Skillgate, E.</p> <p>2016.</p> <p>Three combinations of manual therapy techniques within naprapathy in the treatment of neck and/or back pain: a randomized controlled trial.</p> <p>BMC Musculoskeletal Disorders 17, 176.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli vertailla naprapaattisen manuaalisen hoidon vaikutusta kivun intensiteettiin, kivusta johtuvaan toiminnanvajauteen sekä havaittuun toipumiseen, niska- ja/tai selkäkipuihin hoitoa hakaneilla miehillä ja naisilla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satunnaistettu vertailututkimus. <p>n = 1057; 18–65 vuotiaita naisia ja miehiä, joilla esiintyi niska- ja/tai selkäkipuja.</p> <p>Tutkimusjoukko arvottiin kolmeen eri ryhmään:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naprapaattien manuaalinen hoito (selkärangan manipulaatio, selkärangan mobilisointi, venytys ja hieronta), • naprapaattien manuaalinen hoito ilman selkärangan manipulaatiota ja • naprapaattien manuaalinen hoito ilman venytystä. 	<p>Manuaalisen hoidon vaikutukset mies- ja naispotilailla olivat samanlaisia riippumatta siitä, oliko hoitotekniikoista jätetty pois selkärangan manipulaatio tai venyttelyhoito.</p> <p>Ensisijaiset tulokset eivät olleet kliinisesti merkittäviä kivun määrän ja kivusta johtuvan toiminnanvajauden parantumisen suhteen. Yli yhden vuoden seurannassa tuloksista ei saatu systemaattisia eroja, kun hoidoista jätettiin pois selkärangan manipulaatio ja venytyshoito: kipu (p = 0,41), toiminnanvajaus (p = 0,85) ja havaittu toipuminen (p = 0,98). Eroja ei havaittu myöskään silloin, kun mies- ja naispotilaita analysoitiin erikseen.</p>
2	<p>Paanalahti, K., Holm, L. W., Nordin, M., Asker, M., Lyander, J. & Skillgate, E.</p> <p>2014.</p> <p>Adverse events after manual therapy among patients seeking care for neck and/or back pain: a randomized controlled trial.</p> <p>BMC Musculoskeletal Disorders 15, 77.</p>	<p>Kyselytutkimuksen tavoitteena oli selvittää manuaalisesta hoidosta johtuvien sivuvaikutusten esiintyvyyttä nais- ja miespotilailla, jotka hakivat hoitoa niska- ja/tai selkäkipuihin.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satunnaistettu vertailututkimus. <p>n = 767; 18–65 vuotiaita naisia ja miehiä, joilla esiintyi niska- ja/tai selkäkipuja.</p> <p>Tutkimusjoukko arvottiin kolmeen eri ryhmään:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 249, naprapaattien manuaalinen hoito (selkärangan manipulaatio, selkärangan mobilisointi, venytys ja hieronta), • n = 258, naprapaattien manuaalinen hoito ilman selkärangan manipulaatiota ja • n = 260, naprapaattien manuaalinen hoito ilman venytystä. 	<p>Sivuvaikutukset manuaalisen terapian jälkeen ovat yleisiä ja ohimeneviä. Manipulaatio- tai venytyshoitotekniikoiden poisjättäminen manuaalisista hoitomenetelmistä, ei vaikuta sivuvaikutusten esiintymismäärään. Yleisimmät sivuvaikutukset olivat lihasten arkuus, lisääntynyt kivun tunne ja jäykkyys. Vähintään kolme hoitokertaa saaneista potilaista 51 % esiintyi ainakin yksi sivuvaikutus ensimmäisen tai sen jälkeisten hoitokertojen jälkeen. Naiset raportoivat enemmän sivuvaikutuksia kuin miehet.</p> <p>Tutkimus tehtiin, koska manuaalisen hoidon tekniikoiden kuten manipulaation turvallisuudesta keskustellaan, sekä tarvitaan lisää tietoa mahdollisista manuaalisen hoidon sivuvaikutusten esiintymisestä.</p>

