

**This is a self-archived version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.**

**Author(s):** Teppo, Ulla; Vanhala, Mauno; Oikari, Marjo; Ylinen, Jari; Häkkinen, Arja

**Title:** Fysioterapeutin ohjaama itsehoito auttaa polvioireisia potilaita

**Year:** 2012

**Version:** Published version

**Copyright:** © Suo-men Lää-kä-ri-liit-to, 2012

**Rights:** In Copyright

**Rights url:** <http://rightsstatements.org/page/InC/1.0/?language=en>

**Please cite the original version:**

Teppo, U., Vanhala, M., Oikari, M., Ylinen, J., & Häkkinen, A. (2012). Fysioterapeutin ohjaama itsehoito auttaa polvioireisia potilaita. *Suomen Lääkärilehti*, 67(39), 2736-2740.

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/fysioterapeutin-ohjaama-itsehoito-auttaa-polvioireisia-potilaita/>

**ULLA TEPPO**

TtM, fysioterapeutti  
Jyväskylän ammattikorkeakoulu  
ulla.teppo@hotmail.com

**MAUNO VANHALA**

yleislääketieteen professori  
Kuopion yliopisto ja  
Keski-Suomen keskussairaala

**MARJO OIKARI**

TtM, fysioterapeutti  
Keski-Suomen keskussairaala

**JARI YLINEN**

LT, dosentti, ylilääkäri  
Keski-Suomen keskussairaala,  
fysiatrian klinikka

**ARJA HÄKKINEN**

TtT, kliinisen fysioterapian  
professori  
Jyväskylän yliopisto,  
terveysieteiden laitos

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Bevan S, McGee R, Quarello T. Fit for work? Musculoskeletal disorders and the Finnish labour market. The Work Foundation 2009. (siteerattu 20.3.2011) www.fitforworkeurope.eu/Website-Documents/ffw\_Finland171109.pdf.
- 2 Heliövaara M, Riihimäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Suomalaisen terveys. Duodecim, terveyskirjasto 2005. (siteerattu 3.3.2011) www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\_artikkeli=suo00026.
- 3 Toivanen AT, Heliövaara M, Arokoski JP, Knekt P, Lauren H, Kroger H. Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis – a population-based study with a follow-up of 22-years. Rheumatology 2010; 49:308–14.
- 4 Polvi- ja lonkanivelrikon hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistyksen asettama työryhmä 2007. (siteerattu 20.11.2010) www.kaypahoito.fi.
- 5 Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapiakäytäntö -suositus. Suomen Fysioterapeuttien asettama työryhmä. Helsinki: Suomen Fysioterapeutit ry 2008. (siteerattu 5.4.2011) www.fysioterapia.net.
- 6 Maurer B, Stern A, Kinossian B, Cook K, Schumacher H. Osteoarthritis of the knee: isokinetic quadriceps exercise versus an educational intervention. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:1293–9.
- 7 O'Reilly SC, Muir KR, Doherty M. Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. Ann Rheum Dis 1999;58:15–19.

# Fysioterapeutin ohjaama itsehoito auttaa polvioireisia potilaita

## Lähtökohdat

Terveystieteiden tutkimus on kohdennettava uudella tavalla, jotta palvelujen tuottaminen tehostuu. Tutkimuksessa selvitettiin fysioterapeutin antaman itsehoidon ohjauksen vaikuttavuutta polvioireisten potilaiden hoidossa.

## Menetelmät

Kyseessä oli 12 kuukauden seurantatutkimus. Keski-Suomen keskussairaalaan ortopedille tulleiden lähteiden perusteella 130 potilasta ohjattiin sovittujen kriteerien ja hoitomallin mukaisesti suoraan fysioterapeutille itsehoidon ohjaukseen. Potilaista 56 % vastasi vuoden kuluttua tehtyyn kyselyyn. Vastanneiden keski-ikä oli 60 vuotta (±13 v), 56 % oli naisia ja 85 %:lla oli polven nivelrikko. Seurannassa selvitettiin potilaiden toimintakykyä WOMAC-indeksillä ja elämänlaatua RAND-36-mittarilla sekä erityissairaanhoidon palvelujen käyttöä.

