

"Suositus ohjannut fysioterapiaa selkeästi"

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksen toteutuminen konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan kohdalla

Marja-Leena Nousiainen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta - ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Marja-Leena Nousiainen	
Työn nimi "Suositus ohjannut fysioterapiaa selkeästi"	
Päiväys	12.11.2012
Sivumäärä/Liitteet	61(3)
Ohjaaja(t) Airi Laitinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Suomen Fysioterapeutit	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa miten Polven ja lonkan fysioterapiasuositus toteutuu konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan kohdalla sekä mitä merkitystä suosituksella on ollut fysioterapeutin työssä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa fysioterapeuttien käyttämistä arviointi – ja terapiakäytännöistä kyseisen asiakasryhmän kohdalla.</p> <p>Tutkimus oli kvantitatiivinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin Polven ja lonkan fysioterapiasuosituksen pohjalta laadittua kyselylomaketta. Kysely suunnattiin Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenille (N=104). Kyselyn vastausprosentti oli 24,1%. Tutkimustulokset analysoitiin Webropol ohjelmalla ja sisällön analyysimenetelmällä.</p> <p>Tutkimuksen tuloksina todettiin, että fysioterapeutit tutkivat ja arvioivat konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan toimintakykyä laaja- alaisesti ICF – viitekehysessä. Terapeuttisen harjoittelun menetelmistä fysioterapeutit käyttivät useimmiten venyttely – ja liikkuvuusharjoittelua, progressiivista lihasvoimaharjoittelua sekä dynaamista voimaharjoittelua. Manuaalisen terapian ja fysikaalisen hoidon menetelmiä fysioterapeutit käyttivät harvoin ja käytetyin fysikaalisen hoidon menetelmä oli kylmähoito. Fysioterapeutit suosittelivat useimmiten liikkumista ja toimintakykyä tukevia apuvälineitä sekä päivittäisten toimintojen apuvälineitä. Fysioterapeuttien käyttämät terapiamenetelmät vastasivat suositusta.</p> <p>Polven ja lonkan fysioterapiasuositus oli ohjannut arvointikäytäntöjä ja selventänyt sekä yhtenäistänyt terapiakäytäntöjä asiakastyössä. Suosituksella oli ollut myös merkitystä fysioterapeuttiseen ohjaukseen ja neuvontaa. Se oli helpottanut, nopeuttanut ja tuonut selkeyttä omaan työskentelyyn.</p>	
Avainsanat	
fysioterapia, polven ja lonkan nivelrikko, hoitosuositus	

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
THESIS

Abstract

Field of Study Social Services, Health and Sport			
Degree Programme Management and Development education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Marja-Leena Nousiainen			
Title of Thesis " Recommendation guided physiotherapy clearly"			
Date	12.11.2012	Pages/Appendices	61(3)
Supervisor(s) Airi Laitinen			
Client Organisation/Partners Finnish Association of Physiotherapists			
<p>Abstract</p> <p>The aim of this study was to find out how the Finnish recommendation of Evidence-Based physiotherapy in knee and hip osteoarthritis comes true in practice in clients with non – operative knee osteoarthritis. The aim of this study was find out what assessment and therapy methods physiotherapists used in their daily work.</p> <p>This study was quantitative. The data was gathered by a questionnaire which based on that recommendation. The questionnaire form was sent to the members (N= 104) of Pohjois- Savo Physiotherapist ltd.</p> <p>The results of this study were that physiotherapists examined and assessed non – operative knee osteoarthritis clients widely in the framework of the International Classification of Functioning (ICF). The methods of therapeutic exercise they used were usually stretching and mobility exercises, progressive strength exercises and dynamic strenght exercises. Manual therapy and physical treatments were used rarely and the most common physical treatment was cryotherapy. Physiotherapists recommended most commonly aids and devices walking functional capacity and activities of daily living.</p> <p>The recommendation had guided examine practice and cleared and standardized therapeutic practices. It had clear positive meaning to physiotherapeutic guidance and counseling. Recommendation had made physiotherapists work easier, quicker and clearer than before.</p>			
Keywords			
Physiotherapy, knee and hip osteoarthritis, clinical guideline			

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 HOITOSUOSITUKSET SUOMESSA	8
2.1 Käypä - hoito suositukset.....	10
2.2 Hoitotyön suositukset.....	12
2.3 Fysioterapiasuositukset	13
3 POLVEN JA LONKAN NIVELRIKKO.....	16
3.1 Nivelrikon synty ja oireet.....	16
3.2 Polvi - ja lonkkanivelrikon vaaratekijät.....	17
3.3 Polvi - ja lonkkanivelrikon hoidon pääperiaatteet.....	18
4 POLVEN JA LONKAN NIVLERIKON FYSIOTERAPIASUOSITUS.....	20
5 SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT RY:N KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ FYSIOTERAPIASUOSITUKSISSA.....	23
5.1 Polven ja lonkan nivelrikon hoitosuositukset kansainvälisesti.....	25
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	28
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
7.1 Tutkimusmenetelmä.....	29
7.2 Tutkimusaineisto ja sen hankinta.....	30
7.3 Tutkimusaineiston analysointi	31
8 TULOKSET.....	33
8.1 Taustatietojen kuvailua.....	33
8.2 Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan hoitokäytännöt	34
8.3 Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan tutkimus- ja arviointikäytännöt	35
8.4 Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan terapia- käytännöt	38
8.5 Suosituksen merkitys fysioterapeuttien arviointi - ja terapiakäytäntöihin.....	41
9 POHDINTA.....	43
9.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	43
9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	48
9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheita.....	50

LÄHTEET.....	52
--------------	----

LIITTEET

Liite 1 Kyselylomake

Liite 2 Saatekirje

Liite 3 Sisällön analyysi

JOHDANTO

Suomen terveydenhuollon perustana ovat hyvin toimivat ja koko väestön saatavissa olevat terveyspalvelut. Muutokset yhteiskunnassa, palvelurakenteissa ja ikärakenteessa aiheuttavat kuitenkin paineita terveyspalvelujen kehittämiseksi. Hoitokäytännöt terveydenhuollossa vaihtelevat, eivätkä käytetyt hoitomenetelmät aina vastaa niitä käytäntöjä, jotka tutkimusten mukaan olisivat parhaita. Viime vuosina terveydenhuollossa onkin alettu puhua yhä enemmän näyttöön perustuvasta toiminnasta, jolla tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan, asiakasryhmän tai väestön hoitoa koskevassa päätöksenteossa. (Lehtomäki 2009, 13.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön toimintaohjelmassa yhtenä tavoitteena on näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen ja työntekijöiden osaamisen vahvistaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Suomalaisten fysioterapeuttien näyttöön perustuvan työtavan edistämiseksi Suomen fysioterapeutit käynnisti vuonna 2004 Hyvä fysioterapiakäytäntö –hankkeen, jonka tarkoituksena oli tuottaa fysioterapian omia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia Käypä hoito-suositusten rinnalle ja tueksi. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus oli ensimmäinen suomalainen fysioterapiasuositus ja se valmistui vuonna 2008.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa miten Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus toteutuu konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikko asiakkaan kohdalla fysioterapeutin työssä Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenalueella ja mitä merkitystä kyseisellä suosituksella on ollut fysioterapeutin käyttämiin fysioterapian arviointi – ja terapiakäytäntöihin. Valitsin tutkimukseni lähtökohdaksi konservatiivisessa vaiheessa olevien polven nivelrikkoasiakkaiden fysioterapian toteutumisen, koska omassa työssäni terveyskeskuksessa tapaan pääsääntöisesti nivelrikkoasiakkaita vasta operaation jälkeen. Nivelrikon hoidon kulmakivenä ovat kuitenkin konservatiiviset hoitomuodot kuten liike - ja liikuntaharjoittelu ja kivun hoito. Opinnäytetyön toimeksiantajana on Suomen Fysioterapeutit .

2 HOITOSUOSITUKSET SUOMESSA

Hoitokustannusten jatkuva kasvu, terveydenhuollon rajalliset voimavarat sekä yhteiskunnan tehokkuus ja tuottavuus vaatimukset luovat paineita sairauksien tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnalle. Yhteiskunnan tehokkuusvaatimuksiin pyritään vastaamaan laatimalla tieteelliseen näyttöön perustuvia hoitosuosituksia. (Suomen Fysioterapeutit ry 2011.) Suomessa hoitosuositusten laatiminen aloitettiin Suomalaisen Lääkärinseura Duodecimin toimesta vuonna 1994 (Lehtomäki 2009, 14).

Näyttöön perustuvalla toiminnalla (Evidence - Based Practice) tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä hänen läheisensä huomioimisessa (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9-14). Näyttöön perustuvan toiminnan edistäminen ja kehittäminen on kirjattu myös uuteen terveydenhuoltolakiin. Se velvoittaa, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Myös hoitotyön toimintaohjelmassa vuosille 2009–2011 oli näyttöön perustuva toiminta ja näyttöön perustuvien käytäntöjen levittäminen nimetty keskeiseksi painopistealueeksi. Toimintaohjelman tavoitteena oli luoda toimivat käytännöt ja tukirakenteet hoito- ja hoitotyön suositusten käyttöön ottamiseksi. Lisäksi organisaatioihin ja toimintayksiköihin tuli luoda näyttöön perustuvan tiedon välittämisen rakenteet ja menettelytavat, joilla tieto välitetään henkilöstölle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Näyttöön perustuvan toiminnan ja yhtenäisten käytäntöjen kehittäminen on kirjattu myös meneillään olevaan hallitusohjelmaan 2011–2015, jossa todetaan muun muassa, että menetelmien hallittua käyttöönottoa eli (HALO) -ohjelman juurruttamista käytäntöön jatketaan (Hallitusohjelma 2011).

Lehtomäen (2009) tutkimuksessa kartoitettiin terveyskeskuksen työntekijöiden näkemyksiä valtakunnallisten suositusten toimeenpanon nykytilasta ja kehittämistarpeista. Tutkimus toteutettiin ryhmähaastatteluina kuudessa terveyskeskuksessa, joiden väestöpohjat vaihtelivat 14000 - 33000 välillä. Tuloksissa todettiin, että lääkärit tunsivat keskeisimmät terveyskeskuslääkärin päivittäisestä työtä koskevat suositukset. Lääkärit pitivät suositusten määrää kuitenkin niin suurena, ettei niiden tarkempaa tuntemista pidetty mahdollisena. Toisaalta he

totesivat, että suositustietoutta on mahdollista syventää terveyskeskusten kehittämishankkeissa – ja projekteissa. Lääkärit suhtautuivat suosituksiin myönteisesti ja pitivät niitä hyödyllisinä ja käyttökelpoisina apuvälineinä työssään. Suositusten ehdotonta soveltamista ei pidetty mahdollisena, vaan ammattitaitoon katsottiin kuuluvan suositusten soveltaminen ”maalaisjärjellä” potilaskohtaisesti. Lääkärien mielestä hoitosuosituksen käyttöön ottoa vaikeuttivat työn kiireisyys, pakkotahtisuus ja tiedonhakuun liittyvät ongelmat. Esteinä uusille käytänteille heidän mielestään saattoi olla muun muassa se, että ammattilaisten hoito – ja toimintakäytännöistä ei oltu tietoisia ja niiden näkyväksi saamisessa saattoi olla vaikeuksia. Hoitajat arvioivat ammattikuntansa tuntevan suosituksia vain vähän, mutta omaa työtä läheisesti koskettavat suositukset tunnettiin hoitajien työssä. He kertoivat, että tiedonsaanti suosituksista oli pitkälti oman aktiivisuuden varassa ja yleisin tiedonsaanti kanava oli koulutukset. Hoitajien mielestä esteinä suositustiedon saamiselle olivat aikaresurssit ja tietotekniikkaan liittyvät ongelmat. Hoitajat kokivat suositukset positiivisina ja heidän mielestään ne auttoivat hoitopäätösten tekemisessä ja hoitokäytäntöjen perusteluissa varsinkin yksinään työtätekevien keskuudessa. Fysioterapeutit arvioivat tuntevansa valtakunnallisia suosituksia vähän, mutta omaan työhön liittyvät suositukset tunnettiin hyvin. Tällaisia olivat esimerkiksi alaselän ja niskakivun hoitosuositukset. Fysioterapeutit kokivat suositusten merkityksen vähäisempänä ja kertoivat joskus olevan ristiriitaa suositusten ja kokemuseräisen tiedon välillä. Valtakunnallisia suosituksia he noudattivat tarkemmin varsinkin silloin, kun ne koskettivat fysioterapeutin työtä. (Lehtomäki 2009).

Korppi, Lauri ja Mäntyranta (2004; 67-71) toteavat, että näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon kohdistunut kritiikki liittyy yleensä hoito - ohjeisiin ja – suosituksiin ja niiden tarjontaan. Satunnaistettujen kontrolloitujen katsausten ja meta-analyysien avulla ei voida heidän mielestään tutkia esimerkiksi sairauksien kokemista ja sen vaikutusta ihmisen päivittäiseen elämään. He toteavat, että näyttöön perustuva terveydenhuolto oikein tulkittuna korostaa potilaan oikeuksia ja oikeutta näyttöön perustuvaan hoitoon sekä oikeutta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Laadulliset tutkimukset, jotka selvittävät elämänlaatua, sosiaalisia suhteita ja niiden vaikutusta terveyskäyttäytymiseen ovat heidän mielestään tulossa osaksi näyttöön perustuvaa terveydenhuoltoa. Niinpä käsitteen (evidenced - based) näyttöön perustuva rinnalle onkin nousemassa käsite (patient - centered) asiakaskeskeisyys.

Saarnin (2010, 33 - 34; 71 - 74) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää etiikan suhdetta terveydenhuollon vaikuttavuutta korostaviin ajattelutapoihin. Hän tutki muun muassa kokivatko suomalaiset lääkärit eettisiä ongelmia suhteessa vaikuttavien hoitojen toteuttamiseen. Tutkimus koostui käsiteanalyysistä sekä empiirisestä että normatiivisesta osasta. Hän totesi käsiteanalyttisessä osiossa, että edes tiedollinen EBM eli vaikuttavuustiedon tuottaminen ole arvovapaata ja siksi esimerkiksi hoitosuositukset voidaan tulkita eri tavoin eri tahoilla. Hänen mielestään tarvittaisiinkin selkeyttä ja halua käydä avointa keskustelua arvovalinnoista sekä toimivista päätöksentekomenetelmistä. Empiirisen osion tuloksena hän totesi, että suomalaisessa terveydenhuollossa on eettisiä ongelmia tilanteissa, joissa hoidon rajaaminen ei onnistu. Ylihoidon taustalla ovat hänen mielestään todennäköisimmin potilaiden tai omaisten vaatimukset ja alihoidon takana taas riittämättömät resurssit. Saarnin mielestä terveydenhuollon päätöksenteossa eivät aina kohtaa potilaiden, lääkärin ja järjestelmän rahoittajien käsitykset hoidon tarpeesta. Perusterveydenhuollossa koettiin enemmän eettisiä ongelmia kuin sairaaloissa ja naiset kokivat enemmän eettisiä ongelmia kuin miehet ja toisaalta iän myötä edellä mainitut ongelmat vähenivät.

2.1 Käypä-hoito suositukset

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim aloitti vuonna 1994 Käypä - hoito projektin, jossa kartoitettiin hoitosuositusten määrää ja sisältöä. Käypä - hoito suositusten perusta on Kanadasta tuotu EBM (Evidence - Based Medicine) eli näyttöön perustuva lääketiede, joka määrittää ajantasaisen, parhaan mahdollisen näytön tunnontarkaksi ja viisaaksi käytöksi tehtäessä päätöksiä potilaan hoidosta. (Vainikainen 2009; 2140.) Ensimmäinen Käypä – hoito suositus valmistui vuonna 1997 (Kaila 2004, 13-14). Syksyyn 2012 mennessä on valmistunut 101 Käypä - hoito suositusta.

