

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

**Author(s):** Holopainen, Riikka; Tarnanen, Sami; Reito, Aleks

**Title:** Konservatiivinen hoito on yhä ensisijainen selkäkipuun ja nivelrikkoon

**Year:** 2024

**Version:** Published version

**Copyright:** © 2024 Suomen lääkäriiitto

**Rights:** In Copyright

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

**Please cite the original version:**

Holopainen, R., Tarnanen, S., & Reito, A. (2024). Konservatiivinen hoito on yhä ensisijainen selkäkipuun ja nivelrikkoon. *Lääkärilehti*, 79(17-18), 687-690.

<https://www.laakarilehti.fi/e39728>

**Riikka Holopainen**

TtT, fysioterapeutti  
Jyväskylän yliopisto  
liikuntatieteellinen  
tiedekunta, Etelä-Savon  
hyvinvointialue ja  
MoveDoc Oy

**Sami Tarnanen**

TtT, fysioterapeutti  
MoveDoc Oy ja Mehiläinen  
Työelämäpalvelut

**Aleksi Reito**

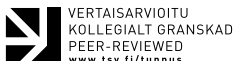
LT, dosentti, ortopedian  
ja traumatologian  
erikoislääkäri  
Pirkanmaan  
hyvinvointialue

**KIRJALLISUUTTA**

- 1 Fernandez M, Ferreira M, Refshauge K ym. Surgery or physical activity in the management of sciatica: a systematic review and meta-analysis. Eur Spine J 2015;25:3495–512.
- 2 Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM ym. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. Br J Sports Med 2015;49:1229–35.
- 3 Artus M, van der Windt D, Jordan K, Hay E. Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. Rheumatology (Oxford). 2010;49:2346–56.
- 4 Artus M, van der Windt D, Jordan K, Croft P. The clinical course of low back pain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. BMC Musculoskelet Disord 2014;15:68.
- 5 Lin I, Wiles L, Waller R ym. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. Br J Sports Med 2020;54:79–86.

**Sidonnaisuudet verkoversiossa**  
[www.laakarilehti.fi](http://www.laakarilehti.fi)  
SLL 17–18/2024

**Viittaus:**  
Suom Lääkäril 2024;79:e39728



# Konservatiivinen hoito on yhä ensisijainen selkäkipuun ja nivelrikkoon

- Nivelrikko ja pitkittynyt selkäkipu ovat moniulotteisia ongelmia. Niitä on epätodennäköistä onnistua ratkaisemaan yksinkertaisilla interventioilla.
- Hoidoksi suositellaan konservatiivisia keinoja. Etenkään pitkällä aikavälillä monet niistä eivät kuitenkaan tarjoa merkittävää hyötyä verrattuna muihin menetelmiin ja lumehoitoon.
- Potilaat kannattaa ohjata ensin fysioterapeutin suoravastaanotolle.
- Omahoidon ohjaukseen tulee panostaa. Tukena on hyvä suosia ryhmämuotoista kuntoutusta.

**NIVELRIKON** ja selkäkivun esiintyvyys kasvaa väestön ikääntyessä. Samalla taloudellisten resurssien niukkeneminen pakottaa harjoittamaan yhä tarkemmin, millaisiin hoitomenetelmiin julkisia varoja kohdistetaan. Hoitosuosituksen tulee perustua kokonaistutkimusnäyttöön. Sen pohjalta on kyettävä valitsemaan kustannusvaikuttavat menetelmät.

Tähän katsaukseen on koottu nivelrikon ja epäspesifisen alaselkäkivun konservatiivisen hoidon keskeisin tutkimusnäyttö. Sen perusteella on hahmoteltu suuntaviivoja hoidolle.

Ortopediassa on viime vuosina karsittu tuki- ja liikuntaelinvaikeiden leikkaushoitoja lumenkontrolloitujen tutkimusten nojalla. Monissa tutkimuksissa konservatiivisen hoidon tulokset ovat vastanneet leikkauksen tuloksia. Leikkaus taas ei ole ollut lumehoitoa parempi (1,2). Tämän vuoksi myös konservatiivisen hoidon vaikuttavuutta on alettu tarkastella tarkemmin.

