

**FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTON TOTEUTUMINEN KESKI-  
SUOMEN SAIRAANHOITOPAIIRISSÄ**

Lari Lautamäki

Fysioterapian pro gradu tutkielma

Liikuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2019

## TIIVISTELMÄ

Lautamäki, L. 2019 Fysioterapeutin suoravastaanotto. Liikuntatieteellinen tiedekunta/terveystieteet, Jyväskylän yliopisto, fysioterapian pro-gradu tutkielma, 51s.

---

Tämän pro gradu- tutkielman tavoitteena oli selvittää potilasjärjestelmistä saadun informaation perusteella suoravastaanotto toiminnan vaikutuksia TULE-potilaiden potilasvirtoihin Keski-Suomessa ja selvittää voidaanko toiminnalla tehostaa TULE- potilaiden hoitoa.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella koulutettiin 28 julkisen terveydenhuollon fysioterapeuttia suoravastaanotto työhön vuosina 2012–13. Suoravastaanotto käynnistettiin koulutusprojektin jälkeen portaittain vuoden 2013 alusta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin tietojärjestelmistä fysioterapeutin suoravastaanoton ja lääkärin TULE-potilaiden käyntitietoja vuonna 2014.

Fysioterapeutin suoravastaanotto käsitti yhteensä 2 398 TULE-potilaskäyntiä vuoden aikana, joka oli 5 % perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käyvien TULE-potilaiden määrästä. Lääkärin avosairanhoidon vastaanotoille tehtiin 302 873 käyntiä, joista TULE-potilaskäynneiksi oli kirjattu 50 822 (17 %). Fysioterapeutin suoravastaanoton osuus alueen TULE-potilaskäynneistä oli 5 %. Suoravastaanoton potilaista 4% (n=110) ohjattiin jatkohoitoon lääkärille. Suurin osa suoravastaanoton potilaista hakeutui hoitoon selkävaivan (50 %) takia. Niskavaivojen sekä ylä - ja alaraajavaivojen osuudet olivat kussakin ryhmässä 14–15 %

Tutkimuksen mukaan suoravastaanotolle on mahdollista päästä kaikissa TULE-sairauksissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jokaisessa viidessä perusterveydenhuollon kuntayhtymässä. Suoravastaanotto on volyymiltaan pientä ja TULE - potilaat kuormittavat edelleen lääkärin vastaanottoja. Toimintaa laajentamalla voidaan tehostaa TULE-potilaiden hoitoa ja vähentää lääkärin kuormitusta sekä mahdollisesti vähentää kustannuksia, sillä vain pienellä osalla suoravastaanotolle ohjautuneista potilaista todettiin tarve jatkohoitoon lääkärille.

Asiasanat: Fysioterapeutin suoravastaanotto, perusterveydenhuolto, Tuki- ja liikuntaelinvaivat.

## **ABSTRACT**

Lautamäki, L. 2019. Direct access to physiotherapy. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Physiotherapy Bachelor's thesis, 51p.

---

The aim of the study was to evaluate if the direct access service has the potential to enhance musculoskeletal patients' treatment. Between the years 2012–2013, 28 physiotherapists working in the public sector in Central Finland were trained to work in the direct access services. After the training, the direct access service model was launched during the year 2013. This study examines the data on patient visits to direct access and physician practices collected from the patient information system in 2014.

During the research period the number of direct access patient visits was 2398. At the same time, 50,822 visits of patients with musculoskeletal diseases to physicians' practices were recorded, which is 17% of all visits (302,873). Thus, direct access visits accounted for 5% of musculoskeletal patient visits. Four percent of these were further referred to a physician. Most of the patients received treatment for lumbar pain (50%). The percentage of neck pain, and upper/lower limb pain was 14-15%.

In Central Finland patients with musculoskeletal diseases have a possibility to access physical therapy without seeing a physician first. Direct access is still a small-scale service, because of a lack of resources. Expanding the service could speed up the treatment of musculoskeletal patients, decrease physician workloads and potentially lower healthcare costs, because only small proportions of direct access patients were found to be in need of physicians' services.