Käypä - hoito suositusten tavoitteena on tuottaa näyttöön perustuvia, suomalaiseen terveydenhuoltoon soveltuvia hoitosuosituksia ja pitää niitä ajan tasalla. Suositusten avulla toivottiin voitavan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. Hoitosuositusten laadinnan lähtökohtana oli diagnostiikan, hoidon ja seurannan kattava hoitosuositus, jota koordinoi ja tukee Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Käypä - hoito yksikkö. Yhteistyöverkosto käsitti Duodecimin lisäksi erikoislääkäriyhdistyksiä, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n,

kansanterveys- ja potilasjärjestöjä, sairaanhoitopiirit sekä Finohtan. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004.)

Käypä – hoito suositukset ovat ensisijaisesti suunnattu lääkäreille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Ammattikäyttöön tarkoitetut julkaisut ovat yksityiskohtaisia kuvauksia taudin esiintyvyydestä, ehkäisystä, riskitekijöistä, seulonnasta, diagnostiikasta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Ammattihenkilöstölle suunnatuilla julkaisuilla on useita sähköisiä ja painettuja jakelukanavia, kuten esimerkiksi lääkärin CD, Terveysportti, Aikakauskirja Duodecim, Sairaanhoitaja-lehti ja lääkärin käsikirja. Käypä - hoito suositukset julkaistaan myös potilasversioina, jotka ovat selkokielisiä tiivistelmiä hoitosuosituksen keskeisistä sisällöistä. Potilasversiot ovat kaikkien saatavilla Käypä - hoito sivustolla internetissä osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi>, Terveysportti-verkkopalvelussa osoitteessa <http://www.terveysportti.fi>. (Kaila 2004; 13-14.)

Multanen ja Korhonen (2009) selvittivät tapaustutkimuksessaan Käypä - hoitosuosituksen käyttöä terveydenhuollon henkilöstön käytännön työssä ja hoitoprosessissa sekä terveydenhuollon henkilöstön mielipiteitä päätöksenteon tuesta. Haastatteluun osallistui yhdeksän henkilöä (4 lääkäriä, 3 sairaanhoitajaa ja 1 diabetes hoitaja ja 1 ravitsemusterapeutti). Tulosten mukaan yli puolet haastatelluista käytti Käypähoito suosituksia joko viikoittain tai useammin. Eniten hyötyä suosituksista koettiin olevan tarkistettaessa jonkin tietyn sairauden hoitokäytäntöä ja siihen kuuluvia yksityiskohtia. Käypä hoito -suositusten koettiin olevan hyviä ja luotettavia ja soveltuvan hyvin suomalaiseen terveydenhuoltoon. Pääsääntöisesti Käypä hoito -suosituksia noudatettiin päätöksiä tehtäessä ja potilasta hoidettaessa. Lähes kaikkien haastateltujen työyhteisöissä Käypä - hoito suosituksia oli käyty läpi jollakin tasolla ja useimmissa työyhteisöissä niiden pohjalta oli tehty paikallisia sovellutuksia, hoitoketjuja tai -polkuja. Osassa työyhteisöjä lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan yhteistyön Käypä – hoito suositusten toteuttamisessa todettiin toimivan erittäin hyvin. Käypä – hoito suositusten merkitys oman työn tukena oli merkityksellistä varsinkin niille hoitohenkilökuntaan kuuluville, joiden työnkuva oli itsenäinen. Käypä - hoito suositusten käyttöä ei ollut organisaatioissa erityisesti ohjeistettu, eikä niiden käyttöön ollut annettu erillistä koulutusta haastateltujen omissa työyhteisöissä. Nuoret työntekijät suhtautuivat epäilevämmiin suositusten täydelliseen käytettävyyteen käytännön työssä.

Louhialan ja Hemilän (2005; 1317 - 1325) mukaan näyttöön perustuvaan lääketieteeseen sisältyy käsitteellisiä ongelmia ja haitallisia lieveilmiöitä, jotka voivat johtaa lääkehoitojen liialliseen suosimiseen ja muiden hoitomuotojen väheksymiseen. Myös käsitys kliinisen lääketieteen luonteesta on heidän mielestään vaarassa kapeutua, jos päähuomio potilaiden hoidossa kohdistuu satunnaistettuihin kokeisiin ja meta- analyysiin. He toteavat, että yksittäisen potilaan hoitoon liittyy arvovalintoja, joista vain pieneen osaan näyttöön perustuva lääketiede voi antaa apua. Heidän mielestään näyttöperustaan tukeutuminen on lisännyt kriittisyyttä vakiintuneita hoitoja kohtaan ja tuonut käytännön työhön ulottuville työkalukokoelman, josta on apua hoitopäätöksiä tehtäessä.

2.2 Hoitotyön suositukset

Suomen Sairaanhoitajaliitto käynnisti vuonna 2000 ”Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin” hankkeen ja perusti hankkeen suunnittelua varten työryhmän, johon kuului edustajia yliopistoista, Hoitotieteiden tutkimusseurasta ja Sairaanhoitajien koulutussäätiöstä. Työryhmän toimesta tehtiin käsikirja hoitotyön suositusten laatimisesta. Kansallisia näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia on julkaistu vuodesta 2008 lähtien. (Kaila 2004; 244.) Vuoteen 2012 mennessä hoitotyön suosituksia on julkaistu 4 ja valmisteilla on 5 suositusta (Hoitotyön suositukset 2012).

Hoitotyön suositukset ovat hoitotyön asiantuntijoiden järjestelmällisesti laatimia ja tieteellisesti perustelemlia kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin, niiden käyttökelpoisuuteen ja vaikuttavuuteen. Hoitotyön suositusten laadintatyön tavoitteena on inhimillinen, oikein ajoitettu, oikea ja vaikuttava hoito potilaalle. (Hoitotyön suositukset 2012; Korppi ym. 2004.)

Hoitotyön suosituksissa kuvataan esimerkiksi terveyden edistämisen, terveysongelmien ehkäisyn sekä niiden tunnistamisen, hoidon, seurannan tai kuntoutuksen erilaisia vaihtoehtoja, käyttökelpoisuutta ja vaikuttavuutta. Suosituksissa esitetään hoidon vaihtoehtoja ja suositusten tarkoituksena on edistää väestön hyvää oloa, tukea itsehoitoa, mahdollisimman itsenäistä selviytymistä päivittäisessä elämässä ja kärsimyksen lievenemistä. Hoitosuosituksilla pyritään lisäämään parhaan ajantasaisen tiedon käyttöä potilaiden hoidossa. Lisäksi

suosituksilla pyritään vähentämään yksittäisestä ammattihenkilöstä johtuvia vaihteluja ja varmistamaan yhtenäinen toiminnan laatutaso koko hoitoketjussa. Siksi hoitosuosituksen käyttö vaatii usein myös paikallista soveltamista ja uuden toimintakulttuurin luomista. (Perälä & Pelkonen 2006.)

Hoitotyön tutkimussäätiö perustettiin vuonna 2006 ja sen tarkoituksena on tukea hoitotieteellistä tutkimusta käytännön hoitotyön kehittämiseksi, sen tulosten soveltamiseksi ja väestön terveyden edistämiseksi. Sen toiminnassa otetaan huomioon terveydenhuollon kansalliset ja kansainväliset linjaukset. Säätiö ennakoi väestön terveyden edistämiseen ja hoitotieteeseen liittyvää kehitystä ja pyrkii vaikuttamaan niihin toiminnassaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2011.)

2.3 Fysioterapiasuositukset

Suomen Fysioterapeutit käynnisti toukokuussa 2004 'Hyvä fysioterapiakäytäntö projektin', jonka tarkoituksena oli mahdollisimman korkealaatuisen, kustannustehokkaan ja turvallisen fysioterapian toteutumisen varmistaminen. Projektin avulla oli tarkoitus luoda järjestelmä, joka tuottaisi fysioterapeuttien käyttöön tieteellisesti perusteltuja ja toimivia näyttöön perustuvia fysioterapiasuosituksia. (Suomen fysioterapeutit 2005.) 'Hyvä fysioterapiakäytäntö projektin' ohjausryhmän yhteistyön tuloksena syntyi vuonna 2006 fysioterapiasuositus käsikirja, jonka tarkoituksena oli helpottaa ja yhtenäistää suositustyöryhmien työskentelyä. Ohjausryhmä huolehtii suosituksen tiedottamisesta yhteistyössä Suomen Fysioterapeuttien kanssa sekä tarjoaa menetelmiin liittyvää koulutusta yhteistyössä Finohtan kanssa. Fysioterapiakäsikirja pohjautuu Suomalaisen lääkäriseura Duodecimien Käypähoito käsikirjaan. (Suomen fysioterapeutit 2006.)

Suomen ensimmäinen fysioterapiasuositus Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus valmistui vuonna 2008 ja se tuli sähköisenä Suomen Fysioterapeuttien internetsivuille 2009. Sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus valmistui 4.10.2011 sekä Kaatumisvammojen ehkäisyn fysioterapiasuositus 18.11.2011.

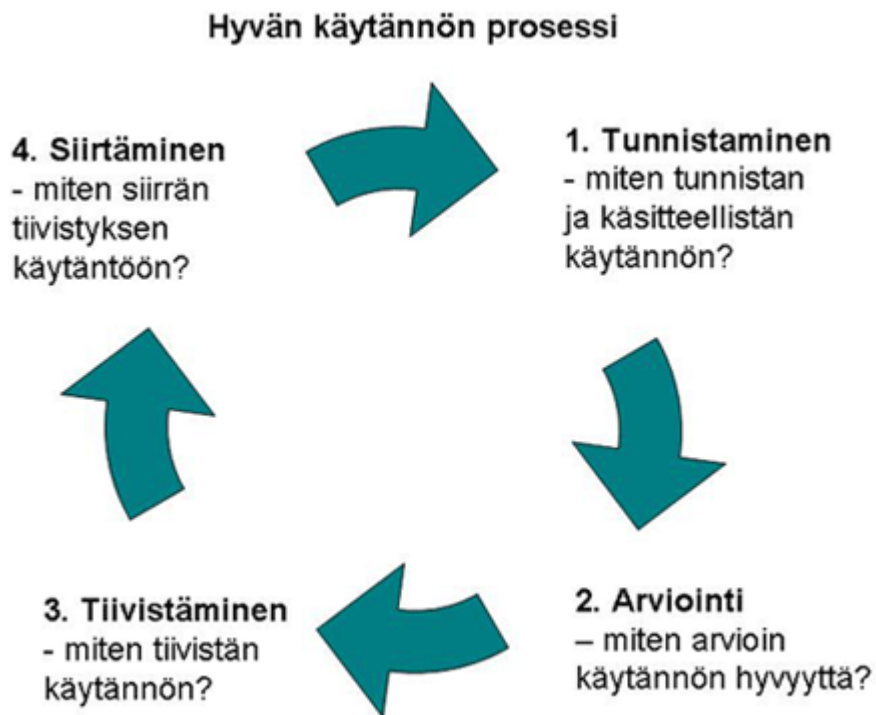
Hyvä fysioterapiakäytäntö määritelmään liittyy käsitteet näyttöön perustuva lääketiede sekä hoitosuositus, jotka ovat käsitelty jo tämän työn kappaleissa 2.1 ja 2.2. Hyvä fysioterapiakäytäntö pitää sisällään myös käsitteen hyvä käytäntö, joka voidaan määritellä uudeksi tai jo vakiintuneeksi toimintatavaksi ja työmenetelmäksi, jolla päästään hyviin tuloksiin. (Suomen Fysioterapeutit 2005.)

Seuraavassa luettelossa on esitetty hyväksi havaitun käytännöt piirteitä.

Hyväksi havaittu käytäntö:

1. on sosiaali- tai terveysalan käytäntö, joka on koettu toimintaympäristössään toimivaksi ja arvioitu asiakkaalle hyvää tuottavaksi
2. on eettisesti hyväksyttävä
3. perustuu mahdollisimman monipuoliseen tietoon vaikuttavuudesta ja/tai toimivuudesta
4. kuvataan niin, että lukija pystyy arvioimaan, millaiseen tietoon käytännön toimivuus perustuu ja millainen tieto siitä puuttuu
5. tiivistetään riittävän selkeästi ja yksityiskohtaisesti ja tarpeeksi yleistettävästi niin, että käytännön käyttöönotto on mahdollista (Sosiaaliportti 2012)

Hyvän käytännön prosessiin kuuluu käytännön tunnistaminen, arviointi, tiivistäminen ja siirtäminen (Sosiaaliportti 2012). Seuraavassa kuviossa 1 on kuvattu hyvän käytännön prosessi.



Kuvio 1. Hyvän käytännön prosessi (Sosiaaliportti 2012)

Näyttöön perustuvien hyvien käytäntöjen tunnistaminen tehdään fysioterapian toimintakäytäntöjä tarkastelemalla ja toimintaa käsitteellistämällä. Tunnistamisen keinoja ovat esimerkiksi keskustelut, kriittiset tapahtumat sekä reflektiivinen itsearviointi ja vertaisarviointi. Hyvän käytännön arvioinnin kautta toiminta tehdään näkyväksi. Arvioinnin menetelmiä ovat muun muassa ITE – itsearviointi, vertaisarviointi ja benchmarking. Hyvän toimintakäytännön kuvaus esitetään tiiviisti selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Hyvän fysioterapiakäytännön soveltamisessa käytäntö toteutetaan ja otetaan käyttöön muussa kuin alkuperäisessä toimintaympäristössä .(Sarajärvi ym. 2011, 54-67.)

3 POLVEN JA LONKAN NIVELRIKKO

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus ja koskettaa myös noin miljoonaa suomalaista. Terveys 2000 tutkimuksen mukaan polvinivelrikko on diagnosoitu 5%:lla miehistä ja 7%:lla naisista. Vastaavat luvut Mini – Suomi tutkimuksessa olivat 6% ja 15%. Naisilla polvinivelrikon yleisyys on pienentynyt puoleen alle 75-vuotiaiden keskuudessa ja miehillä polvinivelrikko yleistyy 85 vuotta täyttäneillä. Miesten lihavuus on yleistynyt suuresti, mikä voi selittää polven nivelrikon hitaampaa harvinaistumista miehillä kuin naisilla ja polvivaivojen yleistymistä iäkkäillä miehillä. Terveys 2000 tutkimuksen mukaan lonkkanivelrikko diagnosoitiin 5%:lla miehistä ja 4%:lla naisista. Vastaavat luvut Mini - Suomi tutkimuksessa olivat 5% ja 6% eli esiintyvyys ei ole juurikaan muuttunut. Alle 75-vuotiailla miehillä lonkkanivelrikon yleisyys on pysynyt lähes ennallaan, mutta sitä vanhemmissa ikäryhmissä se näyttää 20 vuodessa suurentuneen. Eläkeikäisillä naisilla lonkkanivelrikon esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai suurentunut. (Riihimäki & Heliövaara 2002.)

3.1 Nivelrikon synty ja oireet

Nivelrikon kehittyminen on biokemiallinen tapahtumasarja, jossa nivelmuutokset etenevät hitaasti vuosien kuluessa. Perimmäistä syytä nivelrikkoon ei vielä tiedetä.