Esimerkiksi selkäkivun hoidon tulokset ovat olleet hyvin samantapaisia riippumatta interventiosta. Alussa oireet lievittyvät nopeasti, mutta puolen vuoden jälkeen toipumista ei enää juuri tapahdu (3,4).

## Mitä hoitoa suositellaan?

Konservatiivinen hoito on selkäkivun sekä polven ja lonkan nivelrikon ensisijainen vaihtoehto niin kansainvälisissä kuin kotimaisissa hoitosuosituksissa (5–7).

Akuutin alaselkäkivun konservatiivisen hoidon tärkeimpiä menetelmiä ovat potilasohjaus ja kannustaminen palaamaan normaaleihin aktiviteetteihin. Pitkittyneessä alaselkäkivussa ensisijaisia menetelmiä ovat potilasohjaus, harjoittelu ja psykososiaaliset interventiot.

joittelu ja psykososiaaliset interventiot.

Nivelrikon tärkeimpiä hoitoja ovat omahoidon ohjaus eli ymmärrys nivelrikosta ja liikkumiseen kannustaminen, harjoittelu sekä painonhallinta.

*”Harjoittelun haittavaikutukset ovat osoittautuneet vähäisiksi.”*

Lisäksi kumpaankin vaivaan suositellaan tarvittaessa lääkettä (8–11).

Muita yleisesti käytettyjä konservatiivisia interventioita ovat akupunktio ja manuaalinen terapia. Niiden suositukset ovat ristiriitaisia (8–11).

## Konservatiivisen hoidon tutkimusnäyttö Alaselkäkipu

Käypä hoito -suosituksen mukaan harjoittelun näytön aste on vahva pitkittyneessä alaselkäkipussa (6). Se todennäköisesti vähentää kipua hieman tehokkaammin lyhyessä seurannassa kuin hoitamatta jättäminen, tavanomainen tai lumehoito. Ero on myös kliinisesti merkittävä.

Toimintakyvyssä ero ei ole kliinisesti merkittävä. Erot kivussa ja toimintakyvyssä ovat kliinisesti merkityksellisiä myös, kun harjoittelua verrataan muihin konservatiivisiin hoitomenetelmiin.

Harjoittelun haittavaikutukset ovat osoittautuneet vähäisiksi (12).

- 6 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteri yhdistyksen asettama työryhmä. Alaselkikipu. Käypä hoito -suositus 5.5.2017. www.kaypahoito.fi
- 7 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistys ry:n asettama työryhmä. Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus 8.5.2018. www.kaypahoito.fi
- 8 Oliveira C, Maher C, Pinto R ym. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018;27:2791–803.
- 9 Foster N, Anema J, Chertin D ym. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet* 2018;391:2368–83.
- 10 Katz J, Arant K, Loeser R. Diagnosis and treatment of hip and knee osteoarthritis: a review. *JAMA* 2021;325:568–78.
- 11 Bichsel D, Liechti F, Schlapbach J, Wertli M. Cross-sectional analysis of recommendations for the treatment of hip and knee osteoarthritis in clinical guidelines. *Arch Phys Med Rehabil* 2022;103:559–69. e5.
- 12 Hayden J, Ellis J, Ogilvie R ym. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;9:CD009790.
- 13 Owen P, Miller C, Mundell N ym. Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *Br J Sports Med* 2020;54:1279–87.
- 14 Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R ym. Some types of exercise are more effective than others in people with chronic low back pain: a network meta-analysis. *J Physiother* 2021;67:252–62.
- 15 O’Keeffe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O’Sullivan K. Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017;51:126–32.
- 16 Ho EK, Chen L, Simic M ym. Psychological interventions for chronic, non-specific low back pain: systematic review with network meta-analysis. *BMJ* 2022;376:e067718
- 17 Silva Guerrero A, Maujean A, Campbell L, Sterling M. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions delivered by physiotherapists on pain, disability and psychological outcomes in musculoskeletal pain conditions. *Clin J Pain* 2018;34:838–57.

Erilaisten harjoittelumenetelmien hyödyt eivät eroa toisistaan niin paljon, että sillä olisi kliinistä merkitystä (13,14). Myös yksilöllisen ja ryhmämuotoisen harjoittelun tulokset vastaavat toisiaan (15).