<p>3 Lilje, S. C., Persson, U. B., Tangen, S. T., Kåsamoen, S. & Skillgate, E.</p> <p>2013.</p> <p>Costs and Utilities of Manual Therapy and Orthopedic Standard Care for Low-prioritized Orthopedic Outpatients of Working Age, A Cost Consequence Analysis.</p> <p>The Clinical Journal of Pain 30 (2014), 730–736.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli vertailla kustannustehokkuutta ja potilaiden elämänlaatua naprapaattisen manuaalisen terapian (NMT) sekä tavanomaisen ortopedisen hoidon välillä, kun hoidettavana oli työikäisiä kiireetöntä hoitoa tarvitsevia tuki- ja liikuntaelinpotilaita toissijaisessa hoitovaiheessa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kustannusvaikutusanalyysi. <p>n = 78, vertailututkimus kustannusvaikutuksesta ja elämänlaadusta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 40, index-ryhmä, naprapaattinen manuaalinen terapia • n = 38, kontrolliryhmä, tavanomainen ortopedinen hoito 	<p>Naprapaattien suorittama manuaalinen terapia (NMT) osoittautui työikäisten, ei leikkausta vaativien ortopedisten poliklinikapotilaiden hoidossa kustannustehokkaammaksi, ja se toi potilaille parempaa elämänlaatua, kuin tavanomainen ortopedinen hoitokäytäntö. Tämä tutkimustulos on dominantti.</p> <p>Kustannusten määrittämiseksi käytettiin diagnoosien mukaista ryhmittelyä sekä SF-36 elämänlaadun mittarilla arvioitiin kustannuksia odotettavissa olevia, laadukkaita elinvuosia kohden. 12 kuukauden seurannasta saadut tulokset osoittivat naprapaattien hoidosta saatavan huomattavasti suurempaa hyötyä verrattuna ortopediseen hoitotyöhön:</p> <ul style="list-style-type: none"> • merkittävästi alhaisempi keskikustannus potilasta kohti. • parempi hinta-laatusuhde potilaalla odotettavissa olevia, laadukkaita elinvuosia kohden. <p>Yleisimmät interventiot kontrolliryhmässä olivat fysioterapia (n = 13) ja kalleimpana vaihtoehtona leikkaushoito (n = 7).</p> <p>Tämän tutkimuksen tulokset antavat tärkeää tietoa ja tarvittavat todisteet siitä, että perusterveydenhuollon rahoituksessa pitäisi hyödyntää naprapaattien TULE-osaaminen täysimääräisesti. Jos manuaaliseen terapiaan erikoistuneiden terveysalan ammattihenkilöiden kuten naprapaattien hoitoja olisi saatavilla ortopedisillä poliklinikoilla, saavutettaisiin parempia hoitotuloksia ja vähemmällä kustannuksella potilaille, joilla on yleisesti esiintyviä, ei leikkaushoitoa vaativia tuki- ja liikuntaelinsairauksia.</p>
<p>4 Kristoffersen, E. S., Aaseth, K., Grande, R. B., Lundqvist, C. & Russell, M. B.</p> <p>2013.</p> <p>Self-reported efficacy of complementary and alternative medicine: the Akershus study of chronic headache.</p> <p>The Journal of Headache and Pain 14, 36.</p>	<p>Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden omaehtoisesti käyttämien täydentävien ja vaihtoehtoisten lääketieteellisten hoitokeinojen (CAM) vaikutusta kroonisilla pääkipupotilailla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilaskokemusraportointi. <p>Tutkimusjoukko:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 405, primaarinen pääkipupotilas (CAM 62 %) • n = 113, sekundaarinen pääkipupotilas (CAM 73 %) <p>CAM-kyselyyn sisältyivät akupunktio, kiropraktiikka, homeopatia, naprapatia, fysioterapia, psykologinen hoito ja psykomotorinen fysioterapia.</p>	<p>CAM-hoitojen teho vaihteli 0–43 % ilman merkittävää eroa sukupuolten, pääkipun diagnoosin, migreeniesiintyvyyden, lääkityksen tai hoitavien lääkärien välillä. Potilaiden itseraportoitu CAM-hoidon teho oli vain hieman korkeampi kuin lumelääkkeellä. Akupunktiohoito tehoi paremmin migreenin yhteydessä esiintyvään krooniseen jännitystyyppiseen päänsärkyyn kuin pelkkään krooniseen jännityspäänsärkyyn. Muita merkittäviä eroja eri CAM-hoitojen suhteen ei löydetty.</p> <p>Tietoaineistoa homeopatiasta, naprapatiasta ja psykologisesta hoidosta oli vain vähän saatavilla, joten niistä saatuihin tutkimustuloksiin pitää suhtautua harkiten.</p>