Nivelrikko on koko nivelen sairaus, ja sille on tyypillistä rustopinnan rikkoutuminen ja nivelruston häviäminen nivelpinnoilta. Muutokset nivelrikon edetessä voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa vaurioituu rustoväliaine, jolloin nähdään muutoksia myös nivelruston rakenteessa. Toisessa vaiheessa rustosolujen synteesiaktiiviteetti nousee ja väliaineen rakenneosien hajoaminen lisääntyy. Kolmannessa vaiheessa rustosolujen korjaava vaste pienenee ja ruston pinnallinen osa hapsuuntuu ja rustosta irtoaa pieniä palasia ja kudokseen syntyy aina luuhun asti ulottuvia halkeamia. (Arokoski 2009.)

Tyypillistä nivelrikkopotilaalle on rasituksessa tuleva kipu, joka helpottuu rasituksen loputtua. Myöhemmin saattaa jo vähäisempikin rasitus aiheuttaa kipua ja pahimmillaan kipu on päivittäistä jopa levossakin. Nivelrikolle tyypillinen nivelten jäykkyys levon jälkeen kestää yleensä alle puoli tuntia. (Airaksinen 2003). Nivelrikon kipu on luonteeltaan jomottavaa ja varsinkin polven nivelrikossa myös paikallista. Lonkkanivelperäinen kipu heijastuu usein reiden etupinnalle. Kivun voimakkuudella ja nivelrikon radiologisella vaikeusasteella ei välttämättä ole korrelaatiota keskenään. Liikkeellelähtö jäykkyyttä esiintyy varsinkin pitempää istumisen jälkeen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007.)

3.2 Polvi – ja lonkkanivelrikon vaaratekijät

Polven- ja lonkan nivelrikon taustalla on katsottu olevan yksi tai useampia vaaratekijöitä, jotka voidaan jakaa systeemisiin ja paikallisiin. Systeemisiä vaaratekijöitä ovat ikääntyminen, perimä ja ylipaino. Paikallisia vaaratekijöitä taas ovat nivelvammat, ylipaino, raskas liikunta ja työ, nivelten kehityshäiriöt ja nivelten virheasennot. (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2007.) Nivelrikolla on todettu kolme vahvaa ja varmaa kausaalista vaaratekijää, jotka ovat: ylipaino, työkuormitus ja vammat (Helminen, Hyttinen & Arokoski 2008).

Ylipaino kuormittaa kantavia niveliä, joten sen vaikutus etenkin polven ja lonkan nivelrikon syntyyn on varsin selkeä. Alaranta, Heliövaara ja Viikari - Juntunen (2003) toteavat, että on kuitenkin vielä tutkimatta, ennustaako lihavuus polvinivelrikon etenemistä sen jo kehityttyä ja parantaako laihtuminen ennustetta. Heidän mielestään epävarmaa on myös, kehittykö polvinivelrikko mekaanisen kuormituksen vai jonkin metabolisen tekijän vaikutuksesta. Polveen kohdistuneita tapaturmia, varsinkin jos ne aiheuttavat nivelkierukan tai ristisiteen repeytymisen ja johtavat leikkaukseen, seuraa usein nivelrikon kehittyminen myöhemmin. Liikapainoisilla, joiden painoindeksi (BMI) on 30-35, on noin nelinkertainen polvinivelrikon riski verrattuna normaalipainoisiin (BMI alle 25) (Arokoski 2009).

Ruumiillisiin töihin liittyvä toistuva liikakuormitus on myös polvinivelrikon varma ja lonkkanivelrikon todennäköinen vaaratekijä. Noin joka kolmas polvinivelrikko on seurausta työhön liittyvistä tekijöistä, joko toistuvasta kuormituksesta tai pienistä tapaturmista. (Alaranta ym. 2003.) Kyykistelyä ja raskaiden taakkojen kantamista edellyttävien työtehtävien väheneminen pienentäisi miesten nivelrikon esiintyvyyttä 15 - 30 % sekä erilaisten nivelvammojen ehkäisy 14 – 25 % (Helminen ym. 2008).

Tavanomainen vapaa-ajan liikunta ei tutkimusten mukaan ilmeisesti lisää polvi- ja lonkkanivelrikon riskiä, mutta huippu-urheilutasoinen raskas liikunta (joukkue- ja voimamallit) näyttää lisäävän polvinivelrikon vaaraa (Alaranta ym. 2003).

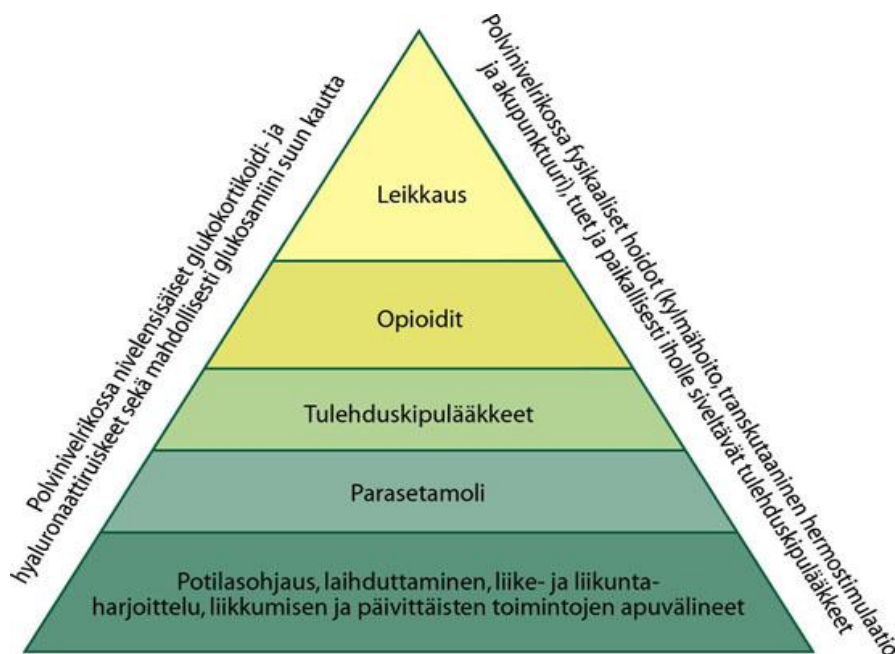
3.3 Polvi – ja lonkkanivelrikon hoidon pääperiaatteet

Nivelrikkodiagnoosi perustuu potilaan kuvaamiin oireisiin, kliinisen tutkimuksen nivellöydöksiin ja radiologisiin löydöksiin. Nivelrikon vaikeusastetta ei kuitenkaan voida arvioida pelkästään röntgenkuvien perusteella. Joskus röntgenkuvan perusteella pääteltynä pitkällekin edenneessä nivelrikossa potilas saattaa olla melko oireeton. Usein alkuvaiheen nivelrikossa, jolloin röntgenkuvalöydökset ovat vähäisiä, kipu- ja tulehdusoireet ovatkin pahempia. Tämä johtuu sairauden normaalista kulusta, jolloin alkuvaiheessa tulehdusreaktio on varsin voimakas nivelruston vaurioituessa, mutta prosessin jatkuessa tilanne voi tasaantua. (Airaksinen 2003.)

Päävastuu nivelrikon diagnostiikasta ja erotusdiagnoosiin ja hoidosta on perusterveydenhuollolla ja työterveyshuollolla. Konservatiiviset lääkkeettömät hoidot ovat nivelrikon hoidon perusta ja kirurgisia toimenpiteitä harkitaan, jos kipu ja vajaatoiminta eivät ole hallittavissa muuten. Nivelrikon hoidon tavoitteena on kivun hallinta ja lieventäminen, toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen sekä sairauden pahenemisen estäminen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007.)

Konservatiivinen lääkkeetön hoito sisältää potilasohjauksen, laihduttamisen liike – ja liikuntaharjoittelun, fysikaaliset hoidot, tarvittaessa polvi- ja kenkätuet, kantakiilauksen ja polvilumpion teippauksen, liikkumisen ja päivittäisten toimintojen apuvälineet sekä asunnon muutostyöt (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007).

Lääkehoitoa ei suositella käytettäväksi yksinään eikä edes ensisijaisena nivelrikon hoitomuotona. Ensisijainen lääke nivelrikon hoidossa on parasetamoli. Jos parasetamolien teho ei riitä, siirrytään tulehduskipulääkkeisiin. Ellei niilläkään saada riittävää tehoa nivelrikkokipuun tai niitä ei haittavaikutusten vuoksi ole mahdollista käyttää, nivelrikkokipua voidaan hoitaa opioideilla. Polven nivelrikon pahenemisvaiheita voidaan hoitaa nivelensisäisillä glukokortikoidiruiskeilla ja hyaluronaattiruiskeita voidaan myös kokeilla. Kirurgisia hoitokeinoja ovat artroskopia, polven osteotomia tai tekonivelleikkaus. Artroskopialla on katsottu olevan ainakin oireita lyhytaikaisesti helpottava vaikutus, mutta näyttöä itse nivelrikon ja rustovaurion parantavasta vaikutuksesta tai etenemisen jarruttamisesta ei ole. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007.) Kuviossa 2 on havainnollistettu nivelrikon hoitomahdollisuudet.

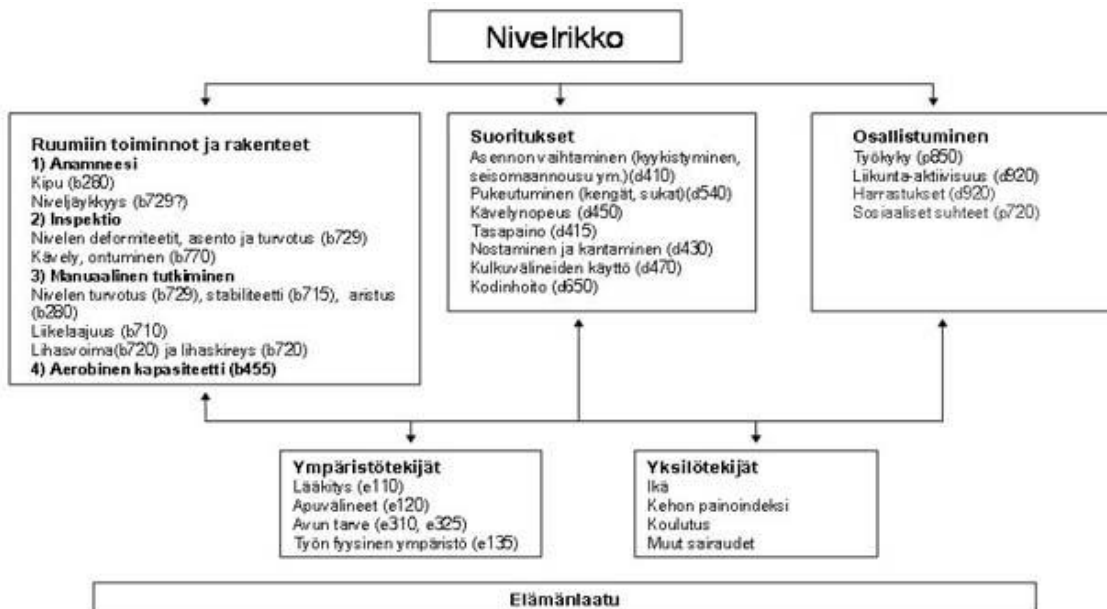


Kuvio 2. Nivelrikon hoitomahdollisuudet (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007)

4 POLVEN JA LONKAN NIVELRIKON FYSIOTERAPIASUOSITUS

Vuonna 2008 valmistuneen suosituksen laati Suomen Fysioterapeuttien asettama työryhmä, johon kuuluivat Jyrki Kettunen, Arja Häkkinen, Heli Kangas, Juhani Multanen, Mika Ulaska ja Hilikka Virtapohja. Suosituksen kohderyhmänä ovat polven ja lonkan nivelrikkopotilaita kuntouttavat ja hoitavat fysioterapeutit, lääkärit, muut terveydenhuollon ammattilaiset, kouluttajat, potilaat ja kaikki ne henkilöt, jotka tarvitsevat tietoa tehdessään fysioterapiaa koskevia päätöksiä. (Suomen Fysioterapeutit 2008.)

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus sisältää fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin, fysioterapian konservatiivisessa vaiheessa, suositukset apuvälineistä sekä fysioterapian tekonivelleikkausta edeltävästi ja jälkeen. Fysioterapeuttinen tutkiminen ja arviointi ohjeistetaan tekemään kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitukseen (ICF) pohjautuen. (Suomen Fysioterapeutit 2008.) Kuviossa 3 on havainnollistettu nivelrikkopotilaan tutkiminen.



Kuvio 3. Nivelrikkopotilaan fysioterapeuttinen tutkiminen (Suomen Fysioterapeutit 2008)

Fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin kautta pyritään saamaan asiakkaan tilanteesta mahdollisimman luotettavaa tietoa, jota käytetään kliinisessä päätöksenteossa, fysioterapeuttisen diagnoosin laatimisessa, fysioterapian suunnittelussa, terapian vaikutusten arvioinnissa sekä muutosten seuraamisessa. Yleisimmät fysioterapian arviointimenetelmät ovat havainnointi, haastattelu, palpointi, muu manuaalinen tutkiminen, lomakekyselyt sekä erilaiset testaukset ja mittaukset. (Fysioterapianimikkeistö 2007; Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 117-176.)

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapian menetelmät konservatiivisessa vaiheessa suosituksen mukaan ovat fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu ja liikunta, manuaalinen terapia ja fysikaalinen terapia.

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta on terveyttä ja toimintakykyä tuottavien tai toimintarajoitteita ehkäisevien muutosten edistämistä sekä terveydelle ja toimintakyvylle myönteisten asioiden tukemista. Fysioterapeutti tukee asiakasta suuntaamaan voimavaransa yhdessä asetettujen fysioterapian tavoitteiden saavuttamiseksi. Ohjaus ja neuvonta voi ulottua asiakkaan lisäksi huoltajiin, perheenjäseniin, muihin hänen kanssaan työskenteleviin henkilöihin sekä yhteistyöverkostoihin. Asiakkaan/omaisen ohjaus voi olla verbaalista, manuaalista tai visuaalista. Ohjausta ja neuvontaa voidaan antaa myös puhelimitse tai tietotekniikkaa hyödyntäen. Ohjaus voidaan toteuttaa yksilöllisesti tai eri suuruisissa ryhmissä. (Fysioterapianimikkeistö 2007; Talvitie ym. 2006, 178-193.)

Terapeuttinen harjoittelu tarkoittaa aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttöä asiakkaan toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden kaikilla osa-alueilla. Terapeuttisessa harjoittelun tavoitteena on vaikuttaa asiakkaan hengitys- ja verenkiertoelimistöön suorituskykyyn, lihasvoimaan, lihaskestävyyteen, nivelten liikkuvuuteen ja motorisiin taitoihin. (Fysioterapianimikkeistö 2007.)

Manuaalisen terapian menetelmiä ovat pehmytkuduskäsittelyt, nivelen mobilisointi, stabilisointi ja manipulaatio. Niiden tavoitteena on vaikuttaa fyysiseen suorituskykyyn ja nivelten toimintaan, lievittää kipua ja normalisoida neuraalikudoksen ja lihasten toimintaa. Fysikaalisen terapian keinoja ovat termiset ja sähköhoidot sekä akupunktio. Niiden tavoitteena on kivun lievittäminen, aineenvaihdunnan parantuminen sekä pehmytkudosten venyvyyden ja rentouden lisääminen ja ylläpitäminen. (Fysioterapianimikkeistö 2007.)

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksessa todetaan, että fysioterapiamenetelmillä voidaan lievittää polven ja lonkan nivelrikkopotilaan kipua, parantaa liikkumis- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua. Fysioterapian perustana konservatiivisessa vaiheessa nivelrikon hoidossa ovat ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, apuvälineet, manuaalinen terapia, fysikaalinen terapia ja tarvittaessa laihduttaminen sekä painonhallinta. Pääpaino on potilaan ohjaamisessa omatoimiseen harjoitteluun, jota tuetaan yksilö- tai ryhmämuotoisella fysioterapialla. (Suomen fysioterapeutit 2008.)