## Tulokset

Vuoden kuluttua ohjauksesta 86 % potilasta oli pysynyt konservatiivisella hoitolinjalla ja operatiiviseen hoitoon oli päätenyt 14 %. Seurantavuoden aikana polven kipu ja jäykkyys sekä toimintahaitta vähenivät WOMAC-indeksillä arvioituna (p = 0,001) ja myös potilaiden elämänlaatu parani RAND-36-mittarin neljällä ulottuvuudella tilastollisesti merkitsevästi (p = 0,05 – < 0,001).

## Päätelmät

Konservatiivisen hoitolinjan valinta ja fysioterapeutin antama kertaluonteinen itsehoidon ohjaus oli onnistunut, sillä suurin osa potilaista pysyi valitulla hoitolinjalla. Tulokset näkyivät myönteisinä muutoksina potilaiden elämänlaadussa ja toimintakyvyssä.

TULE-sairaudet ovat Euroopassa yleisin syy sairauspoissaoloihin ja aiheuttavat niistä jo noin kolmanneksen Suomessakin. TULE-potilaiden määrän ennustetaan väestön ikääntyessä entisestään kasvavan, mikä tuottaa paineita myös terveydenhuollon palvelujen lisäämiseen (1). TULE-sairauksista yleisimpiä ovat selkäkipurjen ohella erilaiset polven kipuoireet, kuten nivelrikko, nivelkierukka- ja nivelsidevammat, vammoihin liittyvät murtumat sekä polven etuosan kiputilat (2,3). Polvisairaudet aiheuttavat yleensä kivun lisäksi toimintahaittaa ja heikentävät potilaiden elämänlaatua.

Perustan näiden oireiden ja sairauksien hoidolle muodostaa lääkkeetön konservatiivinen hoito, jossa keskeisintä on hoitosuositusten mukaan potilasohjaus ja neuvonta sekä erilaiset terapeuttisen harjoittelun menetelmät (4,5). Viimeaikaiset tutkimustulokset ovat osoittaneet, että polvipotilaiden neuvonnalla sekä siihen liittyvällä liike- ja liikuntaharjoittelulla on

pystytty parantamaan nivelrikkopotilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua sekä lievittämään kipuja (6,7,8,9).

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelman (Kaste) tavoite on palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen. Asiakkaiden oikea-aikaisen hoitonsaamisen edistämiseksi on kehitettävä eheitä ja joustavia palvelukokonaisuuksia (10). Tehtävänsiirto, jolla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös jonkun toisen ammattiryhmän tehtäviin, on yksi tärkeä keino kohdistaa terveydenhuollon voimavaroja uudella tavalla (11).

Lääkäreiltä fysioterapeuteille tapahtuvia tehtävänsiirtoja ja laajennettuja tehtävänkuvia toteutetaan yleisimmin TULE-sairauksien hoidossa (12). Potilaiden ohjaus fysioterapeutille on nopeuttanut akuuttivastaanotolle pääsyä ja vähentänyt jatkotoimenpiteitä sekä niihin liittyviä kustannuksia (13,14,15). Tehtävänsiirroista on



- 8 Petrella R, Bartha C. Home based exercise therapy for older patients with knee osteoarthritis: a randomized clinical trial. *J Rheumatol* 2000;27:2215–21.
- 9 Devos-Compy L, Cronan T, Roesch SC. Do exercise and self-management interventions benefit patients with osteoarthritis of the knee? A meta-analytic review. *J Rheumatol* 2006;33:744–56.
- 10 STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- 11 Hukkanen LK, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työntekijöistä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.
- 12 Kukka A. Selvitys fysioterapeuttien laajennetusta tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit ry 2010.
- 13 Daker-White G, Carr A, Harvey I ym. A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:643–50.
- 14 Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Self-referral, access and physiotherapy: patient's knowledge and attitudes-results of a national trial. *Physiotherapy* 2006;94:141–9.
- 15 Carr A. Orthopaedic outpatient departments: an evaluation of appropriateness, effectiveness, cost-effectiveness and patient satisfaction associated with the assessment and management of defined referrals by physiotherapists. London: Department of Health 2003:3–31. (siteerattu 25.5.2011) <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Researchanddevelopment/Atoz/Primaryandsecondarycareinterface/DH>.
- 16 Bellamy N. The WOMAC knee and hip osteoarthritis indices: Development, validation, globalization and influence on the development of the AUSCAN hand osteoarthritis indices. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23:48–53.
- 17 Aalto A-N, Aro R, Teperi J. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset viitearvot. *Stakes, tutkimuksia* 199;101:1–6.
- 18 Liikavainio T, Lyytinen T, Tyräinen E, Sipilä S, Arokoski JP. Physical function and properties of quadriceps femoris muscle in men with knee osteoarthritis. *Acta Phys Med Rehabil* 2008;89:2185–94.
- 19 Brosseau L, Wells GA, Tugwell P ym. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercise and manual therapy in the management of osteoarthritis. *Phys Ther* 2005;85:907–17.
- 20 Fransen L, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3.

