

FYSIOTERAPIAN ARKIPÄIVÄ TERVEYSKESKUKSESSA
Fysioterapian palveluprosessin laatu ja terveyden edistäminen asiakkaiden ja
fysioterapeuttien arvioimana.

Tiina Raiski

Terveyskasvatuksen
Pro gradu -tutkielma
Syksy 2001
Terveystieteenlaitos
Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Raiski, Tiina. 2001. Fysioterapian arkipäivä terveyskeskuksessa. Fysioterapian palveluprosessin laatu ja terveyden edistäminen asiakkaiden ja fysioterapeuttien arvioimana. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos.

Tutkimuksessa tarkasteltiin fysioterapian palveluprosessia laatu näkökulmasta. Arvioinnissa huomioitiin fysioterapeuttien sekä palveluja käyttävien asiakkaiden mielipiteitä fysioterapiapalveluista. Tarkastelun kohteena oli fysioterapian sisältö, palvelujen saavutettavuus, tuloksellisuus, asiakastyytyväisyys sekä yksikössä määriteltyjen laatutavoitteiden toteutuminen. Tutkimuksen pääongelmat olivat: miten fysioterapian palveluprosessi toteutuu ja mikä on palvelujen laatu tutkitussa terveyskeskuksessa sekä miten laatu toteutuu arkipäivän fysioterapiassa työlle asetettujen tavoitteiden saavuttamisen perusteella.

Tutkimus toteutettiin eräässä Keski- Suomalaisessa terveyskeskuksessa ja se kuului osana isompaa sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa työelämänkehittämiprojektia, jossa tarkasteltiin laatua koko terveyskeskuksessa. Tiedot kerättiin keväällä 1997 kyselylomakkeilla, joihin vastasi 14 fysioterapeuttia ja 105 asiakasta. Tulosten tilastollisina analyysimenetelminä käytettiin suoria frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä joissakin osissa ristiintaulukointia. Tilastollista merkittävyyttä testattiin khi- testillä.

Fysioterapiapalveluiden laatu osoittautui asiakastyytyväisyyden, saavutettavuuden ja tuloksellisuuden perusteella melko hyväksi. Asiakkaat kokivat henkilökunnan ammattitaitoiseksi ja he olivat kokeneet saaneensa fysioterapiasta avun sen hetkiseen ongelmaansa. Lähes kaikki asiakkaat käyttäisivät kyseisen terveyskeskuksen fysioterapiapalveluja tarvittaessa uudelleen.

Terveyskeskuksen fysioterapeuttien terveyden edistäminen painottui jo sairastuneisiin. Terveysneuvonnan aiheena pääsääntöisesti oli terveelliset liikuntatottumukset ja itsehoito liikunnan avulla. Asiakkaat kokivat saaneensa käyttökelpoisia ja innostavia ideoita itsensä kuntouttamiseen ja he kokivat kotiharjoittelun ja sen seurannan tärkeäksi.

Tulokset osoittavat kuitenkin vaihtelua palveluprosessinlaadussa eri toimipisteiden välillä. Esimerkiksi jonotusajat vaihtelivat toimipisteiden välillä viikosta kolmeen viikkoon. Isoilla terveysasemilla oli tehty yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa enemmän kuin pienillä terveysasemilla. Tulosten perusteella voitaisiinkin suositella palveluprosessin jatkuvaa seurantaa toiminnan suunnittelun tueksi sekä toiminnan suunnittelua eri toimipisteiden erityispiirteet huomioon ottaen.

Avainsanat: terveyskeskus, fysioterapia, palveluprosessi, laatu, asiakastyytyväisyys, terveyden edistäminen, terveysneuvonta

Tiivistelmä

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
2. Kuntoutus ja fysioterapia suomalaisessa perusterveydenhuollossa	4
2.1. Kuntoutus	4
2.1.1. Kuntoutus yleensä	4
2.1.2. Lääkinnällinen kuntoutus	5
2.1.3. Lakisääteisyys kuntoutuksessa	6
2.2. Fysioterapiapalvelut perusterveydenhuollossa	7
2.2.1. Fysioterapia terveyskeskuksessa	9
2.2.2. Fysioterapiapalvelujen saavutettavuus	10
2.2.2. Terveyden edistäminen ja fysioterapia	11
2.3. Fysioterapian tarve	14
2.4. Fysioterapiapalveluja käyttävät asiakkaat ja fysioterapian vaikuttavuudesta	17
3. Laatu fysioterapiassa	19
3.1. Laatu ja laadun varmistaminen	19
3.2. Terveydenhuollon ja fysioterapian laatu näkymiä	21
3.3. Laatu asiakkaan näkökulmasta	24
4. Tutkimuskohteena olevan terveyskeskuksen kuvaus	27
4.1. Tutkimuksen toteutuspaikka	27
4.2. Fysioterapian toiminta- ajatus	28
4.3. Fysioterapian palveluprosessi	28
5. Tutkimusongelmat	31
6. Tutkimusmenetelmät ja –aineisto	32
6.1. Tutkimusaineisto ja tutkimuksen suorittaminen	32
6.2. Tutkimusjoukko	34
6.3. Muuttujien tilastollinen tarkastelu	36
6.4. Tutkimuksen virhelähteistä	37
7. Tutkimustulokset	40
7.1. Fysioterapian palveluprosessin toteutuminen ja palvelujen laatu tutkitussa terveyskeskuksessa	40
7.1.1. Asiakkaat	40
7.1.2. Fysioterapiapalvelujen saavutettavuus	46
7.1.3. Fysioterapia sisältö ja fysioterapiajakson pituus	48
7.1.4. Fysioterapian tuloksellisuus	51
7.2. Laadun toteutuminen	52
7.2.1. Laatutavoitteiden toteutuminen	53
7.2.2. Asiakastyytyväisyys	56

8. Pohdinta	58
8.1. Tulosten yleistettävyys ja luotettavuus	58
8.2. Fysioterapian palveluprosessi ja sen laatu tutkitussa terveyskeskuksessa	59
8.2.1. Fysioterapian asiakkaista	60
8.2.2. Fysioterapiatyön sisältö	60
8.2.3. Palvelujen saavutettavuus laatutekijänä	61
8.2.4. Tuloksellisuus laadun osana	63
8.2.5. Asiakkaiden arvioita fysioterapiapalvelujen laadusta	63
8.2.6. Fysioterapiatyön laatu ja terveyden edistäminen.....	64
8.3. Miten laadun mittaaminen onnistui laaditulla mittarilla?	66
8.3.1. Palveluprosessin toteutumisen mittaaminen	66
8.3.2. Yleistavoite ja palvelutavoite laadun mittareina	67

Lähteet

Liitteet

1. JOHDANTO

Ottawan (1986) konferenssin julkilausuman mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää yksilöiden ja yhteisöiden mahdollisuuksia hallita niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat terveyteen ja siten myös yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuuteen parantaa terveyttään. Terveyden edistämisen kohteen laajentuminen haastaa terveydenhuollon ja sen menetelmät. Työn kohde laajentuu alueelliseksi, ongelmia ehkäiseväksi ja kansalaisten osallistumista aktivoivaan suuntaan. Laajempi terveyslähtöinen, asiakaskeskeinen ja yhteiskunnallinen työote asettaa haasteita terveysalan ammattilaisten terveyttä edistävälle toiminnalle. (Naidoo & Wills 1998, Perttilä 1997, Liimatainen ym. 1999).

Laadunhallinta ja laadun kehittäminen tukee lähtökohdiltaan terveyden edistämisen periaatteita. Laadunhallinnassa ja kehittämisessä tärkeänä vaikuttajana on asiakas (Outinen & Holma 1994). Terveyden edistämisen onnistumisen edellytyksenä on asiakkaan tarpeiden ja taitojen tunnistaminen sekä niiden tukeminen (Tones 1996). Jotta asiakas pystyy tekemään omalle terveydelleen edullisia valintoja, on hänen tunnistettava omat elintapansa ja niiden vaikutus terveyteen sekä mitä keinoja ja mahdollisuuksia hänellä on käytettävissä oman ja ympäristönsä terveyden edistämiseksi (Laitakari ym. 1989, Tones 1996).

Asiakkaat eivät kykene arvioimaan kaikkia hoidon laatuun vaikuttavia tekijöitä, mutta heidän hoitokokemuksiaan voidaan käyttää perusteina kehitettäessä terveyspalvelujen laatua (Sinkkonen 1992, Outinen & Holma 1994). Asiakkaiden arviot hoidon laadusta perustuvat heidän kokemuksiinsa ja saamaansa tietoon hoidosta. He pitävät hyvänä hoitona jokapäiväisten tarpeidensa tyydyttämistä, inhimillistä kohtelua ja hyvää vuorovaikutussuhdetta henkilöstön kanssa. (Outinen & Holma 1994, Sinkkonen 1992, Vuorela 1988, Övreveit 1992).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun luonne ja työn vuorovaikutuksellisuus tuovat omat erityisvaatimuksensa laadun kehittämistyöhön. Vuorovaikutus tapahtuu aina tietyssä toimintaympäristössä ja puitteissa, joiden laatua voidaan varmistaa. Laadulla on tärkeä

asemansa kilpailussa. Kilpailussa menestyminen edellyttää selkeyttä oman työn tavoitteista ja tuloksista, sekä keinoista varmistaa hyvä tuote, palvelu tai palveluprosessi. Onnistunut laadunhallinta merkitsee oman työn, työprosessien, asiakkaiden ja toiminnan tuntemista ja hallintaa. (Pienet- kohti laatujärjestelmää 1997).

Yleensä terveydenhuollon ja sairaanhoidon laatua on tutkittu melko paljon Suomessa ja ulkomailla (esim. Övreit 1992, Sinkkonen 1992, Vuorela 1988). Kuitenkin kuntoutuksen ja fysioterapian alueelta tarvitaan enemmän tutkimusta ja näyttöä laadun kautta. Laadunkehittämisjärjestelmät ovat edistyneet hitaasti terveyskeskuksissa verrattaessa esim. kuntoutuslaitoksiin. (Winell 1997). Mutta laatu keskustelun lisääntyessä on sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien kiinnostus laadunhallintajärjestelmien rakentamiseen vähitellen kasvanut (Pienet- kohti laatujärjestelmää 1997, 7). Suomen kuntaliitto ja Stakes (Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiskeskus) ovat tehneet uraa uurtavaa työtä kehittäessään työkaluja sosiaali- ja terveydenhuollon laadun kehittämiseen.

Terveyskeskuksen fysioterapeutin työhön kuuluu kirjavasti erilaisia asiakaskontakteja joko yksilöittäin tai ryhmien kanssa. Työhön kuuluu myös kiinteästi työskentely moninaisten yhteistyökumppaneitten kanssa. (Viitanen 1994). Fysioterapeuttiliitto (2000) määrittelee fysioterapiatyön tavoitteeksi vaikuttaa yksilöön ja ryhmiin terveyttä edistävasti, toimintakykyä parantavasti tai ylläpitävästi. Fysioterapia toteutetaan yleensä välittömässä vuorovaikutuksessa yhden tai useamman henkilön kanssa. Onnistumisen edellytyksenä nähdään, että fysioterapeutti ymmärtää vuorovaikutuksen merkityksen terapiaprosessissa. Edelleen onnistumisen edellytyksiä on fysioterapian suunnittelu yhdessä yksilön tai ryhmän sekä muun ammattihenkilöstön kanssa. (Fysioterapeutti ammattilaisena 2000).

Tämän työn tavoitteena oli tutkia laadun toteutumista yhden terveyskeskuksen fysioterapiapalveluissa sekä kartoittaa yleensä fysioterapiayksikön toimintaa. Aineisto kerättiin Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän fysioterapiayksiköstä. Tutkimus on osa laajempaa terveyskeskuspalvelujen kehittämisprojektia Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Tämä tutkimus kulkee nimellä "kuntoutuksen osa-projekti." Kuntoutuksella tässä yhteydessä tarkoitetaan fysioterapiatoimintaa, joka toteutetaan

sairaalassa ja avopuolella sekä apuvälinetoimintaa. Toimintaterapiasta tehdään erillinen tutkimus.

Projekti toteutettiin yhteistyössä terveyskeskuksen fysioterapiahenkilöstön kanssa. Tutkimusaineisto kerättiin kahdella erillisellä tutkimuslomakkeella, omansa täyttivät fysioterapian asiakkaat sekä henkilökunta. Sen lisäksi, että tutkimuksen myötä saatiin tietoa siitä ketkä käyttivät fysioterapiapalveluja, tarkasteltiin siinä fysioterapiaprosessin eri vaiheita ja osa-alueita laadun ja terveyden edistämisen näkökulmasta. Tarkastelu lähti liikkeelle siitä mitä reittiä asiakkaat tulevat fysioterapeutin vastaanotolle ja miten kauan kestää lähetteen saapumisesta fysioterapian aloittamiseen. Fysioterapian toteutusta arvioivat asiakkaat ja fysioterapeutit. Asiakastytyväisyys oli yhtenä tärkeänä kohteena ja sitä tarkasteltiin terveydenedistämistilanteiden toteutumisen ja tuloksellisuuden kautta.

Fysioterapiassa korostuivat odotetusti kahdenkeskiset terveyskasvatus tilanteet, joiden tavoitteena olivat asiakkaan terveyden ja toimintakykyisyyden edistäminen tai ylläpitäminen terveysneuvonnan avulla. Terveysneuvonnan onnistumista arvioivat sekä asiakkaat että fysioterapeutit. Kannustavana seikkana fysioterapeuteille oli se, että asiakkaat olivat enimmäkseen olleet tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin ja neuvoihin ja seurantakäyntien perusteella ohjeita oli myös noudatettu. Kuten aiemminkin (Laitakari ym. 1989) on todettu fysioterapeuttien terveysneuvonta oli liikuntapainotteista.

2. KUNTOUTUS JA FYSIOTERAPIA SUOMALAISESSA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

2.1. Kuntoutus

2.1.1. Kuntoutus yleensä

Kuntoutustoiminta on kautta aikojen käsittänyt sekä yhteiskunnallisen että yksilön näkökulman pyrkimyksissään molempien tahojen hyötyyn. Sen avulla on pyritty saattamaan eri tavoin sairaat ja vammautuneet, joskus myös muista syistä huono-osaiset henkilöt, integroitumaan sosiaaliseen yhteisöön ja yhteiskuntaan. Kuntoutuksen antamassa kehyksessä on ihmisiä eri aikakausina kasvatettu, koulutettu, lääkitty, hoidettu ja sosiaalistettu. Perusteluissa kuntoutukselle ovat yhdistyneet sekä humanitaariset, oikeudenmukaisuutta ja ihmisten välistä tasa-arvoisuutta korostavat periaatteet että yhteiskunnan ja yhteisön yleistä etua, yleensä taloudellista hyötyä korostavat näkökohdat. (Järvikoski 1994; Suikkanen ym. 1995).

Yhteiskunnan monimutkaistuessa on kuntoutustoimintakin joutunut kehittymään, sopeutumaan ja muuntumaan. Kuntoutuksen yleisimmät pyrkimykset ovat säilyneet ennallaan tai ainakin samansuuntaisina, mutta kuntoutukselle asetetut odotukset ja kuntoutuksen toimintastrategiat ovat muuttuneet yhteiskunnallisten edellytysten muuttuessa. (Suikkanen 1995).

Kuntoutusta on määritelty monin eri tavoin riippuen aikakaudesta ja määrittelevästä tahosta. Sen keinot, sisällöt ja tavoitteet ovat sidoksissa kulttuuriin, tulevaisuuden visioihin ja vallitseviin ihmiskäsityksiin. Kuntoutusta voidaan määritellä ammatillisesta, kasvatuksellisesta ja koulutuksellisesta näkökulmasta. Se voidaan ymmärtää myös kiinteänä osana terveydenhuoltoa. (Suikkanen 1995).

Kuntoutus osana terveydenhuoltoa perustuu ensisijaisesti lääketieteelliseen osaamiseen. Se on nähty lähinnä terveydenhuollon kolmantena vaiheena, joka on sairauden tai vamman jälkihoidon luonteista ja tähtää potilaan saattamiseen takaisin yhteiskunnan jäseneksi, yhteiskuntaa hyödyttävään toimintaan eli työhön. (Suikkanen 1995). Suikkanen (1995) tuo esille WHO:n määritelmän kuntoutuksesta vuodelta 1981, joka on

seuraava: "Kuntoutusta ovat kaikki ne toimenpiteet, jotka tähtäävät vammauttavien ja vajaakuntoistavien olosuhteiden vaikutusten vähentämiseen ja vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden saattamiseen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumiseen ympäristöönsä, vaan integraation edistämiseksi pyritään vaikuttamaan myös heidän lähiympäristöönsä ja yhteiskuntaan." (Suikkanen 1995).

2.1.2. Lääkinnällinen kuntoutus

Terveystieteiden tutkimuksessa toteutettava kuntoutustoiminta painottuu lääkitieteelliseen kuntoutukseen. Terveystieteillä on myös oma roolinsa ammatillisen kuntoutukseen liittyvien kuntoutustutkimusten tekijänä, ammatillisen kuntoutuksen vireille panijana sekä sosiaalisen ja kasvatuksellisen kuntoutuksen toteuttajien yhteistyökumppanina. Meneillään oleva rakennemuutos sosiaali- ja terveystoimen palveluissa vaikuttaa myös kuntoutusjärjestelyihin. Toiminnassa painottuu ensisijaisesti avohoito. (Suikkanen 1995).

Lähtökohtana lääkitieteellisessä kuntoutuksessa on vahvasti yksilö- ja potilaskeskeisyys. Yksilöllinen kuntoutustarve perustuu sairauteen ja kuntoutus kuuluu olennaisena osana sairauden hyvään hoitoon. Laajemman lähtökohdan kuntoutustarpeelle antaa vajaakuntoisuus- ja haikkäsite. (Suikkanen 1995). Vajaakuntoisuus määritellään lääkitieteellistä kuntoutusta koskevassa lääkitieteellisen yleiskirjeessä 1823/83 siten että, sen tulee olla aiheutunut lääkitieteellisesti määriteltävästä viasta, vammasta tai sairaudesta ja edelleen niin että, vajaakuntoisuus on pitkäkestoista tai pysyvää ja aiheuttaa yksilön työ- ja toimintakyvylle olennaista haikkä. (Läkitieteellisen yleiskirje 1823/83).

Fysioterapia sisältyy lääkitieteelliseen kuntoutukseen terapiamenetelmänä, jonka tavoitteena on parantaa tai ylläpitää ihmisten toimintakykyä. Fysioterapia on aina ollut sidoksissa kuntoutusideologiaan. Kuntoutuksen alueella tapahtuneet muutokset ovat lähes poikkeuksetta vaikuttaneet myös fysioterapiatoimintaan. Tästä esimerkkinä vanhaskuntoutuksen ideologia, joka on ohjannut fysioterapian uusien hoitokäytäntöjen kehittämistä. (Viitanen 1997).

2.1.3. Lakisääteisyys kuntoutuksessa

Terveydenhuollon kuntoutuksesta säädetään ensisijaisesti kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa sekä lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa. Kansanterveyslaki vuodelta 1972 määrää kunnan tehtäväksi huolehtia lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisestä siltä osin, kun sitä ei ole säädetty kansaneläkelaitoksen tehtäväksi. Lakia on tarkastettu vuonna 1991. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta (nro 1015/91) yhdistää sekä erikoissairaanhoidolain että kansanterveyslain määräykset (Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 1996). Asetuksessa määritellään kunnan tai kuntainliiton tehtäväksi lääkinnälliseen kuntoutukseen sisältyvien kuntouttavien toimenpiteiden lisäksi kuuluvaksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus työ- ja toimintakyvyn arviointineen ja työkokeiluineen, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta ja muut näihin rinnastettavat toiminnot. Lisäksi kunnan tai kuntainliiton on järjestettävä fysioterapia, toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet. (Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 1996). Lakiuudistusta valmisteltaessa kiinnitettiin huomiota erityisesti työssä olevan väestön kuntoutuksen varmistamiseen. Haluttiin päästä pois passiivisesta eläkejärjestelmästä ja siirtyä aktiivisempaan toimintamuotoon (Lääkinnällinen kuntoutus 1994).

Lääkinnällisen kuntoutuksen, kuten muunkin terveydenhuollon järjestämisen velvollisuus kunnan asukkaille on yleinen. Sääöksissä ei määritellä kenen tulee saada kuntoutusta. Asetuksen mukaan kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisina kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliitossa edellyttää. Tämä määritellään kunnan tai kuntainliiton sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmassa, joka on sidoksissa talousarvioon. Kuntakohtaisesti lääkinnällisen kuntoutuksen saatavuus saattaa riippua siis sekä kuntoutuksen arvostuksesta että taloustilanteesta. (Lääkinnällinen kuntoutus 1994).

2.2. Fysioterapiapalvelut perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuoltoon luetaan kuuluvaksi sekä julkinen että yksityinen terveydenhuollonsektori. Myös fysioterapiapalveluihin perusterveydenhuollossa voidaan katsoa kuuluvaksi molemmat sektorit ja niiden tuottamat palvelut, kuten terveyskeskusten, yksityisten tutkimus- ja hoitolaitosten ja yksityisten ammatinharjoittajien tuottamat palvelut. (Viitanen 1997; Vuori 1988).

Terveyden edistäminen kuuluu kiinteänä osana perusterveydenhuoltoon. Sillä ei katsota olevan erityistä aluetta terveydenhuollossa, vaan sen avulla pyritään yleisesti positiiviseen terveyteen ja hyvinvointiin (Macdonald 1998). Terveyden edistäminen määritellään prosessina, joka mahdollistaa ihmisiä vaikuttamaan terveyteensä sekä parantamaan sitä. Prosessi korostaa yksilön osallistumista, terveyttä tukevaa ympäristöä ja jaettua vastuuta kaikilla sektoreilla parannettaessa sekä yksilön että yhteisön terveyttä. (Macrina 1999, Ewles & Simnett 1999). Perusterveydenhuollossa terveyttä edistävällä ja sairauksia ehkäisevällä toiminnoilla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten lähinnä yksilöön kohdistuvaa tutkimusta ja neuvontaa, joka toteutetaan tavallisesti osana terveyskeskusten asiakaskontakteja. Terveyden edistämällä painotetaan myös omatoimisuutta ja väestön omia aloitteita vaikutettaessa terveyden perusedellytyksiin. (Vuori 1988).

Tunnusomaista perusterveydenhuollolle on pitkäaikaisen vastuunottaminen asiakkaan terveydestä ja sen tukemisesta. Tämä tarkoittaa asiakkaan omien terveyttä edistävien voimavarojen tukemista eli ei pyritä hoitamaan vain sairautta sen ilmetessä. Näin perusterveydenhuollon tehtävänä on edistää laajasti ihmisen elämään kuuluvia edellytyksiä.

Terveyttä kaikille vuonna 2000- ohjelmassa tuotiin esille tarve perusterveydenhuollon sisällön kehittämiseen ja hoidon jatkuvuuden parantamiseen väestövastuuperiaatteen mukaisesti. Perusterveydenhuoltoa onkin kehitetty paljon viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämän päivän haasteita perusterveydenhuollossa on moniammatillisuuden kehittäminen ja asiakkaiden aktivoituminen heitä koskevissa ratkaisuissa. Talouden

heikkenemisen myötä perusterveydenhuollossa on kehitettävä myös taloudellisempia toimintatapoja. (Viitanen 1997).

Yhtenä palvelutoimintana perusterveydenhuollon sisällä on siis fysioterapia. Fysioterapeuttiliiton liittokokouksen 1997 hyväksymä virallinen määritelmä fysioterapiasta on seuraava: "Fysioterapia perustuu liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja toteutuu asiakkaan tai asiakasryhmän ja fysioterapeutin välisessä vuorovaikutuksessa sekä moniammatillisessa yhteistyössä. Neuvonnan ja ohjauksen, terapeuttisen harjoittelun sekä manuaalisen ja fysikaalisen terapian keinoin tuetaan ja valmennetaan asiakasta saavuttamaan hänelle optimaalinen liikkumis- ja toimintakyky, jotka ovat voimavaroja terveyteen ja hyvinvointiin. Fysioterapian tavoitteet muodostuvat yksilön tarpeista liikkua ja toimia elinympäristössään ja selviytyä jokapäiväisen elämän vaatimuksista. Asiakas on omaa elämäänsä suunnitteleva ja hallitseva yksilö, joka osallistuu vastuullisesti fysioterapiansa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Fysioterapian keskeisenä tehtävänä on huolehtia siitä, että väestö säilyy mahdollisimman pitkään toiminta- ja työkykyisenä. Toiminnassa vaikutetaan myös elin- ja työympäristöön sekä siihen, että kuntoutukseen osallistuvat ammattihenkilöt ja asiakkaan lähiyhteisö toimivat kuntoutusperiaatteiden mukaisesti. Fysioterapia on osa julkista- ja yksityistä sosiaali-, terveys-, ja kuntoutusjärjestelmää." (Toimintalinjat vuosille 1998-2000).

Sairaalaliitto (nykyisin Suomen Kuntaliitto) on kehittänyt tuotteistamis- ja kustannuslaskentaprojektin työryhmässä ryhmittelyn fysioterapiayksikössä suoritettavista töistä. Työ koostuu kolmenlaisista palvelutehtävistä, joita ovat ydin-, yleis- ja tukipalvelut. Tärkeimpänä tehtävänä pidetään ydinpalveluita, jotka tarkoittavat asiakkaaseen/potilaaseen oleellisesti kohdistuvia toimintoja. Yleispalvelut tarkoittavat sellaisia koulutus-, luento-, ja ohjaustehtäviä, jotka eivät ole osa potilaan/asiakkaan tai potilasryhmän fysioterapiaa. Tukipalvelut luovat edellytykset ydin- ja yleispalveluiden tuottamiselle. Ne tarkoittavat yksikön sisäistä ja ulkoista toimintaa, hallintoa ja kehittämistyötä. (Holma 1995).

2.2.1. Fysioterapia terveystieteiden keskuksessa

Kansanterveystyössä fysioterapia liitetään kansanterveystieteen tarkoittamaan ehkäisevään toimintaan, kuten terveysneuvontaan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon sekä työterveterveystyöhön (Kansanterveystietelaki 1972). Terveystieteiden kuntoutustoiminnassa on pyrkimyksenä työkyvyn ylläpitäminen ja/tai palauttaminen, toimintakyvyn säilyttäminen tai hoidettavuuden parantaminen (Winell 1994). Terveystieteiden fysioterapiayksiköt vastaavat tällä hetkellä suurimmasta osasta terveystieteiden kuntoutustoimintaa (Viitanen 1997).