Suosituksista ilmenee, etteivät monien fysioterapiassa käytettyjen menetelmien hyödyt ole välttämättä niin suuria, mitä kyseisten menetelmien kliininen käyttö olettaa. Esimerkiksi termisten ja manuaalisten hoitojen käytöstä on niukkaa tutkimusnäyttöä. Liike – ja liikuntaharjoittelu on suosituksen mukaan osoittautunut vaikuttavimmaksi nivelrikon hoitomuodoksi. Suosituksen perusteena olevissa tutkimuksissa todettiin, että harjoittelun tulee kestää vähintään 8 viikkoa ja että kipua lievittävä, aerobista kuntoa, lihasvoimaa ja toimintakykyä parantava vaikutus saadaan säännöllisellä kolmesti viikossa, puoli tuntia kerrallaan toistuvalla harjoittelulla. Vaikutusten pysyvyyden kannalta harjoittelun on oltava jatkuvaa. TENS- sähkövirta ilmeisesti lievittää kipua ja lisää nivelliikkuvuutta polven nivelrikossa, kun hoitojakso on useita viikkoja. Tukipohjallisten, teippauksen, polvituen, kengän sisäpohjan kiilausten käytön, akupunktion sekä päivittäisten toimintojen apuvälineiden näytön asteet jäivät niukaksi tai tutkimusnäyttöä ei ollut lainkaan. Tekonivelleikkausta edeltävän ja sen jälkeisen kuntoutusjakson näytön asteen jäivät myös niukaksi tai niillä ei ollut tutkimusnäyttöä. (Suomen fysioterapeutit 2008.)

5 SUOMEN FYSIOTERAPEUTIT RY: N KANSAINVÄLINEN YHTEISTYÖ FYSIOTERAPIASUOSITUKSISSA

Suomalaisen fysioterapian kansainvälinen yhteistyö alkoi jo vuonna 1951 Tanskassa Köpenhaminassa, jossa perustettiin World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Suomi oli yksi yhdestätoista perustaja jäsenmaista. (World Confederation for Physical Therapy 2012a.) WCPT on kansainvälinen yhdistys, joka edustaa noin 300000 fysioterapeuttia maailmanlaajuisesti. Sen organisaatiossa on 101 jäsenmaata. WCPT:n visiona on ”Moving physical therapy forward” ja sen missiona on edustaa fysioterapian ammattia kansainvälisesti sekä kannustaa korkealaatuiseen fysioterapian tutkimukseen, käytäntöön ja koulutukseen. Sen tavoitteena on tukea viestintää ja alueellista tiedonvaihtoa alueellisesti ja jäsenten välillä sekä tehdä yhteistyötä kansainvälisten ja kansallisten järjestöjen kanssa. (World Confederation for Physical Therapy 2012b; Löfman 1993, 70 – 72.)

Vuonna 1991 tapahtui WCPT:ssä rakenteellinen muutos, jonka seurauksena perustettiin viisi WCPT aluetta, jotka ovat: Afrikka, Aasian - Tyynenmeren länsiosa, Eurooppa, Pohjois - Amerikka - Karibia ja Etelä - Amerikka. Tämän organisaatiomuutoksen tarkoituksena oli edistää mahdollisuuksia pitää useammin yhteyttä sellaisten jäsenten kesken, joilla on samankaltaisia kulttuurisia, taloudellisia ja sosiaalisia näkemyksiä. (WCPT 2012b.)

Europa Region of World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT) on fysioterapeuttien ammatillinen järjestö Euroopassa. Siihen kuuluu 37 jäsenmaata, jotka ovat jäsenenä myös WCPT:ssä. (Bazin 2012.) Eurooppa WCPT:n kokouksessa Berliinissä julkaistiin vuonna 2010 fysioterapiasuositusten Eurooppa alueen kehittämisohjelma. Sen yhtenä tavoitteena oli selvittää fysioterapiasuositusten tilanne Euroopan alueella. Selvityksen tuloksena todettiin, että yhdeksällä jäsenmaalla Suomi mukaan lukien oli fysioterapeuteille kohdennettuja fysioterapiasuosituksia. Lisäksi useimmilla jäsenmailla oli myös monialaisia suosituksia. Fysioterapiasuosituksia oli valmistunut kaiken kaikkiaan 47: Iso-Britanniassa 9, Tanskassa 4, Saksassa 1, Ranskassa 6, Suomessa 1, Hollannissa 17, Norjassa 6 ja Ruotsissa 3. Monialaisia hoitosuosituksia oli tehty Saksassa, Iso-

Britanniassa, Tanskassa, Ranskassa, Suomessa, Hollannissa, Norjassa, Australiassa ja Ruotsissa. (European Region of the World Confederation for Physical Therapy 2010.)

Eurooppa WCPT:n Maltan kokouksessa huhtikuussa 2012 julkaistiin fysioterapiasuositusten sen hetkinen kansainvälinen tilanne. Julkaisusta voidaan todeta, että Eurooppa alueella on nyt 51 fysioterapiaan liittyvää suositusta. Iso-Britanniassa on nyt valmiina 9 fysioterapiasuositusta, Tanskassa 7, Saksassa 1, Ranskassa 2, Hollannissa 18, Norjassa 9, Ruotsissa 4 ja Suomessa 3. Moniammatillisia suosituksia on vuoden 2010 jälkeen tehty myös Australiassa. (European region of the World confederation for Physical Therapy 2012.)

Suomen Fysioterapeutit on ollut mukana Euroopan aluejärjestön koordinoimassa 'Staying Clean' EU-projektissa, jossa laadittiin fysioterapiasuositus tupakasta vieroituksen tukemiseen. Suositus julkaistiin vuonna 2008. Projektin tarkoituksena oli kehittää näyttöön perustuva fysioterapeuttien ohjaama harjoitusohjelma tiettyjen riskiryhmien tupakoinnin lopettamisen tukemiseksi. Suositus sisältää fysioterapeuteilla ja muille terveydenhuollon ammattilaisille tietoa keskeisistä tekijöistä, jotka liittyvät ohjattuun harjoitusohjelmaan. Riskiryhmään kuuluvia ovat muun muassa COPD, syöpä, sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, osteoporoosi, raskaana olevat naiset, mielenterveyspotilaat, dementia ja kognitiiviset häiriöt sekä leikkaukseen menevät potilaat. (World Confederation for Physical Therapy European region 2008b.)

Suomen Fysioterapeutit on ollut mukana myös Euroopan aluejärjestön koordinoimassa 'Pain in the back' EU-projektissa, jossa laadittiin fysioterapiasuositus lasten ja nuorten selkävun ehkäisyyn. Suositus julkaistiin vuonna 2008 ja se sisältää selvityksen parhaista käytännöistä lasten ja nuorten selkäkipujen ennaltaehkäisyyn fyysisen aktiivisuuden avulla. (World Confederation for Physical Therapy European region 2008a.)

Tällä hetkellä valmisteilla on fysioterapiasuositus Parkinson taudista yhteistyössä Fysioterapeuttien Euroopan aluejärjestön (ER-WCPT) jäsenmaiden ja Parkinson -liiton (APPDE) sekä Hollannin fysioterapeuttiliiton kanssa . Suosituksen on määrä valmistua vuoden 2012 aikana.

5.1 Polven ja lonkan nivelrikon hoitosuositukset kansainvälisesti

Eurooppa ER- WCPT:n alueella Suomi ja Hollanti ovat tehneet fysioterapiasuosituksen polven ja lonkan nivelrikosta. Tanskassa on tehty fysioterapiasuositus polven nivelrikosta vuonna 2011, ja se on julkaistu tanskan kielellä. (Rasmussen, Carsten & Lund 2011). Eurooppa alueen ulkopuolella ovat vastaavan suosituksen tehneet muun muassa Yhdysvallat sekä Australia. Lisäksi The European League Against Rheumatism(EULAR) ja Osteoarthritis Research Society International (OARSI) ovat julkaisseet polven ja lonkan nivelrikon hoitosuositukset.

EULAR on organisaatio, joka edustaa Euroopan alueella potilaita, terveydenhuollon ammattilaisia ja tutkijoita reumatautien alalla. Se julkaisi suosituksen lonkan nivelrikon hoidosta vuonna 2005 ja polven nivelrikon hoidosta vuonna 2000. Työryhmään kuului 21 asiantuntijaa (18 reumatautien ja 3 ortopedian) kahdestatoista eri Euroopan maasta, jotka laativat suositukset Delphi menetelmällä. Suositukset keskittyvät enemmän lääke ja operatiivisiin hoitomuotoihin ja ei lääkkeelliset hoitomuodot tai keinot vain mainitaan suosituksissa. Fysioterapian keinoista mainitaan ohjaus ja neuvonta sekä liikunta.(Zhang ym. 2005; Pendleton ym. 2000.)

OARSI on johtava kansainvälinen organisaatio, joka keskittyy nivelrikon ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Se julkaisi suosituksen polven ja lonkan nivelrikon hoidosta vuonna 2008. Suositusten laadintaan osallistui 16 asiantuntijaa neljältä lääketieteen alalta (ensihoito, ortopedia, reuma, näyttöön perustuva lääketiede) kuudesta eri maasta, jotka olivat USA, Englanti, Ranska, Hollanti, Ruotsi ja Kanada.

Heidän muodostamistaan tiimeistä suositukset työstettiin Delphi tekniikkaa hyödyntäen. Tuloksena oli 25 suositusta, joista 12 oli ei lääkkeelliseen hoitoon liittyvää, 8 lääkehoitoon liittyvää ja 5 kirurgiseen hoitoon liittyvää. Ei lääkkeelliseen hoitoon liittyvissä suosituksissa oli mainittu fysioterapiaan liittyviä hoitomuotoja kuten esimerkiksi lihasten vahvistaminen, kävelyn apuvälineet, lämpöhoidot, TNS sähkökipuhoido ja akupunktio. (Zhang ym. 2008.)

Hollannin fysioterapiasuositus ”KNGF Guideline for Physical Therapy in patients with Osteoarthritis of the hip and knee” julkaistiin vuonna 2010. Suositus on tarkoitettu fysioterapeuteille ja siinä kuvataan polven ja lonkan nivelrikon taustatekijöitä, diagnoosiprosessia sekä fysioterapian mittareita laajasti hyödyntäen kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF) .Diagnostisessa prosessissa kuvataan fysioterapian lähetekäytänteitä sekä ohjautumista fysioterapeutin vastaanotolle. Fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin mittarit ovat esitetty selkeästi ICF viitekehyksessä. Fysioterapian menetelmistä vahvaa näyttöä suosituksen mukaan on harjoittelu terapiasta, TNS sähkökipuhoidosta, laser terapiasta. Potilas ohjauksesta, nivelen traktiosta, hieronnasta, ultraäänihoidosta ja patellan teippauksesta oli kohtalaista näyttöä. (Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie 2010.)

Australiassa vuonna 2009 valmistunut ” Guideline for non - surgical management of hip and knee osteoarthritis ” fysioterapiasuositus on tarkoitettu ei kirurgisesti hoidettaville polven ja lonkan nivelrikon potilaille. Suositus sisältää yhteensä 34 eri ohjetta lääkkeellisistä ja ei lääkkeellisistä hoidoista ja ne on esitetty vuokaavion muodossa. Ei lääkkeellisistä suosituksista todettiin vaikuttaviksi muun muassa kestävyysharjoittelu, kun taas TNS sähkökipuhoidon vaikuttavuus jäi tässä suosituksessa tyydyttäväksi kuten myös vedessä tapahtuva harjoittelu. (The National Health and Medical Research Council 2009.)

The Orthopaedic Section of American Physical Therapy Association (APTA) tuottaa näyttöön perustuvia suosituksia fysioterapeuteille. ”Hip pain and mobility Deficits – Hip Osteoarthritis suositus on tehty vuonna 2009. Suosituksessa on hyödynnetty kansainvälistä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitusta (ICF). Suosituksessa kuvataan lonkan nivelrikon diagnostiikkaa, ennustetta ja hoitoja. Kyseisessä suosituksessa lonkan nivelrikon diagnostiikassa on käytetty ICD-10

tautiluokitusta. Fysioterapeuttisen tutkimisen ja arvioinnin mittarit ovat selkeästi esitetty. Toimintakyvyn mittareita ovat muun muassa 6 minuutin kävelytesti, Self Paced Walk Test (400 metrin kävelytesti), porrastesti sekä Time up and go testi. Manuaalisessa tutkimisessa ja arvioinnissa mitataan passiivinen lonkan sisä – ja ulkorotaatio, lonkan loitontajien voima sekä tehdään Faber testi (Patrick's testi) ja The Scour testi. Käytettävistä fysioterapian menetelmistä vaikuttavuutta oli manuaalisella terapialla sekä liikkuvuus – ja venyttelyharjoituksilla. (Cibulka ym. 2009.)

Yhteenvetona voidaan todeta, että eri maiden suosituksissa on yhteneväisyyksiä eri fysioterapiamenetelmien osalla ja eroavaisuuksia fysioterapian tutkimus – ja arviointimenetelmissä. Eri maiden suosituksia on kuitenkin vaikea verrata toisiinsa, koska näytön asteiden luokitukset vaihtelivat. Suomen ja Hollannin suositukset olivat rakenteeltaan yhteneväiset. Hollannin suosituksessa on arvioinnin mittarit myös esitetty hyvin ICF luokituksen mukaisesti. USA:n suosituksessa on tarkat mittarit tutkimiseen. Australian suosituksessa on potilaan hoitopolku hyvin havainnollistettu käyttäen vuokaaviota. Fysioterapianmenetelmät ovat kaikissa suosituksissa esitetty yleisellä tasolla. Huomioitavaa on myös se, että suositukset on tehty eri vuosina, jolloin suositeltujen vaikuttavien hoitomuotojen välillä oli eroja. Esimerkiksi TNS sähkökipuhoidojen vaikuttavuus todettiin vahvaksi Hollannin (2010) suosituksessa, kun Australian (2009) suosituksessa sen vaikuttavuus jäi vähäisemmäksi.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa miten Polven ja lonkan fysioterapiasuositus toteutuu fysioterapeutin työssä sekä mitä merkitystä Polven ja lonkan fysioterapiasuosituksella oli fysioterapeutin käyttämiin arviointi – ja terapiakäytäntöihin konservatiivisessa vaiheessa olevan polven nivelrikkoasiakkaan hoidossa.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Missä määrin fysioterapeutit käyttivät suosituksen arviointimenetelmiä arvioidessaan konservatiivisessa vaiheessa olevan polven nivelrikkoasiakkaan toimintakykyä ?
- 2) Missä määrin fysioterapeutit käyttivät suosituksen terapiakäytäntöjä hoitaessaan konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita?
- 3) Mitä merkitystä polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksella oli fysioterapeutin arviointi – ja terapiakäytäntöihin konservatiivisessa vaiheessa olevan polven nivelrikkoasiakkaan kohdalla?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti ja haetaan vastauksia kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. (Vilka 2007, 13-17.) Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Aineiston keruussa käytetään yleensä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen ja aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne. (Heikkilä 2008,16.) Määrällisen tutkimuksen mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomakkeet (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008,190).Tässä tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusotetta, koska tutkimuksessa haluttiin saada tietoa isolta joukolta fysioterapeutteja heidän fysioterapiakäytännöistään konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikon asiakkaita hoitaessaan. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää mitä merkitystä polven ja lonkan fysioterapiasuosituksella on ollut fysioterapeutin fysioterapiakäytäntöihin.