kokemuksia mm. Kanadasta, USA:sta sekä Hollannista, Norjasta ja Tanskasta, mutta Suomessa aihetta ei ole tutkittu.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ortopedilta fysioterapeutille siirrettyjen polvioireisten potilaiden itsehoidon ohjauksen vaikutuksia. Keski-Suomen keskussairaalassa konservatiiviselle hoitolinjalle ohjattujen potilaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun muutoksia tarkasteltiin fysioterapeutin kertaohjauksen jälkeen vuoden seurannassa. Lisäksi tarkasteltiin potilaiden erikoissairaanhoitoon palveluiden käyttöä.

## Aineisto ja menetelmät

Keski-Suomen keskussairaalassa tehtävänsiirtona toteutetulla fysioterapeutin vastaanotolla oli vuoden 2010 loppuun mennessä käynyt 130 polvioireista potilasta, joista 73 (56 %) vastasi vuoden kuluttua lähetettyyn kyselyyn.

Ortopedi valitsi erikoissairaanhoitoon tulleiden lähetteen ja röntgenkuvien perusteella suoraan fysioterapeutin vastaanotolle ohjattavat potilaat. Sovittujen kriteerien ja hoitomuotojen mukaisesti fysioterapeutille ohjattiin potilaat, joiden diagnoosi oli polven nivelrikko ja siihen liittyvä mahdollinen ylipaino (painoindeksi > 40), polven etuosan kivut, patellaluksaation jälkitila, patellofemoraalinen arthroosi, lievä ja keskivaikea arthroosi tai vaikea arthroosi (kun potilas oli yli 70-vuotias ja kipu lievä).

Vastaanotolla ortopediseen fysioterapiaan perehtynyt ja lisäkoulutettu fysioterapeutti teki kliinisen tutkimisen ja arvioinnin perusteella yksilöllisen kuntoutussuunnitelman. Tarvittaessa hän konsultoi fysiatrria tai ortopedia ja laati ylipainoisille potilaille lähetteen ravitsemusterapeutille. Potilaat saivat tietoa ja ohjausta sairautensa hoidosta, kivusta, painonhallinnasta sekä omatoimisesta harjoittelusta. Kivun itsehoito-ohjauksessa heitä neuvottiin polviharjoittelun ja liikunnan lisäksi käyttämään tarvittaessa kylmä- ja lämpöhoitoja, polvitukia, kuormitusta vaimentavia jalkineita tai liikkumisen apuvälineitä. Potilailla oli mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä fysioterapeuttiin kolmen kuukauden kuluessa käynnistä.

Potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua tutkittiin sekä vastaanottokäynnillä että vuoden kuluttua tehdyllä kyselyllä. Toimintakykyä arvioitiin WOMAC-indeksillä (Western Ontario and McMaster University osteoarthritis Index) (16). Se sisältää 24 kysymystä: viisi kivusta (yh-

teispisteet 0–20), kaksi jäykkyydestä (0–8) ja 17 toimintahaitasta (0–68). Kokonaispisteet muodostavat WOMAC-indeksin (yhteispisteet 0–96).

Terveyteen liittyvää elämänlaatua selvitettiin RAND-36 Item Health Survey -kyselyllä, joka sisältää kaikkiaan kahdeksan terveydentilaa ja hyvinvointia kuvaavaa ulottuvuutta (17). Kullakin ulottuvuudella korkeampi pistemäärä (asteikko 0–100) kuvaa parempaa terveyteen liittyvää elämänlaatua.

Erikoissairaanhoitoon palvelujen käyttötiedot poimittiin sähköisestä käyntitietojärjestelmästä vuoden ajalta fysioterapeutin vastaanoton jälkeen. Mukaan otettiin polvioireiden vuoksi tehdyt toimenpiteet (tekonivelleikkaus, täyhystys), vastaanottokäynnit (fysioterapeutilla, ravitsemusterapeutilla ja ortopedilla) sekä puhelinkontaktit. Lisäksi potilailta kysyttiin polvioireiden kestoa ja esiintymistiheyttä.

Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla (versio 18). Muuttujia kuvaavina tunnuslukuina olivat keskiarvo, keskihajonta ja prosenttijakauma. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin khiin neliö -testillä. Vuoden seurannassa elämänlaadun ja toimintakyvyn muutoksia tarkasteltiin parillisten otosten T-testillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli  $p < 0,05$ .

## Tulokset

Tutkimukseen tuli mukaan 73 konservatiiviselle hoitolinjalle ohjattua potilasta, joiden keski-ikä oli 60 ( $\pm 13$ ) vuotta ja heistä 56 % oli naisia (taulukko 1). Puolet tutkittavista oli eläkkeellä ja noin kolmannes työelämässä. Nivelrikko oli diagnosoitu 85 %:lla ja lopuilla oli muita polvioireita (kierukan repeämä, polven nivelhiiri, rustonpehmentymä, nivelkipu, polvilumpion sijoiltaanmeno tai murtuma ja määrättämätön polvinivelen vika). Polvioireet olivat kestäneet keskimäärin 5,1 (SD 5,6) vuotta. Fysioterapeutin vastaanotolla ”useita kertoja viikossa” raportoitujen polvioireiden esiintymistiheys väheni 90:stä 59 prosenttiin ( $p < 0,001$ ) vuoden seurannassa.

Vuoden kuluttua konservatiivisella hoitolinjalla oli edelleen 86 % kyselyyn vastanneista ja 14 % oli päätenyt operatiiviselle hoitolinjalle (tekonivelleikkaus tai täyhystys). Seuranta-aikana konservatiivisesti hoidetuista potilaista 4 kävi fysioterapeutin, 7 ortopedin ja 4 ravintoterapeutin vastaanotolla. Lisäksi 16 potilasta otti yhteyttä fysioterapeuttiin puhelimitse.

- 21 O'Reilly S, Doherty M. Signs, symptoms, and laboratory tests. Teoksessa: Brandt KD, Doherty M, Lohmander S toim. Osteoarthritis. 2. painos. New York: Oxford University Press 2003:197–210.
- 22 Kidd B. Pathogenesis of joint pain in osteoarthritis. Teoksessa: Brandt KD, Doherty M, Lohmander S toim. Osteoarthritis. 2. painos. New York: Oxford University Press 2003:185–93.
- 23 Leskelä J, Viitanen E, Piirainen A. Client feedback on physiotherapy counseling in primary health care. Patient education and counseling 2005;56:218–24. Elsevier 2005.
- 24 Roddy E, Zhang W, Doherty M ym. Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee – the MOVE consensus. Rheumatology 2005;44:67–73.
- 25 Heath G. A behavioral approach to prescribing physical activity for health and fitness. Teoksessa: Frontera WR toim. Exercise in Rehabilitation Medicine. 2. painos. Champaign, IL: Human Kinetics 2006:73–92.
- 26 Hurley M, Walsh N, Mitchell H ym. Clinical effectiveness of rehabilitation program integradign exercise, self-management, and active copign strategies for chronic knee pain: a cluster randomized trial. Arthritis Rheum 2007;57:1211–9.
- 27 Pisters M, Veenhof C, van Meeteren N ym. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. Arthritis Rheum 2007;57:1245–53.
- 28 Veenhof C, Köke A, Dekker J ym. Effectiveness of behavioral graded activity in patient with osteoarthritis of the hip and/or knee: a randomized clinical trial. Arthritis Rheum 2006;55:925–34.
- 29 Oldmeadow LB, Bedi H, Burch H, Smith JS, Leahy E, Goldwasser M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. MJA 2007;186:625–8.