**Keywords:** Direct access, Public healthcare, Musculoskeletal disorders.

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET .....	3
2.1 Esiintyvyys ja kustannukset.....	3
2.2 Terveyspalveluiden kuormittavuus.....	5
2.3. Hoito .....	6
3. FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO.....	9
3.1 Ammatillinen pätevyys.....	10
3.2 Potilasturvallisuus.....	12
3.3 Potilastyytyväisyys .....	13
3.4 Terveyspalveluiden käyttö.....	14
4. TERVEYDENHUOLLON TALOUDELLINEN ARVIOINTI.....	17
5. SUORAVASTAANOTON KUSTANNUS- SEKÄ VAIKUTTAVUUSTUTKIMUKSET .....	18
6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	34
6.1 Tutkimuksen tarkoitus .....	34
6.2 Tutkimuskysymykset.....	34
7. TUTKIMUSARTIKKELI .....	35

# 1. JOHDANTO

Fysioterapeutin suoravastaanotto tarkoittaa hoitomallia, jossa potilas ohjataan suoraan fysioterapeutille ilman lääkärissä käyntiä. Fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa on ollut Suomessa terveyskeskuksissa jo 2000-luvun puolivälistä lähtien keskittyen lähinnä selkäpotilaiden hoitoon (Suominen 2015).

Viime vuosina suoravastaanottotoiminta on lisääntynyt Suomen terveyskeskuksissa (Aalto ym. 2018). Lisääntynyt tuki- ja liikuntaelin (TULE) sairauksien määrä (Ikonen ym. 2013) sekä rajalliset terveydenhuollon resurssit ovat lisänneet lääkäreiden työkuormitusta sekä hidastaneet TULE- potilaiden hoitoprosessia terveyskeskuksissa (Mäntyselkä 1998; THL 2018).

Samalla on todettu, että TULE- potilaiden kuntoutus tulee käynnistää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja nimenomaan suoravastaanotto on osoittautunut terveyspalveluita tehostavaksi toimintamalliksi, kun on arvioitu potilaskäyntien määrää, terveyspalveluiden käyttöä sekä hoitoviiveitä (Holdsworth ym. 2004; Childs ym. 2015; Sutton ym. 2015; Ludvigsson ym.2012; Napier ym. 2013). Myös lisääntynyt tutkimusnäyttö konservatiivisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta on tukenut palvelun käyttöönottoa (Häkkinen ym. 2014).

Tämän pro gradun -tutkielman tarkoituksena on selvittää suoravastaanottotoiminnan vaikutuksia potilasvirtoihin Keski-Suomen alueella sekä selvittää voidaanko toiminnalla tehostaa TULE- potilaiden hoitoa. Tässä tutkimuksessa *suoravastaanotto*- termillä tarkoitetaan fysioterapiaa, joka on käynnistynyt ilman lääkärissä käyntiä ja joka on keskittynyt TULE- potilaiden hoitoon. *Rutiinihoidolla* sen sijaan tarkoitetaan perinteistä TULE- potilaan hoitomallia, jossa lääkäri on ensin tutkinut potilaan ja oman harkinnan mukaan ohjannut jatkohoitoon fysioterapeutin vastaanotolle.

## **2. TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET**

### **2.1 Esiintyvyys ja kustannukset**

Tuki- ja liikuntaelin (TULE) sairaudet ovat yksi suurimmista ja kalleimmista tautiryhmistä perusterveydenhuollossa (Vuori ym. 2010). Ne ovat myös eniten työstä poissaoloja aiheuttava sairausryhmä Suomessa ja niistä aiheutuu jopa 2,5 miljardin euron vuotuinen kustannus (Vuori ym. 2010). Kustannukset koostuvat mm. hoitokustannuksista, sairauspoissaoloista, työntekijöiden uudelleen kouluttamisesta, tuottavuuden laskusta sekä erinäisistä hallinnollista ja oikeudenkäyntikuluista (Hoy ym. 2012). Tulevaisuudessa Suomen terveydenhuollon kustannusten arvioidaan kasvavan lähes 30% vuoteen 2030 ja lähes 60% vuoteen 2014 mennessä vuoden 2014 kustannuksiin verrattuna (Dieleman ym. 2017).