Kyselylomakkeen suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen tutustumista, tutkimusongelman pohtimista ja täsmentämistä, käsitteiden määrittelyä sekä perehtymistä tutkimusasetelman valintaan. Hyvän tutkimuslomakkeen tunnusmerkkejä ovat muun muassa sen selkeys, hyvä tekstien ja kysymysten asettelu sekä vastausohjeiden selkeys ja loogisuus. Mieliäpidetiedustelussa käytetään usein suljettujen kysymysten muodossa esitettyjä väittämiä, joihin otetaan kantaa asteikkotyypisin vastausvaihtoehtoin. Tavallisimmin käytetyt asenneasteikot ovat Likertin ja Osgoodin asteikko. Likertin asteikko on tavallisimmin 4 – tai 5 -portainen järjestysasteikko, josta vastaajien tulee valita asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaava vaihtoehto. Osgoodin asteikko on 5 – tai 7-portainen ja asteikon ääripäinä ovat vastakkaiset adjektiivit. Valmis kyselylomake suositellaan testattavaksi 5 – 10 henkilöllä ennen sen lähettämistä kohdehenkilöille. Postitse tai internetin kautta

lähetetty lomake sisältää kaksi osaa, jotka ovat saatekirja ja tutkimuslomake. Saatekirjeessä ilmoitetaan yleensä tutkimuksen toteuttaja ja rahoittaja, tutkimuksen tavoite, miten vastaajat on valittu, mihin mennessä on vastattava, tieto luottamuksellisuudesta ja kiitos vastaamisesta. (Heikkilä 2008, 48 – 61.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin strukturoitua kyselylomaketta, joka rakennettiin Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksen pohjalta. Kyselylomakkeen alkuosion kysymykset 1-5 sisälsivät taustakysymyksiä kuten, ikä, sukupuoli, koulutus, työkokemus ja toimipaikka. Kysymyksessä kuusi (6) kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit hoitavat polven nivelrikko asiakkaita. Tällä kysymyksellä haluttiin selvittää missä määrin polven nivelrikko asiakkaita käy fysioterapeutin vastaanotolla. Kysymyksissä 7 – 9 kysyttiin fysioterapeutin käyttämiä arviointikäytänteitä, jotka ovat muokattu polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksesta. Kysymykset oli luokiteltu ICF viitekehyksen mukaisesti seuraavasti: ruumiin toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristö- ja yksilötekijät. Kysymyksissä 10 - 11 kysyttiin fysioterapeutin käyttämiä fysioterapiakäytänteitä ja kysymyksessä 12 fysioterapeutin suosittamia liikumista ja toimintakykyä tukevia apuvälineitä. Kysymys 13 koski leikkausta edeltävää fysioterapiaa ja kysymys 14 fysioterapiasuosituksen tunnettavuutta. Kysymys 15 oli avoin kysymys, jossa kysytään mielipidettä fysioterapiasuosituksen merkityksestä käytänteisiin. Kysymyksissä 6-13 käytettiin Likert - tyyppistä asteikkoa. Kyselylomake esitettiin viidellä fysioterapeutilla. Muutoksia tehtiin lähinnä kysymysten sanamuotoihin.

7.2 Tutkimusaineisto ja sen hankinta

Yksi keskeinen tekijä määrällisessä tutkimuksessa on otannan onnistuminen. Otannan avulla pyritään saamaan isosta perusjoukosta eräänlainen pienoismalli, joka kuvaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa. Otantamenetelmiä on viisi ja ne ovat: kokonaisotanta, yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväotanta. Otannan koolle ei ole olemassa tarkkoja lukumääriä, mutta otannan tulee olla sitä isompi mitä yksityiskohtaisempaa tietoa halutaan saada. (Valli 2001, 13-14; Vilka 2007, 51-52.) Otokokoon vaikuttavia tekijöitä ovat myös tutkimukseen käytettävät resurssit sekä analyysiä koskevat asiat. Monimutkaiset analyysit vaativat suuremman otokseen. (Vilka 2007, 55-57.)

Kyselyn yksi tärkeimmistä asioista on lomakkeiden postittamisen tai verkossa lähettämisen ajankohta. Postikyselyssä muistutusten lähettäminen vie tutkimusresursseja, mutta sähköisesti muistutus voidaan suunnitella lähetettäväksi tietyn ajan kuluttua automaattisesti. Kyselyn ajoitus on tärkeää, jotta tutkimuksen vastausprosentti ei ainakaan sen vuoksi jää alhaiseksi. (Vilkkä 2007, 28; Hirsjärvi ym. 2008, 191.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin Webropol kysely – ja analysointi ohjelmaa ja kysely tehtiin nettikyselyinä. Kyselylomake (liite 1) ja saatekirje (liite 2) lähetettiin Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenille systemaattisen otannan avulla. Jäsenrekisterissä oli 314 sähköpostiosoitetta (perusjoukko), josta otokseksi valittiin 100, jolloin joka kolmas alkio perusjoukon listasta valittiin mukaan. Ensimmäinen alkio valittiin arpomalla numeroiden 1-3 avulla ja ensimmäinen alkio sähköpostiosoitelistassa osui alkion 2 kohdalle. Lopulliseksi otokseksi tuli 104. Kyselylomake lähetettiin kesäkuun 2012 alussa ja vastausajaksi valittiin 06.06 - 30.06.2012. Kyselyyn vastasi 24 fysioterapeuttia. Kuudelle ei kyselylomake ohjautunut jostain syystä ja yksi ilmoitti ettei ole enää työelämässä.

7.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston analyysitavat voidaan jäsentää selittämiseen ja ymmärtämiseen pyrkiviin lähestymistapoihin. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään yleensä tilastollista analyysia ja päätöksentekoa. (Hirsjärvi ym. 2008, 219.) Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Tutkimuskysymyksiin sopiva analyysimenetelmä pyritään ennakoimaan jo tutkimusta suunniteltaessa. (Vilkkä 2007.)

Tässä tutkimuksessa aineiston analyysissä käytettiin kysymyksissä 1 – 14 Webropol kysely – ja analysointisovellusta (Webropol Analytics), jonka kehittäjänä on vuodesta 2002 toiminut suomalainen perheyritys Webropol Oy. Vastausten data siirrettiin Exel – taulukoihin kysymysten mukaan luokiteltuna. Analyysissä oli mukana 22 vastaajaa. Taulukoissa tulokset esitettiin lukumäärinä.

Avoimen kysymyksen analyysi tehtiin aineistolähtöisellä laadullisella sisällön analyysimenetelmällä, jolla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa. Ennen analyysin aloittamista tulee määritellä analyysiyksikkö, joka voi olla sana tai lause. Tämä analyysi on kolmivaiheinen prosessi, jossa ensimmäiseksi aineisto pelkistetään eli aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Seuraavaksi aineisto ryhmitellään ja etsitään samankaltaisuutta tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Ryhmittelystä voidaan käyttää nimitystä alaluokka ja edelleen alaluokkien ryhmittelystä käsitettä yläluokka. Kolmantena vaiheena analyysiprosessissa on aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan valikoidun tiedon perusteella teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 95 -113.)

Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lause. Avoimen kysymysten vastauksista poimittiin tutkimuskysymyksen kannalta olennainen tieto. Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin etsien samankaltaisia ilmauksia ja lopuksi aineistosta muodostettiin pääluokkia. Tämän tutkimuksen analyysin etenemistä voidaan tarkastella liitteessä 3.

8 TULOKSET

8.1 Taustatietojen kuvailua

Tutkimukseen vastasi 24 fysioterapeuttia Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenalueelta. Tutkimukseen osallistuneista 8 kuului ikäryhmään 20 – 29, 7 ikäryhmään 30-49 ja 9 ikäryhmään 50 – 59. Vastanneista puolella oli opistotason tutkinto ja työkokemusta yli 20 vuotta. Perusterveydenhuollon palveluksessa vastaajista oli kolmannes. Tutkimukseen vastanneista 18 tunsivat polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksen. Alla olevasta taulukosta 1 taustatiedot näkyvät tarkemmin.

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatiedot (n=24)

Taustatieto	n	%
Ikä		
20-29	8	33,3
30-39	3	12,5
40-49	4	16,7
50-59	9	37,5
Sukupuoli		
mies	4	16,6
nainen	20	83,4
Fysioterapeutin tutkinto		
opisto	12	50,0
ammattikorkeakoulu	11	45,8
ylempi amk	1	4,2
Fysioterapian työkokemus		
alle 5 v	7	29,2
5-19 v	5	20,8
yli 20 v	12	50,0
Toimiala		
perusterveydenhuolto	9	37,5
erikoissairaanhoido	1	4,2
yksityissektori	7	29,2
yrittäjä	1	4,2
kuntoutuslaitos/-sairaala	6	25,0

8.2 Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan hoitokäytännöt

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein vastaajat hoitivat konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita. Vastaajista noin puolet kertoi hoitaneensa konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita muutaman kerran kuukaudessa. Kahdeksan vastaajaa kertoi, että polven nivelrikkoasiakkaat saivat fysioterapiaa leikkausta edeltävästi aina tai usein. Alla olevasta taulukosta 2 nähdään polven nivelrikkoasiakkaan hoitokäytänteet tarkemmin.

TAULUKKO 2. Polven nivelrikkoasiakkaan hoitokäytännöt (n=24)

Hoitokäytännöt	n	%
Konservatiivisia asiakkaita		
muutaman kerran viikossa	5	20,8
muutaman kerran kuukaudessa	11	45,8
muutaman kerran vuodessa	6	25,0
en lainkaan	2	8,3
Fysioterapia preoperatiivisesti		
aina	1	4,5
usein	7	31,9
harvoin	13	59,1
ei koskaan	1	4,5

8.3. Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan tutkimus – ja arviointikäytännöt

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein vastaajat tutkivat ja arvioivat konservatiivisesti hoidettavalta polven nivelrikkoasiakkaalta suosituksessa mainittuja ruumiin toiminnot ja rakenteet osa-alueeseen kuuluvia asioita. Kaikki kysymykseen vastanneet arvioivat ja tutkivat aina tai usein polven nivelrikkoasiakkaalta niveljäykkyyttä, kipua, nivelen turvotusta, nivelen aristusta, lihasvoimaa ja –kireyttä sekä nivelen asentoa. Puolet vastanneista tutki tai arvioi asiakkaan aerobista kapasiteettia aina tai usein. Alla olevasta taulukosta 3 näkyvät tarkemmin ruumiin toiminnot ja rakenteet osa-alueen tutkitut ja arvioidut asiat.

TAULUKKO 3. Ruumiin toimintojen ja rakenteiden tutkiminen (n= 22)

Tutkittava ja arvioitava asia	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
kipu	22			
niveljäykkyys	19	3		
nivelen asento	17	5		
nivelen deformiteetti	12	8	2	
nivelen turvotus	18	4		
kävely	22			
ontuminen	20	1	1	
nivelen stabiliteetti	10	8	4	
nivelen aristus	15	7		
nivelen liikelaajuus	22			
lihasvoima	15	7		
lihaskireys	17	5		
aerobinen kapasiteetti	3	8	8	3

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit tutkivat ja arvioivat suosituksessa mainittuja suoritukset ja osallistuminen osa-alueisiin liittyviä asioita konservatiivisesti hoidettavalta polven nivelrikkoasiakkaalta. Kaikki tutkimukseen vastanneet arvioivat asiakkaalta aina tai usein asennon vaihtamista, pukeutumista ja liikunta aktiivisuutta. Vastanneista 1/3 tutki ja arvioi harvoin tai ei koskaan kävelynopeutta, nostamista ja kantamista sekä sosiaalisia suhteita. Alla olevasta taulukosta 4 näkyvät tarkemmin suoritukset ja osallistuminen osa-alueiden tutkitut ja arvioidut asiat.

TAULUKKO 4. Suoritukset ja osallistuminen alueen tutkiminen(n=22)

Tutkittava ja arvioitava asia	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
asennon vaihtaminen	13	9		
pukeutuminen	14	8		
kävelynopeus	6	8	8	
tasapaino	8	12	2	
nostaminen ja kantaminen	5	9	8	
kulkuvälineiden käyttö	7	11	4	
kodinhoito	11	5	6	
liikunta aktiivisuus	17	5		
harrastukset	13	8	1	
sosiaaliset suhteet	3	11	8	
työkyky	17	4	1	

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit tutkivat arvioivat suosituksessa mainittuja ympäristö – ja yksilötekijöihin liittyviä osa – alueita konservatiivisesti hoidettavilta polven nivelrikkoasiakkailta. Kaikki vastaajat tutkivat ja arvioivat aina tai usein asiakkaan apuvälinetarvetta. Vastaajista noin 2/3 tutki ja arvioi aina tai usein asiakkaan painoindeksiin. Alla olevasta taulukosta näkyvät tarkemmin ympäristö – ja yksilötekijät osa – alueiden tutkimus ja arvioidut asiat.

TAULUKKO 5. Ympäristö ja yksilötekijät osa – alueen tutkiminen (n=22)

Tutkittava ja arvioitava asia	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
lääkitys	17	3	2	
apuvälineet	20	2		
avun tarve	14	7	1	
työn fyysinen ympäristö	11	9	2	
ikä	20	1	1	
kehon painoindeksi	4	12	6	
koulutus	2	9	10	1
muut sairaudet	13	7	2	

8.4 Konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan terapiakäytännöt

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit käyttivät suosituksessa mainittuja terapeuttisen harjoittelun menetelmiä hoitaessaan konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita. Venyttely – ja liikkuvuusharjoittelua dynaamista voimaharjoittelua ja progressiivista lihasvoimaharjoittelua käyttivät kaikki vastanneet aina tai usein. Vastanneista 1/2 käytti vedessä tapahtuvaa harjoittelua harvoin tai ei koskaan. Aerobista harjoittelua käytti harvoin tai ei koskaan 2/3 vastaajista. Alla olevasta taulukosta 6 näkyvät tarkemmin fysioterapeuttien käyttämät terapeuttisen harjoittelut menetelmät.

TAULUKKO 6. Terapeuttisen harjoittelun menetelmät (n=22)

Terapeuttisen harjoittelun menetelmä	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
venyttely - ja liikkuvuusharjoittelu	18	4		
progressiivinen lihasvoimaharjoittelu	15	7		
aerobinen harjoittelu	7	9	5	1
tasapaino -ja koordinaatioharjoittelu	12	8	2	
vedessä tapahtuva harjoittelu		9	8	5
dynaaminen voimaharjoittelu	7	15		
isometrinen voimaharjoittelu	6	13	3	
isokineettinen voimaharjoittelu (n=21)	2	10	5	4

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit käyttivät suosituksessa mainittuja manuaalisen terapia ja fysikaalisen hoidon menetelmiä hoitaessaan konservatiivisessa vaiheessa olevilta polven nivelrikkoasiakkailta. Lähes kaikkia vastaajat käyttivät asiakkaan hoidossa kylmähoitoa usein tai aina. Pehmytkuduskäsittelyjä käytti usein noin 1/3 vastaajista. UKW: ta ja matalateholaseria ei käyttänyt kukaan vastaajista. Alla olevasta taulukosta 7 näkyvät tarkemmin fysioterapeuttien käyttämät manuaalisen terapian ja fysikaalisen hoidon menetelmät.