**TAULUKKO 1.**

**Tutkimushenkilöiden (n = 73) sosiodemografiset ja kliiniset tiedot alkutilanteessa.**

Keski-ikä, v	60 (SD 13)
Naisten osuus, %	56
Kehon painoindeksi, ka	29 (SD 6)
Toimeentulo	
eläkkeellä, %	51
osa-aikaeläkkeellä, %	4
työssä, %	30
työtön, %	7
muu, %	8
Diagnoosi	
nivelrikko, %	85
muu polvioire, %	15
Oireen kesto, kk	61 (SD 67)

Toimintakykyä mittaavat WOMAC-kokonaispisteet olivat alussa keskimäärin 44 (SD 23) ja toimintakyky parani vuoden aikana keskimäärin 10 pistettä (95 %:n LV 5–16;  $p < 0,001$ ). Kaikilla WOMAC-ulottuvuuksilla (koettu toimintahaitta, jäykkyys ja kipu) muutos oli tilastollisesti merkitsevä ( $p = 0,001$ ), vaikka pistemääräiset muutokset olivat vähäisiä (kuvio 1).

Terveysten liittyvä elämänlaatu parani fyysisen toimintakyvyn ( $p = 0,002$ ), fyysisen roolitoiminnan ( $p = 0,005$ ), psyykkisen roolitoiminnan ( $p = 0,050$ ) ja kivuttomuuden ( $p < 0,001$ ) ulottuvuuksilla. Muilla elämänlaadun ulottuvuuksilla muutokset olivat vähäisiä (taulukko 2).

Valittuun konservatiiviseen hoitoon oli vuo-

den seurannassa tyytyväisiä 57 % potilaista ja täysin eri mieltä hoitolinjan valinnasta oli 6 %. Fysioterapeutin tekemät tutkimukset selvensivät potilaalle polven hoitoperiaatteita 54 %:n mielestä erittäin paljon tai paljon, mutta 2 %:n mielestä ei lainkaan.

**Pohdinta**

Tutkimus osoitti, että fysioterapeutin antaman itsehoidon ohjauksen vaikutukset näkyivät positiivisena muutoksena polvioireisten potilaiden toimintakyvyssä ja elämänlaadussa. Suurin osa fysioterapeutin ohjauksessa olleista polvioireisistä potilaista pysyi konservatiivisella hoitolinjalla ja vain pieni osa heistä päätyi operatiiviseen hoitoon.

Aiemmassa suomalaistutkimuksessa polven nivelrikkoa sairastavien miesten fyysinen toimintakyky, fyysinen roolitoiminta ja kivuttomuus olivat RAND-36-mittarin mukaan selvästi huonompia kuin terveillä verrokeilla (18). Meidän tutkimusjoukossamme tapahtui paranevista juuri näillä ulottuvuuksilla ja lisäksi myös psyykkinen roolitoiminta koheni. Tulos kuvaa elämänlaadun muutosta nivelrikkopotilaan kannalta merkittävillä osa-alueilla.

Konservatiivisen hoidon keskeisiä tavoitteita on toimintakyvyn paraneminen ja kivun lievittyminen. WOMAC-kyselyllä arvioituna potilaiden kokema polven kipu ja jäykkyys sekä toimintahaitta olivat vähentyneet vuoden seurannassa. Terapeuttisella harjoittelulla ja fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on aiemmissakin tutkimuksissa todettu olevan kipua lievittävä sekä toimintakykyä ja elämänlaatua parantava vaikutus (7,8,19,20).

Nivelrikkoon liittyvä kipu on sairauden merkittävin oire, jota esiintyy niin levossa kuin liikkuessa (21). Kipu voi syntyä eri kipumekanismien kautta, mutta tarkkaa yksittäistä syntymekanismia ei tiedetä (22). Tämän vuoksi nivelrikkopotilaiden kipua voidaan pyrkiä hoitamaan eri tavoin. Potilaille neuvottiin useita erilaisia itsehoitomenetelmiä ja käytettiin erilaisia ohjausmenetelmiä mm. kivun hoitoon ja polvien kuormituksen vähentämiseen.

Elämänlaatua ja toimintakykyä kuvaavien pistemäärien muutokset tutkimuksessamme eivät olleet kovin suuria. Merkillepantavaa on kuitenkin, että erilaisilla ohjaus- ja kuntoutusmenetelmillä voidaan saavuttaa itsehoidossa hyviä tuloksia ja vahvistaa potilaiden tunnetta sii-