Terveystieteiden fysioterapiayksiköiden tehtävät ovat mitä moninaisemmat. Tehtävien monipuolisuus vaatii runsaasti suunnittelua, organisointia ja tiivistä yhteistyötä muun terveydenhuollon kanssa (Saarelma 1994). Viitanen (1994) tutkimus Fysioterapia kansanterveystyössä toi esiin lääkäritoimintajärjestäjien (nykyisin käytetään nimitystä fysioterapeutti) jatkuvan kiireen ja työpäivän pirstoutuneisuuden. Fysioterapeutit tekevät työtä monien yhteistyötahojen kanssa ja hoitavat hyvin erilaisia kuntoutukseen liittyviä asioita apuvälineiden lainaamisesta kuntoutuspaikkojen etsimiseen ja lausuntojen kirjoittamiseen. Monipuolisuus olikin tutkimuksessa haastateltujen lääkäritoimintajärjestäjien mielestä merkittävä oman työn motivointitekijä. Toisaalta se aiheutti myös ahdistusta ja tunnetta siitä, että ammattitaito ei riitä kaikille työsektoreille. Työpäivää kuvasi kiire, joka johtuu joko huonosti organisoidusta työstä tai liian suuresta tehtäväalueesta. Tämä korostui varsinkin niissä yksiköissä, joissa toimi vain yksi fysioterapeutti. (Viitanen 1994).

Viitanen (1997) toteaaakin väitöskirjansa perusteella, että perusterveydenhuollon fysioterapiapalveluiden tarpeesta, suunnittelusta, tuottamisesta ja toiminnan seurannasta ei ole selkeää kuvaa millään hallinnon portaalla, joiden tulisi kerätä tietoa. Palveluiden tuottaminen on kokonaisuudessaan suunnittelematonta. Terveystieteiden keskuksissa on vähän tietoa fysioterapian käyttäjistä ja palveluiden kokonaistarpeesta kunnissa. Tämä luonnollisesti vaikeuttaa suunnittelua. (Viitanen 1997).

Suomen kuntaliitto on kerännyt tietoa perusterveydenhuollon kuntoutuspalveluista vuosien 1994-1996 väliseltä ajalta. Tietojenkeruussa on edelleenkin ongelmia, mutta

tiedonkeruumenetelmiä kehitetään koko ajan. Lähinnä ongelmia aiheuttaa lääkinnällinen kuntoutus -käsitteen kirjava tulkinta. Kuntoutuspalvelutilastoja on tehty lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittujen palvelujen pohjalta. Erityistyötekijöiden työstä ei ole tehty erittelyä siitä, mikä on katsottu kuntoutukseksi ja mikä hoidoksi. Luotettavampaa tietoa ollaan saatu käyntimääristä. Ongelmallista on ollut selvittää eri tyyppisiä palveluja saaneiden asiakkaiden määrä. Tietoa toteutettujen kuntoutuspalvelujen sisällöstä on kerätty kuntoutuspalveluluokituksen avulla, joka on kehitetty Suomen kuntaliitossa yhteistyössä Stakesin kanssa. Valtakunnalliset toiminta- ja tuotantotilastot täydentävät osaltaan kuvaa siitä, mitä kuntoutuksessa terveydenhuollossa tapahtuu. (Holma 1996a, 1-3).

Vuoden 1996 tilastoissa fysioterapiakäyntien osuus kaikista lääkinnällisen kuntoutuksen asetuksessa mainittujen palvelujen käynneistä oli perusterveydenhuollossa 83%. Perusterveydenhuollon fysioterapiakäynneistä ryhmäkäyntien osuus oli 29%. Fysioterapiapalveluita perusterveydenhuollossa tuotettiin ostopalveluina 6,1%. Esimerkiksi puheterapiapalveluja toteutettiin ostopalveluina 14%, mikä olikin suurin ostopalveluina tuotettu kuntoutuspalvelu. Käyntejä asiakasta kohden oli perusterveydenhuollossa 7,3. Nämä luvut eivät ole täysin todelliset, koska sairaaloista 8% ja terveyskeskuksista 20% eivät ilmoittaneet asiakasmääriään. (Holma 1996a, 6-7).

Vuoden 1996 tilastoissa mukana oli 252 terveyskeskusta (Holma 1998). Fysioterapiakäyntien määrä oli kasvanut 9% edelliseen vuoteen verrattuna. Potilaita oli perusterveydenhuollossa 278 000 ja yksi potilas kävi fysioterapiassa noin 8,5 kertaa. (Nenonen YM. 1998). Jo 80-luvulla Kekin ja Heinon tutkimuksessa potilaat saivat tutkituissa terveyskeskuksissa keskimääräisesti 8,5 fysioterapiakertaa. (Kekki & Heino 1988, 30).

2.2.2. Fysioterapiapalvelujen saavutettavuus

Viitanen (1994) tutkimissa fysioterapiayksiköissä, muutamaa terveyskeskusta lukuun ottamatta, olivat asiakasjonot tyypillisiä. Jonotusajat vaihtelivat viikosta kuukauteen. Jonojen purkamiskäytäntönä oli yleisesti ilmoitus lääkärille, ettei fysioterapiayksikkö ota vastaan uusia läheteitä. (Viitanen 1994). Asiakasjonoja on pohdittu myös Toimiva

terveyskeskus-projektissa. Projektiin osallistui 21 terveyskeskusta ja tavoitteena siinä oli kehittää terveyskeskusten toimintatapoja. Esimerkiksi projektin tuloksista voidaan ottaa Heinolan terveyskeskus, jossa jonot koettiin merkittäväksi ongelmaksi. Heinolan terveyskeskuksen fysioterapiaoastolla kehitettiin uusi toimintamalli, joka sisälsi mm. enemmän yhteistyötä lääkäreiden kanssa sekä potilaan ohjaamisen aktiivisempaan itsehoitoon. Tutkimus kesti syksystä 1990 elokuuhun 1993. Elokuussa 1993 jonoja ei ollut enää lainkaan. (Saarelma ym. 1994).

Kekki ja Heino (1988) selvittivät fysikaalisen hoidon käyttöä ja vaikuttavuutta viidessä erilaisessa terveyskeskuksessa Uudellamaalla. Heidän tutkimissaan terveyskeskuksissa potilaiden jonotusajat vaihtelivat kahdesta viikosta kuukauteen. Potilaista 24,2% oli omasta mielestään päässyt nopeasti terveyskeskuksen fysikaaliseen hoitoon. Melko myöhään oli päässyt noin 15% ja aivan liian myöhään 7% potilaista. Ajan saaminen fysikaaliseen hoitoon oli 72% mielestä helppoa. Kuitenkin 32% potilaista oli täysin eri mieltä siitä, että terveyskeskuksen fysikaaliseen hoitoon on helppo päästä. (Kekki & Heino 1988). Yleensä terveyskeskuspalvelujen saatavuutta tutkittiin Karkkilassa. Tulokseksi saatiin, että terveyskeskuspalvelujen saatavuutta voidaan pitää melko hyvänä, koska kyselyyn vastanneista asiakkaista valtaosa (66%) ilmoitti päässeensä vastaanotolle kohtuullisessa ajassa. Kaikista vastaajista ainoastaan 4% koki pääsynsä terveyskeskuksen vastaanotolle vaikeaksi. (Oras & Oikarinen 1996).

2.2.3. Terveiden edistäminen ja fysioterapia

Terveiden edistämisen lähtökohtana on positiivinen terveyskäsitelmä. Tunnetuimman positiivisen terveyden käsitelmän on tuonut esille WHO 1986. Sen mukaan terveys nähdään voimavarana jokapäiväisessä elämässä ei niinkään elämän tavoitteena. (Macdonald 1998, Perttilä 1999).

Terveidenhuollossa perinteisesti on terveyttä lähestytty biolääketieteellisen mallin näkökulmasta. Sen mukaan terveys voidaan määritellä oireiden ja löydösten puuttumisena. Normaalin (eli terveen) ja sairaalloisen rajat nähdään yksiselitteiseksi ja objektiivisesti määrättäviksi. Vallitsee jyrkkä dikotomia: tauti joko on tai sitä ei ole. Terveys on sairauksien puuttumista. Toisaalta terveyden biolääketieteellinen määritelmä

ei oikeastaan ole terveyden määritelmä vaan pikemminkin määritelmä siitä, mikä ei ole sairautta. Tämän pohjalta terveyden edistäminen ymmärretään mekaaniseksi sairauksien parantamiseksi ja kipujen lieventämiseksi. Se vaikeuttaa terveydenhuollon mahdollisuuksia käsitellä terveyteen läheisesti vaikuttavia sosiaalisia, taloudellisia, ammatillisia ja usein myös psyykkisiä ongelmia. (Kauhanen ym. 1998).

Terveyden edistämisen ja terveystieteiden suhdetta on kuvattu sateenvarjomallilla, jossa yläkäsitteenä on terveyden edistäminen ja terveystieteet on sen yhtenä tärkeänä osana sateenvarjon alla. Muita yläkäsitteen alla olevia terveyden edistämisen osa-alueita ovat yhteisön terveys, julkinen ja preventiivinen terveydenhuolto, julkinen politiikka, ympäristön terveys jne. (Ewles & Simnett 1999).

Kuten terveyden edistämässä on terveystieteissäkin perusteena tieto terveydestä eikä sairaudesta ja tavoitteena on terveyden positiivinen edistäminen arkielämässä. Pääsisältöalueena ovat terveyttä vahvistava käyttäytyminen ja terveyden hoitaminen. (Poskiparta 1997). Terveystieteiden kohteena usein on yksilön tietoisuuden ja terveystietämisen tason nostaminen, jotta tämä voisi valita terveyden kannalta oikeita ratkaisuja (Mackintosh 1999).

Terveystieteet voidaan määritellä suotuisissa olosuhteissa tapahtuvaksi sosiaalisesti viestintäprosessiksi, joka vaikuttaa mielikuviin, ilmaisiin ja yksilön toiminnan edellytyksiin ja se luo terveyttä edistävää ilmapiiriä. Se on vastavuoroinen prosessi, jossa opitaan sekä omista että toisten kokemuksista. (Ingrosso 1993). Terveystieteiden määrittelyssä on tapahtunut muutosta niin, että käyttäytymisen muuttumisen yksilölliset erot on tiedostettu. On ryhdytty korostamaan terveystietäjän, auttajan ja tukijan roolia yksilön kehittäessä ja etsiessä omia kykyjään elää ja hallita elämäänsä erilaisissa terveys- ja sairausmaailmoissaan. (Kettunen ym. 1996). Terveystieteiden määrittely ja sen menetelmät saavat sisältönsä siis terveyden edistämisen ja terveyden määrittelystä, joten voitaisiin ehkä nähdä terveystieteet eräänlaisena työkaluna, jolla pyritään vaikuttamaan yksilön ja yhteisön terveyskäyttäytymiseen ja valintoihin.

Kannaksen (1992) mukaan terveysterapiakäytännöllä on neljä suurta tehtävää, jotka ovat muutosta avustava, sivistävä ja virittävä tehtävä sekä arkiterapeuttinen eli mielenterveystehtävä (Kannas 1992). Kun terveysterapiasta ajatellaan terveyden kasvamisena, voidaan sen eri tehtävien avulla auttaa asiakasta kasvuprosessissa. Terveysterveystoiminta tilanteessa terveysterapiakäytännön tehtävät eivät toteudu itsenäisinä, vaan ne esiintyvät eri lailla painotettuina tai yhteen kietoutuneena tilanteen tavoitteiden mukaisesti. (Kettunen ym. 1996).

Ingrosso (1993) jakaa terveysterapiakäytännön muodot kolmeen osaan: asiantuntijajohtoinen, potilaskeskeinen ja yhdessä oppimisen terveysterapiakäytännön. Perusajatuksena on hänen näkemyksensä terveysterapiakäytännöstä sosiaalisena vuorovaikutusprosessina. *Asiantuntijajohtoinen terveysterapiakäytännön* on sekundaaripreventiota ja prosessin luonne on lyhykestoinen ja instruktiivinen. *Potilaskeskeinen terveysterapiakäytännön* on primaaripreventiota. Tässä lähestymistavassa korostetaan potilaan rationaalisuutta ja vapautta tehdä itsenäisiä valintoja. Terveysterapiakäytännön pyrkii tukemaan yksilön oman elämän hallintakykyä ja tavoitteena on, että potilas oppii ymmärtämään periaatteita, hallitsemaan kokonaisuuksia ja soveltamaan opittua uusissa elämäntilanteissa. Asiakas ei kuitenkaan ole vielä reflektiivisesti oppiva, vaikka onkin tietoinen omasta maailmastaan ja on halukas parantamaan omaa hyvinvointiaan. Hän on edelleen riippuvainen asiantuntijan tiedoista ja taidoista. *Yhdessäoppimisen terveysterapiakäytännön* perusteena on elämän tarkastelu prosessina ja siinä pyritään oppimaan oppimiseen. Yksilö oppii käyttämään kokemuksiaan oman elämänsä hallintaan ja kehittämiseen. Tavoitteena on itsereflektion herättely, oman toiminnan uudelleen arviointi ja organisointi. (Ingrosso 1993).

Viitasen (1994) tutkimuksessa lääkintävoimistelijat kertoivat työn muuttuneen terveysterapiakeskuksissa yhä enemmän terveyttä edistävään suuntaan. (Viitanen 1994). Laitakarin ym. (1989) tutkimuksessa terveysterapiakäytännön toteutumisesta, edellytyksistä ja kehittämistarpeista terveysterapiakeskuksissa 1980-luvulla todettiin fysioterapeuttien neuvonnan tarkoituksena olevan lähes tasavertaisesti sairauden hoidon ja kuntoutuksen ohella sairauksien ehkäisy ja terveyden elämäntapojen edistäminen. (Laitakari ym. 1989, 1990) Viitanen (1994) toteaa laman aiheuttaneen töiden priorisointia, joka on vähentänyt terveyden edistävää terveysterveystoimintaa. Toinen syy sairaanhoidon lisääntymiseen

fysioterapiayksikön toiminnassa on kuntien säästöpäätökset erikoissairaanhoidon menojen pienentämiseksi. Terveyskeskusten fysioterapiatyö lähestyy sairaalapotilaiden akuuttihoiton fysioterapiamuotoja, koska potilaita siirretään hyvinkin nopeasti terveyskeskussairaaloihin esimerkiksi selkäleikkausten jälkeen. Yhdessä tutkimuksessa mukana olleista kunnista vuodeosastotyöhön kului jopa 80% työajasta. Jos akuuttisairaanhoidon potilaat alkavat täyttää terveyskeskusten vuodeosastojen potilaspaikkoja, tarkoittaa se vanhuspotilaiden siirtämistä kotisairaanhoidoon. Tämä lisää fysioterapeuttien työtä kotisairaanhoidossa vanhusten fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Viitanen 1994).

Viitassen (1994) aineistossa fysioterapiapalveluista suurin osa painottui sairaanhoitoon. Sairaanhoidon osuus vaihteli 32%:sta 95%:iin yksikön palveluista. Vain kahdessa terveyskeskuksessa terveydenhoitotoimintaa oli kolmannes tarjotuista fysioterapiapalveluista. (Viitanen 1994). Salonkari (1990) vertasi pro gradu -työssään yksityisen ja julkisen sektorin fysioterapiatyötä. Fysioterapeuttien työnkuvaan sairaalassa ei kuulunut juuri lainkaan hierontaa ja fysikaalisia hoitoja. Terveyskeskuksissa niitä oli erittäin vähän. Julkisella sektorilla oli omaisten ohjausta ja keskusteluja heidän kanssaan enemmän kuin yksityisellä sektorilla. Tämä johtui siitä, että julkisella puolella potilaat olivat heikkokuntoisempia ja akuuttimmin sairaita, jolloin omaisia tarvitaan enemmän heidän auttamisekseen. (Salonkari 1990). Valtava-uudistus toi terveyskeskusten uudeksi toimintamuodoksi apuvälinepalvelun. Tämän toiminnan laajuudessa oli eroja kuntien välillä sen vaihdella yhdestä prosentista 43%:iin. (Viitanen 1994).

2.3. Fysioterapian tarve

Epäsuorasti fysioterapian tarvetta kuvastaa tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys. Kuitenkaan kaikki tuki- ja liikuntaelinsairauksista kärsivät eivät tarvitse fysioterapiaa ja toisaalta hoitoja annetaan myös muita tauteja sairastaville. (Viitanen 1997).

Mini- Suomi tutkimuksessa fysioterapian tarvetta arvioitiin lähinnä lääketieteellisestä näkökulmasta (Klaukka ym. 1987, 166). Sen mukaan tuki- ja liikuntaelimistön (TULE) sairaudet ovat väestön yleisimmin kipua aiheuttava ja eniten työstä poissaoloon johtava

pitkäaikaissairauksien ryhmä. Mini- Suomi terveystutkimuksen, jonka aineisto edusti koko Suomen 30-vuotta täyttäneitä väestöä, mukaan lähes jokainen on joskus kärsinyt tule- peräisistä oireista. Yli 1,7 miljoonaa suomalaista potee tai on potenut jotain tuki- ja liikuntaelinperäisiä kipuja. Yli miljoonalla on jokin krooninen tule- sairaus, ja heistä lähes 600 000:lle se aiheuttaa jonkinasteista toiminnallista haittaa. (Heliövaara ym. 1993).

Rekolan tutkimuksessa Keski-Suomen neljässä terveystutkimuksessa 21% kaikista ja 27% yli 15-vuotiaista potilaista mainitsivat kahden viikon seurantaajakson aikana lääkärillä käyntinsä yhteydessä tuki- ja liikuntaelin oireita. Naisilla niskakivut olivat yleisimpiä oireita ja miehillä selkäongelmat. Naisista 22% kärsi niskakivuista ja noin 16% selkävuvuista. Miehistä 20% kärsi selkävuvuista ja niskakivuista 18%. Tuki- ja liikuntaelinoireista kärsivät enimmäkseen työikäiset. (Rekola 1993).

Tule- sairauksien merkittävin seuraus on työ- ja toimintakyvyn rajoittuminen (Viitanen 1997). Vuonna 1996 tuki- ja liikuntaelintautien sairaudet aiheuttivat 33,7% alkaneista sairausvakuutuksen päivärahakausista. Kuntoutusta vuoden 1996 aikana oli saanut 45-64-vuotiaiden ryhmässä tule- sairauksien vuoksi oli saanut 19 167 henkilöä. (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996). Uusista varsinaisista työkyvyttömyyseläkkeistä 31% ja yksilöllisistä varhaiseläkkeistä 52% myönnettiin tule- sairauksien perusteella. Noin puolet kaikista tule- sairauksiin perustuvista eläketapauksista johtuu selkäsairauksista. Vuonna 1987 työssäkäyvistä suomalaisista ilmoitti 8% pitkäaikaisen selkäsairauden. (Klaukka 1987).

Maijalan tutkimuksen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamassa työkyvyttömyydessä on alueellisia eroja. Hänen tutkimuksensa perustui Kansaneläkelaitoksen kunnittaisiin tietoihin uusista työkyvyttömyyseläkkeistä vuosien 1980-91 välisenä aikana ja vuoden 1985 väestönlaskennan ammattiryhmittäisiin väestötietoihin. Tule- sairauksien aiheuttama työkyvyttömyys vaihteli alueittain iän, sukupuolen ja ammatin mukaan. Molemmilla sukupuolilla työkyvyttömyys oli korkea Itä- ja Keski-Suomessa sekä Kymen alueella. Tutkimuksen mukaan työkyvyttömyys näytti lisääntyvän kunnan ammattirakenteen ollessa kehittymätön. Mitä maa- ja

metsätalousvaltaisempi kunta oli, sitä korkeampi oli työkyvyttömyys molemmilla sukupuolilla alle 55-vuotiailla. Kunnan ammattirakenteen kehittyneisyys mitattuna ns. hallinnollisen työn osuudella kunnassa näytti vähentävän tule- sairauksista johtuvia eläketapauksia, mutta ainoastaan alle 55-vuotiailla naisilla. (Maijala 1994).

Sosiaaliturvan tutkimuslaitosten haastattelututkimusten mukaan pitkäaikaisten tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien esiintyvyys oli noin kahden vuosikymmenen aikana lähes kaksinkertaistunut 9%:sta 17%:iin. Pitkäaikaisista selkäsairauksista kärsivien osuus kasvoi tätäkin nopeammin eli 3,6%:sta 9,4%:iin. Tämän perusteella, ja väestön ikärakenteen muuttuessa suurten ikäluokkien ikääntyessä, on ennustettu, että vuonna 2000 pitkäaikaissairaita tulee olemaan viidennes väestöstä. Väestön vanhenemisen vaikutusta lukuun ottamatta sairastavuuden ei välttämättä ole ajateltu kasvaneen biologisessa mielessä, vaan kasvulukujen on katsottu osittain johtuvan terveyspalvelujen käytön parantumisesta ja terveyskulttuurin muutoksista. (Sievers ym. 1990).

Kansanterveyslaitos teki terveyskäyttäytymiskyselyn vuosina 1978-1992. Tämän tutkimuksen perusteella 15-64 -vuotiaiden suomalaisten selkäsairastavuus ei ollut lisääntynyt kyseisten vuosien välisenä aikana. Tutkimuksessa esiin tullut tieto ei ole täysin vertailukelpoista Sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen tekemän tutkimuksen kanssa, koska tutkimuksissa oli erilainen ikärajaus ja ne tehtiin erilaisilla tutkimusmenetelmillä. Terveyspalvelujen tarjonta muuttui kyseisenä aikana ja tutkimukset menivät vain osittain päällekkäin ajankohdiltaan. (Leino ym. 1994).

Tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvat terveysongelmat vaikuttavat merkittävästi kansalaisten toimintakykyyn. Tule- sairauksien aiheuttamat vuosittaiset sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat yli 10 miljardia markkaa. Primääri- ja sekundaarikuntoutukseen käytettävät taloudelliset voimavarat ovat vähäisiä (alle 10%) verrattuna esimerkiksi sairausvakuutusväkivärahojen tai ennen aikaisten eläkkeiden kustannuksiin (yli 60%). (Alaranta ym. 1994).

2.4. Fysioterapiapalveluja käyttävät asiakkaat ja fysioterapian vaikuttavuudesta

Fysioterapiapalvelujen tarvetta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tarve on lääketieteellinen, kun sairaus on hoidettavissa lääketieteellisin keinoin. Koettu tarve perustuu potilaan/asiakkaan omaan toiveeseen ja käsitykseen palveluiden tarpeesta. (Klaukka ym. 1987).

Suomessa fysioterapiaa käyttävät yleisimmin naiset ja keski-ikäiset. (Klaukka ym. 1987). Kekin ja Heinon (1988) tutkimuksessa fysioterapialähetteen saaneista 70% oli naisia. Lähetteen saaneiden keski-ikä oli 50 vuotta. Eläkeläisiä heistä oli kolmannes. Kaularankaperäinen kipu, selkäkipu tai olkapään kiputilat olivat kolme yleisintä syytä fysikaaliseen hoitoon lähettämisessä. Eri ammattiryhmiä tarkasteltaessa hallinnollisissa tai palvelutöissä yleisimmin lähetettiin fysikaaliseen hoitoon oli saanut kaularanka peräisten kiputilojen vuoksi. Maa- ja metsätaloustöissä niskakivut olivat syynä fysikaaliseen hoitoon kolmanneksella ja selkäkiput puolella. Aloitteen fysikaaliseen hoitoon teki puolessa tapauksista lääkäri ja vähän alle puolessa potilas itse. (Kekki & Heino 1988).

Vuonna 1996 lääkinnällistä kuntoutusta oli yhteensä saanut 45 631 henkilöä. Suurimpana ryhmänä heistä erottui palkansaajat. Palkansaajaryhmän sisällä eniten kuntoutusta oli saanut terveydenhuoltotyön ja sosiaalityön tekijät. Maa-, metsä- ja kalatalouden yrittäjistä oli kuntoutusta saanut vai 6% kaikista kuntoutusta saaneista. (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996).

Jo aikaisemmin mainitun Rekolan tutkimuksen perusteella lääkärissä käynnin yhteydessä kirjoitettiin fysioterapialähetete 15-28% niska-hartiaseudun kiputiloista kärsiville potilaille. Alaselän ongelmista kärsiville potilaille se kirjoitettiin 10-15%. Yleisin hoitomuoto oli lääkehoito, jota annettiin 25-55% potilaista. Hoitomuodoista kalleinta oli erikoislääkärillä käynti sekä fysioterapia. (Rekola 1993).

Uudenmaan terveystieteiden tutkimuksen perusteella potilaat olivat saamaansa fysikaaliseen hoitoon yleensä tyytyväisiä. Potilaista 22% oli erittäin tyytyväisiä ja 57% tyytyväisiä. Hieman pettynyttä oli 9% ja erittäin pettynyttä 2% vastaajista. Hoidon keskeytti 7% vastaajista. Potilaat olivat tyytyväisempiä yksityisen kuin terveystieteiden tutkimuksen hoitoon. (Kekki & Heino 1988).

Samassa tutkimuksessa fysikaalisen hoidon jälkeen potilaista oli oireettomia 12% ja osittain oireettomia 40%. Lähes 30%:lla oireet olivat hävinneet joksikin aikaa, mutta palanneet myöhemmin takaisin. Oireet pysyivät ennallaan tai pahenivat 16%:lla. Varsinkin niska- ja hartiavaivoihin näyttäisi fysikaalisilla hoidoilla saatavan vain tilapäistä apua. Potilaista 78% oli saanut jatkohoito-ohjeita. Näitä ohjeita ilmoitti 29% noudattavansa täysin ja 64 % jossain määrin. Vastanneista 6% ilmoitti etteivät he noudattaneet ohjeita lainkaan. (Kekki & Heino 1988).

Laitakari ym. (1994) tutkivat terveystieteiden tutkimusta terveystieteiden tutkimuksissa. Yhtenä osana tutkittiin terveystieteiden tutkimuksen vaikuttavuutta. Vastaajilta tiedusteltiin kuinka usein he arvioivat terveystieteiden tutkimuksen henkilökunnan antaman terveystieteiden tutkimuksen aiheuttavan muutoksia asiakkaiden käyttäytymisessä. Vastaajat olivat pitäneet liikuntaneuvontaa erittäin vaikuttavana. Saman suuntainen käsitys oli enemmistöllä kyselyyn vastanneista fysioterapeuteista.