TAULUKKO 7. Manuaalisen terapian ja fysikaalisen hoidon menetelmät (n=22)

Manuaalinen/fysikaalinen terapia	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
pehmytkuduskäsittelyt		8	10	4
nivelen mobilisointi	3	13	5	1
nivelen manipulaatio		1	5	16
nivelen traktio	1	10	9	2
kylmähoito	3	16	2	1
pintalämpö n=21		5	10	6
ultraääni		4	15	3
TNS		4	14	4
akupunktio	1	1		20
matalateholaser				22
NMES sähköstimulaatio			2	20
interferenssi		1	7	14
UKW n=21				21

Kyselylomakkeessa kysyttiin kuinka usein fysioterapeutit suosittelevat suosituksessa mainittuja liikkumista ja toimintakykyä tukevia apuvälineitä/menetelmiä hoitaessaan polven nivelrikkoasiakasta. Vastaajista 2/3 suositteli asiakkaalle aina tai usein liikkumisen apuvälinettä. Neopreeni polvitukea suositteli usein kahdeksan vastaajaa. Varus virheasentoa korjaavaa polvitukea, polvilumpion teippausta ja asunnon muutostöitä suositeltiin harvoin. Alla olevasta taulukosta 8 näkyvät tarkemmin fysioterapeuttien suosittemat liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälineet ja menetelmät.

TAULUKKO 8. Liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälineet/menetelmät (=22)

Apuväline, tuki ym	aina	usein	harvoin	en koskaan
	n	n	n	n
neopreeni polvituki n=21		6	14	1
lateraalisivulta korotettu tukipohjallinen			15	7
kengän sisäpohjan kiilaus n=21		1	15	5
varus virheasentoa korjaava polvituki		4	17	1
polvilumpion teippaus mediaalisesti		5	12	5
liikkumisen apuväline	3	13	4	2
päivittäisten toimintojen apuväline	3	8	8	3
asunnon muutostyöt		4	12	6

8.5 Suositukset merkitys fysioterapeuttien arviointi – ja terapiakäytäntöihin

Kyselylomakkeessa pyydettiin vastaajia arvioimaan lonkan ja polven nivelrikon fysioterapiasuosituksen merkitystä arviointi ja terapiakäytäntöihin, kun he hoitavat konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita.

Sisällön analyysissä pääluokiksi muodostui suosituksen merkitys omaan työhön ja päivittäiseen työskentelyyn, merkitys terapiakäytäntöihin ja terapiamenetelmien käyttöön sekä merkitys asiakkaan ohjaukseen ja neuvontaan. Myös koulutuksessa ja koulussa opitut käytännöt koettiin merkityksellisiksi .

Suosituksen merkitystä arviointi – ja terapiakäytäntöihin fysioterapeutit kuvasivat seuraavasti :

”Fysioterapiasuositus on paljon ohjannut minua arvioinnissa ja vaikuttanut terapiakäytäntöni.

”Selkiyttänyt ja yhtenästänyt terapiakäytäntöä”

”Fysikaalisten hoitojen käyttö jäänyt vielä vähäisemmäksi.”

”Voima harjoittelun määrää olen lisännyt”.

Koulutuksen merkitystä suosituksen käyttöönotossa fysioterapeutit kuvasivat seuraavasti:

”ftsuositus oli jo käytössä opisekluaikana”

”Jonkin verran auttavat. Aluksi kun suositukset ilmestyivät tuli materiaaleja selailtua ahkerammin läpi. Asia on niin laaja että siihen tarvitsisi koulutuksen”.

" Olen opiskellut hiljattain fysioterapeutiksi, joten koulussa opittu polven nivelrikon fysioterapia mukailee suositusta".

"Alunperin koulutuksen aikana suositusten mukaan opetellut käytännöt ohjaavat omaa työskentelyä".

Suosituksen merkitystä fysioterapian ohjaukseen ja neuvontaa vastaajat kuvasivat seuraavasti:

" Tarkentanut ohjausta ja päivittänyt ohjauksessa annettavaa tietoa".

"Potilaan ohjaus ja neuvonta sekä aktivointi omiin harjoitteisiin lisääntynyt entisestään".

Suosituksen merkitystä oman työn tukemisessa vastaajat kuvasivat seuraavasti:

"Helpottanut suunnattomasti arkea, nopeuttanut työskentelyä ja antanut selkeän suunnan, miten työskennellään. Luonut varmuutta työhön, täten on pystynyt perusteleman asiakkaalle, miksi näin tehdään"

"Toimii eräänlaisena muistilistana nivelrikkoasiakkaiden tutkimisessa ja hoitamisessa. Joudun kuitenkin soveltamaan käytäntöjä käytössäni olevien välineiden ja laitteiden mukaan".

"Ohjaa nivelrikkopotilaan kuntoutusta"

"Olen saanut apua työhöni"

9 POHDINTA

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus toteutuu fysioterapeutin työssä ja mitä merkitystä suosituksella oli ollut fysioterapeutin käyttämiin arviointi – ja terapiakäytäntöihin. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että fysioterapeuttien arviointi ja terapiakäytännöt konservatiivisesti hoidettavan polven nivelrikkoasiakkaan kohdalla vastasivat hyvin polven ja lonkan fysioterapiasuositusta. Fysioterapeutit tutkivat ja arvioivat laaja alaisesti asiakkaan toimintakykyä ICF luokituksen viitekehyksessä. Polven ja lonkan fysioterapiasuosituksella oli ollut merkitystä fysioterapeuttien käyttämiin arviointi – ja terapiakäytäntöihin.

Tutkimukseen vastanneista 5 raportoi hoitavansa polven nivelrikkoasiakkaita muutaman kerran viikossa, 11 muutaman kerran kuukaudessa ja 6 muutaman kerran vuodessa. Vastausten perusteella ei voi tulkita missä määrin fysioterapeutit hoitavat polven nivelrikkoasiakkaita suhteessa väestöön alueellisesti, koska vastausprosentti oli alhainen ja otoskoko pieni. Vastauksista ei voi myöskään tulkita vastaako palvelun tarjonta tarvetta alueella. Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus ja se koskettaa noin miljoonaa suomalaista. Polven nivelrikko oli diagnosoitu Terveys 2000 tutkimuksessa 7%:lla naisista ja 5%:lla miehistä. Polven ja lonkan nivelrikon hoidon perustana ovat konservatiiviset lääkkeettömät hoidot kuten potilasohjaus, laihduttaminen, liike- ja liikuntaharjoittelu sekä fysikaaliset hoidot. (Polven ja lonkan nivelrikko 2007). Paikallistasolla olisi hyvä miettiä polven nivelrikkoasiakkaiden hoitoketjun toimivuutta toisin sanoen huolehtia siitä, että polven nivelrikkoasiakkaat ohjautuisivat riittävän ajoissa fysioterapeutin ohjaukseen ja seurantaan. Tässä tarvitaan yhteistyötä organisaatioiden sisällä lääkärin ja hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien välillä.

Vastaajista neljatoista kertoi, että polven nivelrikkoasiakkaat saivat harvoin tai ei koskaan leikkausta edeltävästi fysioterapiaa. Tutkimuksen tulos leikkausta edeltävän fysioterapian toteutumisen osalta on samansuuntainen Polven ja lonkan fysioterapiasuosituksen kanssa, jossa todetaan, ettei polven tekonivelleikkausta edeltävällä jaksolla ilmeisesti ole vaikutusta leikkauksesta kuntoutumiseen. Tämä ei suoraviivaisesti tarkoita sitä, ettei kenellekään polven nivelrikko asiakkaalle olisi hyötyä leikkausta edeltävästä fysioterapiajaksosta, koska asiakkaan hoitopäätös perustuu yksilölliseen tarpeen arviointiin.

Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus ohjeistaa fysioterapeutteja tutkimaan ja arvioimaan asiakkaan toimintakykyä kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) mukaisesti. Kaikki vastanneet tutkivat ja arvioivat useimmiten lähes kaikkia ruumiin toiminnot ja rajoitteet osa – alueeseen kuuluvia asioita polven nivelrikko asiakkaalta. Puolet vastaajista tutki ja arvioi asiakkaan aerobista kapasiteettia. The ortopedian Section of American Physical Therapy Association's (APTA:n) suosituksessa lonkan nivelrikkopotilaille oli toimintakyvyn arvioinnissa käytetty muun muassa 6 minuutin kävelytestiä, joka soveltuisi mielestäni myös polven nivelrikkopotilaiden aerobisen kapasiteetin arvioimiseksi. Erilaiset testauksen ja mittaukset ovat mielestäni hyviä keinoja asiakkaan itsehoitoon motivoitumisen kannalta. Lisäksi ne toimivat hyvinä seurannan mittareina.

Vastaajista suurin osa arvioi aina tai usein suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen kuuluvia asioita. Tässä osiossa yhtenä osa-alueena oli liikunta aktiivisuuden arviointi, jota arvioi aina tai usein kaikki vastaajat. Vaikka liikunta aktiivisuuden arviointi ja aerobisen kapasiteetin arviointi ovatkin eri asia, ne kuitenkin kytkeytyvät toisiinsa. Jos aerobista kapasiteettia arvioitaisiin esimerkiksi 6 minuutin kävelytestillä olisi yksilöllisen harjoitteluohjelman laatiminen asiakkaalle tarkempaa.

Vastaajista lähes kaikki tutki ja arvioi aina tai usein polven nivelrikkoasiakkaalta ympäristö ja yksilötekijät osa-alueeseen kuuluvia asioita. Asiakkaan painoindeksin arvioi tai tutki aina tai usein 2/3 vastanneista. Ylipaino polven ja lonkan nivelrikon ristitekijänä on nelinkertainen verrattuna normaalipainoisiin silloin, kun painoindeksi (BMI) on 30-35 (Arokoski 2009). Fysioterapiasuosituksessakin todetaan, että potilasta kannustetaan painonhallintaan ja tarvittaessa laihduttamaan. Painonhallinta ja tarvittaessa asiakkaan ohjaaminen laihduttamaan on mielestäni otettava huomioon fysioterapeutin ohjauksessa ja neuvonnassa, silloin kun siihen on tarvetta.

Terapeuttisen harjoittelun menetelmistä kaikki vastanneet käyttivät aina tai usein venyttely – ja liikkuvuusharjoittelua, progressiivista lihasvoimaharjoittelua ja dynaamista voimaharjoittelua. Fysioterapiasuosituksessa progressiivisen kotiharjoittelun on todettu lieventävän kipua ja lisäävän toiminta – ja liikkumiskykyä lievässä ja keskivaikeassa polven nivelrikossa ainakin lyhytaikaisesti. Aerobista harjoittelua käytti 16 vastaajista aina tai usein. Fysioterapiasuosituksessa todetaan aerobisen harjoittelun vähentävän kipua ja parantavan toimintakykyä iäkkäillä potilailla. Tutkimukseen vastanneista kaikki arvioivat asiakkaan liikuntaaktiivisuutta ja puolet arvioi ja tutkit usein aerobista kapasiteettia ja 2/3 käytti aerobista harjoittelua usein. Näen jonkinlaista ristiriitaa näiden kolmen asiakokonaisuuden välillä. Lähinnä ajatuksia herätti se, mihin perustaa aerobinen harjoittelu, jos sitä ei ole arvioinut luotettavilla mittareilla. Ja kuinka hyödyllistä ja fyysistä kuntoa kohottavaa harjoittelu on, jos alkutilannetta ei ole arvioitu luotettavasti. Multanen ja Arokoski (2011) ovat tarkastelleet artikkelissaan liike- ja liikuntaharjoittelun käyttöä polven ja lonkan nivelrikon hoidossa uusimman tutkimustiedon pohjalta. He toteavat myös, että näyttö harjoittelun pitkäaikaisvaikutuksista (yli 6 kk) sekä polven että lonkan nivelrikon osalta puuttuu edelleen. Myös optimaalisesta liikunnan muodosta tai annostuksesta ei ole näyttöä. He toteavat tutkimustietoon viitaten, että sekä suuri- että pienitehoinen lihasvoimaharjoittelu näyttää vähentävän yhtä tehokkaasti kipua ja parantavan toimintakykyä.

Vastaajat käyttivät harvoin manuaalisen terapian ja fysikaalisen hoidon menetelmiä. Kylmähoito oli käytetyin fysikaalisen hoidon menetelmä ja sitä käytti 16 vastaajaa usein tai aina. Suosituksessa todetaan, että kylmähoito saattaa vähentää polvinivelen turvotusta sekä lisätä polvinivelen liikkuvuutta ja nelipäisen reisilihaksen voimantuottoa, mutta kipuun sillä ei ole vaikutusta. TNS sähkökipuhoitoa vastaajista

käytti usein neljä vastaajaa. Suosituksen mukaan TNS sähkökipuhoidon on todettu lievittävän kipua ja lisäävän nivelliikkuvuutta polven nivelrikossa, kun hoitajakso on useita viikkoja. Myös TNS sähkökipuhoidon hyödyntämistä kannattanee mieltä osana asiakkaan hoitoa. Joissakin terveyskeskuksissa on kotikäyttöön lainattavia TNS sähkökipuhoitolaitteita mikä mahdollistaisi TNS sähkökipuhoidon kokeilun polvikivun hoidoksi.

Suosituksessa mainittuja liikkumista ja toimintakykyä tukevia apuvälineitä/menetelmiä suositeltiin vastausten perusteella yleisesti ottaen harvoin. Liikkumisen apuväline ja päivittäisten toimintojen apuväline oli yleisimmin ja useimmiten suositeltu. Käytännön kokemuksen myötä olen huomannut, että liikkumisen apuväline saattaa olla hyvinkin merkittävä asiakkaan omatoimisuudelle ja yhteiskuntaan osallisuudelle. Suosituksen mukaan erilaisten polvitukien, teippauksen tai tukipohjallisten vaikutuksista ei ole näyttöä. Pohjois – Savon sairaanhoitopiirissä julkaistiin vuonna 2005 Sosiaali – ja terveyspalvelujen saatavuusperusteet, jonka tavoitteena oli yhtenäistää apuvälinepalvelujen toimintakäytäntöjä ja lisätä palveluja tarvitsevien tasavertaisuutta alueella. Suosituksen tarkoituksena oli myös helpottaa päätöksentekoa asiakkaan apuvälineasioissa. (Pohjois – Savon sairaanhoitopiiri 2005.) Oman kokemuksen mukaan polvitukia kysytään usein vasta silloin, kun asiakkaan toimintakyky on oleellisesti heikentynyt ja kivut haittaavat selkeästi asiakkaan päivittäistä toimimista, eivätkä lääkkeet ja erilaiset injektiot polviin ole enää auttaneet. Polvitukien tarvetta ja hyötyä tulee arvioida yksilöllisesti huomioiden asiakkaan kokonaistilanne. Polvitukien antama vaikkakin osin emotionaalinen tuki antaa asiakkaalle varmuutta ja turvallisuutta liikkumiseen ja näin ollen edistävät toimintakykyä.

Vastaajat kokivat suosituksella olleen merkitystä omiin arviointi – ja terapiakäytänteisiin. Tämä näkyi vastaajien kuvauksissa muun muassa terapiakäytäntöjen selkiytymisenä ja yhtenäistymisenä. Hyvä fysioterapiakäytäntö hakkeen tarkoituksena oli tuottaa fysioterapian omia näyttöön perustuvia hoitosuosituksia Käypä – hoito suositusten rinnalle ja tueksi. Pitkä aikavälin tavoitteena on fysioterapian vaikuttavuuden ja tehokkuuden edistäminen edistämällä näyttöön perustuvia fysioterapiakäytäntöjä. (Fysioterapiasuosituskäsikirja 2010). Tutkimukseen osallistuneet kokivat suosituksen auttaneen omassa työssä muun muassa helpottamalla arkea ja nopeuttamalla työskentelyä. Yhtenäiset toimintatavat ja terapiakäytänteet helpottavat omaa työtä ja sen suunnittelua. Luomalla niin

sanottuja ”talon sisäisiä käytänteitä” sekä verkostoitumalla esimerkiksi paikallisyhdistysten kanssa voivat yhtenäiset käytänteet levitä ajan kanssa ensin paikallisesti ja sitten alueellisesti.