**TAULUKKO 2.**

**Potilaiden (n = 73) elämänlaatu tutkimuksen alkutilanteessa ja muutos vuoden seurannassa.**

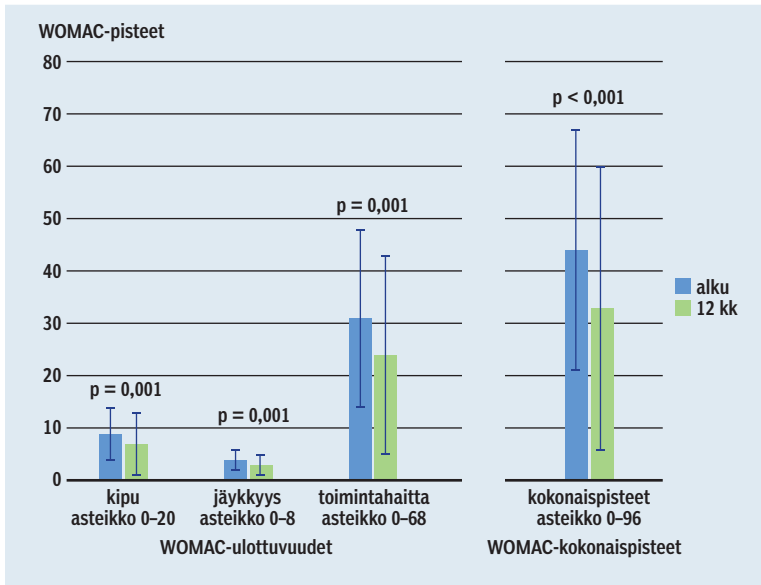
	Alkutilanne <sup>1</sup> ka (SD)	Muutos <sup>1,2</sup> ka	95 %:n LV	p-arvo
Fyysinen toimintakyky	42 (23)	8	-3 - +13	0,002
Fyysinen roolitoiminta	33 (40)	15	+5 - +26	0,005
Psyykkinen roolitoiminta	65 (42)	10	0 - +21	0,05
Tarmokkuus	57 (22)	2	-2 - +7	0,32
Psyykkinen hyvinvointi	71 (18)	-0,1	-4 - +4	0,94
Sosiaalinen toimintakyky	72 (25)	5	-1 - +12	0,11
Kivuttomuus	42 (23)	13	+6 - +20	< 0,001
Koettu terveys	49 (20)	1	-3 - +6	0,54

<sup>1</sup> Mitattu Rand-36 Item Health Survey 1.0 -mittarilla

<sup>2</sup> Mitattu parillisten otosten T-tesillä.

KUVIO 1.

**Toimintakykyä kuvaavat WOMAC-ulottuvuudet tutkimuksen alussa ja 12 kuukauden seurannan kuluttua.**



30 Soinen J, Paavolainen P, Grönblat M, Käähä E. Validation study of Finnish version of the Western Ontario and McMaster University osteoarthritis index. *Hip International* 2008;18:106-11.

31 Haapa-aho M, Koskinen M-K, Kuosmanen I. Työnjakomallit. Laajennetaan tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. *Tehyn julkaisusarja F:3/2009*. (siteerattu 23.5.2011) [www.tehy.fi/oBIn/20444141/Ty%3%83%2%6b6n%2020pains.pdf](http://www.tehy.fi/oBIn/20444141/Ty%3%83%2%6b6n%2020pains.pdf).

**SIDONNAISUDET**

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):  
 Arja Häkkinen: luentopalkkiot (Roche, MSD, Pfizer).  
 Ulla Teppo, Mauno Vanhala, Marjo Oikari, Jari Ylinen: ei sidonnaisuuksia.

tä, että he kykenevät itse hallitsemaan oman sairautensa hoitoa (20,23-27).

Valtaosa potilaista selvisi ilman käyntiä erikoissairaanhoidossa seurantavuoden aikana. Konservatiivisen hoidon onnistuminen on todennäköisesti vähentänyt kirurgisen hoidon jonoja ja nopeuttanut näin leikkaushoitoa tarvitsevien hoitopäätöksiä.

Konservatiivisen hoitolinjan potilaiden yhteydenottoista puolet hoitui puhelimitse. Potilaan jatko-ohjauksen ja seurannan järjestäminen joko puhelimitse tai erilaisten sähköisten palvelujärjestelmien muodossa voisi olla nopea ja kustannustehokas tapa vastata palvelutarpeeseen ja lisätä itsehoitoon sitoutumista. Fysio-

terapeutin antaman tuen, kuten seurantakäyntien, soittojen ja harjoituspäiväkirjojen, on todettu lisäävän sitoutumista harjoitteluun ja myös pidentävän harjoitusvaikutusta (23,28,27).