3. LAATU FYSIOTERAPIASSA

3.1 Laatu ja laadun varmistaminen

Sana "laatu" tarkoittanee arkikielessä yleensä jotain hyvää (Holma 1994; Outinen ym. 1994; Silvennoinen 1994). Se on jotain mikä on ominaista jollekin. Laatu on sana, jolla ei sinänsä ole itsenäistä merkitystä. Tulkinta riippuu aina käyttöyhteydestä ja se liitetään aina johonkin kohteeseen esimerkiksi fysioterapian laatu. (Mitä on laatu? 1994).

Laadun määrittelyä on lähestytty monelta suunnalta ja sitä on vaikea yksiselitteisesti määritellä (Vilkkumaa 1994; Silvennoinen 1994). Eräs yleisemmin käytetyistä määritelmistä on seuraava: Laatu on tuotteen tai palvelun kaikki piirteet ja ominaisuudet, joilla tuote tai palvelu täyttää asetetut tai oletettavat tarpeet. (Laatujärjestelmät. SFS-ISO 9000 standardisarja. 1994). Terveystieteiden siirrettynä laatu tarkoittaa sitä, missä määrin terveystieteiden palvelut saavuttavat niille asetetut tavoitteet ja hyväksi hoidoksi katsottavan vaatimustason. Edelleenkin jatkettaessa samaa ajatuskuviota kuntoutuksen laadun voidaan ymmärtää tarkoittavan sitä, missä määrin kuntoutuspalvelut saavuttavat niille asetetut tavoitteet ja hyväksi kuntoutukseksi katsottavan vaatimustason. (Holma 1994; Silvennoinen 1994).

Laatu voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen; tekniseen ja toiminnalliseen laatuun. Teknisellä laadulla tarkoitetaan palveluiden teknistä hyväksyttävyyttä. Kuntoutuksessa se tarkoittaisi asiakkaan saamien kuntoutusetuuksien olevan lakien ja säännösten mukaisia. Toiminnallisella laadulla taas tarkoitetaan sitä, miten tekninen laatu siirretään asiakkaalle. Näiden lisäksi asiakkaan palvelukokemukseen vaikuttaa myös työntekijän kohtelias ja ystävällinen käyttäytyminen ja saadun palvelun sisältö ja vaikuttavuus. (Silvennoinen 1994).

Vuori (1995) määrittelee laadun kuluttajan tarpeiden tyydyttämisenä. Se on hyödykkeen tai palveluksen kyky täyttää kuluttajan tarpeet pienimmillä mahdollisilla kustannuksilla tuotettuna. Määritelmä on teollisuuden käytössä ja siihen suhtaudutaan terveydenhuollossa varauksella. Määritelmän vaarana on, että annetaan liikaa valtaa

kuluttajille ja taloushallintohenkilöstölle. Pelkona on myös, että tuotetaan niitä palveluja mitkä “menevät kaupaksi”. Tällainen määrittelemine laadulle on aiheuttanut keskustelun eettisyydestä; onko oikein ajatella vain kustannuksia potilaita hoidettaessa?”. (Vuori 1995).

Vuoren (1995) määritelmässä laadusta korostuu riippuvuus tilanteesta. Olennaista siinä on myös kuluttajan tarpeet ja toiveet, jotka ovat laatuvaatimusten tärkeä lähde. Vuoren määritelmä pitää laatua pikemminkin optimointi kuin maksimointikysymyksenä, joka ei unohta myöskään kustannusten osuutta laadun olennaisena osana. (Vuori 1995).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa (1995) laatu on määritelty hyödykkeen ominaisuuksista muodostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu hyödykkeen kyky täyttää siihen kohdistuvat odotukset. Määritelmä jatkuu seuraavasti:” Sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödykkeet ovat pääasiassa erilaisia palveluja, joiden antamiseen kuuluu usein myös tavaratuotteiden toimittamista tai käyttöä. Tällaisia hyödykkeitä ovat esimerkiksi terveydenhuollon tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, lääkkeet, laitteet, hallinto- ja tukitoiminnot, sosiaalihuollon palveluprosessit sekä koulutustoiminta.” (Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa 1995).

Laadunvarmistuksella tarkoitetaan niitä järjestelmällisiä toimenpiteitä, jotka ensin mittaavat hoidon laatua löytääkseen mahdolliset puutteet ja sen jälkeen pyrkivät korjaamaan ne. Se on laadullista ongelmanratkaisua yhdessä kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa. (Vuori 1995).

Tämän hetken laadunvarmistusta ohjaa ajatus laadun jatkuvasta kehityksestä. Tavoitteena ei ole yksittäisten virheiden metsästäminen vaan sellaisten alueiden löytäminen, joilla ongelmia voi esiintyä. Havaittujen ongelmien korjaamiseen pyritään järjestelmän muuttamisella niin, että kaikki pystyvät työskentelemään korkean laadun takaavalla tavalla. Tiedon keräämisessä voidaan käyttää tilastoja, jotka sopivat ongelmien kartoitukseen, syiden selvitykseen sekä parannuskeinojen etsimiseen (Vuori 1995).

Kaikissa määritelmissä jollakin tavoin korostuu asiakkaan tarpeet, palvelujen tavoitteiden saavuttaminen ja hyvän hoidon vaatimustason saavuttaminen. Yhteenvetona eri

määritelmistä tässä tutkimuksessa laatua lähestytään sekä palvelun tuottajan että ulkoisen asiakkaan näkökulmasta. Laadulla tarkoitetaan fysioterapiapalveluiden kykyä täyttää asetetut tavoitteet sekä asiakkaan tarpeet ja toivomukset.

3.2. Terveydenhuollon ja fysioterapian laadunäkymiä

Meneillään olevat muutokset terveydenhuollossa aiheuttavat paineita julkisella sektorilla sekä organisaation että siellä työskenteleviin yksilöihin. Terveydenhuollon toimintatapojen muutosta vaativat myös muuttuvat terveystarpeet ja hoitokäytännöt. Julkisen sektorin tulisi pystyä tuottamaan riittävän laadukkaita palveluita sekä osoittamaan palvelujen laatu myös ulospäin. Taloudellisten ongelmien kanssa painiskeleminen on aiheuttanut sen, että laadusta on jouduttu tinkimään. (Holma 1994, 1996b, Linnakko 1996). Kuitenkin laadun huomioon ottamisella pystyttäisiin osittain pitämään myös kustannuksia kurissa. Hyvä laatu ei sinänsä tule kalliiksi. Sen sijaan huono laatu tulee kalliiksi sekä asiakkaille että palvelujen tuottajille. Hyvällä laadulla pystytään myös motivoimaan kuntoutujaa. (Hurri 1994).

Fysioterapia joutuu miettimään olemassaolonsa perusteita kuten muukin terveydenhuolto. On tullut aika miettiä keinoja muutoksiin ja uudistuksiin. Fysioterapian tulevaisuus terveydenhuollossa on riippuvaista siitä, miten hyvin ala kykenee arvioimaan omaa toimintaansa, tunnistamaan oman osaamisensa ja erityisosaamisensa alueita ja reagoimaan muutostarpeisiin. (Holma 1996a).

Fysioterapian on tehtävä alansa ja sen mahdollisuuksia tunnetuksi, jotta se ei jäisi isompien ja vahvempien jalkoihin terveystarvekentillä (Holma 1996a). Esimerkiksi väestön keski-ikä nouseessa fysioterapiapalveluiden tarve kasvaa. Kuitenkin fysioterapia on helppo jättää pois, koska potilas ei menehdy fysioterapiapalveluiden puutteeseen. (Holma 1996a; Viitanen 1994). Mahdollisuutena on myös esimerkiksi vuodeosastojen arvio siitä, että he voivat tuottaa fysioterapiapalvelut itse: tarvitaanko potilaan liikuttamiseen erityistyöntekijää.” (Holma 1996a).

Palveluntuottajalta vaaditaan tietoa oman toiminnan laadusta ja laatutavoitteista. Nämä ovat tekijöitä, joiden avulla pystytään perustelemaan oma toiminta ja vastaamaan asiakaskunnan tarpeisiin. Fysioterapian laadunvarmistamisessa on kyse siitä, miten hyvin tai huonosti fysioterapiayksikkö tai fysioterapeutti pystyy varmistamaan kykynsä tuottaa asiakkaidensa tarpeiden ja odotusten mukaisia palveluja. Ristiriita tilanteita saattaa aiheutua juuri asiakastarpeen määrittelyssä. Ammattilaisten määrittämä tarve saattaa poiketa asiakkaan määrittämästä tarpeesta. Kuntoutuja- eli asiakaslähtöisyys on kuitenkin keskeinen laadun tekijä kuntoutuksessa ja fysioterapiassa. Asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset tulisikin olla eri ammattiryhmien toiminta- ja ajattelutavan perustana suunniteltaessa kokonaisvaltaista kuntoutusta ja fysioterapiaa. Eri ammattiryhmien on asetettava asiakkaan näkökulma omien ammatillisten tavoitteiden edelle. Tämä tuo kokonaisvaltaisuutta kuntoutusprosessiin, koska minkään ammattiryhmän asiantuntemus ei yksin riitä vastaamaan asiakkaan moninaisiin tarpeisiin. (Holma 1994, 1995, 1196b; Hurri 1994).

Fysioterapian, kuten muunkin kuntoutuksen ajankohtaisia haasteita laadunhallinnan kentällä on mm. se miten hyvin fysioterapiayksikkö pystyy osoittamaan työnsä laadun ulkopuolisille. Tuloksellisuus laadun yhtenä osa-alueena on pystyttävä mittaamaan ja dokumentoimaan. Tuloksellisuudella tarkoitetaan asiakkaan saamaa hyötyä. Tuloksellisuusluokitus mittarina osoittaa ulospäin yhden osan fysioterapian laatua. Se ei kuitenkaan sellaisenaan varmista sitä. (Holma 1996b). Toistaiseksi laatumittareita on olemassa erittäin vähän. (Holma 1994; Silvennoinen 1994). Mittareiden kehittämisessä täytyy ottaa huomioon terveydenhuollon laatutekijät, jotka voidaan jakaa kolmeen ryhmään: asiakkaan kokema, ammatillinen ja johtamisen laatu (Ovreveit 1992). Asiakkaan suhteen laatumittarina voidaan käyttää muutoksia toimintakyvyssä sekä tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä palveluihin. Tällöin asiakkaan arvioinnit laadusta muodostuvat odotusten ja toteutuneen kuntoutuksen suhteesta sekä hänen kokemuksistaan palvelusta eri tilanteissa. Mittaamisen lähtökohtana on tällöin asiakkaan näkökulma. Asiakaspalaute ei kuitenkaan ole riittävä mittari laadun toteutumiselle. Tarvitaan myös kuntoutuksen toteuttajan arvio asiakkaan saamasta terveyshyödystä ja muutoksesta toimintakyvyssä. (Hurri 1994; Silvennoinen 1994).

Jokaisella fysioterapiayksiköllä tulisi olla asiakaspalautejärjestelmä, josta saa säännöllisesti palautetta palvelujen laadusta. Myös oman työn laatua on arvioitava kriittisesti ja systemaattisesti. Laadun varmistamisen keinot on pystyttävä esittämään kirjallisesti ja työprosessit ja niiden tuloksena syntyvät palvelut on pystyttävä kuvaamaan ja niitä on arvioitava. (Holma 1996b).

Ammatillinen laatu sisältää myös sen, että ammatillisesti arvioituna tarjottu palvelu täyttää asiakkaan tarpeen ja että se on oikein valittu ja toteutettu. (Hurri 1994; Silvennoinen 1994). Johtamisen laadun käsitteen alle liitetään mm. se, kuinka tehokkaasti tai tehottomasti resursseja on käytetty tyydyttämään asiakkaan tarpeet. Johtamisen laatuun sisältyy myös se, kuinka hyvin palvelu on kehitetty palvelutuotteeksi (tuotteistettu) ja kuinka hyvin sitä hoidetaan kokonaisuutena. (Hurri 1994). Tässä tutkimuksessa laatua arvioidaan asiakkaan eli fysioterapiapalvelujen käyttäjän sekä fysioterapiahenkilökunnan näkökulmista.

Palvelujen laadun osatekijöiksi julkisessa palvelutuotannossa voidaan nimetä seuraavat tekijät:

- tuloksellisuus tai palvelujen vastaavuus
- palvelun tuottajien pätevyys ja ammattitaito
- asiakkaan kohtelu
- palvelujen käytön helppous (saavutettavuus, riittävä informaatio)
- byrokraattisten piirteiden vähäisyys (joustavuus, asiakkaan erityispiirteiden huomioon ottaminen)
- mahdollisuus vaikuttaa palvelun muotoutumiseen

(Vuorela 1988)

Suomen Fysioterapeuttiliitto on laatinut vuonna 1994 suuntaviivat laadun kehittämiseksi fysioterapiassa. Laadun kehittämisen keskeiset periaatteet ovat:

1. Fysioterapian eettiset periaatteet ovat arvolähtökohta fysioterapian laadulle.
2. Vaikuttavuus on keskeinen ulottuvuus fysioterapian laadun kehittämisessä.
3. Asiakas on tärkeä osapuoli fysioterapian laadun kehittämisessä.
4. Laatua kehitetään yhdessä muiden ammattiryhmien kanssa.

5. Systemaattinen laadun kehittäminen on osa jokaisen fysioterapeutin päivittäistä työtä. (Suuntaviivat laadun kehittämiseksi fysioterapiassa 1994).

3.3. Laatu asiakkaan näkökulmasta

Terveyspalveluilla on sekä sisäisiä että ulkoisia asiakkaita. Puhuttaessa ulkoisista asiakkaista tarkoitetaan terveystalujen käyttäjä, jota on kutsuttu perinteisesti potilaaksi. Viime vuosina on potilaasta alettu käyttää nimitystä asiakas. Asiakas nimitys kuvaa myös tapahtunutta asennemuutosta. Asiakkaat nähdään nykyisin palvelujen käyttäjinä, jotka ovat itsenäisesti ajattelevia, päätöksiä ja valintoja tekeviä yksilöitä. (Outinen, Holma & Lempinen 1994). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee potilaaksi terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävän tai muuten niiden kohteena olevan henkilön (N:o 785 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992).

Ulkoinen asiakas voi olla myös muu palvelujen kohteena oleva, palveluista hyödyn saava tai palvelut maksava taho. Tämä kattaa myös omaiset, työnantajan ja laajimmillaan yhteiskunnan. Esimerkkinä ulkoisista asiakkaista fysioterapiayksikölle Viitanen (1994) tutkimuksessa olivat kuntien rakennustarkastajat, kunnan liikuntatoimen työntekijät ja sosiaalityöntekijät sekä seurakunnan työntekijät, kouluissa opettajat. Yhteistyö heidän kanssaan sujui paremmin kuin oman terveyskeskuksen työntekijöiden kanssa, jotka ovat fysioterapeuttien sisäisiä asiakkaita. (Viitanen 1994). Sisäisellä asiakkuudella tarkoitetaan saman organisaation sisällä toimivia eri yksiköitä, jotka osallistuvat palvelujen tuottamiseen eri vaiheisiin. (Outinen ym. 1994). Tässä tutkimuksessa keskitytään kartoittamaan fysioterapian ulkoisen asiakkaan eli palvelujen käyttäjän kokemuksia fysioterapiapalveluista.

Asiakas arvioi palvelujen laatua subjektiivisesti ja elämyksellisesti. Hänen arvionsa ovat kuitenkin todellisia (Vuori 1995). Onkin esitetty arvioita siitä, että subjektiivisesti arvioidun palvelukyvyn ja toiminnan lääketieteellisen sisällön välillä olisi heikko yhteys. (Kekomäki 1991). Toisaalta taas asiakkaita pidetään elämyksellisen laadun asiantuntijoina ja tämän taas on todettu korreloivan toiminnalliseen laatuun vaikkakaan ei

sataprosenttisesti. Terveydenhuollon laadunvarmistus onkin tapahtunut pitkälti ammattilaisten ehdoin, koska he ovat esittäneet monia syitä, miksi asiakkaiden tyytyväisyyttä ei ole voitu käyttää hoidon laadun mittana. Terveyden käsitteen laajeneminen on yhtenä tekijänä vaikuttanut potilastyytyväisyyden hyväksymiseen hoidon laadun osana ja mittana. WHO määrittelee terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Tyytymätön potilas ei ole sosiaalisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tilassa. (Vuori 1995).

Asiakaskyselyillä pyritään saamaan tietoa ydinprosessin laadusta ja organisaation toiminnan riittävydestä (Frilander & Uitti 1996). Yhtenä asiakaspalautteen tavoitteena on tuottaa tietoa palvelujen kehittämishankkeiden suuntaamista varten. Se voidaan toteuttaa eräänlaisena ongelma-analyysinä, jossa pyritään löytämään vihjeitä toiminnan ongelmakohdista. (Vuorela 1989).

Vuorelan (1988) tutkimuksessa asiakaspalaute todettiin soveltuvan parhaiten nimenomaan palvelun laadun arviointiin, mikä on yksi palvelukykyisyyden ulottuvuus tai indikaattori. Kuitenkaan asiakaspalautteen käyttäminen ei ole yksiselitteistä, vaan siinä on huomioitava monia asioita mitkä liittyvät vastaamiseen. Eri asiakasryhmät arvioivat palveluita erilaisella valmiudella. Tämän vuoksi tulisivatkin tehdä asiakasryhmittelyjä esimerkiksi iän ja koulutuksen pohjalta. (Vuorela 1988).

Ovreveit (1992) on määritellyt asiakkaille tärkeät laadun ominaisuudet seuraaviksi: luotettavuus, palvelualttius, pätevyys (työntekijöiden asianmukaiset taidot palvelun suorittamiseen), saavutettavuus (yhteydenoton tai palvelun saamisen helppous), kohteliaisuus, viestintä (tavat, joilla asiakasta informoidaan), asiakkaan ymmärtämien (käsitteiden käyttö ja kiinnostus asiakkaan kuuntelemiseen), uskottavuus (henkilökunnan luotettavuus, rehellisyys ja maine), turvallisuus (fyysinen turvallisuus ja luottamuksellisuus), ymmärtäväisyys, sekä fyysiset ominaisuudet (fyysinen ympäristö ja henkilökunnan esiintyminen) (Ovreveit 1992). Hämeen lääninhallituksen työterveyshuollon asiakastyytyväisyys- ja palvelututkimuksessa (1994) asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin lisäsivät samantyyppiset seikat. Tässä tutkimuksessa asiakkaiden positiivista suhtautumiseen vaikuttivat hyvä ja asiallinen kohtelu,

asiantuntemus, nopea palvelujen saanti tarvittaessa, palvelujen läheisyys, henkilökunnan tuttuus sekä asiakkaiden yksilöllisiin vaivoihin ja ongelmiin paneutuminen. Lisäksi tyytyväisyyttä lisäsi erikoispalveluiden saanti tarvittaessa, mikä tarkoitti mm. fysikaalisia hoitoja sekä varhaiskuntoutusta. (Työterveyshuollon asiakastyytyväisyys- ja palvelututkimus 1994).

Asiakastyytyväisyydellä on arvioitu olevan vaikutusta siihen, miten asiakkaat noudattavat esimerkiksi hoito-ohjeita. Tyytyväiset asiakkaat myös jatkavat hoitoa mielellään tutussa terveydenhuoltoyksikössä ja tutun hoidonantajan luona. Tyytyväisyyteen hoitoihin vaikuttaa potilaiden odotuksen taso, terveydentila ja erityisesti vastausten sosiaalinen toivottavuus. Monilla on taipumus arvioida omaa hoitoaan positiivisemmin kuin hoitoa yleensä. Arviointiin vaikuttaa myös potilaan riippuvuus palveluista. Useimmiten asiakkaat suhtautuvat palveluihin positiivisesti, mutta he saattavat pitää erityisesti julkisten palvelujen toimintaa huonona. (Peiponen, Brommels & Kupiainen). Karkkilassa tehdyn tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat edellä mainitusta huolimatta tyytyväisiä yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Kyselyyn vastanneista 80% oli melko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä terveyskeskuksen palveluihin. Terveyskeskuksen palvelut olivat myös vastanneet asiakkaiden toiveita hyvin. (Oras&Oikarinen1996).

Asiakaspalautteen hankinnan tavoitteena ei voi olla pelkästään asiakkaiden tyytyväisyyden tai tyytymättömyyden selvittäminen, vaan huomio tulisi kohdistaa myös asiakkaiden konkreettisiin kokemuksiin ja asiointiprosessin osatekijöihin sekä niissä ilmeneviin ongelmiin. (Vuori 1989).

4. TUTKIMUSKOHTENA OLEVAN TERVEYSKESKUKSEN KUVAUS

4.1. Tutkimuksen toteutuspaikka

Tutkimuskohteena olleen terveyskeskuksen alueella on asukkaita noin 40 000, joista suurin osa asuu Jyväskylän maalaiskunnan alueella. Fysioterapiayksikkö tuottaa palveluja kuudessa eri toimipisteessä. Palveluja tuotetaan terveyskeskuksen eri sektoreille ja sairaalan eri osastoille. Terveyskeskuksella on yhteensä neljä sairaalaosastoa kahdella eri paikkakunnalla.

Fysioterapiayksikössä on 10 fysioterapeutin ja kaksi kuntohoitajan virkaa sekä osastonhoitajan ja puolipäiväisen terveyskeskusavustajan virka. Toinen kuntohoitajan virka on juuri puolitetty yhtymähallituksen päätöksellä. Henkilöstöhallinnon osalta fysioterapiayksikkö kuuluu ylihoitajan alaisuuteen. Yksikön lääketieteellinen ohjaus ja valvonta kuuluu kuntoutuksen ylilääkärille. Fysioterapian toteuttamisesta vastuu on jokaisella työntekijällä itsellään.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tuottajatilastoissa vuonna 1996 Suomen terveyskeskuksissa oli yhteensä 919 fysioterapeuttia ja 445 kuntohoitajaa. Tämän tilaston mukaan asukkaita fysioterapeutin virkaa kohden oli 5 561 ja kuntohoitajan virkaa kohden 11 440 (Holma 1998). Tutkimuskohteena olevassa terveyskeskuksessa fysioterapeutin virkaa kohden asukkaita on noin 3478. Fysioterapeuttien määrään on tässä laskettu kuuluvaksi yksi kuntohoitaja. Vuonna 1996 Keski-Suomen läänissä fysioterapeutteja oli 10 000 asukasta kohden 21,2. Luku on korkein vertailtaessa kaikkia läänejä keskenään. Uudenmaan vastaava luku on 18,1. Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on lukumääräisesti eniten fysioterapeutteja. Vuonna 1996 Keski-Suomessa fysioterapeutteja oli 540, kun taas esimerkiksi Pohjois-Savossa heitä oli 435. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri on väestömäärältään suurin piirtein Keski-Suomen kokoinen. (Ailasmaa 1997).

4.2. Fysioterapian toiminta-ajatus

Fysioterapiapalveluiden määrä on ollut pitkälti riippuvaista paikkakunnan asukasmäärästä. Fysioterapian toiminta perustuu toiminta-ajatukseen, joka noudattaa lähinnä kansanterveyslakia ja kuntayhtymässä sovittuja toiminnan raameja. Toiminta-ajatus on yksikön yhdessä laatima kirjallinen kuvaus siitä, mitä aiotaan vuoden aikana tehdä. Se on myös tiedote yksikön ulkopuolella siitä mitä yksikössä tehdään.

Fysioterapian toiminta-ajatus terveyskeskuksen fysioterapiayksikössä on seuraava: "Fysioterapia on osa perusterveydenhuoltoa ja siihen liittyvää kuntoutusta. Fysioterapian vastuulla on väestön tarvitsemien liikkumista ja toimintakykyä edistävien ja ylläpitävien sekä toimintakyvyn alenemista ehkäisevien palvelujen tuottaminen. Fysioterapian tavoitteena on, että ihminen selviytyy omiin voimavaroihinsa nähden mahdollisimman pitkään työ- ja toimintakykyisenä sekä omatoimisena omassa elinympäristössään. Fysioterapian asiantuntemuksen keskeinen alue on ihmisen liikkuminen ja fyysinen toimintakyky sekä näiden edellytykset. Omalla asiantuntemusalueellaan fysioterapeutit ovat myös kuntoutuksen asiantuntijoita. Kohderyhmänä on perusterveydenhuollon palveluja käyttävä, kaikenikäinen väestö. Fysioterapiapalveluja tuotetaan väestön tarpeisiin nähden mahdollisimman kattavasti. Fysioterapiaa toteutetaan yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Fysioterapiaa pyritään jatkuvasti kehittämään." Toiminta-ajatukseen sisältyy myös lainsäädännöllinen osuus, joka on näkyvissä luvussa 2.1.1. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkentaa toiminta-ajatusta, jotta se ohjaisi enemmän fysioterapiayksikön toimintaa.

4.3. Fysioterapianpalveluprosessi

Asiakkaan kulku fysioterapeutin vastaanotolle on jokseenkin sama kaikissa kuudessa toimipisteessä. Asiakkaan tuloreitti fysioterapeutin vastaanotolle vaihtelee, mutta pääsääntöisesti fysioterapiatarpeen arvioi joku kuntayhtymän lääkäri, joka kirjoittaa lähetteen fysioterapiaan. Nykyisin tieto lähetteestä siirtyy palvelujen tuottajille eli

fysioterapiayksiköille tietokoneen välityksellä. Tietokoneet ovat tulleet fysioterapian käyttöön toukokuussa 1997. Lähetteen tultua fysioterapiaan, se joutuu yleensä jonoon. Jonotusaikoja ei ole järjestelmällisesti selvitetty eikä seurattu. Asiakas voi tulla fysioterapiaan myös omasta aloitteestaan tai jonkun muun terveydenhuollon ammattihenkilön esimerkiksi terveydenhoitajan lähettämänä. Tällaiset käynnit ovat pääsääntöisesti kuntoneuvolakäyntejä, joiden tavoitteena on määritellä asiakkaan ongelma ja antaa siihen itsehoito-ohjeet.