<p>5</p>	<p>Lilje, S., Friberg, H., Wykman, A. & Skillgate, E.</p> <p>2010.</p> <p>Naprapathic Manual Therapy or Conventional Orthopedic Care for Outpatients on Orthopedic Waiting Lists? A Pragmatic Randomized Controlled Trial.</p> <p>Clinical Journal of Pain 26, 602-610.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko ortopedisten odotuslistojen lyhentäminen mahdollista integroidun lääketieteen avulla. Erityisenä tavoitteena oli verrata naprapaattisen manuaalisen terapian vaikutuksia tavanomaiseen ortopediseen hoitoon kiireettömillä tuki- ja liikuntaelinsairailta poliklinikapotilailla, joilla leikkaushoito ei todennäköisesti auttaisi kivun vähentämisessä, fyysisen kunnon parantamisessa tai toipumiskokeuksessa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pragmaattinen satunnaistettu vertailututkimus. <p>n = 78, ruotsalaisia ortopedisen poliklinikan potilaita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 40, index-ryhmä, naprapaattinen manuaalinen terapia • n = 38, kontrolliryhmä, tavanomainen ortopedinen hoito <p>Kysymyslomakkeella seurattiin potilaan kiputuntemusta, fyysistä toimintakykyä ja havaittavaa toipumista. Vastaukset kirjattiin hoitojen alkutilanteessa sekä 12, 24 ja 52 viikkojen kohdilla. Tutkimuksen aikana seurattiin myös odotuslistalta poistettujen potilaiden määrää sekä hoitopäätösten yhdenmukaisuutta naprapaattien ja ortopedien välillä.</p>	<p>Tutkimus osoittaa, että naprapaattien suorittama manuaalinen terapia voi olla huomioon otettava vaihtoehto ortopedisen poliklinikan potilaille, joille kirurgia ei todennäköisesti toisi hoidollista hyötyä.</p> <p>Naprapaattien suorittama manuaalinen terapia voi uskottavasti pienentää ortopedisen poliklinikan potilasjonoja. Ei leikkausta tarvitsevien kiireettömien ortopedisten tuki- ja liikuntaelinsairaiden potilaiden hoidossa naprapaattien manuaalinen hoito auttaa enemmän, kun tarkastellaan potilaan kivuntuntemusta, fyysistä toimintakykyä ja havaittavaa toipumista, verrattuna tavanomaiseen ortopediseen hoitoon.</p> <p>Tilastollisesti merkittävät erot ryhmien välisiin tuloksiin saatiin 52. viikolta, jossa naprapaattiryhmän tulokset olivat huomattavasti paremmat verrattuna kontrolliryhmään, kiputuntemuksen vähentymisessä, fyysisen toimintakyvyn parantumisessa sekä havaittavissa toipumiskokemuksissa. Naprapaattisen hoidon ryhmästä (index-ryhmä) 62 % potilaista halusi poistua poliklinikan jonotuslistalta. Hoitopäätöksistä oltiin 80 prosenttisesti samaa mieltä hoidoista vastaavien ammattilaisten välillä.</p>
<p>6</p>	<p>Skillgate, E., Bohman, T., Holm, L. W., Vingård, E. & Alfredsson, L.</p> <p>2010.</p> <p>The long-term effects of naprapathic manual therapy on back and neck pain - Results from a pragmatic randomized controlled trial.</p> <p>BMC Musculoskeletal Disorders 11, 26.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli verrata hoidon tehokkuutta selkä- ja/tai niskakivuisilla potilailla pitkällä aikavälillä (enintään yksi vuosi), kun hoitoina olivat naprapaatin suorittama manuaalinen terapia ja lääkärin näyttöön perustuva tavanomainen hoito.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pragmaattinen satunnaistettu vertailututkimus. <p>n = 409 ruotsalaista potilasta, joilla oli ollut epäspesifiä niska- tai selkäkipuja/toiminnanvajautta vähintään kaksi viikkoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 206, index-ryhmä, naprapaattien hoitoryhmä, joka sisälsi rangan manipulaatio/mobilisaatiohoitoa, hierontaa ja venyttelyhoitoa. • n = 203, kontrolliryhmä, lääkärin antama tutkimusnäyttöön perustuva hoito sisältäen potilaan tukemisen ja neuvonnan aktiivisena pysymiseksi ja kivun hallintaan liittyen. <p>Kysymyslomakkeella seurattiin potilaan kiputuntemusta, toiminnanvajeuden määrää ja terveydentilaa.</p>	<p>Sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä tarkasteltuina epäspesifin niska- ja/tai selkäkipupotilaiden hoidossa naprapaattinen manuaalinen hoito edistää kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän kuin lääkärin tarjoama näyttöön perustuva, aktiivisena pysymiseen kehottava, hoito.</p> <p>Naprapaattiryhmällä oli tilastollisesti huomattavasti paremmat hoitotulokset ($p \leq 0.005$) verrattuna kontrolliryhmään, kun tarkasteltiin kiputuntemuksen vähenemistä ja toimintakyvyn parantumista yli vuoden seurannan kohdalla. Myös SF-36 -hoidonvaikuttavuus mittarilla arvioituna naprapaattiryhmässä koettu kipu ja sosiaalinen toimintakyky parantuivat huomattavasti enemmän kontrolliryhmään verrattuna.</p> <p>Saadut tulokset ovat merkittäviä, koska selkä- ja niskakivut ovat hyvin yleinen syy hakeutua sairaanhoidon palveluiden pariin. Manuaalisen terapian eri tekniikoita yhdistelevää hoitoa, kuten naprapaattista hoitoa, tulisi harkita vaihtoehtoksi näille potilaille perusterveydenhuollossa.</p>