Maailmanlaajuisesti TULE-sairaudet ovat toiseksi yleisin invaliditeettia aiheuttava sairausryhmä. TULE- sairauksien prevalenssi on lisääntynyt 1990- luvun ja 2010 luvun välisenä aikana 45% (Vos ym. 2010; Sebbag ym. 2019). Erityisesti selkäkipu vaikuttaisi olevan suuri ongelma, prevalenssin ollessa suurin 40- 80 vuotiailla naisilla (Hoy ym. 2012). Yli 180 maata kattava TULE- sairauksien selvitys osoitti TULE- sairauksista johtuvan työkyvyttömyyden ja vajaakuntoisuuden lisääntyneen noin kolmanneksen vuosina 2000–2015. Em. sairaudet lyhentävät myös elinikää, mutta vaikutus ei ole yhtä merkittävä kuin toimintakykyyn (Sebbag ym. 2019). TULE- sairauksien lisääntymistä on selitetty mm. työn ja yhteiskunnan muuttumisella, työelämän lisääntyneillä tehokkuusvaatimuksilla, yksipuolisella ja staattisella työllä sekä vähentyneellä liikunnalla ja tuki- ja liikuntaelimestön käytöllä (Pohjolainen, 12, 2005).

TULE- sairaudet vaikuttavat tavallisesti selkään, niskaan, hartioihin ja yläraajoihin, mutta ne voivat vaikuttaa myös alaraajoihin. Kiputunteukset vaihtelevat pienistä säryistä vakavampiin sairauksiin, jotka vaativat lepoa tai lääkärin hoitoa. Kroonisemmissä tapauksissa ne voivat johtaa jopa työstä luopumiseen (Bevan ym. 2015). Terveys (2011) - tutkimuksen mukaan suomalaisilla oli ollut selkäkipua edellisten 30 päivän aikana 41 %:lla naisista ja 35 %:lla miehistä. Niskakivussa vastaavat osuudet olivat 41 % ja 27%. Polvikipua oli esiintynyt

vastaavalla ajanjaksolla 33%:lla naisista ja 29%:lla miehistä. Olkakivussa osuudet olivat 26% ja 29%. Terveys (2000) - tutkimukseen verrattuna selkä- ja polvikipu on yleistynyt sekä miesten että naisten keskuudessa ja niskakivun esiintyvyys on pysynyt ennallaan. Olkakipu on yleistynyt miesten keskuudessa, mutta naisilla harvinaistunut alle 75 - vuotiailla (Terveys 2011). FinTerveys-2017 tulosten mukaan selkä- niska sekä olkapääkipuun esiintyvyys vähentyivät lähes kaikissa ryhmissä iästä ja sukupuolesta riippumatta, kun tuloksia verrattiin terveys 2011- tutkimuksen tuloksiin. Positiivisiin tuloksiin saattaa tosin vaikuttaa kyselylomakkeen muuttunut rakenne tai eri tavalla valikoitunut tutkimusotanta. On kuitenkin mahdollista, että TULE –vaivojen vähentynyt määrä kertoo myös todellisista muutoksista väestön terveydessä (Koponen ym. 2018)

Maailmanlaajuisesti TULE –sairaudet ovat yleisempiä varakkaissa maissa (Sebbag ym.2019). Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) sairastavuusindeksin mukaan Suomessa suurten kaupunkien sairastavuudessa on merkittäviä alueellisia eroja. Sepelvaltimotauti, TULE-sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt ovat yleisempiä Itä- ja Pohjois-Suomen kuin läntisen ja eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa. Eroja on myös maakuntien välillä ja joissakin maakunnissa kuntien väliset sairastavuuserot ovat huomattavia, vaikka maantieteellisesti etäisyyttä olisi vähän. Esimerkiksi Keski-Suomessa Muuramen asukkaat ovat keskimääräistä terveempiä, kun taas Kivijärven sairastavuusindeksi on poikkeuksellisen suuri (THL 2019).

Yksittäisten TULE- vaivojen lisäksi monikipuisuus on suuri haaste TULE- vaivojen kuntoutuksessa. Mirandan ym. (2010) tutkimuksessa suomalaisista työntekijöistä vain 33 % koki kipua yhdessä spesifissä kohdassa. Sen sijaan 20 % potilaista koki kipua kahdella, 9 % kolmella ja 4 % neljällä tai useammalla vartalon alueella. Englannissa havaittiin vastaavanlaisessa tutkimuksessa 75%:lla kroonista kipua sairastavista potilaista kipua yli kahdessa eri kohdassa (Carnes ym. 2007). Salisbury ym. (2011) mukaan kolmanneksella perusterveydenhuollon potilaista on yli yksi sairausdiagnoosi. Monikipuiset potilaat konsultoivat useammin eri terveydenhuollon ammattilaisia, eivätkä sitoudu hoidon jatkuvuuteen systemaattisesti (Salisbury ym. 2011).