Fysioterapiahoitajaksot pyritään toteuttamaan melko lyhyinä, noin 1-5 kertaa. Pidempiä hoitajaksia myönnetään yleensä pitkäaikaissairaille. Näistä käytetään nimitystä lääkinnällisen kuntoutuksen hoitajaksot. Läkinnällisen kuntoutuksen käsitettä on näin ollen käytetty vain pitkäaikaissairaiden fysioterapiasta. Läkinnällistä kuntoutusta myöntää kuntayhtymän kuntoutustyöryhmä, johon kuuluu kuntoutuksen ylilääkäri, sosiaalityöntekijä, kaksi fysioterapeuttia, puheterapeutti ja fysioterapiayksikön terveystieteiden avustaja. Sitä on myönnetty sekä omana toimintana että ostopalveluina yksityisiltä palveluiden tuottajilta

Sairaalan potilaat pääsevät fysioterapiaan myös lääkärin läheteellä. Hoidon aloitus tapahtuu kuitenkin usein jo ennen kirjallisen lähetteen saamista. Tieto fysioterapian tarpeesta saattaa välittyä suusanallisesti suoraan lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta ennen virallista lähetteen kirjoittamista. Osastoilla toteutetaan myös laitospäästämiskäyntejä. Laitospäästämiskäyntejä myöntää kuntayhtymän kuntoutustyöryhmä. Kuntoutustyöryhmän päätöksistä tulee tieto muistion muodossa fysioterapiaan, jonka jälkeen fysioterapeutit sopivat kuntoutuskäynnin ajankohdan osaston kanssa. Tämän jälkeen asiasta ilmoitetaan fysioterapiaosaston sihteerille, joka ilmoittaa asiakkaalle laitospäästämiskäynnin ajankohdan.

Työterveyshuollon palvelut voidaan jakaa lähinnä neljään eri alueeseen. Näitä ovat määräaikaisten terveystarkastukset, työsuojelu ja työterveyshuollon asiakkaat yrityksistä, jotka ovat sopineet kuntayhtymän kanssa sairaanhoitosopimuksen sekä kuntayhtymän työntekijöiden yksilöllinen fysioterapia. Määräaikaisten terveystarkastuksia tehdään yhteistyössä lääkärin ja terveydenhoitajan kanssa. Näiden pohjalta asiakkaat saattavat ohjautua fysioterapiaan valikoidusti tai he saattavat tulla kuntoneuvolaan yksilölliseen

ohjaukseen ja neuvontaan. Terveystarkastusten pohjalta tehdään myös kuntoutusarvioita tai eläkelausuntoja. Työsuojeluorganisaation kanssa fysioterapeutit suunnittelevat työsuojeluun liittyviä toimintoja sekä toteuttavat mm. työkykyä ylläpitävää toimintaa, varhaiskuntoutusta ja kuntoremonttikursseja.

Apuvälinepalvelu on keskitetty yhteen toimipisteeseen apuvälinekeskukseen, jota hoitaa pääsääntöisesti yksi fysioterapeutti. Apuvälinepalveluihin kuuluvat asiakaskohtaiset apuvälineiden sovitus, tarpeen arviointi, lainaus ja palautus kaikissa toimipisteissä. Muista yksiköistä tehdään apuvälinekeskukseen puhelimen avulla lainauspyynnöt ja kuntayhtymän kuljetuspalvelu toimittaa apuvälineet eri toimipisteisiin tai suoraan asiakkaille. Apuvälinekeskuksesta käsin hoidetaan materiaalihallinto, joka sisältää apuvälineiden hankinnan, kirjaamisen, laskujen käsittelyn sekä apuvälineiden huollon ja valmistuksen yhdessä teknisenhuollon kanssa. Apuvälineistä vastaavan fysioterapeutin toimenkuvaan kuuluu myös asiantuntija- ja konsultaatiopalvelut, joihin sisältyy mm. yhteistyö sosiaali- ja koulutoimen kanssa.

5. TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa fysioterapian palveluprosessia ja sen laatua keskisuudessa terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Palveluprosessin osalta tarkoituksena on selvittää ketkä käyttävät fysioterapiapalveluja, mikä on palvelujen saavutettavuus, sisältö ja tuloksellisuus. Toisena kokonaisuutena tarkastellaan fysioterapiapalveluiden laatua terveystieteiden tutkimuskeskuksessa työskentelevien fysioterapeuttien työlleen muodostamien tavoitteiden toteutumisen kautta sekä asiakastyytyväisyyden perusteella.

Pääongelma 1. Miten fysioterapian palveluprosessi toteutuu ja mikä on palvelujen laatu tutkimuskeskuksessa?

Alaongelmat:

- a) Ketkä ovat fysioterapiapalveluiden käyttäjiä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa?
- b) Miten asiakkaat saavuttavat fysioterapiapalvelut?
- c) Mikä on fysioterapiapalveluiden sisältö?
- d) Miten fysioterapeuttien ja asiakkaiden arviot eroavat fysioterapian toteutumisesta ja lopputuloksesta?

Pääongelma 2. Miten laadun mittaaminen onnistuu laaditulla mittarilla?

- a) Miten fysioterapeuttien laatima yleistavoite toteutuu ja mitä se kertoo fysioterapeuttien työn sisällöstä?
- b) Minkälainen on yksikön palvelukyky palvelutavoitteen toteutumisen perusteella?
- c) Miten asiakkaat kokevat fysioterapiapalvelujen laadun toteutuvan ?

6.TUTKIMUSMENETELMÄT JA -AINEISTO

6.1. Tutkimusaineisto ja tutkimuksen suorittaminen

Tutkimus on kuvaileva survey-tutkimus, joka kohdistui fysioterapiapalvelujen kuvaamiseen ja laadun mittaamiseen. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla, joissa oli sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen täyttivät sekä asiakkaat että fysioterapian henkilökunta.

Asiakkaiden kyselylomakkeessa (Liite1) käytettiin pohjana Heinolan Reumasäitiön sairaalassa kehitettyä asiakaspalautelomaketta. Alkuperäisessä asiakaspalautelomakkeessa on 24 kysymystä, joista tähän tutkimukseen valittiin 11. Suomen Fysioterapeuttiliitto suosittelee Heinolan reumasäitiön sairaalassa kehitettyä lomaketta asiakaspalautteen hankkimiseksi.

Henkilökunnan kyselylomakkeen (Liite 2) tavoitteena oli kerätä tietoa siitä, ketkä käyttävät palveluja, mikä on niiden sisältö ja miten käyttäjät saavuttavat palvelut. Tulosityluokituksen (Liite 4) avulla selvitettiin mihin ongelmiin asiakkaat saavat fysioterapiaa. Tulosityluokitusta, joka perustuu kansainväliseen ryhmittelyyn, on kehitetty ja kokeiltu Tuote-projektissa*. Lomakkeen yhtenä tarkoituksena oli selvittää miten fysioterapiapalveluiden tavoitteet toteutuvat. Osana tätä tutkimusta fysioterapiayksikkö on yhdessä laatinut toiminnalleen fysioterapian yleistavoitteen ja palvelutavoitteen (Liite 3) toiminta-ajatuksen pohjalta. Yleistavoite kuvaa fysioterapiapalvelujen sisältöä ja tuloksellisuutta. Palvelutavoite kuvaa fysioterapian palvelukykyä. Myös asiakkaat arvioivat palvelukykyä oman kyselylomakkeensa ensimmäisessä kysymyksessä, jossa selvitettiin asiakkaiden mielipiteitä fysioterapiapalvelujen saavutettavuudesta. Asiakaskyselyn tavoitteena oli myös selvittää asiakastyytyväisyyttä. Kyselyjen kolmea kysymystä vertaamalla saatiin tietoa, onko asiakkaiden ja henkilökunnan arvioissa fysioterapian toteutumisessa eroa. Henkilökuntakyselyssä (Liite 2) kysymykset 18, 19 ja 20 olivat samoja kysymyksiä kuin asiakaskyselyn kysymykset 2, 7 ja 10.

Kyselylomakkeet esitettiin Palokan terveydenhuollon fysioterapian 15 työntekijällä sekä 15 asiakkaalla. Tämän jälkeen, yhteistyössä fysioterapeuttien kanssa, lomakkeisiin tehtiin muutoksia. Asiakkaita ei erikseen haastateltu, vaan fysioterapeutit viestittivät heidän mielipiteitään.

Tutkimus suoritettiin aikavälillä 14.4.-15.5.1998. Asiakkaan oli määrä täyttää kysely viimeisellä hoitokerralla ja henkilökunta täytti oman kyselynsä samoista asiakkaista. Lomakkeet numeroitiin ennen tutkimuksen aloittamista, jotta työntekijän ja asiakkaan paperit pysyisivät pareina. Asiakkaat täyttivät kyselyn hoidon päätyttyä fysioterapiayksiköiden odotushuoneissa, jotta vastausprosentti olisi saatu mahdollisimman suureksi. Odotushuoneisiin sijoitettiin laatikko, johon kyselylomake jätettiin suljetussa kirjekuoressa. Asiakasta hoitanut fysioterapeutti pyrki olemaan pois paikalta asiakkaan vastatessa kyselyyn. Sairaalan potilaat vastasivat kyselyyn sairaalassa. Hoitohenkilökunta avusti sairaalan potilaita lomakkeen täyttämässä, jos nämä eivät itse kyenneet kirjoittamaan tai lukemaan. Apuvälineasiakkaat vastasivat kyselyyn vain, jos heillä oli apuvälineen sovitusta tai apuvälinetarpeen arviointi kyseessä.

Asiakkaiden kyselylomakkeen mukana oli kirjallinen tiedote tutkimuksen tarkoituksesta ja ohjeita vastaamiseen sen lisäksi, että heille kerrottiin miksi ja miten kysely täytetään. Henkilökunta ohjattiin täyttämään lomaketta kahdessa työpaikkakokouksessa ja lisäksi heillä oli lomakkeen mukana kirjalliset täyttöohjeet.

* (Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala toteutti vuosina 1994-95 perusterveydenhuollon Tuote- projektin, jossa oli yhtenä osana mukana kuntoutuspalvelujen tuotteistus.)

6.2. Tutkimusjoukko

Tutkimuksen kohteena oli fysioterapian hoitosarja. Otannaksi muodostui 105 hoitosarjaa, joista kyselyn täytti 14 fysioterapeuttia ja 105 asiakasta. Näytteeksi valittiin 99 hoitosarjaa, joista sekä henkilökunta että asiakkaat olivat vastanneet oman kyselynsä. Näytteeseen valittujen hoitosarjojen prosenttiosuus otoksesta oli 94%.

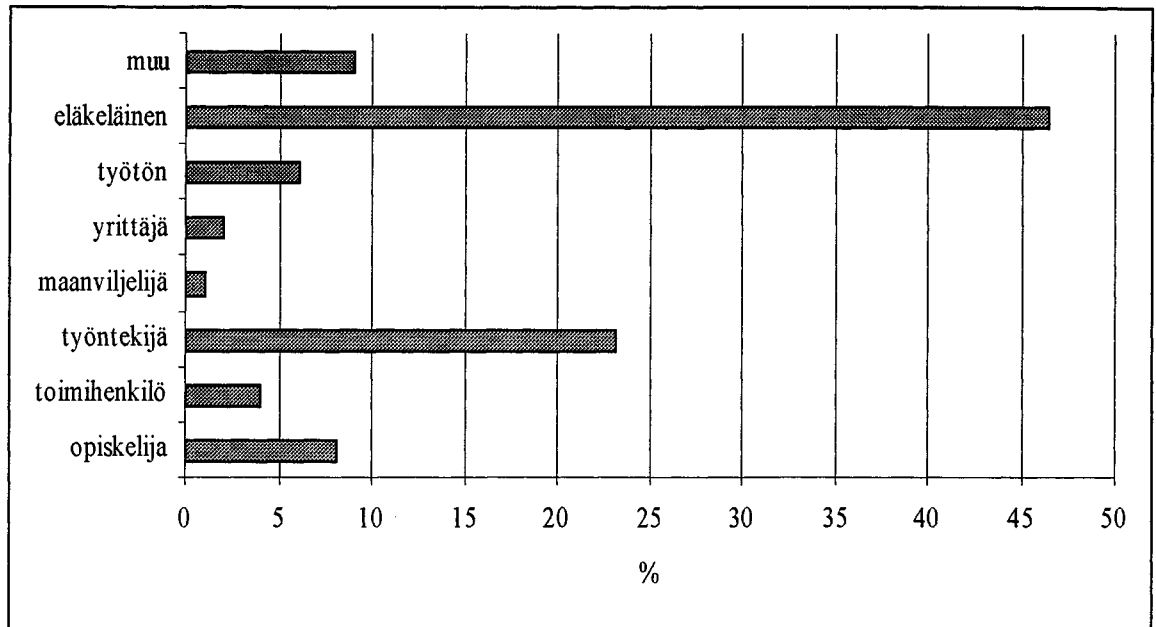
Kaikki ryhmäkäyntipalautteet (n=16) poistettiin tietojen käsittelystä, koska niiden täyttäminen oli hyvin kirjavaa. Havaittiin, että kyselylomake ei soveltunut sellaisenaan ryhmäkäynnin palautteeksi. Työterveyshuollon asiakaspalautteita ei tullut laisinkaan, koska työntekijä oli sairas- ja vuosilomalla tutkimuksen ajan.

Taulukko 1. esittää eri toimipisteiden välisiä eroja vastausten määrissä. Toimipisteet ovat eri kokoisia, jonka vuoksi vastausten määrissä on eroja. Toimipaikoissa A ja B, jotka ovat suurimmat, kyselyyn vastasi eniten asiakkaita ja fysioterapeutteja. Toimipisteissä arvioitujen hoitosarjojen määrät vaihtelivat 7-32 välillä. Eri työntekijöiden arvioimien hoitosarjojen määrän keskiarvo oli 7,1 ja ne vaihtelivat 5,5- 9,3 välillä.

Taulukko 1. Näytteessä olleiden hoitosarjojen määrät toimipisteittäin. (n=99)

Paikkakunnat	n	%	Fysioterapeutti en lkm	Fysioterapeuttien arvioimien hoitosarjojen määrän keskiarvo
A	32	32,2	5,5	5,8
B	27	27,3	4	6,75
C	14	14,1	1,5	9,3
D	11	11,1	2 henkilöä, jotka tekivät puolikasta työaika	5,5
E	8	8,1	1 kahtena päivänä viikossa	8
F	7	7,1	1 Kahtena päivänä viikossa	7
Yhteensä	99	100	14	Ka. 7,1

Kyselyyn vastanneista asiakkaista naisia oli 60% ja miehiä 40%. Noin puolet asiakkaista oli eläkeläisiä, työntekijöitä heistä oli 23%, työttömiä 6% ja opiskelijoita 8%. (Kuvio 1). Kyselyyn vastanneista asiakkaista suurin osa oli 25-54 -vuotiaita.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden asiakkaiden ammattijakauma (n= 99).

Tutkimusajankohtana terveyskeskuksen fysioterapiahenkilökuntaan kuului kolme miesfysioterapeuttia (27%) ja 11 naisfysioterapeuttia (73%), joista tutkimukseen osallistuivat kaikki paitsi työterveysfysioterapeutti. Fysioterapeuttien joukkoon katsottiin kuuluvaksi yksi kuntohoitaja. Fysioterapeuttien iän keskiarvo oli 39,4 vuotta. Fysioterapeuttien ikä vaihteli 28-60 vuoden välillä.

6.3. Muuttujien tilastollinen tarkastelu

Tutkimusaineisto tallennettiin taulukkolaskentaohjelmalla ja tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS for Windows 6.0 – ohjelmalla. Muuttujien kuvailussa on käytetty kuvailevia tunnuslukuja sekä suoria jakaumia. Lisäksi on tarvittavilta osin käytetty jatkuvien muuttujien osalta riippumattomien otosten t-testiä ja useamman ryhmän tilanteessa yksisuuntaista varianssianalyysia. Muuttujien välistä riippumattomuutta on testattu χ^2 -testisuureella. Ristiintaulukointia on käytetty prosentiosuuksien tarkasteluun.

Vastaukset avoimiin kysymyksiin luokiteltiin sisällön analyysin avulla. Avoimet kysymykset täydensivät monivalintakysymyksillä saatua kuvaa fysioterapiapalveluista.

6.4. Tutkimuksen virhelähteistä

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla pystytään keräämään laaja tutkimusaineisto (Hirsjärvi ym. 1997). Tässä tutkimuksessa aineisto kokonaisuutena on kohtuullinen, mutta toimipisteittäin eriteltyinä otokset ovat pieniä.

Kyselylomakkeella kerättyyn tietoon liittyy heikkouksia. Hirsjärven (1997) mukaan suuri kysymysten määrä voi heikentää vastaajien motivaatiota lomakkeen täyttämiseen. (Hirsjärvi 1997). Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeet olivat lyhyitä. Siitäkin huolimatta osa asiakkaista oli jättänyt vastaamatta joihinkin lomakkeiden kysymyksistä. Kysymysten määrän vähäisyys saattoi yhtenä tekijänä aiheuttaa sen, että esimerkiksi fysioterapian vaikuttavuudesta ja sisällöstä ei saatu riittävästi tietoa. Kyselytutkimukseen liittyy aina myös riski, että vastaajat ymmärtävät kysymykset väärin (Hirsjärvi 1997). Tätä pyrittiin vähentämään lomakkeiden esitestaamisella sekä niiden täyttövaiheessa annetuilla kirjallisilla ohjeilla. Henkilökuntakyselyn kysymysten väärin ymmärtämistä pyrittiin vähentämään myös sillä, että lomakkeet suunniteltiin yhteistyössä henkilökunnan kanssa ja henkilökuntaa neuvottiin täyttämään omaa lomakettaan.

Kyselylomakkeissa oli sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Monivalintakysymyksillä yleensä saadaan vähemmän ”kirjavia” vastauksia. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä todella on mielessään. (Hirsjärvi 1997). Tässä tutkimuksessa avoimilla kysymyksillä pyrittiin täydentämään asiakkaiden mielipiteitä fysioterapiapalveluista.

Vuorelan (1989) mukaan asiakaskyselyissä on usein puutteena välittömiin asiointikokemuksiin liittyvän tiedon jääminen tarkastelujen ulkopuolelle. (Vuorela 1989). Asiakaskyselyn ajoituksella ja henkilökohtaisuudella on todettu olevan merkitystä tiedon saantiin erityisesti mitattaessa tyytyväisyyttä hoitoon. Henkilökohtainen kontakti hoitohenkilökunnan kanssa kyselyä tehtäessä antaa myönteisemmän kuvan potilaan tyytyväisyydestä kuin parin viikon kuluttua hoidosta tehty puhelinhaastattelu. Kirjallinen, nimettömänä tehty kysely paljastaa eniten tyytymättömyyttä. (Vuori 1995). Toisaalta, kun halutaan arvioida yksittäisen palveluntuottajan toimintatapaa, onnistuu se parhaiten heti palvelutapahtuman jälkeen (Frilander & Uitti, 1996). Tässä tutkimuksessa

asiakaskysely tapahtui hoitosarjan päätyttyä. Kyselyyn vastattiin nimettömänä fysioterapiatoimipisteiden odotushuoneissa ja kysely jätettiin suljetussa kirjekuoressa sille varattuun laatikkoon. Hoitanut fysioterapeutti ei ollut paikalla asiakkaan vastatessa kyselyyn. Tällä pyrittiin lisäämään vastausten luotettavuutta. Kyselyyn vastaaminen heti hoidon jälkeen saattoi kuitenkin vaikuttaa siihen, että asiakkaat eivät esittäneet kovinkaan paljon kritiikkiä, vaan olivat enimmäkseen vastauksissaan hyvin positiivisia.

Luotettavuus

Kyselytutkimuksella kerättyjen tietojen luotettavuutta selvitetään reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Nämä seikat ilmoittavat, missä määrin mittarilla saatuihin tuloksiin voidaan luottaa. Reliabiliteetti eli pysyvyys, kuvaa saatujen tulosten virhemahdollisuuksia. Mitä vähemmän tuloksissa esiintyy sattumanvaraisuutta, sen parempi on tulosten reliabiliteetti. (Nummenmaa ym. 1997).

Korkea reliabiliteetti ei yksinään ole tae siitä, että mittari on pätevä. Se on vasta minimivaatimus ja osoitus siitä, että mitataan luotettavasti jotakin asiaa. Mittarin validiteetti on mittaustulosten ja mitattavaksi tarkoitetun ominaisuuden todellisen määrän välinen korrelaatio. Reliabiliteetin ja validiteetin välillä vallitsee yhteys: reliabiliteetti on validiteetin edellytys. Hyvä reliabiliteetti ei kuitenkaan sinänsä takaa hyvää validiteettia, mutta huono reliabiliteetti huonontaa myös validiteettia. (Nummenmaa ym. 1997).

Mittarin validiteettia tarkasteltiin sisältövaliditeetin avulla. Hyvä sisältövaliditeetti tarkoittaa sitä, että mittarin osiot kattavat mahdollisimman hyvin tutkittavaksi tarkoitetut käsitteet ja sisällön (Nummenmaa ym. 1997). Sisältövaliditeetin takaamiseen pyrittiin sillä, että fysioterapian laatutavoitteet suunniteltiin yhteistyössä fysioterapiahenkilökunnan kanssa. Asiakaspalautelomakkeen sisältövaliditeettia voidaan pitää hyvänä, koska se on suunniteltu Heinolan reumasäätien sairaalassa juuri fysioterapia-asiakkaiden palautteita varten ja sitä suosittelee myös Suomen fysioterapeuttiliitto.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin myös lisäkyselyllä henkilökunnalle (Liite 5). Fysioterapeuteilta kysyttiin, miten he kokivat oman työnsä arvioinnin yleis- ja palvelutavoitteen toteutumisen kautta. Kyselyyn vastasi yhdeksän fysioterapeuttia. Heistä

neljä piti kyselyyn vastaamista vaikeana. Fysioterapeuteilta kysyttiin myös heidän omaa arviotaan siitä, olivatko he vastanneet kyselyyn realistisesti vai yliarvioiden. Heistä kuusi oli kokenut vastanneensa realistisesti. Yksi fysioterapeutti oli arvellut yliarvioineensa tavoitteiden toteutumista.

7. TUTKIMUSTULOKSET

7.1. Fysioterapian palveluprosessin toteutuminen ja palvelujen laatu tutkitussa terveyskeskuksessa

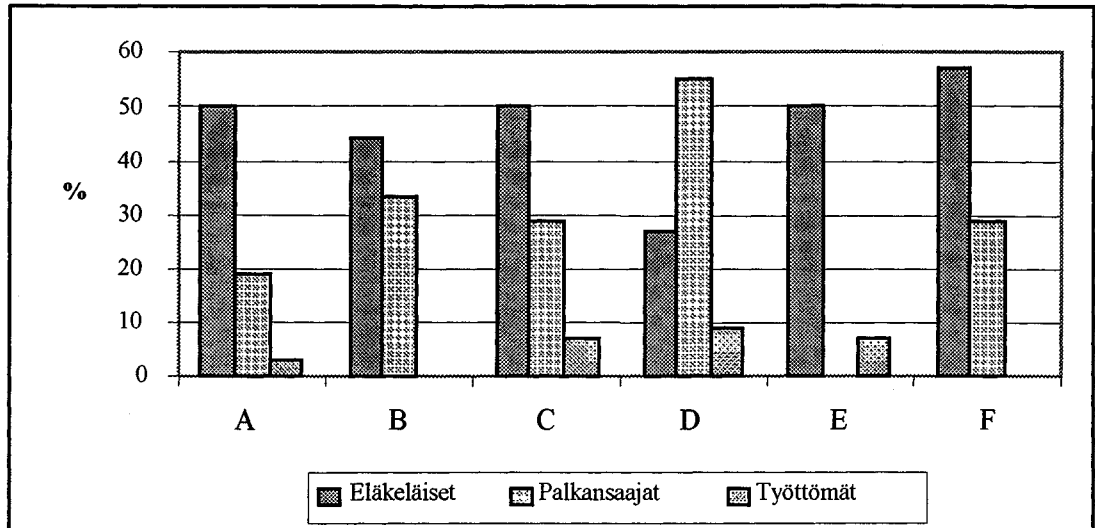
Tässä tutkimuksessa kehitetyn mittarin ensimmäisenä tarkoituksena oli kartoittaa sitä, ketkä käyttävät terveyskeskuksen fysioterapiapalveluja, miten palvelut saavutetaan, mikä on niiden sisältö ja miten tuloksellisia ne ovat. Mittari osoitti variaatiota pienten ja isojen paikkakuntien välillä useimmilla osa-alueilla. Eniten vaihtelua oli fysioterapian sisällössä, hoitoon pääsyn nopeudessa ja yhteistyön määrässä.

7.1.1. Asiakkaat

Tutkimuksessa tarkasteltiin sekä ulkoista että sisäistä asiakkuutta. Kuten aiemmin jo mainittiin ulkoinen asiakas tarkoittaa varsinaista asiakasta perinteisessä merkityksessä. Sisäiset asiakkaat tarkoittavat tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen muuta henkilökuntaa.

Ulkoiset asiakkaat sukupuolen ja työssäolon perusteella

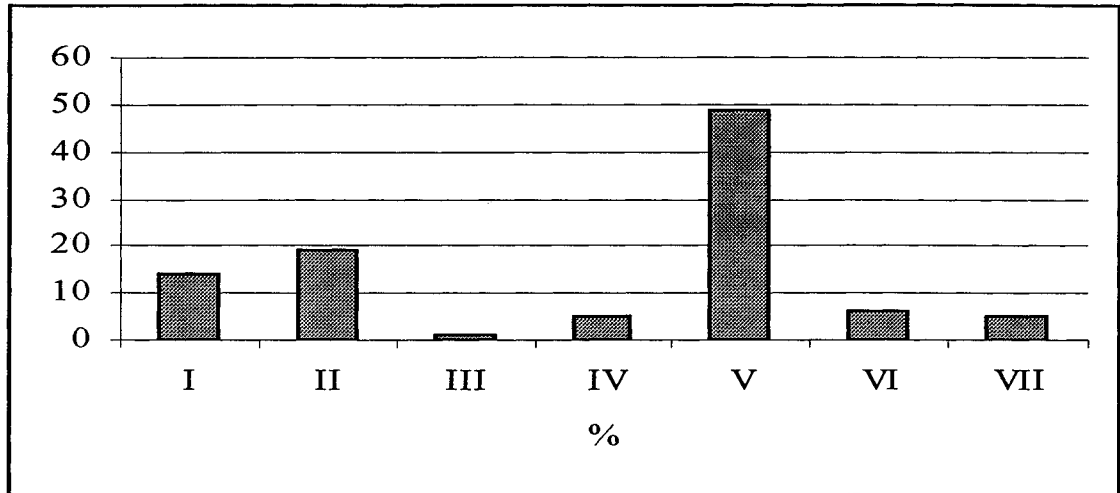
Eri toimipisteiden välillä fysioterapian asiakkaissa oli eroja iän, sukupuolen ja työssäolon perusteella (Kysymykset 1 ja 3). Naisten osuus (60%) oli jonkun verran suurempi kuin miesten kaikilla paikkakunnilla. Paikkakunnat vaihtelivat suuresti asiakkaiden ammattijakaumien perusteella. Eläkeläiset nousivat suurimmaksi ryhmäksi kaikilla paikkakunnilla. Heidän määränsä vaihteli paikkakunnasta riippuen 20-50% välillä. Palkkatyötä tekevät olivat seuraavaksi suurin ryhmä. Työttömien määrä vaihteli 3-40% välillä. Eniten työttömiä asiakkaina oli väkiluvultaan toiseksi pienimmässä kunnassa. Opiskelijoita fysioterapiayksikön asiakkaista oli 8%. Lukuun sisältyy koululaiset. Opiskelijoiden suhteellisen isoa määrää selittää paitsi koululaisten sisältyminen lukuun myös opiskelijoiden tulosityy fysioterapiaan. Opiskelijoista puolet olivat tulleet fysioterapiaan jonkin tuki- ja liikuntaelinalueen operaation vuoksi. (Kuvio 2).