7 Sundberg, T., Halpin, J.,
Warenmark, A. & Falkenberg, T.
2007.

Towards a model for integrative
medicine in Swedish primary
care.

BMC Health Services Research
7, 107.

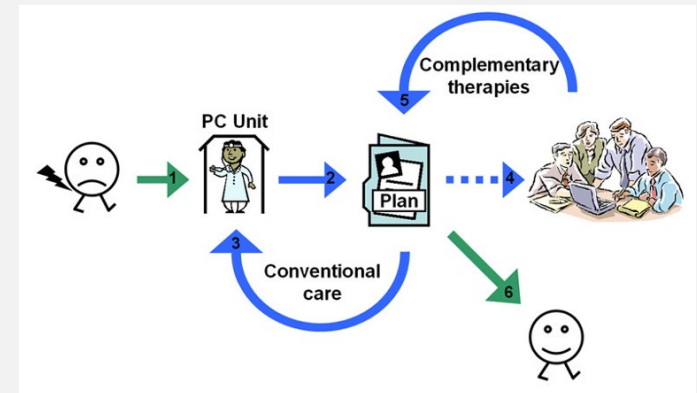
Tämän tieteellisen artikkelin tarkoituksena on tuoda esille keskeisiä tutkimustuloksia, jotka ovat tärkeitä perusterveydenhoitoon soveltuvan integroidun lääketieteen kehittämisen ja toteuttamisen kannalta.

Tutkimusryhmän tietolähteinä toimivat tapaamiset useiden keskeisten sidosryhmien kanssa, joihin kuuluivat ruotsalaisia yleislääkäreitä, täydentävän terveydenhoidon edustajia, lääketieteen asiantuntijoita, perusterveydenhuollon edustajia ja lääninhallituksen asiamiehiä.

Kokouspöytäkirjat toimivat tutkimusasiakirjoina, joista tutkimusryhmä keräsi tietoaineiston tutkimusta varten. Tutkimusryhmän yksimielisesti sovitussa data-analyysissä saadut tiedot suodattiin ja kiteytettiin. Tutkimustulokset luokiteltiin julkisen terveydenhoitojärjestelmän rakenteiden, prosessien ja tulosseurausten mukaisiin ryhmiin.

Tutkimuksen perusteella luotiin integroidun terveydenhoidon toimintamalli (kuva 5), jolla voidaan yhdistää moniammatillisesti tavanomaisen ja täydentävän lääketieteen alat. Ratkaisu on tarkoitettu potilaslähtöiseen hoitotyöhön muun muassa asiakkaalle, jolla on alaselkä ja/tai niskakipuja.

Integroidun lääketieteen (*IM Integrative medicine*) toimintamallissa on aktiivista yhteistyötä lähettävän yleislääkärin sekä täydentäviä hoitoja tarjoavan ammattilaisen välillä, joita Ruotsissa ovat mm. hierojat, manuaaliset terapeutit / naprapaatit, shiatsuhoitajat, akupunktiohoitajat ja qigong - kiinalaisen lääketieteen toimijat. Lääkäreiden vastuulla on potilashoidon kokonaishallinta, joten heidän on hyvä tuntea myös täydentävien hoitojen käytännöt ja palvelujen tuottajat. Näin eri terveydenhoidon toimijoiden välille saadaan yhteisymmärrys potilastapausten kokonaisvaltaisesta hoitolinjasta.



Kuva 5. Tutkimuksen perusteella luotu integroidun terveydenhoidon toimintamalli.