Harjoitteluun yhdistettynä kognitiivis-behavioraalista menetelmistä ja potilasohjauksesta voidaan saada hieman lisähyötyä (16,17). Tulokset puoltavat sellaisia aktiivisia menetelmiä, joissa selkikipuista ohjataan ja rohkaistaan liikkumaan ja harjoittelemaan. Harjoittelussa edetään asteittain ja huomioidaan potilaan mieltymykset ja mahdollisuudet (13,14).

Akuutissa epäspesifisessä alaselkävivussa harjoittelun vaikutus kipuun ja toimintakykyyn on kliinisesti merkityksellön, kun sitä verrataan lumehoitoon tai hoitamatta jättämiseen. Näyttö on tosin erittäin epävarmaa. Akuutissa selkävivussa tulisi välttää yli-diagnoosintia ja -hoitoa ja ohjata potilaat omahoidon pariin (18).

Joskus ammattilaisen apua tarvitaan, vaikka merkkejä vakavasta selkävivusta ei ole. Tällöin potilas kannattaa ohjata asiantuntija-fysioterapeutin vastaanotolle (19).

Manuaalinen terapia on osoittautunut vaikuttavaksi pitkittyneessä selkävivussa, kun sitä on verrattu hoitosuosituksiin kuulumattomiin menetelmiin. Akuutissa selkävivussa se on ollut vaikuttavaa verrattuna pelkkään informaation antamiseen. Erot ovat kuitenkin niin pieniä, ettei niitä voida pitää kliinisesti merkittävänä.

Akupunktion kliinisesti merkittävä vaikutus kivun vähenemiseen on osoitettu vain silloin, kun kivun muutosta on arvioitu heti hoidon jälkeen ( $\leq 1$  viikko) ja kun vertailuryhmä on jätetty hoidotta (20–22).

### Nivelrikko

Myös nivelrikossa harjoittelu on yksi ensisijaisista hoitomuodoista. Sen näyttö on melko vahva ja teho tavanomaisia kipulääkkeitä hieman parempi.

Vaikutus on kuitenkin pieni sekä kipuun että toimintakykyyn. Myös kliininen merkittävyys on kyseenalainen verrattuna hoitoon, joka ei sisällä harjoittelua (23). Eri harjoittelumuotojen tai yksilö- ja ryhmämuotoisen toteutuksen välillä ei ole selviä eroja.

Vaikutukset häviävät 3–6 kuukaudessa, jos harjoittelu lopetetaan (24).

Harjoittelulla voidaan mahdollisesti viivästyttää tekonivelleikkauksen tarvetta (25). Se on kustannusvaikuttavaa verrattuna esimerkiksi yleislääkärin antamaan hoitoon (26).

Muiden konservatiivisten hoitojen, kuten manuaalisen terapian, yhdistäminen harjoitteluteraapiaan ei lisää harjoittelun vaikuttavuutta

kipuun, toimintakykyyn ja elämänlaatuun polven ja lonkan nivelrikossa (27).

Yksittäin toteutettuna akupunktiolla ja muilla fysikaalisilla hoidoilla on todennäköisesti vähäinen vaikutus tai ei ollenkaan vaikutusta kipuun ja toimintakykyyn. Vaikutukset ovat myös lyhytkestoisia. Tutkimusten laatu on heikko (28).

### Tulosten soveltaminen

Monet suositellut ja ensisijaiset hoitomuodot eivät siis tarjoa kliinisesti merkittäviä eroja aktiivisiin, lume- tai odotuslistakontroleihin verrattuna varsinkaan pitkässä seurannassa. Mitä tästä pitäisi ajatella?

Konservatiivisten menetelmien spesifisen vaikutuksen mekanismi on edelleen epäselvä (29,30). Pitkittyneen alaselkävivun ja nivelrikon syntymekanismit ovat moniulotteisia. Niiden aiheuttama haitta on erilainen eri ihmisillä, ja taustatekijä voi olla biologinen, sosiaalinen, psykologinen tai näiden yhdistelmä. Tämä mutkistaa tehokkaiden hoitomenetelmien kehittämistä.

Vertailututkimusten perusteella niin kirurgisella kuin konservatiivisella hoidolla on vaikutus koettuun oireeseen. Tämän voi huomata helposti myös käytännön työssä.