Kuvio 2. Eläkeläisten, palkansaajien ja työttömien prosenttiosuudet toimipisteittäin. (n=99)

Ulkoiset asiakkaat toimintakyvyn mukaan

Kuntayhtymän fysioterapiayksikössä tehdyissä yleis- ja palvelutavoitteissa asiakkaat jaettiin kahdeksaan eri ryhmään heidän toiminnallisen ongelmansa perusteella (Kysymys11). Esiintyvyys eri ryhmien välillä vaihteli 5-49%. Fysioterapiapalveluja käyttivät eniten asiakkaat, joilla oli työ- ja toimintakyky alentunut akuutin tuki- ja liikuntaelinsairauden vuoksi. Heitä oli lähes puolet asiakaskunnasta. Seuraavaksi eniten käyttäjiä oli pitkäaikaissairaiden ryhmässä (n. 20%). Traumojen ja leikkausten jälkitiloihin sai fysioterapiaa noin 14% asiakkaista. Tutkimusajankohtana apuvälineasiakkaita oli 5% asiakkaista ja laitospäästösajalla sairaalassa oli yksi asiakas, jonka hoitajakso päättyi tutkimusaikana. (Kuvio 3).



Kuvio 3. Asiakasryhmien prosenttiosuudet fysioterapian yleis- ja palvelutavoitteen mukaan. Kuviossa on mukana ryhmäkäynnit, joita ei ole muuten tutkimuksessa käsitelty. (n=115)

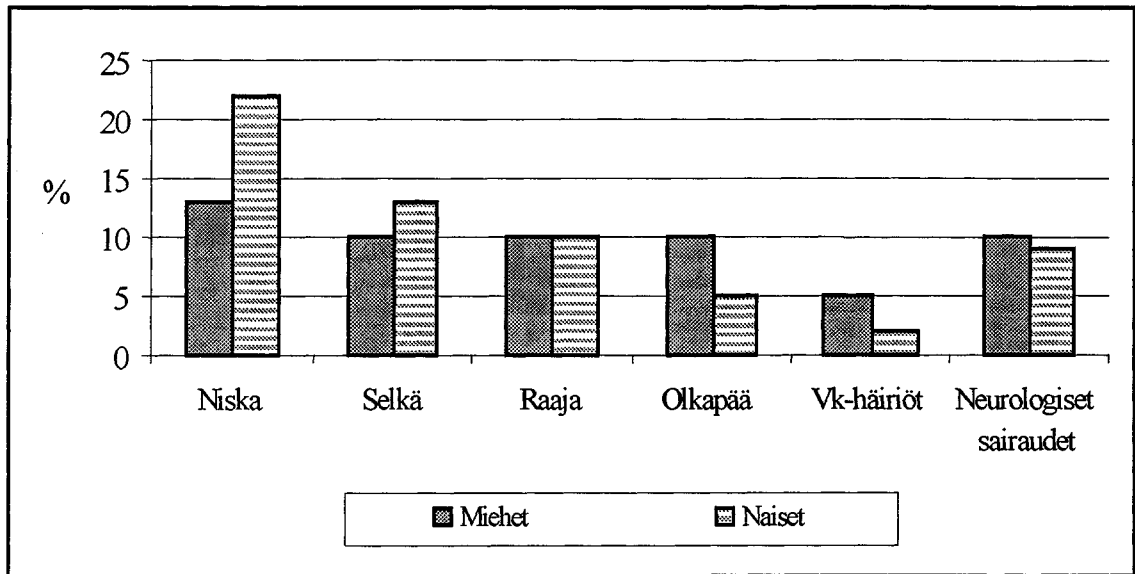
Asiakasryhmien nimet:

- I Traumojen ja leikkausten aiheuttamat liikkumisen ja toimintakyvyn tilapäiset rajoitukset
- II Vammaiset ja pitkäaikaissairaat esim. neurologiset ja verenkiertoelinten sairaudet, reuma, jne.
- III Laitoskuntoutusjakso sairaalassa
- IV Sairaalapotilaat
- V Työ- ja toimintakyky alentunut akuutin tule- ongelman vuoksi. Esim. avofysioterapia, kuntoneuvola
- VI Työ- ja toimintakyky vaarassa alentua. Esim. työterveyshuollon asiakkaat
- VII Apuvälineasiakkaat
- VIII Ryhmät

Asiakasryhmää V tarkasteltiin lähemmin tulosityluokituksen avulla. Fysioterapeutit kirjasiivat asiakkaan tulossyn erillisen tulosityluokitustaulukon (Liite 4) mukaan (Kysymys 5). Tämän perusteella kaikista tuki- ja liikuntaelinsairauksista niskan, selän tai raajojen kipuoireyhtymä oli 43%:lla, painottuen niskan ja selän ongelmiin. Tuki- ja liikuntaelinten kirurgisten toimenpiteiden jälkeen fysioterapiaa oli saanut 15% asiakkaista. Muu ortopedinen ongelma oli noin 10%:lla.

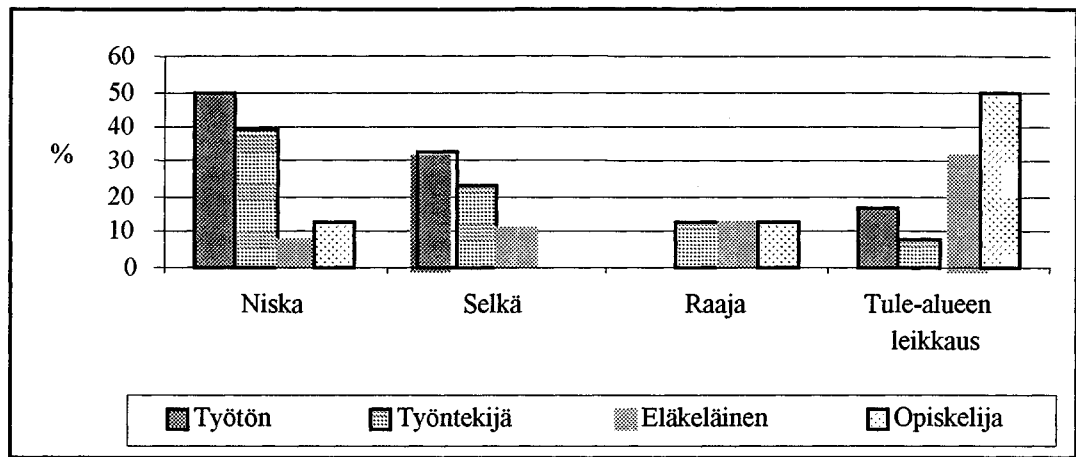
Naisten ja miesten tulossyt fysioterapiaan olivat lähes samat (Kuvio 4). Naisista lähes 80% tuli fysioterapiaan tuki- ja liikuntaelinsairauden vuoksi ja miehistä noin 70%. Kaikista tule- oireista niskan, selän tai raajan kipuoireyhtymä painottui kummallakin

sukupuolella. Naisilla niskan kipuoireyhtymiä oli hieman enemmän, kun taas miehillä olkapääongelmat olivat hieman yleisempiä kuin naisilla.



Kuvio 4. Naisten (n=59) ja miesten (n=40) yleisimmät tulosyyt fysioterapiaan.

Sekä työttömillä että työtätekevillä oli enimmäkseen niskan ja selän kiputilat fysioterapiaan hakeutumisen syynä (Kuvio 5). Työttömillä oli hieman enemmän niskaoireita. Puolella heistä syynä fysioterapiaan hakeutumiseen oli niskan kipuoireyhtymä. Työntekijöillä lähes 40%:lla oli niskaoireita ja noin 20%:lla selkäoireita. Työtätekeviin verrattuna opiskelijat ja eläkeläiset saivat fysioterapiaa enimmäkseen tuki- ja liikuntaelinalueen leikkauksen vuoksi. Opiskelijoista puolet sai fysioterapiaa tukirangan operaation jälkitilan vuoksi. Eläkeläisistä hieman yli 30% ohjautui fysioterapiaan tule-alueen leikkauksen vuoksi.

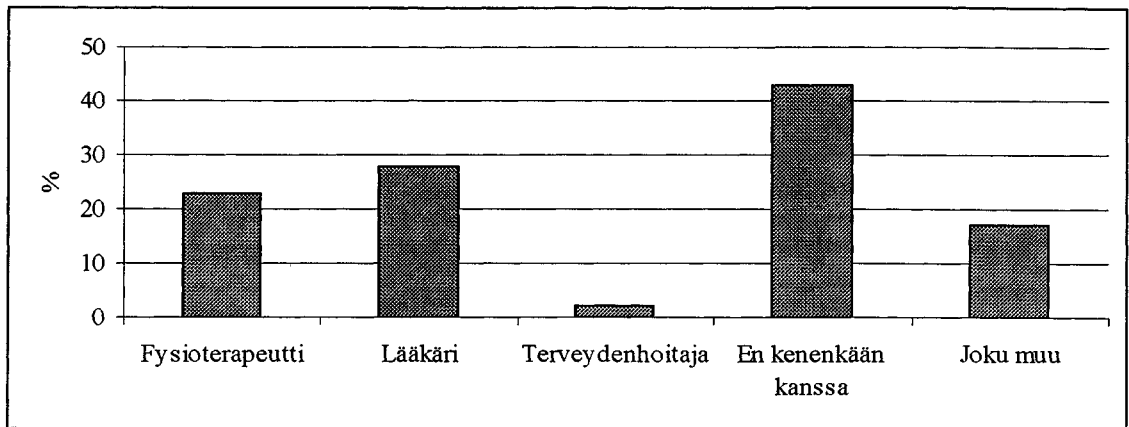


Kuvio 5. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet fysioterapiaan hakeutumisen syynä ammattiryhmittäin. (n=45)

Fysioterapian sisäiset asiakkaat

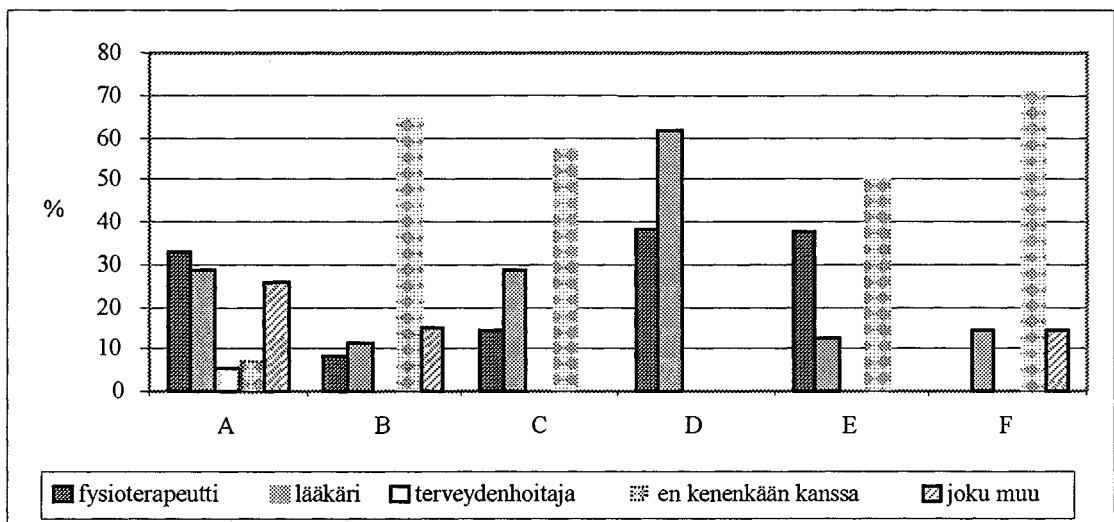
Sisäisellä asiakkaalla tarkoitetaan tässä yhteydessä muiden ammattiryhmien edustajia terveyskeskuksen sisällä, kuten lääkäreitä, terveydenhoitajia jne. Sisäistä asiakkuutta tarkastellaan tässä yhteydessä vain sen perusteella, kuinka paljon fysioterapeutit ilmoittivat tehneensä yhteistyötä ydinpalveluissa eri ammattiryhmien kanssa (Kysymys 14). Yhteistyön määrässä ja siinä kenen kanssa yhteistyötä tehtiin oli vaihtelua toimipisteestä riippuen.

Keskimääräisesti laskettaessa toimipisteet yhteen yleisin yhteistyökumppani oli lääkäri (n. 30%). Toisen fysioterapeutin kanssa tehtiin yhteistyötä 20% asiakastapauksista ja noin 15%:ssa oli joku muu yhteistyökumppani. Muu yhteistyökumppani oli enimmäkseen asiakkaan omainen tai fysioterapeuttiopiskelija. Fysioterapeutit ilmoittivat tehneensä itsenäisesti työtä 40%:ssa hoitojaksoista (Kuvio 6).



Kuvio 6. Fysioterapeuttien ilmoittamien kontaktien määrä sisäisen asiakkaan kanssa kaikissa toimipisteissä. (n=99)

Yhteistyön määrässä oli paikkakuntakohtaisia eroja. Eniten yhteistyötä muiden ammattiryhmien tai fysioterapeuttien kanssa tehtiin suurimmassa fysioterapiatoimipisteessä, jossa on myös terveyskeskussairaala. Fysioterapeutit tekivät yli kolmasosassa asiakastapauksista yhteistyötä toisen fysioterapeutin kanssa. Lääkäreiden kanssa he toimivat yhteistyössä lähes yhtä monen asiakkaan kohdalla (29%). Noin 26% tapauksista yhteistyökumppanina oli asiakkaan omainen tai fysioterapeuttiopiskelija. Neljällä paikkakunnalla (B, C, E ja F) korostui itsenäinen työskentely.

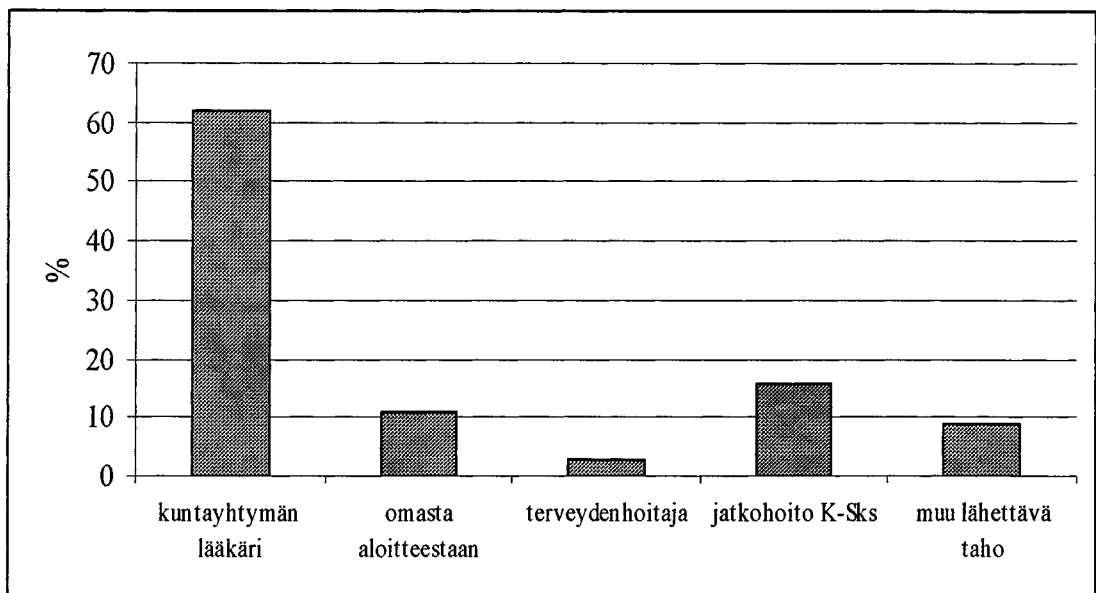


Kuvio 7. Fysioterapeuttien ilmoittama kontaktien määrä sisäisen asiakkaan kanssa toimipisteittäin. (n=99)

7.1.2. Fysioterapiapalvelujen saavutettavuus

Lähtävä taho

Sekä asiakkaat että fysioterapeutit kirjasivat kyselylomakkeisiinsa fysioterapiaan lähettäneen tahon (Kysymys 1a ja 6). Noin 60% asiakkaista oli tullut fysioterapiaan terveyskeskuksen lääkärin lähettämänä. Kolmen asiakkaan (1%) kohdalla aloitteen fysioterapiaan teki terveydenhoitaja. Lähes 16% asiakkaista tuli jatkohoitona Keski-Suomen keskussairaalaan. Neljän asiakkaan (4%) kohdalla fysioterapian jatkumisesta huolehti keskussairaalan fysioterapeutti. Enimmäkseen jatkohoitolähteet tulivat erilaisilta lääkäreiltä, kuten neurologeilta, ortopedeilta ja fysiatreilta. (Kuvio10).



Kuvio 10. Asiakkaan fysioterapiaan lähettävä taho. (n=99)

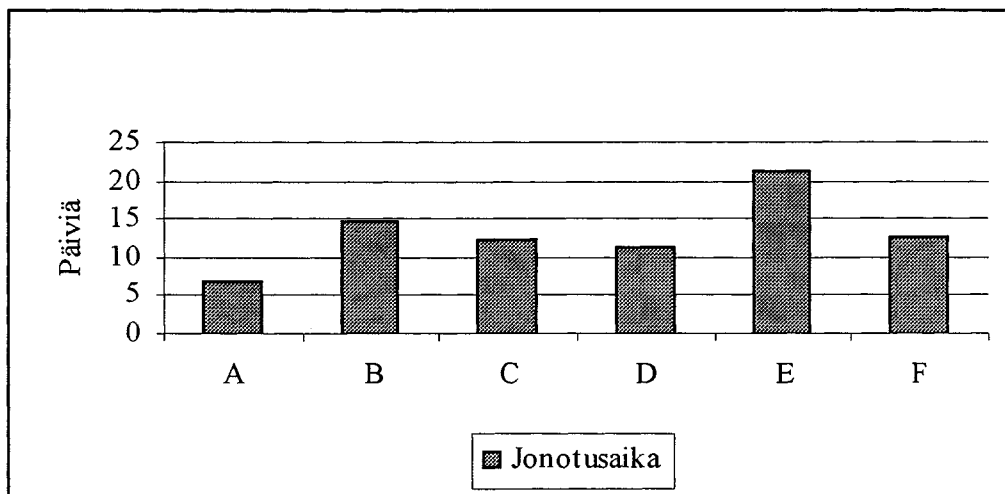
Koettu saavutettavuus

Asiakaskyselyn kysymyksessä 1b asiakkaat arvioivat fysioterapialähetteen saamisen helppoutta viisiluokkaisella asteikolla. Tässä tutkimuksessa yli 80% asiakkaista koki saaneensa lähetteen lääkäriltä erittäin helposti tai helposti. Vain 4%:lle se oli erittäin vaikeaa tai vaikeaa. Saman kysymyksen kohdassa c tiedusteltiin asiakkaalta samalla

asteikolla fysioterapia- ajan sopimisesta. Asiakkaista 80% koki fysioterapia-ajan sopimisen erittäin helpoksi tai helpoksi ja 4%:lle se oli vaikeaa tai erittäin vaikeaa.

Asiakkaiden jonotusajat

Fysioterapeutit määrittivät omassa kyselyssään asiakkaiden jonotusaikaa päivinä (Kysymys 9). Jonotus katsottiin alkaneeksi siitä päivästä kun asiakkaan fysioterapialähete tuli fysioterapiayksikköön. Koko fysioterapiayksikössä jonotusajan keskiarvo oli 12 päivää. Toimipisteiden jonotusajan keskiarvot vaihtelivat 7-22 päivää. Suurimmassa yksikössä jonotusaika oli noin 7 päivää. Paikkakunnat C, D ja F olivat jonotusajoiltaan lähellä keskiarvoa. Paikkakunnalla B keskiarvo ylitettiin hienoisesti. E paikkakunnalla oli pisimmät jonotusajat. B paikkakunnalla yhden asiakkaan jonotusaika oli 80 päivää ja E paikkakunnalla yhdellä asiakkaalla jonotuspäiviä oli 70. Nämä ovat poistettu tilastollisesta käsittelystä, koska ne yksittäisinä tapauksina vinouttavat jonotusajan keskiarvoa. (Kuvio 11). Asiakkaat arvioivat jonotusajan pituutta omassa kyselyssään (Kysymys 1d). Noin 10% asiakkaista oli sitä mieltä, että jonotusaika oli liian pitkä. Vastanneista 90% oli kokenut jonotusajan olleen sopiva.



Kuvio 11. Asiakkaiden jonotusaikojen keskiarvot toimipisteittäin. (n=99)

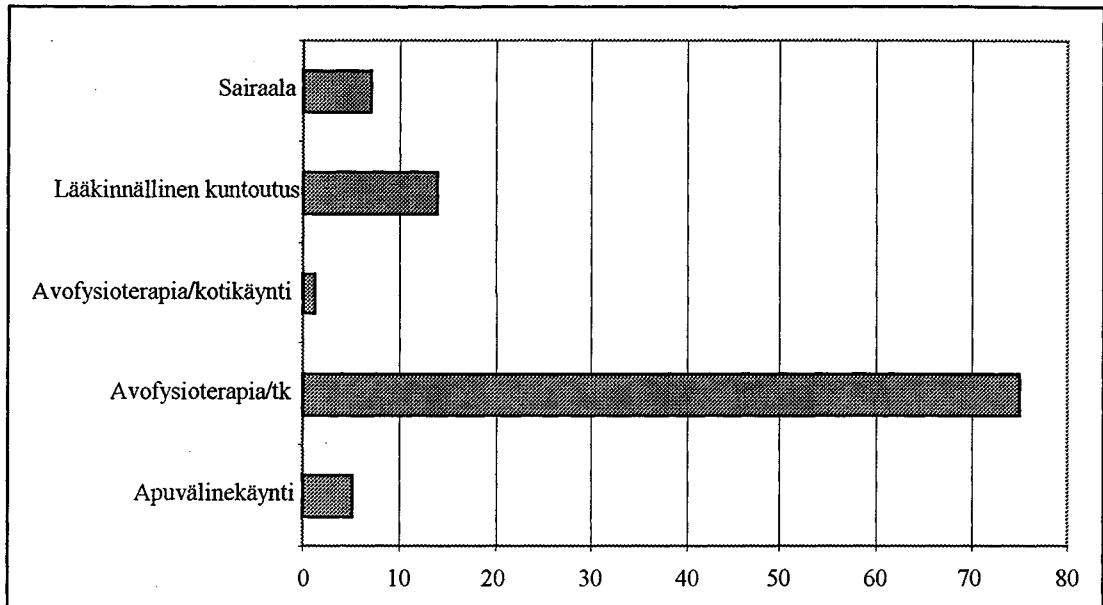
Jonotusaikojen toteutuminen

Fysioterapian palvelutavoitteessa (Liite 3) oli määritelty jonotusajat eri asiakasryhmille. Parhaiten tavoitteen saavuttamisessa onnistuttiin sairaalapotilaiden kohdalla, joista 80%:lle aloitettiin fysioterapia viimeistään saapumista seuraavana päivänä. Asiakasryhmällä, jolla on traumojen ja leikkausten aiheuttama liikkumisen ja toimintakyvyn tilapäinen rajoitus, oli jonotusajaksi sovittu seitsemän vuorokautta tai alle. Tälle ryhmälle fysioterapia aloitettiin lähes 70%:sti sovitusajassa. Ryhmässä, jossa työ- ja toimintakyky vaarassa alentua akuutin tule -ongelman vuoksi, oli fysioterapian aloittaminen tavoitteen mukaisesti onnistunut täysin 55%:lla asiakkaista. Tavoite melkein toteutui noin 20%:lla asiakkaista. Apuvälineasiakkaiden kohdalla tavoite toteutui lähes täysin, koska asiakkaista puolella tavoite toteutui täysin ja puolella tavoite melkein toteutui.

7.1.3. Fysioterapian sisältö ja fysioterapiajakson pituus

Käyntityyppi

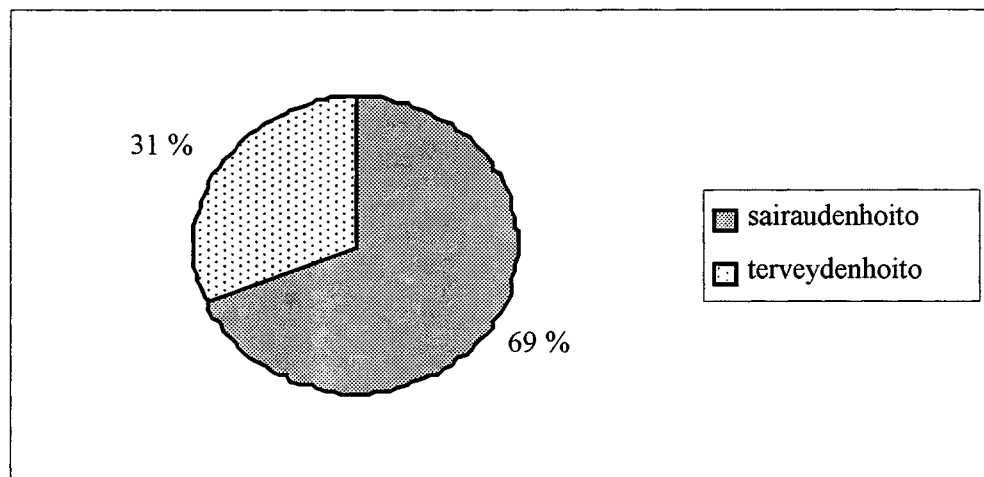
Fysioterapeutit kirjasivat asiakkaiden käyntityypin omaan lomakkeeseensa (kysymys 7). Tutkimukseen osallistuneista asiakkaista kolmeneljäsosaa sai avofysioterapiapalveluja terveyskeskuksessa. Pitkäaikaissairaita (lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaita) oli 14% ja terveyskeskussairaalan potilaita 7%. (Kuvio 7). Määriin vaikutti tämän tutkimuksen otantatapa. Sairaalapotilaiden osastojaksot ovat usein hyvin pitkiä, joten monenkaan kohdalla fysioterapiajakso ei päättynyt tutkimusajankohtana.