Integroidulla lääketieteellä on merkittävä osa perinteisten ja täydentävän lääketieteen kehityksessä Ruotsissa. Ennen kuin ehdotettua IM-mallia voidaan suositella otettavaksi käyttöön perusterveydenhoidossa, tarvitaan vielä kokemusperäinen satunnaistettu vertailututkimus mallin kliinisestä käytettävyydestä.

<p>8</p>	<p>Skillgate, E., Vinga, E. & Alfredsson, L. 2007.</p> <p>Naprapathic Manual Therapy or Evidence-based Care for Back and Neck Pain. A Randomized, Controlled Trial.</p> <p>The Clinical Journal of Pain 23, 431–439.</p>	<p>Tutkimuksessa verrattiin naprapaatin suorittamaa manuaalista terapiaa näyttöön perustuvaan lääketieteelliseen hoitoon selkä tai niskakipuisten potilaiden hoidossa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satunnaistettu vertailututkimus. <p>n = 409 ruotsalaista potilasta, joilla oli ollut niska- tai selkäkipuja vähintään kaksi viikkoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • n = 206, index-ryhmä, naprapaattien hoitoryhmä, joka sisälsi rangan manipulaatio/mobilisaatiohoitoa, hierontaa ja venyttelyhoitoa. • n = 203, kontrolliryhmä, lääkärin antama tutkimusnäyttöön perustuva hoito sisältäen potilaan tukemisen ja neuvonnan aktiivisena pysymiseksi ja kivun hallintaan liittyen. <p>Kysymyslomakkeella seurattiin potilaan kiputuntemusta, toiminnanvajeiden määrää ja havaittavaa toipumista. Vastaukset kirjattiin ennen hoitoja sekä 3, 7 ja 12 viikon kohdalla.</p>	<p>Naprapaattinen manuaalinen hoito edistää selkä- ja niskakipu-potilaiden kivun ja toimintakyvyn parantumista sekä nopeuttaa toipumista enemmän kuin lääkärin tarjoama näyttöön perustuva hoito.</p> <p>Tilastollisesti merkittävät erot ryhmien välisiin tuloksiin saatiin 7. ja 12. viikkojen kyselyistä, joissa naprapaattiryhmän tulokset olivat paremmat verrattuna kontrolliryhmään, kaikissa mitatuissa ominaisuuksissa. Analysoitaessa niskakipua ja selkäkipua erikseen, saatiin esille samanlaiset tulokset.</p> <p>Tutkimus lisää tietoa naprapaattisesta manuaalisesta hoidosta, joka voi olla hoitovaihtoehto perusterveydenhuollossa potilaille, joilla on selkä- tai niskakipuja.</p>
<p>9</p>	<p>Al-Windi, A. 2004.</p> <p>Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use.</p> <p>Complementary Therapies in Medicine 12, 99–111.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää täydentävän ja vaihtoehtoisen lääketieteen (CAM) käyttötapaa, sekä määrittellä CAM-hoidon valintaa määräävät tekijät ruotsalaisen monikansallisen väestön perusterveydenhuollon asiakkailla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kyselytutkimus. <p>n = 1433, yli 16-vuotiaat Tukholman Jordbro Health Centre -terveyskeskuksen potilaat, jotka olivat olleet asiakkaana 14.1.-30.6.2002 aikana. Saadut tulokset yhdistettiin tietoteknisesti ylläpidettyyn potilasrekisteriin.</p>	<p>Tutkimuksessa täydentävä ja vaihtoehtoinen hoito (CAM) määriteltiin ”manuaaliseksi terapiaksi”. CAM-hoitoa käytettiin perinteisten hoitomuotojen rinnalla. CAM-hoitoja käyttävät henkilöt, käyttävät runsaasti myös muita terveydenhuoltopalveluja. Kroonisesti sairaat potilaat ja liikunnallisesti aktiiviset henkilöt erottuivat selkeästi omina ryhminään käyttämällä hyväkseen CAM-palveluja, kun tulosten vaikutuksesta oli sopeutettu sosiaalis-väestötieteelliset ominaispiirteet, terveydentila ja elämäntapatekijät.</p> <p>Vastaajista 17 % oli konsultoinut CAM-palveluntarjoajan kanssa viimeisen kuluneen vuoden aikana, sekä monet potilaat olivat käyttäneet monenlaisia CAM-palveluntarjoajia. Eniten oli käytetty hierontapalveluja. Seuraavaksi eniten oli kävijöitä akupunktiossa, kiropraktikolla ja naprapaattilla.</p>