Kliinikon on kuitenkin hyvä ymmärtää, että vaikutus tarkoittaa ajallista muutosta terveydentilassa tai oirekuvassa. Vaikuttavuuden toteaminen edellyttää asianmukaista vertailuasetelmaa. Yksilöllä tai ryhmässä havaittu vaikutus ei läheskään aina tarkoita samaa kuin vaikuttava hoito, jos ei käytetä vertailuasetelmaa.

Esimerkiksi arviolta 61–69 % nivelrikon hoidon tehosta tulee muista kuin sen spesifisistä vaikutuksista (31). Osuuteen kuuluvat hoitosuhde- ja merkitysvaikutus (hoidetuksi tulemisen kokemus, potilaan odotukset ja käsitykset hoidosta), luontainen paraneminen ja muut samanaikaiset hoidot. Niiden tarkkoja osuuksia ei tiedetä.

Nivelrikko on krooninen sairaus, ja sen aiheuttama oire ja toimintakyvyn vaje vaihtelevat. Hoitoon hakeudutaan usein, kun oire on hankalimmillaan. Todennäköisesti oire helpottuu ajan mittaan pelkästään luontaisen vaihtelun vuoksi.

Tämä kuvaa regressio kohti keskiarvoa -ilmiötä. Siinä suuri osa potilaista kokee oireiden helpottuvan lyhyellä aikavälillä, tehtiinpä mitä tahansa.

Näin ollen hoidon vaikutus ei kerro hoitomenetelmän spesifisistä vaikutuksista. Tämä lienee yksi syy interventioiden vähäisiin eroihin (32).

Harjoittelu ja muut konservatiiviset mene-

- 18 Ijzelenberg W, Oosterhuis T, Hayden JA ym. Exercise therapy for treatment of acute non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2023;8:CD009365.
- 19 Demont A, Bourmaud A, Kechichian A, Desmeules F. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2021;43:1637–48.
- 20 Gianola S, Bargeri S, Del Castillo G ym. Effectiveness of treatments for acute and subacute mechanical non-specific low back pain: a systematic review with network meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2022;56:41–50.
- 21 Rubinstein S, de Zoete A, van Middelkoop M, Assendelft W, de Boer M, van Tulder M. Benefits and harms of spinal manipulative therapy for the treatment of chronic low back pain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2019;364:l689.
- 22 Mu J, Furlan A, Lam W, Hsu M, Ning Z, Lao L. Acupuncture for chronic nonspecific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;12:CD013814.
- 23 Holden MA, Hattle M, Runhaar J ym. Moderators of the effect of therapeutic exercise for knee and hip osteoarthritis: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Lancet Rheumatol* 2023;5:e386–400.
- 24 Fransen M, McConnell S, Harmer A ym. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. *Br J Sports Med* 2015;49:1554–7.
- 25 Svege I, Nordsletten L, Fernandes L, Risberg MA. Exercise therapy may postpone total hip replacement surgery in patients with hip osteoarthritis: a long-term follow-up of a randomised trial. *Ann Rheum Dis* 2015;74:164–9.
- 26 Mazzei DR, Ademola A, Abbott JH, Sajobi T, Hildebrand K, Marshall DA. Are education, exercise and diet interventions a cost-effective treatment to manage hip and knee osteoarthritis? A systematic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2021;29:456–70.
- 27 Runge N, Aina A, May S. The benefits of adding manual therapy to exercise therapy for improving pain and function in patients with knee or hip osteoarthritis: a systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2022;52:675–A13.