Potilaiden kokemukset ohjauksikäynnistä fysioterapeutilla olivat myönteisiä. Pääosa piti valittua hoitoa itselleen oikeana ja koki fysioterapeutin tutkimusten selventäneen polvioireen itsehoitoperiaatteita. Myös muissa vastaavissa selvityksissä TULE-potilaat ovat olleet suurelta osin tyytyväisiä sekä käynnin siirtämiseen fysioterapeutille että vastaanoton sisältöön. Potilaiden suurimmat odotukset kohdistuivat fysioterapeutin antamaan neuvontaan ja ohjaukseen, erityisesti neuvoihin kivun lievityksestä (15,29).

Tutkimuksen luotettavuutta heikensi varsin suuri kato seurantakyselyssä. Seurannasta poisjääneet eivät eronneet vastanneista iän ja sukupuolen suhteen. Poisjääneiden kliinisiä tietoja ei selvitetty sairauskertomuksista, koska heiltä ei ollut pyydetty siihen suostumusta. Kohorttitutkimuksen heikkoutena voidaan pitää kontrolliryhmän puuttumista. Jokainen potilas sai yksilöllistä ohjausta oman tilanteensa mukaan, joten tuloksista ei voi eritellä lopputulokseen vaikuttaneita tekijöitä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että apuna käytettiin luotettaviksi ja toistettaviksi todettuja WOMAC ja RAND-36 -kyselyjä (17,16,30).

Kansallisen terveystieteen tavoitteena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä sekä turvata hoidon saatavuus, laatu ja riittävyys. Tämä nostaa ammattiryhmien välisen työnjaon keskeiseksi teemaksi. Hoitotakuujärjestelmä on edistänyt työnjaon kehittämistä, siihen liittyvää koulutusta ja tehtävänsiirtoja (31). Tässä tutkimuksessa esitelty uuden toimintamallin kokeilu osoitti, että on perusteltua jatkaa fysioterapeuttien vastaanottotoiminnan kehittämistä osana polvioireisten potilaiden hoitoa. ■

**Tästä asiasta tiedettiin**

- Lääkärien ja fysioterapeuttien välistä tehtävänsiirtoa on toteutettu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.
- Lisäkoulutetuille fysioterapeuteille on siirretty vastaanottotoimintaa, joissa konservatiivisen hoidon keskeisiä osia ovat potilasohjaus sekä liike- ja liikuntaharjoittelu.

**Tämä tutkimus opetti**

- Itsehoidon ohjaus paransi polvioireisten potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua.
- Suurin osa fysioterapeutin ohjauksessa olleista potilaista selvisi vuoden ajan konservatiivisessa hoidossa.
- Polvioireisten potilaiden ohjaus suoraan konservatiiviselle hoitolinjalle onnistui sekä terveydenhuollon palvelutuotannon että potilaan toimintakyvyn kannalta.

**ENGLISH SUMMARY**

[WWW.LAAKARILEHTI.FI](http://WWW.LAAKARILEHTI.FI) >

IN ENGLISH

Effect of self-care advice on outcome of patients with knee symptoms

ULLA TEPPÖ  
MAUNO VANHALA  
MARJO OIKARI  
JARI YLINEN

ARJA HÄKKINEN  
Ph.D., Professor of Physiotherapy  
University of Jyväskylä  
arja.hakkinen@jyu.fi

## ■ ENGLISH SUMMARY

# Effect of self-care advice on outcome of patients with knee symptoms

---

## Background

In a new healthcare model patients with knee symptoms can be managed conservatively by referring them to a physiotherapist instead of an orthopaedic surgeon.

## Methods

Patients (n=130) with knee symptoms had a single advisory session with a physiotherapist. One year after the visit they were sent a questionnaire inquiring about functioning and health related quality of life (HRQOL). The use of specialized healthcare services within the 12-month period was recorded.

## Results

A total of 73 patients with knee symptoms (mean age 60, 56% women, 86% with osteoarthritis of the knee) participated in the follow-up. Of these patients 86% received only conservative treatment while 14% needed operative treatments. Significant improvements in HRQOL and functioning were observed.

## Conclusion

Conservative treatment consisting of a single advisory session with a physiotherapist benefited most of the patients with knee symptoms as they experienced improvement in certain dimensions of HRQOL and functioning.

---