Kuvio 7. Fysioterapian sisältö käyntityypin mukaan. (n=99)

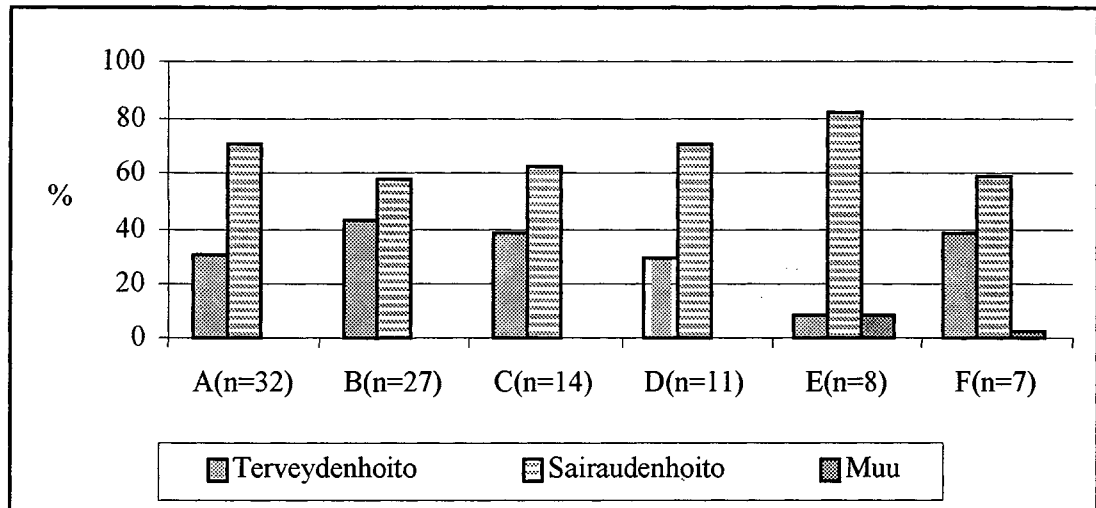
Fysioterapian sisältö

Fysioterapeutit kirjasivat myöskin asiakkaan fysioterapian ensisijaisen tarkoituksen eli oliko käynti terveyden- vai sairaudenhoitoa (Kysymys 8). Samaa luokitusta käytetään valtakunnallisissa terveydenhuollon tilastoinnissa. Kun tarkastellaan kokonaisuutena terveystieteiden keskuksen fysioterapiatoimintaa, painottuivat palvelut sairaudenhoitoon (69%). (Kuvio 8).



Kuvio 8. Fysioterapian sisältö koko fysioterapiayksikössä. (n=99)

Paikkakunnittain hoidon sisällössä oli eroja. Sairaushoidon määrä vaihteli 58-69% välillä. Selvästi erottui paikkakunta D, jossa sairaushoito fysioterapian ensisijaisena tarkoituksena painottui eniten. A ja D paikkakunnilla oli fysioterapian sisällöksi määritelty muutamilla asiakkailla jokin muu kuin terveyden- tai sairaushoito. Vastauksista ei selvinnyt mikä fysioterapian tarkoitus oli näissä tapauksissa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Fysioterapiapalvelujen sisältö toimipisteittäin. (n=99)

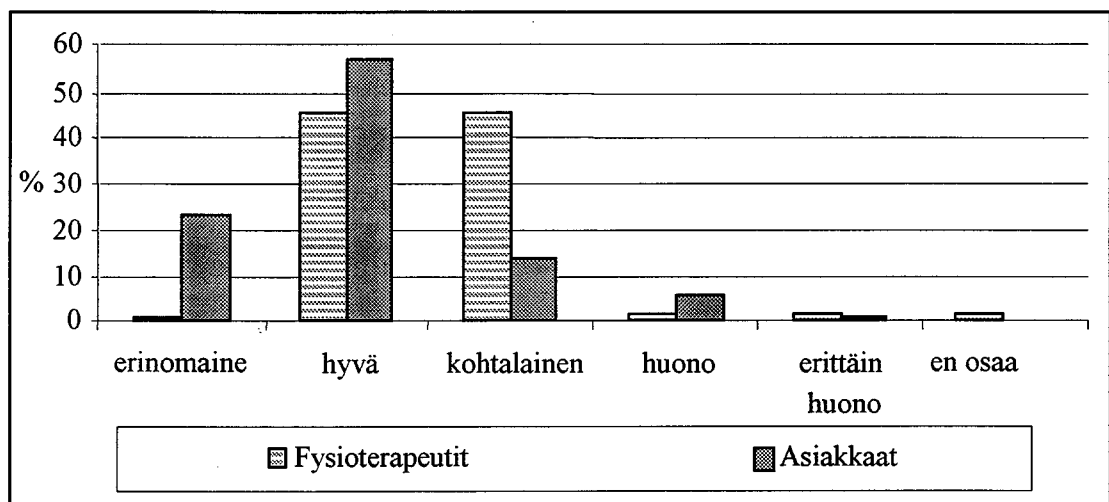
Fysioterapiajakson pituus ja kertojen riittävyys

Fysioterapiajakset olivat enimmäkseen alle viiden kerran sarjoja. Yhden kerran kuntoneuvolakäyntejä oli noin 20%:lla ja viiden kerran hoitajaksoja noin 21%:lla asiakkaista. Hoitajakson pituuden keskiarvo oli 5,9 käyntiä. Tästä poiketen yksi asiakas sai fysioterapiaa 45 kertaa. Sekä fysioterapeuteilta että asiakailta kysyttiin hoitokertojen määrän riittävydestä (Kysymykset 20 ja 2). Fysioterapeuteista 78% koki fysioterapiakertojen määrän riittäväksi asiakkaalle, kun taas asiakkaista sen koki riittäväksi 55%. Asiakkaista 14% koki saaneensa fysioterapiaa määrällisesti liian vähän ja 6% oli valinnut vaihtoehdon en osaa sanoa. Vastaamatta tähän kysymykseen jätti 24% asiakkaista.

7.1.4. Fysioterapian tuloksellisuus

Tuloksellisuus

Fysioterapian tuloksellisuutta arvioitiin hoidon lopputuloksen ja tavoitteiden toteutumisen avulla. Fysioterapian tuloksellisuutta kysyttiin sekä asiakkailta että henkilökunnalta (kysymykset 10 ja 18). Asiakkaista 20% koki fysioterapialla olleen erinomaisen vaikutuksen ongelmaansa. Noin puolet sai hyvän avun fysioterapiasta. Kaikista asiakkaista 6% oli sitä mieltä että, fysioterapian vaikutus ongelmaan oli huono. Erittäin huono se oli yhden miesasiakkaan mielestä. Samainen asiakas ei kokenut myöskään fysioterapiassa käyntiänsä kovinkaan tärkeäksi. (Kuvio 12).



Kuvio 12. Fysioterapian tuloksellisuus asiakkaiden ja fysioterapeuttien arvioimana. (n=99)

Miesten ja naisten arviot fysioterapian lopputuloksesta eivät juurikaan eronneet. Niistä asiakkaista, jotka kokivat saaneensa erinomaisen avun fysioterapiasta, oli 95% kokenut fysioterapiassa käyntinsä sillä hetkellä erittäin tärkeäksi. Fysioterapeutit arvioivat fysioterapian vaikuttavuutta vaatimattomammin. Heidän mielestään vain yhden asiakkaan kohdalla hoidon vaikutus oli erinomainen. (Kuvio 12). Fysioterapeutit arvioivat hoidon ja neuvonnan vaikutuksen olleen hyvä 46%:ssa asiakastapauksista. Samoin 46%:ssa he arvioivat sen olevan kohtalainen. Huono tai erittäin huono vaikutus oli neljän asiakkaan kohdalla.

Palvelujen tuloksellisuutta voidaan tarkastella myös jatkohoitoon siirtyneiden määrällä. Asiakkaista lähes 70% ei ollut siirtynyt jatkohoitoon. Osa asiakkaista lähetettiin lisätutkimuksiin ortopedeille ja fysiatreille Keski-Suomen keskussairaalaan. Kahden asiakkaan (2%) kohdalla oli leikkaus tullut ajankohtaiseksi. Osa asiakkaista (2%) jatkoi kuntoutumistaan Kelan maksamilla laitostuntoutusjaksoilla.

Lopputulokseen vaikuttaneet syyt

Avoimessa kysymyksessä (kysymys 18 toinen osio) tiedusteltiin fysioterapeuteilta mikä vaikutti hoidon lopputulokseen. He näkivät asiakkaan oman motivaation tärkeäksi tekijäksi, jotta hoidon lopputulos olisi hyvä. Parhaan lopputuloksen saavuttamiseksi tarvitaan myös asiakkaiden tietoisuus kotiharjoittelun tärkeydestä. Fysioterapeuttien mielestä hoidon kohtalainen tai huono vaikutus johtui seuraavista syistä:

- Asiakkaan ongelmaan ei fysioterapialla pystytty vaikuttamaan.
- Asiakkaan elämäntilanne oli vaikeuttanut ohjauksen omaksumista.
- Elämäntilanteen vuoksi asiakas ei pysty muuttamaan työskentelyasentojaan tai työn määrää.
- Ongelman syy oli ollut epäselvä.
- Asiakas ei ollut keskittynyt ohjaukseen.
- Edistyminen oli ollut hidasta ja tämä oli vaikuttanut motivaatioon.
- Kivut olivat kroonistuneet.
- Asiakkaan huono tietoisuus omista tavoitteistaan.
- Asiakas koki muistin heikkouden olevan esteenä annettujen ohjeiden omaksumiselle.

7.2. Laadun toteutuminen

Tutkimuksen toinen kokonaisuus muodostui siitä, miten fysioterapiapalvelujen miten laatu toteutui laatutavoitteiden toteutumisen ja toimivuuden sekä asiakastyytyväisyyden perusteella.

7.2.1 Laatumavoitteiden toteutuminen

Fysioterapeutit olivat pystyneet käyttämään laadittua yleistavoitetta hoidon sisällön laadun arvioinnissa 63%:ssa fysioterapiajaksoista. Palvelukykyä he olivat pystyneet arvioimaan palvelutavoitteen kriteerien perusteella lähes 90%:ssa hoitajaksoista.

Yleistavoitteen toteutuminen

Yleistavoitteessa oli seitsemän eri osa-aluetta, joiden pohjalta fysioterapeutit arvioivat omaa työtään (kysymys 12). Fysioterapeutit olivat suunnitelleet hoitajakson tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa noin 70%:ssa asiakastapauksista. Yhtä monen asiakkaan tavoitteet he olivat kirjanneet fysioterapialehdelle. Fysioterapeutit ilmoittivat havainneensa muutoksia 33 (44%) asiakkaan toimintakyvyssä. Itsehoidon tukemisessa fysioterapeutit olivat omasta mielestään onnistuneet tavoitteen mukaisesti tai melkein tavoitteen mukaisesti noin 70%:ssa hoitajaksoista. Asiakkaan tietoisuus terveellisistä liikuntatottumuksista oli fysioterapeuttien mielestä lisääntynyt yli puolella asiakkaista. Asiakkaita oli pystytty tukemaan päivittäisissä toimissa esim. apuvälineratkaisuilla hieman yli puolella asiakastapauksista. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Yleistavoitteen toteutuminen kaikilla asiakasryhmillä. (n=99)

	5 Tavoite täysin toteutunut %	4 %	3 %	2 %	1 Tavoite ei toteutunut %	Yht. %
Fysioterapian tavoitteiden suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa	21,1	51,6	16,8	7,4	3,2	100
Tavoitteiden kirjaus fysioterapialehdelle	37,2	37,2	9,6	3,2	12,8	100
Muutokset toimintakyvyssä	7,8	35,1	29,9	15,6	11,7	100
Itsehoidon tukeminen	25,8	52,7	17,2	3,2	1,1	100
Laajan kuntoutustarpeen havaitseminen		51,6	22,6	22,6	3,2	100
Asiakkaan tiedostuksen lisääminen terveellisistä liikuntatottumuksista	15,6	45,3	26,3	14,1	4,7	100
Asiakkaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti	33,3	23,3	43,3			100

Tarkasteltaessa yleistavoitteen eri osa- alueiden toteutumista asiakasryhmittäin oli niissä eroja. Toimintakyvyn osalta tavoitteen kriteerit saavutettiin parhaiten avofysioterapia-asiakkaiden kohdalla. Fysioterapeutit arvioivat onnistuneensa tässä kahdessa kolmasosassa asiakastapauksista. Pitkäaikaissairaiden ryhmässä tavoitteeseen päästiin noin 17%:n kohdalla. Myös ryhmässä, joka kulkee nimellä traumausten tai leikkausten aiheuttamat liikkumisen tai toimintakyvyn tilapäiset rajoitukset, tavoite saavutettiin 17%:n kohdalla.

Asiakkaan itsehoidon tukeminen fysioterapeuttisin keinoin oli tavoitteena kaikilla muilla asiakasryhmillä paitsi apuvälineasiakkailta ja sairaalan potilailla (Kysymys 12d). Silti tämä tavoite toteutui parhaiten juuri apuvälineasiakkaiden kohdalla, joista 50%:n kohdalla fysioterapeutit ilmoittivat tavoitteen toteutuneen täysin. Lähes yhtä hyvään tulokseen päästiin avofysioterapia-asiakkaiden kohdalla. Asiakkaan tiedostuksen lisääminen terveellisistä liikuntatottumuksista oli sisällytetty avofysioterapia-asiakkaiden ja työterveyshuollon asiakkaiden tavoitteeseen (Kysymys 12f). Avofysioterapian asiakkailta tavoite toteutui täysin tai lähes täysin 60%:lla.

Fysioterapeutit pohtivat kykyänsä arvioida kuntoutuksen kokonaistarvetta pitkäaikaissairaiden ja laitostuntoutusjaksolaisten kohdalla (Kysymys 12e). Tämä yleistavoitteen osio koski vain näitä asiakasryhmiä. Kuitenkin kyseistä asiaa arvioitiin lähes jokaisen asiakkaan kohdalla. Pitkäaikaissairaiden kohdalla tavoitteeseen päästiin yli puolessa asiakastapauksista ja yhden laitostuntoutusjaksolaisen kohdalla tavoite saavutettiin täysin.

Palvelutavoitteen toteutuminen

Palvelutavoite (kysymys 13) mittasi fysioterapiayksikön palvelukykyä. Fysioterapeutit arvioivat palvelukykyä kolmella eri osa-alueella. Ensimmäisessä osiossa tarkasteltiin kuntoutukseen osallistuneiden tahojen toimimista samojen periaatteiden mukaisesti asiakkaan hoidossa. Esimerkiksi sairaalatyöskentelyssä tällä tarkoitetaan sitä, onko kaikilla osastolla työskentelevillä ammattiryhmillä ollut samat tavoitteet asiakkaan hoidossa. Tarkasteltaessa kaikkia asiakasryhmiä, kuntoutukseen osallistuneet tahot toimivat lähes 80% samojen periaatteiden mukaan. (Taulukko 3).

Toisessa palvelutavoitteen osiossa määriteltiin fysioterapiaan pääsyn kiireellisyys toimintakyvyn mukaan. Ensimmäisessä ryhmässä, johon kuului asiakkaat, joilla on traumojen ja leikkausten aiheuttama liikkumisen ja toimintakyvyn tilapäinen rajoitus, määriteltiin jonotusajaksi seitsemän vuorokautta tai alle. Tämä ryhmä oli kiireellisin hoitoon pääsyssä. Fysioterapeutit ilmoittivat tavoitteen toteutuneen täysin lähes 70% asiakkaista. Sairaalapotilaille fysioterapia aloitettiin palvelutavoitteen määrittämässä ajassa 80%:sti. Sairaalassa fysioterapia tulisi aloittaa viimeistään potilaan saapumista seuraavana päivänä. Laitoskuntoutusjaksolla oli yksi potilas, jonka hoito aloitettiin tavoitteen mukaisesti. Asiakasryhmässä, jossa työ- ja toimintakyky oli vaarassa alentua akuutin tule -ongelman vuoksi, fysioterapia aloitettiin sovitussa ajassa yli puolella asiakkaista. Tämän ryhmän tavoitteena oli ensimmäinen fysioterapiakäynti 21 vuorokauden sisällä siitä, kun tieto on tullut fysioterapiaan. (Taulukko 3)

Kolmantena osa-alueena tarkasteltiin apuvälineasiakkaiden saamaa palvelua. Heillä ensimmäiset käynnit olivat tavoitteen mukaisia eli apuvälineen hankintaprosessi käynnistyi heti yhteydenoton jälkeen. Apuvälineen hankinnan onnistumista arvioitiin melkein kaikissa asiakasryhmissä, vaikka alkuperin sitä oli tarkoitus arvioida vain varsinaisilla apuvälineasiakkailta. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Palvelutavoitteen toteutuminen kaikilla asiakasryhmillä. (n=99)

Tavoite	5 Tavoite täysin toteutunut %	4 %	3 %	2 %	1 Tavoite ei toteutunut %	Yht.
Kuntoutukseen osallistuneet tahot toimineet samojen periaatteiden mukaisesti	44,3	35,4	17,7	1,3	1,3	100
Ensimmäinen fysioterapiakontakti tavoitteiden mukainen	67,8	15,6	1,1	4,4	11,1	100
Apuvälineen hankinta tavoitteiden mukaisesti	69,2	23,1	7,7			100

7.2.2. Asiakastyytyväisyys

Kysyttäessä asiakkailta kuinka tärkeäksi he kokivat fysioterapiassa käyntinsä sen hetkiseen ongelmaansa nähden (kysymys 9) olivat lähes kaikki (98%) kokeneet fysioterapian tärkeäksi. Naisista 70% koki hoidon tärkeäksi ja miehistä 60%.

Asiakkaat kertoivat kivun ja sen helpottumisen tärkeäksi syyksi fysioterapiassa käymiseen. Muutaman asiakkaan mielestä suurin hyöty fysioterapiasta oli se, että oireille löytyi nimi. Työ- ja toimintakyvyn parantumisen fysioterapian keinoin koki tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi 21% vastanneista (kysymys 9).

Kysymys 11 oli avoin kysymys, jossa asiakkaita pyydettiin kertomaan tuntemuksiaan palveluista. Kysymykseen vastanneista asiakkaista 18 % koki ohjauksen oikeanlaiseen harjoitteluun tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi. Erityisesti tämä näkyi Palokan kuntoneuvola-asiakkaiden palautteissa. Nämä asiakkaat kokivat motivoivaksi sen, että kotiharjoittelua seurattiin. Osa asiakkaista koki erittäin tärkeäksi tai tärkeäksi leikkausten jälkeisen kuntoutuksen fysioterapeutin ohjauksessa. Lasten vanhemmat kokivat saaneensa fysioterapiakäyntinsä avulla tukea lastensa motorisen kehityksen seuraamiseen ja tukemiseen. Asiakkaat kokivat fysioterapeuttien tekemän työn kokonaiskuntoutuksen kannalta tärkeäksi ja tarpeelliseksi. Osa asiakkaista oli huolissaan fysioterapiatoiminnan jatkuvuudesta. Ne (53% vastanneista), jotka vastasivat tähän kysymykseen olivat tyytyväisiä fysioterapeuttien ammattitaitoon. Tässä tutkimuksessa asiakkaat arvioivat fysioterapeuttien suhtautuvan asiakkaisiinsa ystävällisesti ja ihmisläheisesti. He kiittelivät myös fysioterapeutteja ”topakasta toiminnasta” ja ”asiallisesta ja rennosta ilmapiiristä” hoitojakson aikana.

Asiakkaista yli puolet ilmoitti saaneensa käyttökelpoisia ja innostavia ideoita itsensä kuntouttamiseen (kysymys 7) ja noin 65% heistä aikoi toteuttaa saamiaan ohjeita (kysymys 8). Fysioterapeutit antoivat omasta mielestään riittävästi ohjeita kotiharjoitteluun noin 60%:lle asiakkaista (Kysymys 19).

Asiakkailta tiedusteltiin, kuinka hyvin fysioterapeutti tunnisti ne oleelliset asiat, joita hän odotti fysioterapialta (kysymys 5). Vastaajista suurin osa (86%) totesi fysioterapeutin

tunnistaneen erittäin hyvin tai hyvin heidän odotuksensa. Asiakkaista 91% tulisi uudelleen hoitoon tutkitun terveystieteiden keskuksen fysioterapiaan. Yhdeksän asiakasta (9%) ei vastannut tähän kysymykseen.

Asiakaskyselyn kolmannessa kysymyksessä asiakkaita pyydettiin arvioimaan fysioterapiajaksoa viidellä eri osa-alueella. Lähes kaikki asiakkaat olivat tyytyväisiä siihen, miten heidän mielipiteensä otettiin huomioon laadittaessa tavoitteita fysioterapiajaksolle sekä siihen, miten hyvin fysioterapeutit olivat paneutuneet heidän asioihinsa. Fysioterapeutit olivat myös kuunnelleet mitä asiakkaalla oli sanottavaa ja kertoneet ymmärrettävästi asiakkaille mitä tehdään ja miksi. Hieman kritiikkiä tuli siitä, miten hyvin fysioterapeutit osasivat perustella valitsemansa hoitotoimenpiteet. Asiakkaista 6% koki fysioterapeuttien vain osittain onnistuneen perusteluissaan hoitotoimenpiteille.

Kysymyksessä neljä asiakkailta kysyttiin, miten he kokivat fysioterapeuttien ohjauksen ja neuvonnan. Kysymyksessä oli viisi vaihtoehtoa; innostavaa, asiallista, tuputtavaa, väkinäistä ja asiakkaan oma määritelmä. Asiakkailla oli mahdollisuus vasta yksi tai useampia vaihtoehtoja. Fysioterapeuttien ohjauksen ja neuvonnan koki asialliseksi kaksi kolmasosaa ja innostavaksi kolmannes asiakkaista. Kukaan ei kokenut ohjausta väkinäiseksi. Ainoastaan yksi mies koki ohjauksen tuputtavaksi. Hän toivoikin: ”Välillä enemmän pieniä taukoja ja vähän huulenheittoa ettei ohjaus ole pelkkää monotonista puhelua.”

Kuten jo aiemmin mainittiin (s.50) asiakkaat arvioivat fysioterapian tuloksellisuuden melko hyväksi. Noin puolet oli saanut fysioterapiasta hyvän avun ongelmiinsa ja kaikista asiakkaista vain 6% oli kokenut fysioterapian vaikutuksen olleen huono.

8. POHDINTA

8.1. Tulosten yleistettävyys ja luotettavuus

Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tutkimuskohteena on ollut yksi terveyskeskus ja sen fysioterapiayksikkö. Tosin tutkittu terveyskeskus edustaa melko tyypillistä suomalaista terveyskeskusta henkilökunnan koulutuksen ja määrän suhteen. Myöskin on huomioitava, että koko henkilökunta on täyttänyt kyselyn. Tutkimustulokset voivat olla suuntaa antavia, mutta niitä ei voida yleistää koskemaan suomalaista perusterveydenhuollon fysioterapiapalvelujen laatua.

Laatua lähestyttiin asiakasnäkökulmasta, laatutavoitteiden sekä palveluprosessin laadun kautta. Palveluprosessin kuvaukseen käytettiin osa-alueita, kuten saavutettavuus ja tuloksellisuus, jotka yleisesti ovat hyväksytyt kuvaamaan suomalaisen perusterveydenhuollon laatua. Tutkimusmenetelmällä saatiin riittävä kuvaus siitä, ketkä käyttävät fysioterapiapalveluja ja miten asiakkaat fysioterapiapalvelut saavuttavat. Aikaisemmin fysioterapiayksikössä ei ollut tietoa asiakkaiden tulostyistä. Asiakkaat kirjautuvat terveyskeskustilastointiin yksilö- ja ryhmäkäynteinä. Nämä eivät kuitenkaan kerro, mihin ongelmiin asiakkaat tulevat hakemaan apua fysioterapiasta. Tulostyyluokituksella pystytään kartoittamaan fysioterapiapalvelujen käyttäjiä melko luotettavasti. Fysioterapian palveluprosessin kuvaus jäi puutteelliseksi sisällön osalta. Fysioterapiamenetelmistä ei tässä tutkimuksessa saatu tietoa. Pilottitutkimuksessa ollut kysymys fysioterapian sisällöstä koettiin fysioterapeuttien joukossa työlääksi täyttää, joten se jätettiin pois varsinaisesta tutkimuksesta.

Asiakaspalautteen luotettavuuteen on syytä suhtautua varauksella. Tyytyväisyyskyselyissä yleensä on todettu ongelmaksi se, että enemmistö vastaajista ilmaisee olevansa tyytyväisiä mihin tahansa terveyspalvelujen muotoon. Tyytyväisiksi ilmoittautuu yleensä noin 80% vastaajista. (Salmela 1996). Yleistä tyytyväisyyttä on kritisoitu terveydenhuollon mittarina. Ns. onnellisuusmuuri-käsite korostuu alueilla, joilla ollaan tekemisissä ihmisen perustarpeiden tyydyttämisen kanssa. (Sinkkonen 1992). Nyt tehdyn tutkimuksen tulosten perusteella laatutavoitteiden kautta luotettavammin pystyttiin mittaamaan fysioterapiayksikön palvelukykyä. Fysioterapian sisällön laadun

mittaamisessa oli ongelmia tavoitteen käytössä ja sen sisältö oli puutteellinen, joka vähentää tulosten luotettavuutta. Fysioterapeutit olivat myös kokeneet oman työn arvioinnin vaikeaksi.

Tutkimuksessa tavoitteena oli saada jokaisesta tutkimusaikana päättyvästä fysioterapiajaksosta palaute sekä asiakkaalta että fysioterapeutilta. Fysioterapiahoitojakson lopettavien ja aloittavien asiakkaiden määrää ei tilastoida, joten sitä ei varmasti tiedetä. Tämä vuoksi vastausprosentin määrittelyssä oli vaikeuksia. Voidaan kuitenkin olettaa ettei merkittävää poisjääntiä ole tapahtunut. Asiakastyytyväisyystulosten suureen positiivisuuteen on vaikuttanut mahdollisesti kyselyn ajankohta.