Tutkimukseen vastanneet kokivat suosituksella olleen merkitystä fysioterapeuttiseen ohjaukseen neuvontaan. He kuvasivat, että suositus oli tarkentanut ja päivittänyt ohjauksessa annettavaa tietoa. Teppo (2011) on selvittänyt pro gradu työssään polvioireisten potilaiden kokemuksia konservatiivisesta hoidosta Keski-Suomen keskussairaalan ortopedilta fysioterapeuteille tehdyssä tehtävän siirrossa vuonna 2008 - 2009. Tutkimuksen johtopäätöksinä todettiin, että suurin osa fysioterapeutin kertaohjauksessa olleista potilaista selvisi vuoden konservatiivisella hoitolinjalla. Fysioterapeutin ohjauksen vaikutukset näkyivät positiivisena muutoksena potilaiden toimintakyvyssä ja elämänlaadussa ja potilaat suhtautuivat myönteisesti konservatiivisen hoitolinjan valintaan sekä kokivat fysioterapeutin antaman ohjauksen hyödyttävän heitä itsehoidossa. Tutkimuksessa todettiin myös, että heikentynyt lihasvoimataso alaraajoissa oli yhteydessä koettuun toimintakyvyn, kipuun ja jäykkyyteen. Neuvonnan antamisen muotoja ja keinoja perinteisen yksilöllisen ohjauksen ja neuvonnan lisäksi tulisi kehittää. Suomessa on hyviä jo luotuja ryhmäohjauksmalleja kuten Sydän liiton TULPPA ja Pieni Päätös Päivässä –konseptit, joista voisi soveltaen kehittää nivelrikon ohjausta ryhmissä. Myös puhelinohjauksen kehittäminen nykyisten sähköisten ajanvarausjärjestelmien kautta olisi varmaan mahdollista.

Vastaajat kokivat koulutukset merkittäväksi suositustietouden saamisessa ja omaksumisessa. Fysioterapiasuosituksen käsikirjassa on kuvattu fysioterapiasuosituksen laatimista ja suositusten levittämistä. Ohjausryhmän vastuulle on määritelty suosituksista tiedottaminen ja koulutusten järjestäminen.(Fysioterapiasuosituskäsikirja 2010). Vastuu tahon onkin huolehdittava, että uudet suositukset sekä myös kansainväliset yhdessä tehdyt suositukset saadaan riittävästi näkyville ja fysioterapeuttien tietoisuuteen. Koulutusta tulee järjestää kattavasti huomioiden koko Suomi alueena.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kuvata termeillä reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus muodostuu tutkimuksen reliabiliteetistä ja validiteetistä. Tutkimuksen reabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen toistettavuutta ja reliabiliteetti on sitä suurempi mitä vähemmän sattuma on vaikuttanut tuloksiin. Tutkimuksen reabiliteetissa tarkastellaan mittaukseen liittyviä asioita ja tarkkuutta tutkimuksen toteutuksessa. Tällöin tarkasteltavana otoskoko ja sen laatu, vastausprosentti ja otannan onnistuminen. Tehdyn tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää tutkimuksen otoksen pienuus, jolloin tutkimustuloksia ei voi yleistää. (Vilka 2007, 149-154; Hirsjärvi ym. 2008, 226-228.)

Tässä tutkimuksessa vastausprosentti jäi alhaiseksi (24,1%). Vastausprosentin alhaiseen määrään voi olla useitakin selittäviä otantaan liittyviä tekijöitä. Otanta tehtiin Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenille, joten otosta määrittäessä tutkijalla ei ollut tietoa työskentelivätkö vastaajat sellaisessa yksikössä tai tehtävässä, että heillä on mahdollisuus hoitaa konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoo asiakkaita. Toisaalta tutkimuksen perusjoukkona tutkija piti jäsenrekisterissä olevia 314 jäsentä, mutta yhdistyksen alueella olevien fysioterapeuttien määrä jäi selvittämättä eli on kyseenalaista voidaanko jäsenrekisterissä olevaa jäsenten määrää pitää edustavana perusjoukkona. Kolmanneksi tutkija ei kyselyä lähettäessään pitänyt tärkeänä muistutuksen laittamista otosjoukolle ja neljänneksi kyselyn lähettämisen ajankohta kesäkuun 2012 ei ollut hyvä ajankohta. Toisin sanoen tutkimuksen kokonaisluotettavuutta ei voida pitää korkeana eikä tutkimustuloksia voi näin ollen yleistää.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Toisin sanoen sitä, miten tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden lomakkeeseen eli mittariin. (Vilka 2007, 149-154; Hirsjärvi ym. 2008, 226-228.) Validiteettia arvoitaessa tarkastellaan operationalisoinnin onnistumista, kysymysten muotoilua ja vaihtoehtoja sekä asteikon toimivuutta.

Tässä tutkimuksessa mittarin luotettavuutta pyrittiin parantamaan esitestaamalla se. Mittari rakennettiin Polven ja Lonkan fysioterapiasuosituksen sisällön mukaisesti, jolloin mittarin sisällöllisen luotettavuuden voi tarkistaa. Kysymysten asteikoksi valittiin Likert tyyppinen asteikko, jossa oli neljä vaihtoehtoa. Tulosten analyysissä asteikko oli riittävän tarkka kuvaamaan arviointi – ja terapiakäytäntöjä. Mittarin avulla saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen validiteetti oli mielestäni hyvä.

Tutkimuksen tekemiseen liittyvien eettisten periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen ovat jokaisen tutkijan itsensä vastuulla. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on , että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Siihen kuuluu tutkijan kriittisyys, joka tarkoittaa, että tutkija ottaa huomioon omille valinnoille vaihtoehtoiset ja vastakkaisetkin näkökulmat. Tutkijan tulee olla suunnitelmallinen ja järjestelmällinen tutkimuksen teossa ja olla perehtynyt hyvin tutkimuskohteeseensa ja tutkimuksen metodologiaan. Tutkijan tulee tuntea tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2006, 21-27.)

Eettisyys liittyy tutkimusprosessissa suunnitteluvaiheeseen, jossa tulisi muun muassa päättää mitä tutkimusmateriaalille tehdään tutkimuksen päättyessä. Tutkimusetiikan perusteisiin kuuluu myös se, että tutkittaville tulee taata anonymiteetti sitä heidän halutessaan. Anonymiteetin säilyttämisellä on etuja tutkijan kannalta, sillä se lisää tutkijan vapautta käsitellä esimerkiksi arkojakin tai ristiriitaa herättäviä asioita. Yksityisyyden käsitteeseen rinnastettava on myös luottamuksellisuuden käsite, joka on tutkijan lupaus siitä, että tietoja ei levitetä. Tutkijan tulisi selittää tutkittaville miten luottamuksellisuus tutkimuksessa taataan. Tieteellisen tutkimuksen etiikkaan kuuluu myös avoimuus ja tutkija on vastuussa nimissään julkaistusta työstä siinä käytetyistä lähteistä, viittauksista ja oikeakielisyyteen. (Mäkinen 2006, 77-132.)

Tässä tutkimuksessa anonymiteetin säilyminen varmistettiin kertomalla saatekirjeessä tutkimuksen luottamuksellisuudesta ja vastaajan anonymiteetin säilymisestä .Tutkimuksen aineistoon ei ollut kenelläkään muulla päästä käsiksi kuin tutkijalla. Tutkimusaineisto käsiteltiin niin, että tuloksista ei voinut saada selville vastaajan henkilöllisyyttä.

9.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheita

Tämän tutkimuksen johtopäätöksinä voidaan todeta, että fysioterapeuttien käyttämät arvionti - ja terapiakäytännöt vastasivat hyvin Polven ja lonkan fysioterapiasuosituksen sisältöä ja suosituksella oli ollut merkitystä fysioterapeuttien arviointi - ja terapiakäytäntöihin. Vaikka tämän tutkimuksen tuloksia ei voidakaan yleistää, pidän tärkeänä, että fysioterapiassa jatkossakin panostetaan näyttöön perustuvien suositusten laatimiseen, sillä vain vaikuttavien hoitokäytänteiden ja menetelmien kautta fysioterapia säilyttää asemassa yhteiskunnassa ja osana terveydenhuoltoa. Myös asiakkaiden ohjautuminen fysioterapiaan riittävän ajoissa ja oikea-aikaisesti on merkityksellistä ensinnäkin asiakkaan toimintakyvyn ylläpysymisen ja toiseksi yhteiskunnan kannalta kustannusten ja rajallisten voimavarojen näkökulmasta. Fysioterapia luo näyttöön perustuvan toiminnan kautta itselleen vankan perustan ammattina osana terveydenhuoltoa. Ja vaikuttavien toimintatapojen kautta pystymme perustelemaan omaa olemassaoloamme. Kukan (2010) selvityksen mukaan fysioterapeuttien tuki ja liikuntaelinoireisten vastaanottotoiminta on kustannusvaikuttavuudeltaan parempi kuin lääkärissä käynti. Myös tätä näkemystä tukevia kansainvälisiä tutkimuksia on julkaistu.

Fysioterapia suositukset kuten Käypä – hoito suosituksetkin eivät ole lakeja, joita tulee noudattaa tarkalleen suositusten ohjaamalla tavalla. Fysioterapia suositukset ovat tarkoitettu avuksi fysioterapian päätöksentekoon, fysioterapian suunnitteluun ja toteutukseen. Asiakkaan hoitopäätös perustuu aina yksilölliseen arviointiin ja hoitopäätöstä tehdessä ja asiakkaan fysioterapiaa suunnitellessa ja toteutettaessa suositukset ovat hyvä apuväline.

Polven nivelrikkoasiakkaat tulisi ohjata riittävän ajoissa fysioterapiaan, joko heti diagnoosin jälkeen tai viimeistään silloin, kun on olemassa merkkejä asiakkaan työ – ja toimintakyvyn heikkenemisestä. USA:ssa ja Kanadassa tule ongelmaisten ensikontakti on fysioterapeuteilla (Kukka 2010). Tätä suuntaa mielestäni tulisi Suomessakin entistä enemmän viedä eteenpäin.

Fysioterapeuttien osaamiseen ja tieteellisen tiedon lukutaidon vahvistamiseen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota niin peruskoulutuksessa kuin jo työelämässä olevienkin kohdalla. Ja työpaikoilla on huolehdittava, että fysioterapeuteilla on mahdollisuuksia tiedonhankintaan, työn kehittämiseen ja itsensä kehittämiseen. Tämä edellyttää, että työpaikoille on luotu esimerkiksi työn vaativuuden arvioinnin ja osaamiskartoitusten kautta jokaiselle työntekijälle oma koulutus- ja urasuunnitelma, joiden kautta turvataan tarvittava ammatillinen osaaminen työyksikössä. Tämä edellyttää, että fysioterapeuteilla on esimiehinä oman alan asiantuntijoita, joiden vastuulla on työyksikön kehittäminen.

Jotta suomalainen fysioterapia pärjää kansainvälisesti, on huolehdittava, että seurataan kansainvälisiä fysioterapian näyttöön perustuvia suosituksia sekä tehdään aktiivisesti yhteistyötä kansainvälisesti. Tässä opinnäytetyössä käsittelemäni kansainväliset polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia suositukset erosivat niin tutkimisen kuin menetelmien osalta toisistaan. Fysioterapeuttina ajattelen, että olisi tärkeää saada yhtenäiset käytänteet kansainvälisesti ja kansallisesti, jotta fysioterapian ammattia voidaan kehittää vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Fysioterapia lehti on hyvä väline niin kansallisten kuin kansainvälistenkin tutkimusten levittämiseen, mutta myös oman terveydenhuollon valtakunnan taholta tulevien viestien välittämisen keino.

Jatkotutkimuskena voisi selvittää polven nivelrikkoasiakkaiden hoitopolkua diagnoosin saamisen jälkeen. Saavatko asiakkaat ohjausta ja neuvontaa itsehoitoon heti diagnoosin jälkeen vai vasta sitten, kun muut konservatiiviset hoitokeinot on kokeiltu. Konservatiiviset hoitomuodot ovat polven nivelrikon hoidon perusta ja fysioterapian menetelmät näyttelevät konservatiivisessa hoidossa suurta osaa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia tuntevatko lääkärit ja hoitajat fysioterapiasuosituksia. Suomessa fysioterapiaan ohjautuminen tapahtuu vielä pääsääntöisesti lääkärin lähetteen kautta kautta.

LÄHTEET

Airaksinen, O. 2003. Nivelrikko ja mitä sillä tarkoitetaan [verkkolehti]. Nivel tieto 2003:2.[viitattu 18.08.2012]. Saatavissa: <http://www.niveltieto.net>

Alaranta, H., Heliövaara, M. R. & Viikari - Juntunen, E. 2003. Tuki - ja Liikuntaelims-
tön sairauksien ja vammojen epidemiologia ja ehkäisy. Teoksessa Alaranta, H., Poh-
jolainen, T., Salminen, J. & Viikari - Juntura, E (toim.) Fysiatría. Jyväskylä: Duodecim,
26-42.

Arokoski, J. 2009. Nivelrikon syyt [verkkolehti]. Nivel tieto 2, 6-7.[viitattu 15.08.2012].
Saatavissa: [http:// www.niveltieto.net/aineisto](http://www.niveltieto.net/aineisto)

Bazin, S. 2012. Presentation about the ER-WCPT [verkkojulkaisu]. [viitattu
24.04.2012]. Saatavissa : [http://www.physio-europe.org/public/File/ER-
WCPT%20Presentation.pdf](http://www.physio-europe.org/public/File/ER-WCPT%20Presentation.pdf)

Cibulka, M. T., White, D. M., Woehrle, J., Harris-Hayes, M., Enseki, K., Fagerson, T.
L., Slover, J. & Godges, J. J. 2009. Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis
[verkkojulkaisu] .The Journal of Orthopaedic & sports Physical Therapy 39(4);A1-A25
[viitattu 27.07.2012]. Saatavissa: [http://www.orthopt.org/ICF/HipPainMobilityDeficits-
HipOA-ClinicalGuideline-2009-02-21.pdf](http://www.orthopt.org/ICF/HipPainMobilityDeficits-HipOA-ClinicalGuideline-2009-02-21.pdf)

European Region of the World confederation for Physical Therapy 2010. Clinical
guideline development programmes in the European Region of
WCPT[verkkojulkaisu].Germany [viitattu 23.04.2012]. Saatavissa:[http://www.physio-
europe.org/index.php?action=155](http://www.physio-europe.org/index.php?action=155)

European Region of the World confederation for Physical Therapy 2012. *Adopted Database on Clinical and Multidisciplinary Guideline Programs in the ER-WCPT* [verkkojulkaisu]. [viitattu 23.04.2012]. Saatavissa: <http://www.physio-europe.org/index.php?action=155>

Fysioterapianimikkeistö. 2007 [verkkojulkaisu]. Kuntaliitto, Suomen fysioterapeutit ry ja FYSI OY [viitattu 22.05.2012]. Saatavissa: <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Sivut/default.aspx>

Fysioterapiasuosituskäsikirja 2010 [verkkojulkaisu]. Suomen Fysioterapeutit ry. Viitattu [10.04.2012]. Saatavissa: www.suomenfysioterapeutit.fi

Hallitusohjelma 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 2011. Valtioneuvosto. [viitattu 24.07.2012]. Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi>

Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Helminen, H. J., Hyttinen, M. M. & Arokoski, J. 2008. Nivelrikon ehkäisy on mahdollista! Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 16(124),1863-65.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2011. Hoitotyön tutkimussäätiön toimintakertomus vuodelta 2011 [verkkodokumentti]. [viitattu 17.07.2012]. Saatavissa: <http://www.hotus.fi/>

Hoitotyön suositukset. 2012. Hoitotyön tutkimussäätiö HOTUS.[viitattu 17.07.2012].
Saatavissa: <http://www.hotus.fi>

ICF 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus.
World Health Organisaation (WHO). Sosiaali - ja terveystieteiden tutkimus – ja kehittä-
miskeskus STAKES. Ohjeita ja luokituksia 4. Jyväskylä: Gummerus.