## TAULUKKO 1.

### Selkäkivun sekä polven ja lonkan nivelrikon hoito

#### Arviointi ja suunnitelma

- Arvioi ensi käynnillä vakavien kivun syiden todennäköisyys ja biopsykososiaalisten tekijöiden osuus vaivassa.
- Tee huolellinen kliininen ja tarvittaessa neurologinen tutkimus.
- Selvitä kuntoutumiseen vaikuttavien psykososiaalisten tekijöiden (keltaiset liput) mukanaolo heti kipujakson alkuvaiheessa. Kartoituksessa selvitetään vaivaan liittyvä ymmärrys, huolet ja vaivan aiheuttama haitta.
- Toista arviointi seurantakäynneillä muutoksen selvittämiseksi.
- Keskustele potilaan kanssa kuvantamisen odotuksista ja rajallisesta merkityksestä ei-leikkauksellisen hoidon suunnittelun kannalta.
- Jos vakavien syiden merkkejä ilmenee, ohjaa potilas nopeasti kuvantamistutkimukseen.
- Informoi potilasta sattumalöydösten todennäköisyydestä ja merkityksestä.
- Tee yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka huomioi oireisiin vaikuttavat moniulotteiset tekijät. Perustana ovat suositusten mukaiset lääkkeettömät hoitokeinot.
- Järjestä tarvittaessa seuranta.

#### Potilaan ohjaus

- Anna yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa, joka auttaa potilasta ymmärtämään vaivaa sekä vähentää huolia ja epärealistisia odotuksia.
- Käy läpi lääkityksen ja muiden hoitojen hyödyt, haitat ja kustannukset.
- Kannusta potilasta kysymään sekä osallistumaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon.
- Kerro, ettei kipu liikkua merkitse vauriota ja että kohtalaisesta kivusta huolimatta liikkuminen on turvallista.
- Käy läpi omahoitomenetelmät ja suunnitelma, joilla parannetaan toimintakykyä, vähennetään kipua ja minimoidaan muiden oireiden vaikutukset.
- Tue omahoitomenetelmien käyttöä myös seurantakäyntien aikana.

#### Harjoittelu

- Suunnittele harjoitteluohjelma (esim. lihasvoiman, kestävyyskunnan, liikehallinnan tai liikkuvuuden parantamiseksi). Kuorituksen määrä ja etenemistahti sovitetaan potilaan lähtötilanteeseen ja kuntoutukselle asetettuihin tavoitteisiin.
- Valitse harjoittelun toteutustapa (esim. yksilö- tai ryhmäharjoittelu, ohjattu tai omatoiminen harjoittelu, vastaanotolla tapahtuva ohjaus tai etäohjaus, allasharjoittelu tai saliharjoittelu). Valinta tehdään potilaan mieltymysten ja palveluiden saatavuuden mukaan.
- Tarjoa ohjausta harjoitteluun tai fyysiseen aktiivisuuteen sekä psykososiaalisia interventioita.
- Interventioiden valinta perustuu kliiniseen tutkimiseen ja psykososiaalisten tekijöiden arviointiin. Interventiot kohdistetaan tunnistettuihin kuntoutumisen esteisiin.

#### Seuranta ja hoidon tukeminen

- Hyödynnä käyttäytymisen muutostekniikoita, jos potilas tarvitsee tukea elintapamuutuksiin (esim. fyysisen aktiivisuuden lisääminen, passiivisuuden vähentäminen, uni, painonpudotus).
- Jos potilaan työkyky on heikentynyt tai vaaran heikentyä, selvitä työssä selviytymisen tukitoimia ja työn muokkauksen mahdollisuuksia työterveyshuollon kautta.
- Informoi potilasta siitä, että kipulääkityksen tarkoituksena on mahdollistaa fyysinen aktiivisuus, ei poistaa kipua. Kipulääkkeiden liiallinen välttely ei ole perusteltua.
- Jos suosittelet kipulääkitystä, noudata hoitosuosituksia ja käy läpi hyödyt ja mahdolliset haitat.

#### Suosituks selkäkipuun

- Akuutissa selkäkivussa kannusta potilasta pysymään aktiivisena. Rohkaise jatkamaan tavanomaisia aktiiviteetteja tai palaamaan niihin (mukaan lukien työ) niin nopeasti kuin mahdollista.
- Oireiden jatkuessa tai voimistuessa arvioi tilanne uudelleen. Tavoitteena on paikantaa paranemisen esteet.
- Pyri tunnistamaan moniammatillisen hoidon tarve.
- Konsultoi erikoislääkäriä etenevässä selkä- tai alaraaja-kivussa, kun muulla hoidolla ei saada hoitovastetta, esiintyy neurologisia puutosoireita tai ilmenee muita huolestuttavia tai vakavaan taikka spesifiin syyhyyn viittaavia oireita.