Otostapa soveltui luotettavimmin keräämään tietoa avofysioterapia-asiakkaista ja heidän palveluprosessista. Tällä menetelmällä sairaalapotilaiden määrä jäi melko pieneksi, koska heidän hoitoaikansa ovat pidempiä kuin viisi viikkoa. Menetelmä ei soveltunut asiakaspalautteen keräämiseen ryhmistä. Työterveyshuollon palautteita ei tullut laisinkaan, joten tutkimuksessa ei selvinnyt menetelmän soveltuvuus tälle alueelle.

8.2. Fysioterapian palveluprosessi ja sen laatu tutkitussa terveyskeskuksessa

Asiakkaiden kokonaiskuva terveyskeskuspalveluista ja niiden laadusta muodostuu monien tekijöiden summana. Siihen vaikuttaa Sinkkosen ym. (1992) mukaan se, kuinka luotettavina ja uskottavina asiakkaat palveluja pitävät ja se, millainen käsitys heillä on terveyskeskushenkilöstön ammattitaidosta. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan varovaisesti arvioida fysioterapiayksikön palvelujen olleen kohtalaisen laadukkaita, kun niitä tarkastellaan saavutettavuuden, tuloksellisuuden ja asiakkaiden kokemusten perusteella.

8.2.1. Fysioterapian asiakkaista

Tutkitussa terveyskeskuksessa fysioterapiapalvelujen ulkoisina asiakkaina korostuivat naiset sekä eläkeläiset. Saman suuntaisia tuloksia on saatu myös muissa terveyskeskustutkimuksissa (Klaukka ym. 1992, Kekki ja Heino 1988). Tutkimusajankohtana pienimmällä paikkakunnalla oli työttömille suunnattu projekti, joka aiheutti työttömien korostumisen palvelujen käyttäjinä.

Tässä tutkimuksessa fysioterapiaan hakeutumisen syyt painottuivat tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Ikä, sukupuoli tai ammatti ei ollut yhteydessä fysioterapiaan hakeutumisen syihin. Mm. Mini- Suomi tutkimuksen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat väestön yleisimmin kipua aiheuttava ja eniten työstä poissaoloon johtava pitkäaikaissairauksien ryhmä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin sisäistä asiakkuutta sen perusteella kuinka paljon fysioterapeutit olivat tehneet yhteistyötä muiden terveyskeskuksen ammattiryhmien tai kollegoiden kanssa. Fysioterapeutit ilmoittivat tehneensä *yhteistyötä* muiden ammattiryhmien kanssa harvoin. Useimmiten yhteistyökumppanina oli ollut lääkäri. Verrattaessa toimipisteitä keskenään oli yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa tehty eniten suurimmalla terveysasemalla, jossa sitä oli tehty lähinnä lääkäreiden sekä toisten fysioterapeuttien kanssa. Kyseisellä terveysasemalla painottuu sairaalassa työskentely ja sen luonne tarjoaa luonnollisen mahdollisuuden yhteistyöhön. Pienemmissä toimipisteissä, joissa oli vain yksi fysioterapeutti, korostui yksin työskentely. Myös Kekki ja Heino (1988) totesivat tutkimuksessaan fysioterapian toiminnan olleen eristäytynyttä ja irronneen liikaa muusta terveyskeskustyöstä. Tämä vaatisikin sekä muulta terveyskeskusorganisaatiolta että fysioterapialta sen integroimista osaksi koko terveyskeskustoimintaa.

8.2.2. Fysioterapiatyön sisältö

Tämän tutkimuksen perusteella fysioterapiayksikön palveluissa painottuvat avopuolen yksilöterapiat. Tulokseen osittain vaikuttaa tutkimuksen otantatapa ja osittain

fysioterapeuttien työn painopistealueet. Tutkimusajankohtana fysioterapeuteista kolme työskenteli pääsääntöisesti terveyskeskussairaalassa ja loput 11 avopuolella.

Fysioterapiayksikön toiminta-ajatuksessa painotetaan ennaltaehkäisyä ja asiakkaiden ohjaamista itsehoitoon. Kuten Viitasen (1994) tutkimuksessakin tutkitussa terveyskeskuksessa fysioterapia terveyden edistäminen painottui jo sairastuneisiin. Tarkasteltaessa terveysneuvonnan määrää yleistavoitteen kriteerien perusteella olivat fysioterapeutit omasta mielestään kyenneet lisäämään asiakkaan tietoisuutta terveellisistä liikuntatottumuksista reilusti yli puolella asiakkaista. Tätä vahvistivat myös asiakkaat omissa vastauksissaan, sillä yli puolet heistä ilmoitti saaneensa käyttökelpoisia ja innostavia ideoita itsensä kuntouttamiseen ja he olivat kokeneet kotiharjoittelun sekä sen seurannan tärkeäksi. Laitakari ym. (1989) totesivat fysioterapeuttien työssä korostuvan neuvonnan aiheina juuri liikunnan ja kuntoilun, ergonomian ja työasentojen sekä levon. Heidän tutkimuksessa näiden aiheiden korostuessa muut neuvonnan aiheet puuttuivat lähes kokonaan.

Sairaushoidon suuri määrä saattaa johtua siitä, että kuntayhtymässä painotetaan erikoissairaanhoidon kulujen säästämistä. Tämä tarkoittaa mahdollisimman nopeaa hoitoon pääsyä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon. Noin 70% asiakkaista, joilla oli trauman tai leikkauksen jälkitila oli päässyt fysioterapiaan noin viikon sisällä lähetteen tulosta. Kun tarkastellaan asiakkaita käyntityypin mukaan, oli heistä noin 20% tullut jatkohoitona Keski-Suomen keskussairaalasta. Fysioterapiayksikkö oli näin ollen onnistunut itse määrittelemässään palvelukyvyyn tavoitteessa sekä myötäilemään kuntayhtymän linjaa erikoissairaanhoidon kulujen säästämiseksi, kun sitä tarkastellaan nopean hoitoon pääsyn perusteella.

8.2.3. Palvelujen saavutettavuus laatutekijänä

Saatavuus tai saavutettavuus on todettu (Sinkkonen 1992, Kekomäki 1991, Saarelma 1994) keskeiseksi laadun mittariksi terveyskeskuspalveluja arvioitaessa. Palvelujen saatavuus tai saavutettavuus on myös osa palvelukykyä. Julkisia palveluja on arvosteltu hoidon heikon saatavuuden vuoksi (Kekomäki 1991, Sinkkonen ym. 1992). Tämän

tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että asiakkaat saavuttavat fysioterapiapalvelut tutkitussa terveyskeskuksessa helposti. Yli kaksi kolmasosaa asiakkaista oli kokenut lähetteen saamisen fysioterapiaan erittäin helpoksi tai helpoksi. Fysioterapia-ajan sopiminen oli ollut helppoa tai erittäin helppoa kahdelle kolmesta asiakkaasta.

Nopea ja vaivaton vastaanotolle pääsy ja lyhyet jonotusajat ovat tärkeitä terveyskeskuspalvelujen laadun vaatimuksia. Terveysthuollon kysynnän ja tarjonnan epätasapaino on ratkaistu luomalla jonotuskäytäntö. Kuten muissakin suomalaisissa terveyskeskustutkimuksissa (Saarelma ym. 1994, Viitanen 1994, Kekki ja Heino 1988, Oras ja Oikarinen 1996), tutkitun terveydenhuollon kuntayhtymän fysioterapiayksikössä kaikissa toimipisteissä asiakkaat jonottavat hoitoon. Jonojen pituudessa oli vaihtelua riippuen paikkakunnasta. Paikkakuntakohtaisia eroja selittää työntekijöiden määrät ja heidän työaikansa eri toimipisteissä sekä fysioterapiatyön luonne. Suurimmalla terveysasemalla fysioterapia painottuu sairaalatyöhön. Sairaalatyön luonne lyhentää jonotusaikoja. Kyseisellä terveysasemalla työskenteli tutkimusaikana 5,5 fysioterapeuttia eri tehtävissä. Kolme heistä työskenteli sairaalassa. Kahdella pienimmällä terveysasemalla fysioterapiapalveluja oli mahdollisuus saada vain kahtena tai kolmena päivänä viikossa. Tutkimusajankohtana kahdella terveysasemalla yhden fysioterapeutin virka oli jaettu kahdelle henkilölle, jotka tekivät kumpikin puolikasta työaika. Asiakkaat eivät olleet kokeneet jonotusaikoja liian pitkiksi. Heistä 90% oli vastannut jonotusajan olleen sopiva. Tämä poikkeaa esim. Kekkin ja Heinon (1988) tutkimuksesta. Heidän tutkimuksessaan vain noin 24% asiakkaista oli omasta mielestään päässyt nopeasti terveyskeskuksen fysioterapiaan.

Fysioterapia yksikön palvelutavoitteessa määriteltiin jonotusajat asiakasryhmittäin. Fysioterapiayksikkö määritteli yhdeksi painopistealueekseen asiakkaat, joilla on traumojen tai leikkausten aiheuttama liikkumisen ja toimintakyvyn tilapäinen rajoitus. Heille pyrittiin sopimaan hoidon aloittamisajankohta noin viikossa tiedon tultua fysioterapiaan. Tämä myötäilee koko terveyskeskuksen linjaa siinä, että erikoissairaanhoidon kustannukset pyritään pitämään kurissa. Tavoite oli saavutettu lähes 70%:lla asiakkaista. Lähes yhtä hyvin tavoitteet oli saavutettu muissakin asiakasryhmissä.

8.2.4. Tuloksellisuus laadun osana

Tuloksellisuus nähdään palvelujen yhtenä laadun osatekijänä (Vuorela 1988, Holma 1996). Tuloksellisuudella tässä tutkimuksessa tarkoitetaan asiakkaan saamaa hyötyä fysioterapiasta. Tämän tutkimuksen perusteella asiakkaat olivat enimmäkseen saaneet ongelmiinsa hyvän avun fysioterapiasta ja suurin osa heistä oli kokenut fysioterapian tärkeäksi hoitomuodoksi.

Palvelujen tuloksellisuutta kuvaa myös jatkohoitoon siirtyneiden määrä (Vuorela 1988, Holma 1996). Tältä osin tutkitun fysioterapiayksikön palveluja voidaan pitää tuloksellisina, koska vain 30% asiakkaista siirtyi jatkohoitoon. Osa jatkohoitoon siirtyneistä meni takaisin omalle lääkärille jatkotutkimuksiin ja osa siirtyi esimerkiksi keskussairaalaan leikkausta varten. Muutama asiakas jatkoi seurannassa omassa fysioterapiayksikössä.

Jotta terveyden edistämisen ja terveystieteiden prosessi tuottaisi parhaan mahdollisen tuloksen terveyden kannalta, tulee asiakkaan ja ammattilaisen yhdessä etsiä asiakkaan tavoitteet ja voimavarat miten ne saavutetaan. Terveystieteiden Fysioterapeutit näkivätkin yhteistyön asiakkaan kanssa ja asiakkaan osallistumisen tärkeäksi tekijäksi, jotta fysioterapian lopputulos olisi hyvä. Epävarmuus kivun tai ongelman syystä heikensi heidän mielestään hoidon vaikuttavuutta. Fysioterapian tutkimusmenetelmien kehittyminen ja niiden hallinta osaltaan parantavat hoidon oikeaa kohdistamista, mutta myös tällä alueella yhteistyö lääkäreiden kanssa lisäisi fysioterapeuttien tietoa ongelmien syistä.

8.2.5. Asiakkaiden arvioita fysioterapiapalvelujen laadusta

Tässä tutkimuksessa fysioterapiayksikön palvelut olivat asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna laadukkaita. Asiakkaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä fysioterapiapalveluihin sekä henkilökunnan ammattitaitoon. He arvioivat fysioterapeutteja ammattitaitoisiksi sekä ystävällisiksi ja ihmisläheisiksi. Tutkimuksissa

(Ovreit 1992, Sinkkonen 1992) on todettu henkilökunnan ammattitaidon liittyvän palvelun laadunominaisuuksista erityisesti luotettavuuteen.

Laatuominaisuuksiksi on määritelty myös viestintä ja asiakkaan ymmärtäminen (käsitteiden käyttö ja kiinnostus asiakkaan kuuntelemiseen) (Ovreit 1992). Tässä tutkimuksessa asiakkaat olivat kokeneet fysioterapeuttien kuunnelleen heidän mielipiteitään. Fysioterapeutit olivat myös kertoneet asiakkaalle ymmärrettävästi hoidon sisällöstä. Ohjaus oli ollut asiakkaiden mielestä enimmäkseen innostavaa ja asiallista. Mm. Sinkkonen (1992) määrittelee asiakkaan kohtelussa kiireettömyyden, henkilöstön palveluhalukkuuden ja asiakkaasta välittämisen sekä paneutumisen asiakkaan ongelmiin palvelujen laatua muokkaaviksi tekijöiksi (Sinkkonen 1992). Riittävä aika asiakkaalle edellyttää riittäviä henkilöstövoimavaroja. Henkilösopistusten vuoksi tämä terveyskeskuspalvelujen laadun ulottuvuus on terveydenhuollossa parhaillaan uhattuna.

Tässä tutkimuksessa fysioterapeutit olivat vastanneet erittäin hyvin asiakkaiden odotuksiin hoidosta. Asiakkaista 86% oli vastannut fysioterapeuttien tunnistaneen heidän odotuksensa hoidosta erittäin hyvin. Asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluihin osoittaa myös se, että lähes kaikki tulisivat uudelleen hoitoon tutkittuun fysioterapiayksikköön. Tyytyväisten asiakkaiden on todettu (Peiponen, Brommels & Kupiainen 1996) jatkavan hoitoa mielellään tutussa terveydenhuoltoyksikössä.

8.2.6. Fysioterapiatyön laatu ja terveyden edistäminen

Terveyden edistämisen lähtökohtana on positiivinen terveystietoisuus, jonka mukaan terveys nähdään voimavarana jokapäiväisessä elämässä ei niinkään elämän tavoitteena (Macdonald 1998). Terveydenhuollossa terveyttä on perinteisesti lähestytty biolääketieteellisen suppeamman terveystietoisuuden näkökulmasta (Kauhanen ym. 1998). Tämän tutkimuksen kysymysten asettelu perinteisesti toisti totuttua ajattelutapaa. Jo kysymysten asettelussa ohjattiin fysioterapian toteutumista ja tuloksellisuutta arvioimaan asiakkaan ongelman eli sairauden kautta. Toisaalta taas kuten tämän ja muiden (Viitanen 1994, 1997) tutkimuksen tuloksista voi päätellä, fysioterapeuttien työ enimmäkseen kohdistuu jo sairastuneisiin.

Terveydenhuollossa ammattilaiset perinteisesti ovat toimineet terveyden opettajina ja asiantuntijoina. Tämä on näkynyt myös terveyden edistämisen lähestymistavoissa. Asiantuntijakeskeinen, yksilösuuntautunut lähestymistapa on uusintanut itseään hoitotyön käytännöissä (Liimatainen ym. 1999). Asiantuntijakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa keskittyy yksilön käyttäytymiseen ja sen muuttamiseen, jolloin helposti laajemmat rakenteelliset ja ympäristöön liittyvät tekijät jäävät huomioimatta. Tässä tutkimuksessa ei tarkemmin pureuduttu terveysneuvonta tilanteen kulkuun, mutta asiakkaiden ja fysioterapeuttien arvioiden perusteella terveysneuvonnan onnistumisesta saa vaikutelman asiantuntijapainotteisesta terveystasvatuksesta. Kuitenkin viitteitä on pyrkimyksestä Ingrosson 1993 kuvaamasta potilaskeskeisestä terveystasvatuksestaakin, jossa terveystasvatattaja pyrkii tukemaan yksilön oman elämän hallintakykyä ja tavoitteena on, että potilas oppii ymmärtämään periaatteita, hallitsemaan kokonaisuuksia ja soveltamaan opittua uusissa elämäntilanteissa. Asiakas ei kuitenkaan ole vielä reflektiivisesti oppiva, vaikka onkin tietoinen omasta maailmastaan ja on halukas parantamaan omaa hyvinvointiaan. Hän on edelleen riippuvainen asiantuntijan tiedoista ja taidoista.

Mielekäs tutkimuksen aihe tulevaisuudessa voisi olla miten laajempi terveyden edistämisen määritelmän mukainen terveyden edistäminen toteutuu fysioterapiatyössä. Fysioterapeuttiliitto on sisällyttänyt laajemman terveystasvatuksen ja terveyden edistämisen lähtökohdat määritelmiinsä fysioterapeutista ja fysioterapiasta. Mielenkiintoista olisi selvittää, kuinka paljon ammattikunta on sisäistänyt kyseisen ajattelumallin ja miten se siirtyy työhön.

Miten laadun mittaaminen onnistui laaditulla mittarilla?

8.3.1. Palveluprosessin toteutumisen mittaaminen

Palveluprosessia tarkasteltiin suomalaisessa perusterveydenhuollossa yleisesti käytettyjen laatutekijöiden kuten tuloksellisuuden, hoitoonpääsyn ja asiakastyytyväisyyden kautta. Tutkitun terveyskeskuksen sisällä eri toimipisteiden välillä näillä laadun osa-alueilla havaittiin melko suuriakin vaihteluja. Terveyskeskuksen sisällä havaitut erot esimerkiksi jonotusaikojen pituudessa vaativat jatkuvaa seurantaa toiminnan suunnittelun tueksi ja vielä tarkempaa selvitystä siitä mistä erot johtuvat. Toimintasuunnitelmat olisikin hyvä tehdä yhteistyössä työntekijöiden kanssa, jotta siinä mainitut tavoitteet eläisivät arkisessa fysioterapiatyössä.

Mielenkiintoista olisi myös vertailla eri terveyskeskuksia toisiinsa: miten laatu toteutuu koko suomalaisessa perusterveydenhuollossa, kuinka paljon on alueellisia eroja maantieteellisesti jne. Tutkimuksia on tähänkin asti jonkun verran tehty, mutta ongelmana on niiden erilaiset tulkinnat käsitteistä. Vertailua vaikeuttaa myös laateorioiden laaja viitekehys, joka mahdollistaa laadun soveltamisen hyvinkin pitkälle omista lähtökohdista ja tarpeista käsin.

Tässä tutkimuksessa niin kuin koko terveyskeskusprojektissa, jonka osa tämä tutkimus oli, ongelmana oli pyrkimys laadun mittaamiseen koko fysioterapian toiminta-alueelta sekä koko terveyskeskuksessa samoilla mittareilla. Jo tämäkin osatutkimus osoitti, että fysioterapiaan olisi tarvittu ainakin kolme erilaista kyselylomaketta. Apuvälinelainaus, ryhmät ja yksilökäynnit poikkeavat toisistaan niin paljon ettei yksi yhteinen kyselylomake pysty selvittämään koko toiminnan oleellisia alueita tai ainakin se vaatisi kyselylomakkeen kehittämistä. Palvelukyky ja asiakastyytyväisyys tuntuivat olevan ne alueet mitä voidaan mitata yhteisillä mittareilla, mutta esimerkiksi toiminnan tuloksellisuus ja vaikuttavuus vaatisi jokaisen erikoisalueen omia mittareita, jotta tulos oli luotettava ja vertailtavissa muihin samanlaisiin toimintoihin.

8.3.2. Yleistavoite ja palvelutavoite laadun mittareina

Yleistavoite

Yleistavoite laadun mittaajana oli puutteellinen. Fysioterapeutit arvioivat yleistavoitteen toteutumisen mahdolliseksi 63%:lla asiakkaista. Tavoitteen käytössä oli ollut epäselvyyttä. Fysioterapeutit olivat arvioineet lähes kaikilla asiakasryhmillä kaikkia tavoitteen osa-alueita. Tarkoituksena oli arvioida vain niitä osia, jotka olivat kunkin asiakasryhmän kohdalla määritelty tavoitteeseen kuuluvaksi.

Fysioterapeutit arvioivat avoimessa kysymyksessä yleistavoitteen toimivuutta laadun mittaamisessa. Enimmäkseen heidän mielestään tavoite ei toimi yhden kerran käynnillä eli kuntoneuvolakäynnillä. Asiakkailta nähtiin myös niin moninaisia ongelmia, että niihin ei pelkällä fysioterapialla pystytä vaikuttamaan. Toisaalta asiakkaalla saattoi olla fysioterapeuttisiakin ongelmia niin, paljon ettei niihin kaikkiin voitu vaikuttaa yhden hoitosarjan aikana. Joissakin tapauksissa fysioterapiakäynnit olivat olleet liian harvoin, jotta tavoite olisi saavutettu. Osalle asiakkaista ei löytynyt asiakasryhmää. Tällaisia olivat esimerkiksi lapsiasiakkaat.

Jotta yleistavoitetta voitaisiin käyttää fysioterapiapalvelujen laatumittarina, tulisi sen osa-alueita tarkentaa ja muokata konkreettisemmiksi. Yleistavoitteen osa-alueet olivat hyvin eri suuruisia sisällöltään. Toiset käsittelivät pieniä ja konkreettisia osia fysioterapiasta, kuten dokumentointia fysioterapialehdelle ja toiset taas hyvinkin laajoja ja abstrakteja alueita kuten muutoksia toimintakyvyssä. Toimintakyvyn muutosten arviointia, itsehoito-ohjeiden omaksumista ja terveellisten liikuntatottumusten lisääntymistä ei voida arvioida näin yleisellä tasolla.

Palvelutavoite

Paremmiin fysioterapiapalvelujen laadun mittarina oli toiminut palvelutavoite, joka mittasi fysioterapiayksikön palvelukykyä. Fysioterapeutit arvioivat palvelutavoitteen käytön mahdolliseksi palvelukyvyn mittaajana lähes 90% vastauksista huolimatta siitä, että tavoitteeseen sisältyi vaikeasti hahmotettavia osioita.

Palvelutavoitteen ensimmäinen ja kolmas osio olivat vaikeasti arvioitavia. Ensimmäisessä osiossa fysioterapeutit joutuivat ilman tarkkoja kriteereitä arvioimaan muiden ammattiryhmien työtä. Tämä vaatisi jo kysymysten suunnitteluvaiheessa muiden näkökulmien huomioon ottamista. Sen sijaan toinen osa-alue, jossa tiedusteltiin ensimmäisen fysioterapiakontaktin ajankohtaa, on toimiva tapa tutkia palvelukykyä.

Tämä tutkimus oli yksi yritys laadun mittaamisen laajassa kentässä. Laatua on vaikea mitata ja rajata ja menetelmät vaativat kehitystä. Laatuteoriat yleensä antavat hyvin laajan viitekehyksen. Tämän tutkimusaineiston pohjalta on mahdollista tehdä jatkotutkimuksia. Mahdollista jatkoanalyysia voisi tehdä esimerkiksi tarkastelemalla kuinka paljon laatu vaihtelee eri työntekijöiden välillä. Vaikuttaako laadun toteutumiseen työntekijän ikä, sukupuoli tai lisäkoulutuksen määrä? Aineiston pohjalta on myös mahdollista vielä enemmän vertailla laatua ja sen osatekijöitä pienten ja suurten terveysasemien välillä.

LÄHTEET

- Alaranta, H., Paavolainen, P., Leirisalo-Repo, M. 1994. Miten tule- oireisten kuntoutumista voidaan edistää? *Duodecim* 110, 1431-1438.
- Ailasmaa, R. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollonhenkilöstö kuntasektorilla 1996. Tilastotiedote. Stakes. Helsinki.
- Engeström, Y. 1990. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus: LEVIKE-projektin tutkimushankkeen II väliraportti. Espoo. Espoon kaupungin terveystyövirasto.
- Engeström, Y., Saarelma, O., Launis, K., Simoila R., Punamäki R-L. 1991. Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen. Toimiva terveyskeskus- projekti osaraportti. Osa 2. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 7/1991. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Ewles, L., Simnett, I. 1999. Promoting health. A practical guide. Balliere Tindall. London.
- Frilander, P., Uitti, J. Asiakastutkimus työterveyshuollon laadun kehittämisessä. 1996. *Suomen Lääkärilehti* 17, 1931-1933. Vsk 51.
- Fysioterapeutti ammattilaisena. 2000. Suomen Fysioterapeuttiliitto.
- Heliövaara, M., Mäkelä, M., Sievers, K., Melkas, T., Aromaa, A., Knekt, p., Impivaara, O., Aho, K., Isomäki, H. 1993. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:53. Helsinki.
- Holma, T. 1994. Mikä on laatua kuntoutuksessa?. *Kuntoutus* 4/1994., 13-19.
- Holma, T. 1995. Fysioterapian palvelujärjestelmä muutosten edessä. Teoksessa *Fysioterapiapalveluiden tuotteistaminen, kustannuslaskenta ja hinnoittelu*. Toim. Holma, T. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon painatuskeskus. Helsinki.
- Holma, T. 1996a. Kuntoutuspalvelut erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa 1995. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palvelut sekä muut kuntoutuspalvelut valtakunnallisten toiminta- ja tuotantotilastojen valossa. Muistio 29.12.96. Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimiala.
- Holma, T. 1996b. Työyksikön itsearviointi on väline laadunhallintaan. *Fysioterapia*. Vol.43. 7/97.
- Holma, T. 1998. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tuottajatilastot 1996. 20.2.1998.
- Hurri, H. 1994. Laatujohtaminen kuntoutuksessa. *Kuntoutus* 4/1994. 25-29.

Ingrosso, M. 1993. Becoming Sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotin. Official journal of the Athens medical society 10 A, 11-27.

Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Yliopistopaino. Helsinki
Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:32. Kansaneläkelaitos. Helsinki.

Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 2, 68-75.

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 1996. Helsinki.

Karjalainen, T., Terkoma, L. 1993. Kuntoutuslakiuudistuksen toteutuminen. Tutkimus 1.10.91 voimaan tulleen lainsäädännön vaikutuksista. Stakes. Raportteja 127. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Kauhanen J., Salonen, J.T., Nissinen, A. 1998. Kansanterveystiede. WSOY. Juva.

Kekki, P., Heino, T. 1988. Fysikaalisen hoidon käyttö ja vaikuttavuus terveyskeskuksissa. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen laitos. Julkaisusarja: no 6. Helsinki.

Kekomäki, M. 1991. Terveysthuollon mittaamisen periaatteita. Suomen lääkärilehti 29, 2742-2744. Vsk. 46.

Kettunen, T., Liimatainen, L., Poskiparta, M. 1996. Terveystkasvatus arjen neuvontatyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Klaukka, T., Sievers, K., Saloheimo, E. (1987). Fysioterapian tarve, tarjonta ja käyttö. Sosiaalivakuutus 25:5., 166-171.