Kaila, M. 2004. Käypä hoito kymmenen vuotta. Duodecim Aikakauskirja 120(1),13-4.

Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. 2010. KNGF Guideline for
Physical Therapy in patients with Osteoarthritis of the hip and knee [verkkójulkaisu].
Dutch Journal of Physical Therapy. Volume 120, 1. [viitattu 27.05.2012]. Saatavissa:
<https://www.kngfrichtlijnen.nl/654/KNGF-Guidelines-in-English.htm>

Korppi, M., Lauri, S. & Mäntyranta, T. 2004. Näyttöön perustuva terveydenhuolto.
Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala J. (toim.) Terveyspal-
veluiden suunnittelu. Jyväskylä: Gummerus, 67-75.

Kukka, A. 2010. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtävän-
siirroista kansainvälisesti ja Suomessa. [verkkodokumentti]. Suomen Fysioterapeutit
ry.[viitattu 14.10.2012]. Saatavissa: <http://www.fysioterapia.net>

Lehtomäki, L. 2009 .Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden keskuksen talon tavoiksi
[verkkójulkaisu]. Akateeminen väitöskirja. Tampere.[viitattu 21.03.2012] Saatavissa:
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>

Louhiala, P. & Hemilä, H. 2005. Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 121(12);1317-25

Luomansuu, S. 2011. Fysioterapiasuosituksen pilottimalli 2010. Suomen fysioterapeutit ry:n hyvä fysioterapiakäytäntöhanke [verkkajulkaisu]. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [viitattu 10.03.2012]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011100713621>

Löfman, A. 1993. Lääkitysvoimistelijasta fysioterapeutiksi. Forssa.

Multanen, J. & Arokoski, J.P.A. 2011. Liikunta polven ja lonkan nivelrikon hoidossa. Fysioterapia 58(2), 30-34.

Multanen, M. & Korhonen, M. 2005. Käypä hoito –suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosessissa [verkkajulkaisu]. Savonia ammattikorkeakoulu. [viitattu 17.07.2012]. Saatavissa: <http://www.savonia-amk.fi/julkaisut>

Multanen J. 2008. Liikunta ja rusto [verkkajulkaisu]. [viitattu 09.08.2012] Saatavissa: http://www.niveltieto.net/aineistot/liikunta_ja_rusto.pdf

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Pendleton, A., Arden, N., Dougados, M., Doherty, M., Bannwarth, B., Bijlsma, J.W.J., Cluzeau, F., Cooper, C., Dieppe, P.A., Gunther, K-P., Hauselmann, H.J., Herrero-Beaumont, G., Kaklamanis, P.M., Leeb, B., Lequesne, M., Lohmander, S., Mazieres, B., Mola, E-M., Pavelka, K., Serni, U., Swoboda, B., Verbruggen, A.A., Weseloh, G & Zimmermann-Gorska, I 2000 .EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis [verkkojulkaisu]. [viitattu 12.02.2012]. Annals of the Rheumatic Diseases 59(12); 936-944. Saatavissa: <http://ard.bmj.com/content/59/12/936>

Perälä, M-L & Pelkonen, M. 2006 Hoitotyön suositukset osana näyttöön perustuvaa toimintaa [verkkolehti]. Sairaanhoitajalehti 12. [viitattu 26.05.2012]. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/arkisto/

Pohjois - Savon Sairaanhoitopiiri. 2005. Sosiaali - ja Terveystieteiden apuvälinepalvelujen saatavuusperusteet Pohjois - Savon Sairaanhoitopiirissä.(toim.) Koistinen, A. K. Kuopion Yliopistollinen Sairaala. Kuntoutuskeskus.

Rasmussen, J . O., Carsten, J. & Lund, H . 2011. Kliniske retningslinjer for fysioterapi til patienter med knæartrose. Danske Fysioterapeuter [verkkojulkaisu].[viitattu 28.03.2012]. Saatavissa:<http://fysio.dk/fafo/Kliniske-retningslinjer/Knaartrose/>

Riihimäki, H. & Heliövaara, M., 2002. Tuki – ja liikuntaelinsairaudet. Terveys ja toimintakyky Suomessa [verkkojulkaisu]. Kansanterveyslaitos.[viitattu 23.07.2012] Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/7.3.html>

Saarni, S. 2010. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa. Eettinen analyysi. Väitöskirja. Helsinki. Terveystieteiden – ja hyvinvoinnin laitos(THL). Tutkimus 40.

Sarajärvi, I., Mattila, LR & Rekola, L, 2011. Näyttöön perustuva toiminta. avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009–2011 [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18 [viitattu 13.03.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007

Sosiaali – ja terveysministeriö. 2009b. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011[verkkajulkaisu]. Sosiaali -ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. [viitattu 13.03.2012]. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884

Sosiaaliportti 2012. Hyvän käytännön prosessi. [verkkajulkaisu]. [viitattu 30.09.2012]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2004. Käypä hoito käsikirja [verkkajulkaisu]. Vammala[viitattu 6.10.2005]. Saatavissa: http://www.duodecim.fi/pls/kotisivut/docs/F8271/KH-kasikirja_2004_net.pdf

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007. Polvi – ja lonkkanivelrikon hoito [verkkajulkaisu]. [viitattu 17.07.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/aakkosissa?>

Suomen fysioterapeutit .2005. Hyvä fysioterapiakäytäntö – projekti. Selvitys näyttöön perustuvien fysioterapiasuositusten laatimiseksi 2004. saatavissa: <http://www.suomenfysioterapeutit.fi>

Suomen fysioterapeutit. 2006.Fysioterapiasuosituskäsikirja[verkkajulkaisu].[viitattu 11.04.2012]. Saatavissa: www.suomenfysioterapeutit.fi

Suomen fysioterapeutit. 2008.Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Hyvä fysioterapiakäytäntö – suositus [verkkajulkaisu]. [viitattu 11.04.2012]. Saatavissa: www.suomenfysioterapeutit.fi

Suomen fysioterapeutit 2011.Fysioterapeutti muuttuvassa maailmassa - ydinosaaminen ja valmiudet eri tehtäviin [verkkajulkaisu].[viitattu 10.04.2012]. Saatavissa: www.suomenfysioterapeutit.fi

Talvitie, U., Karppi, SL. & Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Toinen uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Teppo, U. 2011. Tehtävänsiirrot ortopediltä fysioterapeuteille. Polvioireisten potilaiden konservatiivisesta hoidosta saadut kokemukset, palvelujen käyttö ja terveyden osatekijöiden muutokset vuoden seurannassa. Fysioterapian pro gradu tutkielma. [verkkajulkaisu]. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos.[viitattu 26.06.2012]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36917>

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010. [verkkajulkaisu]. [viitattu 23.07.2012]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

The National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2009. Guideline for the non-surgical management of hip and knee osteoarthritis[verkkajulkaisu].[viitattu 21.02.2012]. Saatavissa: <http://www.racgp.org.au/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus

Vainikainen, T. 2009. Kiitosta ja kunniaa Käypä hoito –suosituksille. Duodecim Aika-
kauskirja;125 (19):2140-2141

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä;
Gummerus.

World Confederation for Physical Therapy 2012a. What is WCPT. [Viitattu
20.03.2012]. Saatavissa: <http://www.wcpt.org/history>.

World Confederation for Physical Therapy 2012b. History of WCPT.[viitattu
20.03.2012]. Saatavissa: <http://www.wcpt.org/>

World Confederation for Physical Therapy European region 2008b . Staying clean
supporting smoker & ex smokers in giving up. A guided exercise programme for
stopping smoking. ThePublic Health Programme 2003 – 2008[verkkojulkaisu].
[viitattu 14.04.2012]. Saatavissa: http://www.luxkine.lu/alk_cms/

World Confederation for Physical Therapy European region 2008a. Pain in the back. Avoiding back pain in children and teenagers. An evaluation of the investigation into the effects of an exercise programme on primary school children promoting physical activity. The Public Health Programme 2003 -2008 [verkkojulkaisu]. [viitattu 17.04.2012]. Saatavissa: http://www.luxkine.lu/alk_cms/

Zhang, W., Doherty, M., Arden, N., Bannwarth, B., Bijlsma, J., Gunther, KP., Hauselmann, HJ., Herrero-Beaumont, G., Jordan, K., Kaklamanism, P., Leeb, B., Lequesne, M., Lohmander, S., Mazieres, B., Martin-Mola, E., Pavelka, K., Pendleton, A., Punzi, L., Swoboda, B., Varatojo, R., Verbruggen, G., Zimmermann-Gorska, I & Dougados, M 2005. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis [verkkojulkaisu]. Annals of the Rheumatic Diseases 2005 64(5):669-681. [viitattu 12.02.2012]. Saatavissa: <http://ard.bmj.com/content/64/5/669>

Zhang, W., Moskowitz, RW., Nuki, G., Abramson, S., Altman, RD., Arden, N., Bierma-Zeinstra, S., Brandt, KD., Croft, P., Doherty, M., Dougados, M., Hochberg, M., Hunter, DJ., Kwoh, K., Lohmander, LS & Tugwell, P. 2008. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. [verkkojulkaisu]. Osteoarthritis and Cartilage 16(2):137-162. [viitattu 12.02.2012]. Saatavissa: <http://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584%2807%2900397-4/abstract>

Kyselylomake

1. Ikä

- 1 20-29
- 2 30-39
- 3 40-49
- 4 50-59
- 5 60-

2.Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

3.Fysioterapeutin tutkinto

- 1 opisto
- 2 ammattikorkeakoulu
- 3 ylempi ammattikorkeakoulu

4.Fysioterapian työkokemus

- 1 ei lainkaan
- 2 alle 5 v
- 3 5-9 v
- 4 10 – 19
- 5 yli 20 v

5. Toimiala

- 1 perusterveydenhuolto
- 2 erikoissairaanhoido
- 3 yksityissektori
- 4 yrittäjä
- 5 kuntoutuslaitos/-sairaala
- 6 muu, mikä? _____

6.Kuinka usein hoidat konservatiivisessa vaiheessa olevia polven nivelrikkoasiakkaita ?

- päivittäin
- muutaman kerran viikossa
- muutaman kerran kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa
- en lainkaan

7. Kuinka usein tutkit ja arvioit (haastattelemalla, havainnoimalla, mittaamalla) seuraavia ruumiin toimintoja ja rakenteita osa-alueeseen kuuluvia asioita nivelrikkoasiakkaalta?

aina, usein, harvoin en koskaan

- * kipu
- * niveljäykkyys
- * nivelen asento
- * nivelen deformeetti
- * nivelen turvotus
- * kävely
- * ontuminen
- * nivelen stabiliteetti
- * nivelen aristus
- * nivelen liikelaajuus
- * lihasvoima
- * lihaskireys
- * aerobinen kapasiteetti

8. Kuinka usein tutkit ja arvioit (haastattelemalla, havainnoimalla, mittaamalla) seuraavia suoritukset ja osallistuminen osa-alueeseen kuuluvia asioita polven nivelrikkoasiakkaalta?

aina, usein, harvoin, en koskaan

- * asennon vaihtaminen
- * pukeutuminen
- * kävelynopeus
- * tasapaino
- * nostaminen ja kantaminen
- * kulkuvälineiden käyttö
- * kodinhoito
- * liikunta aktiivisuus
- * harrastukset
- * sosiaaliset suhteet
- * työkyky

9. Kuinka usein tutkit ja arvioit (haastattelemalla, havainnoimalla, mittaamalla) seuraavia ympäristö – ja yksilötekijöihin kuuluvia asioita polven nivelrikkoasiakkaalta?

aina, usein, harvoin, en koskaan

- * lääkitys
- * apuvälineet
- * avun tarve
- * työn fyysinen ympäristö
- * ikä
- * kehon painoindeksi
- * koulutus
- * muut sairaudet

10. Kuinka usein käytät seuraavia terapeuttisen harjoittelun käytäntöjä hoitaessasi konservatiivisessa vaiheessa olevaa polven nivelrikkoasiakasta?

aina, usein, harvoin, en koskaan

- * venyttely- ja liikkuvuusharjoittelu
- * progressiivinen lihasvoimaharjoittelu
- * aerobinen harjoittelu
- * tasapaino – ja koordinaatioharjoittelu
- * vedessä tapahtuva harjoittelu
- * dynaaminen voimaharjoittelu
- * isometrinen voimaharjoittelu
- * isokineettinen voimaharjoittelu

11. Kuinka usein käytät seuraavia manuaalisen ja fysikaalisen terapian käytäntöjä hoitaessasi konservatiivisessa vaiheessa oleva polven nivelrikkoasiakasta?

aina, usein, harvoin, en koskaan

- * pehmytkudoskäsittely
- * nivelen mobilisointi
- * nivelen manipulaatio
- * nivelen traktio
- * kylmähoito
- * pintaämpö
- * ultraäänihoito
- * TNS hoito
- * akupunktio
- * matalateholaser
- * NMES sähköstimulaatio
- * interferenssi hoito
- * pulsoiva UKW

12. Kuinka usein suosittelet liikkumista - ja toimintakykyä tukevia apuvälineitä/mentelmiä konservatiivisessa vaiheessa olevalle polven nivelrikkoasiakkaalle ?

aina, usein, harvoin, en koskaan

- * polvituki
- * lateraalisivulta korotettu tukipohjallinen
- * kengän sisäpohjan kiilaus
- * varus virheasentoa korjaava tuki
- * polvilumpion teippaus mediaalisesti
- * liikkumisen apuväline
- * päivittäisten toimintojen apuväline

13. Saavatko asiakkaasi tekonivelleikkausta edeltävästi fysioterapiaa?

aina, usein, harvoin, ei koskaan

14. Oletko tutustunut polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositukseen?

1 kyllä

2 ei

4(4)

15. Arvioi, miten polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuositus on vaikuttanut arviointi – ja terapia-käytäntöihisi hoitaessasi polven nivelrikkoasiakasta?

Arvoisa Vastaanottaja!

Opiskelen Savonia - ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosi-
aali – ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen koulutusohjelmassa.

Teen opinnäytetyötä liittyen polven ja lonkan fysioterapiasuositukseen. Tutkimukseni
tarkoituksena on selvittää mitä polven ja lonkan nivelrikon fysioterapiasuosituksen arvi-
ointi – ja terapiakäytäntöjä fysioterapeutit käyttävät työssään hoitaessaan **konservatiivi-
sessa vaiheessa olevia polven nivelrikko-asiakkaita** ja mitä merkitystä suosituksella on
fysioterapeuttien käyttämiin arviointi – ja terapiakäytäntöihin kyseisen asiakasryhmän
kohdalla.

Kyselyyn osallistujat on valittu Pohjois-Savon fysioterapeutit ry:n jäsenrekisteristä syste-
maattisella otannalla. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 10 minuuttia. Vastauksenne käsi-
tellään luottamuksellisesti, eikä kenenkään henkilöllisyys tule ilmi opinnäytetyön missään
vaiheessa. Vastausaika 06.06.- 30.06 2012 .

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Airi Laitinen Savonia - ammattikorkeakoulus-
ta.

Kiitos osallistumisestasi

Marja-Leena Nousiainen
sähköposti: Marja-Leena.a.Nousiainen@edu.savonia.fi

Liite 3