10	<p>Hemmilä, H. M. 2002.</p> <p>Quality of Life and Cost of Care of Back Pain Patients in Finnish General Practice.</p> <p>Spine 27, 647–653.</p>	<p>Tavoitteena oli tutkia pitkittyneestä selkäkivusta kärsivien potilaiden hoitokäytännöistä johtuvia suomalaisen perusterveydenhuollon kustannuksia sekä vaikutuksia potilaiden elämänlaatuun. Hoitokäytännöistä vertailussa olivat fysioterapia, manuaaliset hoitotekniikat ja kevyt harjoitteluterapia.</p> <p>Satunnaistettu kliininen tutkimus.</p> <p>n = 114 perusterveydenhuollon potilasta, joilla oli pitkittyntä selkäkipua.</p>	<p>Vuoden sisällä tutkimukseen osallistuneista potilaista 1/3 oli hoidettu perusterveyshuollossa ja 1/2 oli saanut jonkin verran terapeuttista hoitoa: pääasiassa hierontaa, fysioterapiaa, naprapatiaa tai jäsenkorjausta.</p> <p>Yksi kolmasosa kustannuksista käytettiin täydentäviin hoitoihin ja yksi kolmasosa kuntoutukseen. Kokonaiskustannuksista 55 prosenttia aiheutuivat sairauspoissaoloista. Fysioterapian hoitajakson jälkeen sairauspoissaolot ja käynnit perusterveydenhoidossa vähenivät. Potilaalla, jolla on pitkittyntä selkäkipua, parempaa elämänlaatua näytti tuottavan fysioterapia ja manuaalinen terapia. Keskimääräiset kokonaiskustannukset nousivat hieman satunnaistettujen terapiakäyntien jälkeen.</p> <p>Tiedot tutkimukseen kerättiin Kansaneläkelaitoksen tiedostoista, potilasrekistereistä ja Nottinghamin terveysprofiiliin (NHP) kyselylomakkeista. Potilaiden tilannetta seurattiin yksi vuosi ennen kliinistä tutkimista sekä yksi vuosi tutkimisen jälkeen. NHP:n tilastoissa parempia hoitotuloksia saavutettiin fysioterapialla ja manuaalisella hoidolla kuin harjoitusterapialla. Jotta eri terapiamuotojen kustannustehokkuus saadaan luotettavasti tutkittua, tarvitaan huomattavasti suurempi tutkimusasetelma.</p>
11	<p>Ternstro, S., Marie Andersson, M. & Bergman, U. 2000.</p> <p>An effect of body massage on voice loudness and phonation frequency in reading.</p> <p>Logoped Phoniatr Vocol 25, 146–151.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin niska-hartiaseudun ja apuhengityshäksiin kohdistuneen hierontakäsittelyn vaikutusta puheäänien voimakkuuteen ja äänitaajuuteen.</p> <p>Satunnaistettu vertailututkimus.</p> <p>n = 31 kuorolaulajaa, jotka eivät olleet laulaneet tutkimuspäivänä.</p> <ul style="list-style-type: none"> n = 16, index-ryhmä, alkumittauksen jälkeen naprapaatin suorittama hierontakäsittely. n = 15, kontrolliryhmä, alkumittauksen jälkeen lepo hiljaisuudessa hieronta-ajan verran. <p>Molemmat ryhmät lukivat kolmen minuutin tekstin, joka nauhoitettiin, ennen ja jälkeen vertailutapahtuman. Nauhoitukset tehtiin DAT nauhurilla ja äänitasot kalibroitiin.</p>	<p>Tämän tutkimuksen tulokset tukevat alan asiantuntijoiden vaikutelmaa siitä, että hieronnalla voi olla myös rentouttavaa vaikutusta puheääneneen. Hierontaryhmässä äänenvoimakkuus aleni (-1,0 dB) ja sävelkorkeus laski (-1,1 puolisävelaskelta). Erot olivat pienet, mutta tilastollisesti merkittävät. Miesten sävelkorkeus laski jonkin verran enemmän kuin naisten. Kontrolliryhmässä ei todettu muutoksia kumpaakaan tutkimusaiheeseen. Tulokset olivat äänitteistä hankalasti havaittavissa, koska äänitaajuus pysyi normaalilla tasolla molemmissa tutkimusryhmissä.</p>

Taulukko 8: Systemoidun kirjallisuuskatsauksen tutkimustaulukko naprapatiasta. Lyhenteiden selitykset ovat liitteessä 2.