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1997-2000. Helsinki.

Kuntoutuspalveluluokitus. Opas luokituksen käyttöön. 1997. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 1997:1. Stakes & Suomen kuntaliitto.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. 1995. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Laatujärjestelmät. SFS-ISO 9000. Standardisarja. 1994. Suomen standardoimisliitto SFS ry. Kyriiri Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. No 785. Helsinki. 1992.

Laitakari, J. Miilunpalo, S., Pasanen, M., Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyden edistäminen. Sarja Tutkimukset 6/1989. Helsinki.

Leino, P., Berg, M- A., Puska, P. 1994. Ovatko suomalaisten selkä- ja nivelvaivat sittenkään lisääntymässä? Suomen lääkärilehti 4, 283-289. Vsk 49.

Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjogren, A. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 1999: 36 99-110.

Linnakko, E. 1995. Terveydenhuollon tulevaisuus. Teoksessa Fysioterapiapalveluiden tuotteistaminen, kustannuslaskenta ja hinnoittelu. Toim. Holma, T. Suomen Kuntaliitto. Kuntatalon painatuskeskus. Helsinki.

Lääkinnällinen Kuntoutus. 1994. Toim. Haataja, M. Suomen kuntaliitto. Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen yhdistys. Helsinki.

Lääkintöhallitus. 1983. lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen. yleiskirje No 1823. Helsinki.

Macdonald, T.H. 1998. Rethinkin health promotion. A global approach. Routledge. London and New York.

Mackintosh, N. 1999. Promoting health: An issue for nursing. Quay Books.

Macrina, D.M. 1999. Historical and conceptual perspectives on Health Promotion. Teoksessa Handbook of Health Promotion and Disease prevention. Toim. Raczynski and DiClemente. Kluwer Academic/Plenum publishers. New York. 1999.

Maijala, U. 1994. Tuki- ja liikuntaelin sairauksien aiheuttaman työkyvyttömyyden alueelliset erot ja kunnan ammattirakenne Suomessa vuosina 1980-91. Työ ja ihminen 8 (1994):1, 5-16.

Melkas, T., Sievers, K., Heliövaara, M. 1989. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki ja Turku.

Mitä on Laatu? Perusasiaa laadusta ja laadun kehittämisestä fysioterapiassa; näkökulmia, määrittelyjä ja jäsentämistapoja. Toim. Holma, T. & Outinen, M. 1994.

Naidoo, J., Wills, J. 1998. Health promotion. Foundations of practice. Bailliere Tindall. London.

Nenonen, M., Nikiforov, O., Niskanen, T., Nouko-Juvonen, S. 1998. Sosiaali- ja terveydenhuollon kuntoutuspalvelut Stakesin tilastoissa 1996. Teoksessa Kuntoutuspalveluiden seuranta ja arviointi Stakesissa. Aiheita 30/1998. Stakesin monistamo, Helsinki 1998.

- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY Kirjapainoyksikkö, Porvoo.
- Oras, P-L., Oikarinen, ., 1996. Karkkilan malliin - näinkö vai toisin. Alueellinen palvelumalli asiakkaiden ja henkilöstön arvioimana. Uudenmaan läänin palveluprojekti. Lääninhallituksen julkaisusarja 1996:5.
- Outinen, M., Holma, T., Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas. Laatumyösmentely sosiaali- ja terveysalalla. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.
- Ovreveit, J. 1992. Health service quality: an introduction to quality methods for health services. Oxford. Blackwell.
- Peiponen, A., Brommels, M., Kupiainen, O. 1996. Vakioitu potilastyytyväisyyden mittari. Suomen lääkirlehti 18-19, 2042-2048. vsk.51.
- Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Stakes. Tutkimuksia 103.
- Pienet- kohti laatu järjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. 1997. Toim. Holma, T., Outinen, M. Suomen kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Studies in sport, physical education and health 46. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Rekola, K. 1993. Health services utilization for musculoskeletal disorders in Finnish primary health care. Acta Universitas Ouluens. Series D. Medica 259. Oulu.
- Saarelma, O., Launis, K., Simoila, R. 1994. Terveyskeskukset puhuvat. Kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämistä. Toimiva terveyskeskus- projektin osaraportti 6. Stakes. Raportteja 156. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Salmela, T. 1996. Tyytyväisyys-käsitteen ongelmallisuus julkisen sektorin asiakastyytyväisyyskyselyssä. Hallinnon tutkimus 1/1996. 33-38.
- Salonkari, K. 1990. Fysioterapiatyön kuvaus julkisella ja yksityisellä sektorilla. Lääkintävoimistelijan ja erikoislääkintävoimistelijan päätöksentekoon ja arviointiin sekä potilaan hoidon suorittamiseen liittyvät tehtävät työssä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteenlaitos. Kevät 1990.
- Sievers, K., Klaukka, t. Mäkelä, M. 1990. Tules -vuori matalaksi. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kansanterveydellinen merkitys Suomessa sekä suosituksia ongelman ratkaisemiseksi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja ML: 96. Helsinki.
- Sihto, M. 1997. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto. Tutkimus Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes tutkimuksia 74. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Silvennoinen, S. 1994. Kelan laatupolitiikka kuntoutuksen järjestämisessä. *Kuntoutus* 4/1994., 20-24.

Sinkkonen, S. Sohlberg, T., Kinnunen, J., Laitinen, A., Rissanen, P. 1992. Palvelujen laatu ja käyttäjädemokratia vapaakunnan terveydenhuollossa asiakkaiden arvioimana. *Itsehallinnon julkaisuja* 3/1992. Sisäasiainministeriö 1992. Painatuskeskus. Helsinki 1994.

Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 1996. Lakimiesliiton kustannus. Helsinki.

Suikkanen, A., Härkäpää, K., Kallanranta, T., Piirainen, K., Repo, M., Wikström, J. 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.

Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oy Edita Ab. Helsinki 1997.

Suuntaviivat kehittämiselle fysioterapiassa 1994. Toim. Holma, T. Fysioterapeuttiliitto. Helsinki.

Terveyskeskusprojektin tutkimussuunnitelma 1997. Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä. Palokka.

Toimintalinjat vuosille 1998-2000. Suomen fysioterapeuttiliitto. Liittokokous 1997. Helsinki.

Tones, K. 1996. The anatomy and ideology of health promotion: empowerment in contex. Teoksessa. *Health Promotion. Professional perspectives*. Toim. Scriven, A. Orme, J. Antony Rowe Ltd, Chippenham, Wiltshire.

Työssäkäyntitilasto 1995-1996. Väestö 1997:15.

Työterveyshuollon asiakastyytyväisyys- ja palvelututkimus. Hoitaja hoitaa, mutta hoidetaanko hoitajaa. Hämeen lääninhallituksen julkaisusarja 1994:28. Sosiaali- ja terveysosasto. Hämeen lääninhallitus.

Viitanen, E. 1994. Fysioterapia kansanterveystyössä. Tutkimus fysioterapiapalveluiden suunnittelusta kansanterveystyössä. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. *Kansanterveystieteen julkaisuja* M 112/94. Tampere.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. *Acta Universitatis Tamperensis* 577. Tampereen yliopisto, terveystieteenlaitos. Vammalan kirjapaino Oy.

Vilkkumaa, I. 1994. Laadusta on keskusteltu jo kauan. *Kuntoutus* 4/1994, 8-12.

Väestörakenne 1997. Väestö 1998:5.

Winell, K. 1997. Kuntoutuksen kehittäminen-näköaloja tulevaisuuteen. Fysioterapia terveyskeskuksessa. Helsinki 13.11.1997. Koulutus.

Vuorela, T. 1988. Asiakaspalaute palvelujen laadun arvioinnissa. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Vuorela, T. 1989. Miten asiakkaat arvioivat palveluja. Arviointitiedon hankinnan kysymyksiä. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Vuori, H. 1995. Terveystenhuollon laadunvarmistus. SHKS. Helsinki.

Vuori, H. 1988. Perusterveydenhuolto maailman järjestön näkökulmasta. Teoksessa Perusterveydenhuolto. Toim. Tamminen, T. WSOY. Porvoo.

LIITE 1

KYSELY ASIAKKAALLE

OLE HYVÄ JA TÄYTÄ SEURAAVAT KOHDAT ANNETTUJEN OHJEIDEN MUKAISESTI.

1. ARVIOI KOHDALTASI PALVELUN SAAVUTTAMISEEN LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ

Ole hyvä ja ympyröi seuraavissa kysymyksissä sopiva vaihtoehto.

a) Aloitteen fysioterapiaan teki

- 1 lääkäri
- 2 minä itse
- 3 joku muu, kuka? _____

b) Lähetteen saaminen fysioterapiaan oli minulle

- 1 erittäin helppoa
- 2 helppoa
- 3 vaikeaa
- 4 erittäin vaikeaa
- 5 en osaa sanoa

c) Minulle sopivan hoitoajan saaminen fysioterapiaan oli

- 1 erittäin helppoa
- 2 helppoa
- 3 vaikeaa
- 4 erittäin vaikeaa
- 5 en osaa sanoa

d) Jonotusaikani fysioterapiaan oli mielestäni

- 1 liian pitkä
- 2 sopiva
- 3 en osaa sanoa

2. FYSIOTERAPIAKÄYNTJÄ OLI MIELESTÄNI

- 1 liian paljon
- 2 riittävästi
- 3 liian vähän
- 4 en osaa sanoa

3. ARVIOI SAAMAASI FYSIOTERAPIAJAKSOA SEURAAVILLA OSA-ALUEILLA.

	hyvin	osittain	ei lainkaan
Fysioterapeutti osasi laatia yhdessä kanssani tavoitteet mihin hoidolla pyrittiin	1	2	3
Fysioterapeutti paneutui asioihini perusteellisesti	1	2	3
Fysioterapeutti osasi perustella hoitotoimenpiteet, joiden avulla pyrittiin tavoitteisiin	1	2	3
Fysioterapeutti ymmärsi ja kuunteli mitä minulla oli sanottavaa	1	2	3
Fysioterapeutti kertoi minulle ymmärrettävästi mitä tehdään ja miksi	1	2	3

4. MINKÄLAISTA SAAMASI OHJAUS OLI

Voit valita useita vaihtoehtoja.

- 1 asiallista
- 2 väkinäistä
- 3 tuputtavaa
- 4 innostavaa
- 5 jotain muuta _____

5. FYSIOTERAPEUTTI TUNNISTI MIELESTÄNI NE OLEELLISET ASIAT JOITA ODOTIN HOIDOLTA?

- 1 erittäin hyvin
- 2 hyvin
- 3 kohtalaisesti
- 4 erittäin huonosti
- 5 huonosti

6. TULISITKO UUDESTAAN HOITOON TÄHÄN FYSIOTERAPIAYKSIKKÖÖN?

- 1 kyllä
 - 2 en, miksi? _____
-
-

7. SAITKO KÄYTTÖKELPOISIA JA INNOSTAVIA IDEOITA JA NEUVOJA ITSESI KUNTOUTTAMISEKSI?

- 1 erittäin paljon
- 2 riittävästi
- 3 jonkin verran
- 4 en lainkaan

8. AIOTKO TOTEUTTAA SAAMIASI IDEOITA MYÖHEMMIN?

- 1 täysin
- 2 osittain
- 3 en ollenkaan

9. OLIKO FYSIOTERAPIASSA KÄYNTISI TÄLLÄ HETKELLÄ?

- 1 erittäin tärkeäksi
- 2 tärkeäksi
- 3 ei kovin tärkeäksi

Miksi se oli tärkeää?

10. KUN AJATTELET ONGELMAA JONKA VUOKSI TULIT FYSIOTERAPIAAN, MIKÄ OLI SAAMASI HOIDON VAIKUTUS SIIHEN?

- 1 erinomainen
- 2 hyvä
- 3 kohtalainen
- 4 huono
- 5 erittäin huono
- 6 en osaa sanoa

11. LISÄKSI HALUAN SANOA FYSIOTERAPIAHENKILÖKUNNALLE?

12. TAUSTATIEDOT

Ympyröi sopiva vaihtoehto.

SUKUPUOLI

1 mies

2 nainen

Rastita sopiva vaihtoehto.

IKÄNI 0-6 7-16 17-24 25-54 55-64
 65-84 85-

AMMATTIRYHMÄNI

- opiskelija
- alempi toimihenkilö
- ylempi toimihenkilö
- työntekijä
- maanviljelijä
- yrittäjä
- työtön
- johtavassa asemassa oleva
- eläkeläinen
- muu, mikä _____

KIITOS VASTAUKSISTASI!!!!

LIITE 2

KYSELY FYSIOTERAPIAHENKILÖKUNNALLE

Ole hyvä ja täytä lomake annettujen ohjeiden mukaisesti. Käytä kohdassa no 5 jaettua tulosityluokitusta (Liite 1) ja kohdissa 11, 12, 13 liitteessä 2 olevia fysioterapian yleistavoitetta ja palvelutavoitetta.

TIETOJA ASIAKKAASTA

Täytä asiakkaan taustatiedot.

1. SUKUPUOLI

1 mies

2 nainen

- 2. IKÄ** 0-6 7-16 17-24 25-54 55-64
 65-84 85-

3. AMMATTIRYHMÄ

- opiskelija
 alempi toimihenkilö
 ? ylempi toimihenkilö
 työntekijä
 maanviljelijä
 yrittäjä
 työtön
 johtavassa asemassa oleva
 eläkeläinen
 muu, mikä _____

4. KOTIKUNTA

Merkitse kotikuntakoodi kuntayhtymässä käytetyn luokituksen mukaan

Kotikunta (koodi) _____

5. TULOSY Y FYSIOTERAPIAAN

Merkitse tulosy erillisen tulosyyluokituksen mukaan (Liite 1). Kirjaa se syy, jonka vuoksi asiakas tuli tällä kertaa fysioterapiaan.

Tulosyyluokitus (koodi) _____

Ympyröi seuraavissa kysymyksissä sopiva vaihtoehto.

6. MITEN ASIAKAS TULI FYSIOTERAPIAAN?

Ympyröi yksi tai useampi vaihtoehto.

- 1 Kuntayhtymän lääkärin lähettämänä
- 2 omasta aloitteestaan
- 3 terveydenhoitajan aloitteesta
- 4 jatkohoitona keskussairaalaasta, kenen lähettämänä? _____
- 5 muu lähettävä taho, mikä? _____

7. ASIAKKAAN KÄYNTI OLI/ KÄYNNIT OLIVAT

Ympyröi kaikki asiakasta koskevat kohdat.

- 1 apuvälinekäynti
- 2 avofysioterapia/ terveyskeskuksessa
- 3 avofysioterapia/ kotikäynti
- 4 lääkinnällinen kuntoutus
- 5 sairaala
- 6 ryhmäkäynti

8. MIKÄ OLI FYSIOTERAPIAN ENSISIJAINEN TARKOITUS

- 1 terveydenhoito (Esim. kuntoneuvola, terveyskasvatus)
- 2 sairaudenhoito
- 3 muu, mikä _____

TIETOJA FYSIOTERAPIAN TOTEUTUMISESTA

9. FYSIOTERAPIAJAKSON PITUUS

Asiakkaan fysioterapiakertojen lukumäärä oli _____

10. ASIAKKAAN JONOTUSAIKA.

Laske aika siitä päivästä kun tieto asiakkaasta tuli fysioterapiaan. _____ päivää

11. MIHIN ASIAKASRYHMÄÄN ASIAKAS KUULUI? Kts. erillinen ryhmittely liitteessä 2.

Asiakasryhmän numero _____

12. ARVIOI FYSIOTERAPIAN TOTEUTUMISTA ASIAKASRYHMÄN (Vrt. Kysymys No.11) YLEISTAVOITTEEN POHJALTA.

Huomioi vain ne seikat, jotka ovat kyseisen asiakasryhmän tavoitteessa määritelty. Ympyröi sopiva vaihtoehto kultakin riviltä.

	Tavoite toteutui täysin					Tavoite ei toteutunut
a) Fysioterapian tavoitteiden suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa	5	4	3	2	1	
b) Tavoitteiden kirjaus fysioterapialehdelle	5	4	3	2	1	
c) Muutokset toimintakyvyssä	5	4	3	2	1	
d) Itsehoidon tukeminen	5	4	3	2	1	
e) Laajan kuntoutustarpeen havaitseminen	5	4	3	2	1	
f) Asiakkaan tiedostuksen lisääminen terveellisistä liikuntatottumuksista	5	4	3	2	1	
g) Asiakkaan selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa mahdollisimman itsenäisesti	5	4	3	2	1	

13. ARVIOI ONKO YLEISTAVOITTEEN TOTEUTUMINEN OLLUT MAHDOLLISTA ASIAKASTYHMÄN TAVOITTEEN POHJALTA.

1 Kyllä

2 Ei, miksi? _____

14. ARVIOI FYSIOTERAPIAN PALVELUTAVOITTEEN (Vrt. Kysymys No. 11) TOTEUTUMISTA ASIAKASRYHMÄN TAVOITTEEN POHJALTA.

Huomioi ne seikat, jotka ovat määritelty kyseisen asiakasryhmän tavoitteessa. Ympyröi sopiva vaihtoehto kultakin riviltä.

	Tavoite täysin toteutunut					Tavoite ei toteutunut
a) Kuntoutukseen osallistuneet tahot toimineet samojen periaatteiden mukaisesti	5	4	3	2	1	
b) Ensimmäinen fysioterapiakontakti tavoitteiden mukaisesti	5	4	3	2	1	
c) Apuvälineen hankinta tavoitteiden mukaisesti		5	4	3	2	1

15. ARVIOI ONKO PALVELUTAVOITTEEN TOTEUTUMINEN OLLUT MAHDOLLISTA ASIAKKAAN KOHDALLA.

1 Kyllä

2 Ei. Miksi? _____

16. KENEN KANSSA TEIT YHTEISTYÖTÄ ASIAKKAAN ONGELMAN RATKAISEMISEKSI?

Ympyröi sopivat vaihtoehdot.

1 fysioterapeutti

2 lääkäri

3 puheterapeutti

4 terveydenhoitaja

5 toimintaterapeutti

6 joku muu, kuka? _____

17. SIIRTYIKÖ ASIAKAS JATKOHOITOON?

1 kyllä, mihin? _____

2 ei

**18. ARVIOI FYSIOTERAPIASSA SAADUN HOIDON JA NEUVONNAN
VAIKUTUSTA ASIAKKAAN KANNALTA.**

1 erinomainen

2 hyvä

3 kohtalainen

4 huono

5 erittäin huono

6 en osaa sanoa

Perustele valintasi. Esimerkiksi onko asiakkaalla jokin perussairaus, joka vaikuttaa fysioterapian tulokseen.

**19. SAIKO ASIAKAS MIELESTÄSI KÄYTTÖKELPOISIA JA INNOSTAVIA
IDEOITA ITSENSÄ HOITAMISEEN?**

1 erittäin paljon

2 riittävästi

3 jonkin verran

4 ei lainkaan

**20. OLIKO FYSIOTERAPIAKÄYNTIEN MÄÄRÄ MIELESTÄSI
ASIAKKAALLE RIITTÄVÄ?**

1 kyllä

2 ei ollut

3 en osaa sanoa

TIETOJA PALVELUNANTAJASTA

Ympyröi seuraavista seikoista itseäsi koskevat vaihtoehdot.

21. AMMATTI

- 1 fysioterapeutti
- 2 kuntohoitaja

22. TOIMIPAIKKA

- | | | |
|------------|--------------|--------------|
| 1 Palokka | 2 Petäjävesi | 3 Tikkakoski |
| 4 Toivakka | 5 Uurainen | 6 Vaajakoski |

23. TOIMINTA-ALUE

- 1 apuvälinekeskus
- 2 avofysioterapia
- 3 sairaala
- 4 työterveyshuolto
- 5 muu _____

KIITOS !

LIITE 3

FYSIOTERAPIAYKSIKÖN LAATUTAVOITTEET

Fysioterapian asiakkaat ovat jaettu alla olevan taulukon mukaisesti kahdeksaan asiakasryhmään heidän toiminnallisten ongelmiansa perusteella. Näille ryhmille on muodostettu laatutavoitteet, jotka mittaavat fysioterapian sisällön laatua ja yksikön palvelukykyä.

ASIAKASRYHMÄT	FYSIOTERAPIAN YLEISTAVOITE	FYSIOTERAPIAN PALVELUTAVOITE
1. Traumojen ja leikkausten aiheuttamat liikkumisen ja toimintakyvyn tilapäiset rajoitukset	Toimintakyvyn palautuminen asiakkaan edellytysten mukaisesti. Itsehoidon tukeminen.	Kaikille hakeutuville mahdollisuus päästä fysioterapiaan. Fysioterapiassa painotus ohjannassa ja neuvonnassa. Ensimmäinen käynti <7 vrk. Fysioterapiakertoja 1-5.
2. Vammaiset ja pitkäaikaissairaat esim. neurologiset ja verenkiertoelinten sairaudet, reuma, jne.	Toimintakyvyn säilyminen ja parantuminen kotona ja työssä selviytymisen tukemiseksi. Laajan kuntoutustarpeen havaitseminen ja itsehoidon tukeminen.	Fysioterapiaan hakeutuville tehdään arvio fysioterapian ja kuntoutuksen tarpeesta. Ensimmäinen yhteydenotto <14- 21vrk kuntoutustyöryhmän päätöksestä.
3. Laitoskuntoutusjakso sairaalassa	Toimintakyvyn parantuminen tai säilyminen kotona selviytymisen tukemiseksi monipuolisella fysioterapialla. Laajan kuntoutustarpeen havaitseminen. Itsehoidon tukeminen.	Ensimmäinen fysioterapiakerta saapumispäivänä. Fysioterapian jatkuminen päivittäin koko jakson ajan.
4. Sairaalapotilaat	Toimintakyvyn palautuminen potilaan edellytysten mukaisesti tai ikääntymisen aiheuttaman toimintakyvyn alenemisen hidastaminen.	Fysioterapian aloittaminen viimeistään saapumista seuraavana arkipäivänä.
5. Työ- ja toimintakyky alentunut akuutin tulehduksen vuoksi. Esim. kuntoneuvola, avofysioterapia	Itsehoitokeinojen omaksuminen. Toimintakyvyn parantuminen tai palautuminen. Terveellisten liikuntatottumusten tiedostaminen.	Fysioterapiaan hakeutuneille tehdään arvio fysioterapian, kuntoutuksen tai jatkokuntoutuksen tai jatkotutkimusten tarpeesta. Yhdessä asiakkaan kanssa

		sovitaan fysioterapian tavoite. Ft-kertoja 1-5. Ensimmäinen käynti <21 vrk.
6. Työ- ja toimintakyky vaarassa alentua. Esim. työterveyshuollon asiakkaat	Työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Itsehoitokeinojen omaksuminen. Terveellisten liikuntatottumusten tiedostaminen. Työergonomian tiedostaminen.	Yhteistyön toteutuminen muiden ammattiryhmien kanssa sekä toimintasuunnitelmien toteutuminen. Yksilökäynnit <21 vrk.
7. Apuvälineasiakkaat	Asiakkaan selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa mahdollisimman itsenäisesti. Hoitotyön tukeminen apuvälineratkaisuilla.	Apuvälinetarpeen arvio osana asiakkaan kokonaiskuntoutusta. Apuvälineen hankintaprosessi käynnistyy heti yhteydenoton jälkeen.
8. Ryhmät	Työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja/tai parantaminen. terveellisten liikuntatottumusten ja itsehoidon tukeminen.	Ryhmien suunnittelu asiakastarvetta vastaavaksi.
Kaikki asiakasryhmät	Fysioterapian tavoitteet suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa ja ne kirjataan fysioterapialehdelle	Kuntoutukseen osallistuvat tahot toimivat samojen periaatteiden mukaisesti.

		MAARA			
		S	A	LK	
		YHTEENSÄ			0
1	Aivohaivaus	1.1. Vasen hemiplegia	0	0	0
		1.2. Oikea hemiplegia			
		1.3. Muu /ei luokiteltu			
2	Muu aivotoiminnan häiriö	2.1. Tuumorin aih.			0
		2.2. Trauman aih.			
		2.3. Muu			
3	Muu neurologinen sairaus	3.1. MS			0
		3.2. Parkinsonismus			
		3.3. ALS			
		3.4. Lihasdystrofia			
		3.5. Muu			
4	Selkäydinvamma	4.1. Paraplegia			0
		4.2. Tetraplegia			
		4.3. Muu			
5	Raaja-amputaatio	5.1. Yläraaja			0
		5.2. Alaraaja			
		5.3. Muu			
6	Artritis	6.1. Reuma			0
		6.2. Nivelrikko			
		6.3. Fibromyalgia			
		6.4. Muu			
7	Kipuoireyhtymä	7.1. Niska			0
		7.2. Selkä			
		7.3. Raaja			
		7.4. Pää			
		7.5. Muu			
8	TULE ja ortopedia	8.1. Lonkan oper.			0
		8.2. Polven oper.			
		8.3. Tukirangan op.			
		8.4. Olkapää kaikki			
		8.5. Muu kirurginen			
		8.6. Ryhtiongelma			
		8.7. Niska			
		8.8. Selkä			
		8.9. Muu/monta ong.			
9	Verenkiertohäiriö	9.1. Aivover./huimaus			0
		9.2. Sydäninfarkti			
		9.3. Sydänoper.			
		9.4. Muu			
10	Hengityselinsairaus	10.1. Astma			0
		10.2. Muu			
11	Palovamma				0
12	Lasten kehityshäiriö	12.1. CP			0
		12.2. MBD			
		12.3. Kehitysvamma			
		12.4. Lievä kehit.ong.			
		12.4. Muu			
13	Aistinelinsairaus	13.1. Kuulovamma			0
		13.2. Näkövamma			
		13.3. Muu			
14	Tartuntatauti				0
15	Kasvain				0
16	Umpieritys- ja aineen- vaihduintasairaus	16.1. Diabetes			0
		16.2. Obesitas			
		16.3. Muu			
17	Mielenterveyshäiriö	17.1. Neuroosi			0
		17.2. Psykoottiset häir.			
		17.3. Psykosomaattinen			
		17.4. Dementia			
		17.4. Muu			
18	Ruuan sulatuselimen sairaus				0
19	Virtsan- ja sukupuolisairaus	19.1. Inkontinenssi			0
		19.2. Muut			
20	Raskaus, synnytys				0
21	Heikko yleiskunto ja/tai toimintakyky alentunut				0
22	Monivamma/moniongelmaisuus				0
23	Muu aihe kuntoutukseen				0