#### Suosituks polven tai lonkan nivelrikkoon

- Anna potilaalle tietoa terveellisen painon säilyttämisen tärkeydestä.
- Tue ylipainoisia ja lihavia potilaita painonpudotuksessa ja terveellisen painon ylläpitämisessä.
- Harkitse liikkumisen apuvälineiden tarjoamista.
- Ehdota sekä työssä että kotona tehtäviä muutoksia kivun lievittämiseksi ja osallistumisen mahdollistamiseksi.
- Tekonivelkirurgia on loppuvaiheen nivelrikon vaikuttavaa hoitoa.
- Puhdistusleikkauksilla ei ole merkitystä nivelrikon hoidossa.
- Nivelensisäisiä injektioita voi käyttää perusterveydenhuollossa, mutta näyttö niiden hyödyistä on ristiriitaista. Myös riskit on huomioitava.

(5–7,41–43)

**28** French HP, Abbott JH, Galvin R. Adjunctive therapies in addition to land-based exercise therapy for osteoarthritis of the hip or knee. *Cochrane Database Syst Rev* 2022;10:CD011915.

**29** Runhaar J, Holden MA, Hattler M, ym.; STEER OA Patient Advisory Group; OA Trial Bank Exercise Collaborative. Mechanisms of action of therapeutic exercise for knee and hip OA remain a black box phenomenon: an individual patient data mediation study with the OA Trial Bank. *RMD Open* 2023;9:e003220.

**30** Wun A, Kollias P, Jeong H ym. Why is exercise prescribed for people with chronic low back pain? A review of the mechanisms of benefit proposed by clinical trialists. *Musculoskeletal Sci Pract* 2021;51:102307.

**31** Chen A, Shrestha S, Collins J, Sullivan J, Losina E, Katz J. Estimating contextual effect in nonpharmacological therapies for pain in knee osteoarthritis: a systematic analytic review. *Osteoarthritis Cartilage* 2020;28:1154–69.

**32** Järvinen T, Karjalainen T, Lähdeoja T, Reito A. Näyttöön perustuva ortopedia. Kirjassa: Helenius I, Laitinen M, Sirola J, toim. *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus 2022.

**33** Kent P, Haines T, O’Sullivan P ym. RESTORE trial team. Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet* 2023;401:1866–77.

**34** Toomey CM, Kennedy N, MacFarlane A ym. Implementation of clinical guidelines for osteoarthritis together (IMPACT): protocol for a participatory health research approach to implementing high value care. *BMC Musculoskeletal Disord* 2022;23:643.

**35** Lyng K, Djurtoft C, Bruun M ym. What is known and what is still unknown within chronic musculoskeletal pain? A systematic evidence and gap map. *PAIN* 2023;164:1406–15

**36** Simula AS, Jenkins H, Hancock M, Malmivaara A, Booth N, Karppinen J. Patient education booklet to support evidence-based low back pain care in primary care – a cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract* 2021;22:178.

**37** Bowden J, Hunter D, Feng Y. How can neighborhood environments facilitate management of osteoarthritis: A scoping review. *Semin Arthritis Rheum*. 2021;51:253–65.

telmät nähdään yhä usein kapea-alaisina interventioina, jotka keskittyvät kivuliaan kehonosan toimintaan. On erittäin epätodennäköistä, että monimutkainen ja -tekijäinen ongelma ratkeaisi yhteen osa-alueeseen kohdistuvalla toimenpiteellä. Tätä on yritetty suurimmassa osassa nykytutkimusta.

## ”Suunta alkaa myös tutkimuksessa kääntyä kohti potilaskeskeisyyttä.”

Suunta alkaa myös tutkimuksessa kääntyä kohti potilaskeskeisyyttä (33). Hoitoja on alettu tutkia osana hoitoketjuja käytännön ympäristöissä (34).

Taulukkoon 1 olemme koonneet ohjeet selkäkivun ja nivelrikon hoitoon tuoreimpien hoitosuosittelujen pohjalta.

### Suuntaviivoja eteenpäin

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien vaikutus- ja syntymekanismejä sekä niiden hoitoa ymmärretään vielä huonosti (35).