## 2.2 Terveyspalveluiden kuormittavuus

TULE- potilaat kuormittavat terveysterveyspalveluita merkittävästi. Vuonna 2016 TULE- sairaudet olivat yleisin päädiagnoosi Suomen erikoissairaanhoidossa. Kolme yleisintä päädiagnoosia olivat tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet (287 800 potilasta), vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset (240 500 potilasta) sekä verenkiertoelinten sairaudet (230 100 potilasta) (THL 2017). Terveyskeskuslääkärin ja työterveyslääkärin vastaanotokäynneistä TULE-potilaat muodostavat Suomessa noin 20-30 prosenttia (Mäntyselkä 1998; Martimo ym. 2007; Ikonen ym. 2013).

FinTerveys – 2017 tutkimuksen mukaan terveysterveyskeskuskäynnejä oli vuonna 2016 Suomessa 24.5 miljoonaa. Niistä lääkärikäynnejä oli 6.6 miljoonaa. Miehistä 70% oli käynyt lääkärin vastaanotolla vähintään kerran 12kk:n seuranta aikana ja naisista 78%. Lääkäriissä käyminen yleistyi iän myötä, sillä 30–39-vuotiaista noin kaksi kolmasosaa ja 80 vuotta täyttäneistä jopa yli 80 % oli käyttänyt lääkäreiden palveluita. Fysioterapian palveluita käytettiin vähemmän: naisista noin joka viides ja miehistä joka seitsemäs. Yleisintä fysioterapiassa käynti oli 40–59-vuotiailla. Tästä ikäryhmästä joka neljäs nainen ja joka kuudes mies oli käynyt fysioterapiassa. Harvinaisinta se oli 70-79- vuotiailla miehillä, joista vain joka 16. oli käynyt fysioterapiassa (Koponen ym. 2018).

Iän vaikutus terveysterveyspalveluiden käyttöön on näkynyt myös ulkomaisissa suoravastaanottotutkimuksissa, joiden mukaan suoravastaanoton potilaat ovat olleet nuorempia ja kouluttautuneempia, kuin rutiinihoidossa (Piscitelli 2018). Piscitellin ym. (2018) mukaan tämä voi selittyä toimintakulttuurilla; vanhemmat ihmiset ovat tottuneet konsultoimaan lääkäriä ja nuoret sen sijaan kokevat fysioterapeutin luotettavaksi ammattilaiseksi. Suomessa potilas ei voi itse päättää hakeutuuko hän lääkäriin vai suoravastaanotolle, vaan valinnan tekee vastaanoton hoitaja hoidon tarpeenarvioinnin perusteella (Aalto ym. 2018).



### 2.3. Hoito

Useiden Käypä hoito -suositusten mukaan TULE- sairauksien ensisijainen hoito perustuu aktiivisen harjoitteluun (Alaselkäkipu 2014; Polvi- ja lonkkanivelrikko 2014). Fysioterapian menetelmistä erityisesti harjoittelun on todettu olevan vaikuttava TULE -sairauksien hoitomuoto. Eri maiden ja yhdistysten suositukset painottavat niin ikään aktiivista harjoittelua TULE- potilaiden kuntoutuksessa (Häkkinen ym. 2014).

Käypähoito -suosituksen mukaan alle kuusi viikkoa kestävää alaselkäkipua tulisi hoitaa pääasiassa tulehduskipulääkkeillä (Alaselkäkipu 2014), sillä akuutin selkävun hoidossa liikehoito ei ole vaikuttavampaa kuin hoitamatta jättäminen (IJzelenberg ym. 2011). Potilasta kannattaa kuitenkin suositella pysymään aktiivisena, sillä se saattaa johtaa hieman nopeampaan kivun lievittymiseen ja toimintakyvyn palautumiseen verrattuna vuodelepoon (Dahm ym. 2010). Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä akuutin alaselkäkipun hoito suositellaan käynnistettävän fysioterapeutin suoravastaanotolla, mikäli kipuun ei liity vakavien sairauksien oireita. (Selkävun hoitoketju 2015).