Joskus pienilläkin muutoksilla voidaan saada hyviä vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmän ja kustannusten näkökulmasta. Esimerkiksi alaselkäoppaan avulla pystyttiin vähentämään tarpeetonta kuvantamista ja sairauspoissaoloja (36).

Selkikipu ja nivelrikko ovat kompleksisia ilmiöitä. Siksi niiden hoitoa on katsottava laivemmasta näkökulmasta. Tätä edustavat esimerkiksi rakennetun ympäristön muokkaus (37) ja ennaltaehkäisyn huomiointi laajemmin yhteiskunnan tasolla.

Suosittelujen mukaisen hoidon toteutumiseen tulisi myös panostaa. Ainakin kansainvälisesti ammattilaiset vaikuttavat noudattavan hoitosuosituksia heikosti (38,39).

Parannettavaa on myös hoitosuhdevaikutuksen optimoinnissa. Monella potilaalla on

ammattilaisilta peräisin olevia negatiivisia käsitteitä kivusta.

Joskus hyvää tarkoittava ammattilainen voi sairastuttaa sanoillaan. Moni tuntee, ettei tule kuulluksi. Samoin koetaan vähättelyä, pompoteltua ammattilaiselta toiselle ja tyhjän päälle jäämistä (40).

### Millaista hoitoa verovarilla?

Koska useimmilla menetelmillä ei ole todettu selviä spesifisiä klinisiä vaikutuksia, suosittelemme toimenpiteitä, joilla säästetään kustannuksissa.

Terveydenhuollon voimavarat eivät riitä jatkamaan hoitoon, jossa tarvitaan ammattilaisten työpanosta. Olennaista on tukea omahoitoa ja parantaa arjen toimintakykyä.

Harjoittelua puoltaa edullisuus. Se kasvattaa minäpystyvyyttä ja auttaa kumoamaan negatiivisia käsityksiä kivusta. Samalla se ehkäisee kipujaksojen uusiutumista.

Suurin osa pärjää minimaalisella ohjauksella, mutta jotkut tarvitsevat pidempiaikaista ammattilaisten apua pysyäkseen työ- ja toimintakykyisinä.

Resurssien näkökulmasta terveydenhuoltoon hakeutuvat on parasta ohjata fysioterapeutin suoravastaanotolle, ei lääkäriin.

Ryhmämuotoiseen kuntoutukseen kannattaa panostaa niiden osalta, jotka tarvitsevat tukea omahoitoon. Terveydenhuollon yhteistyötä liikuntatoimen ja kolmannen sektorin kanssa tulee tehostaa.

Tarvitaan lisää laadukasta tutkimusta, jotta löydetään halvimmat, riskittömimmät ja riittävän hyödyn tuottavat interventiot. Lisäksi on etsittävä parempia keinoja tunnistaa ne, joiden riski kivun pitkittymiseen ja toimintakyvyn heikentymiseen on kasvanut. Näin resurssit voidaan kohdistaa tukea tarvitseville.

Tarvitaan myös lisää tutkimusta arki- ja kustannusvaikuttavuudesta. Sen avulla voidaan ymmärtää paremmin, miten tutkitut hoidot toimivat osana paikallisia hoitoketjuja. ●

**38** Zadro J, O’Keeffe M, Maher C. Do physical therapists follow evidence-based guidelines when managing musculoskeletal conditions? Systematic review. *BMJ Open* 2019;9:e032329.

**39** Hagen KB, Smedslund G, Østerås N, Jamtvedt G. Quality of community-based osteoarthritis care: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016;68:1443–52.

**40** Holopainen R, Piirainen A, Heinonen A, Karppinen J, O’Sullivan P. From “Non-encounters” to autonomic agency. Conceptions of patients with low back pain about their encounters in the health care system. *Musculoskeletal Care*. 2018;16:269–77.

**41** Moseng T, Vliet Vlieland T, Battista S ym. EULAR recommendations for the nonpharmacological core management of hip and knee

osteoarthritis: 2023 update. *Ann Rheum Dis* 2024 Epub ahead of print.

**42** Australian commission on safety and quality in healthcare. Low back pain. *Clinical care standard*. 2022. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/low-back-pain-clinical-care-standard-2022>

**43** World health organization. WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>