Tutkimusten mukaan jopa 90% alaselkävunista kuuluu epäspesifiin eli määrittelemättömään luokkaan jonka hoidossa terapeuttisella harjoittelulla näyttäisi olevan vahva tieteellinen näyttö (Alaselkäkipu 2014; Maher ym. 2017). Tällä hetkellä ei kuitenkaan tarkasti tiedetä minkälaisia harjoituksia kullekin alaselkäkipupotilaalle tulisi ohjata (Lehtola, 2019). Epäspesifin alaselkäkipun hoidossa suositellaan moniammatillista biopsykososiaalista lähestymistapaa, jossa korostuu potilaan omatoimisuuden tukeminen sekä elämänlaadun merkitys (Vibe ym. 2013; Alaselkäkipu 2014& Cowell ym. 2019).

Myös polven nivelrikon kuntoutuksessa lääkkeettömät hoidot ovat hoidon perusta. Fysioterapeutin ohjaamat venyvyyttä ja nivelen liikkuvuutta parantavat sekä lihasvoimaa lisäävät voimistelu- ja harjoitusmenetelmät ovat tärkeitä. (Polven nivelrikko 2016). Uusimman tiedon mukaan luuston kannalta tehokkaan liikunnan tulee sisältää kehoon kohdistuvaa isku- ja tärähdystyyppistä kuormitusta sekä nopeita suunnanmuutoksia. Em. harjoittelu on vaikuttavaa lievän polven nivelrikon hoidossa, sillä se lisää reisiluun kaulan

mineraalimassaa ja lujuuutta sekä kehittää lihasvoimaa ja tasapainoa (Multanen ym. 2016). Fransesin ym. (2008) meta-analyysin mukaan polven terapeuttinen harjoittelu vähentää kipua polven nivelrikon hoidossa. Terapeuttisen harjoittelun sisällöllä ei ollut suurta merkitystä hoidon vaikuttavuuteen. Samassa tutkimuksessa havaittiin myös, että terapeuttinen harjoittelu paransi potilaiden kokonaisvaltaista toimintakykyä (Fransen ym. 2008). Vedessä toteutettu terapeuttinen harjoittelu vähentää myös polven nivelrikkokipua sekä parantaa potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä, mutta vesiharjoittelun pitkäaikaisvaikutuksista ei ole vielä kattavaa tietoa (Bartels ym. 2007).

Niskakivun hoidossa terapeuttisen harjoittelun vaikuttavuus on kiistanalaisempi (Niskakipu 2017). Damgaardin ym. (2013) katsauksessa vaikuttavimmat menetelmät niskakivun hoidossa olivat niskan voima - ja kestävyys harjoittelu. Tuore meta-analyysi osoitti vastaavia tuloksia kestävyys harjoittelun osalta. Niskan kestävyys harjoittelu 12 kuukauden ajan, kahdesti päivässä viitenä päivänä viikossa, vähensi tutkittavien niskakipua sekä uusien kipujaksojen ilmaantumisesta (De Campos ym. 2018). Terapeuttisella harjoittelulla on kroonisen niskakivun hoidossa kohtalaista näyttöä (Niskakipu 2017). Niukan näytön taustalla voi Särkilahden (2019) mukaan olla tutkimusryhmien heterogeenisuus sekä diagnosoimattomien niskapotilaiden hyödyntäminen tutkimuksissa. Tutkimuksissa on voitu käyttää interventioita kuten niskan voimaharjoittelua tutkittavilla, joilla lihasheikkoutta ei edes esiinny tai mittareita, jotka eivät kuvaa potilaan kokeman ongelman muutosta (Särkilahti 2019).

Olkanivelen kuntoutuksessa terapeuttisella harjoittelulla näyttäisi olevan positiivinen vaikutus kipuun, nivelen liikkuvuuteen sekä lihasvoimaan. Vastaavasti tutkimuksissa on havaittu kirurgisten operaatioiden tehottomuus, etenkin olkanivelen pinnepotilailla (Beard ym. 2017). Hanrattyn ym. (2012) meta-analyysin mukaan terapeuttinen harjoittelu vaikutti sen sijaan positiivisesti kipuun ja toimintakykyyn lyhyellä (6-12vk) aikavälillä olkanivelen pinnepotilailla. Holmgren ym. (2012) tutkimuksessa olkanivelen pinnepotilaiden intensiivinen terapeuttinen harjoittelu vähensi kipua sekä paransi toimintakykyä ja elämänlaatua. Harjoittelu sisälsi kuusi liikettä olkanivelen/hartiarenkkaan alueelle ja ne tehtiin päivittäin progressiivisella kuormituksella. Olkanivelen jännevaivojen sekä kiertäjäkalvosin repeämien kuntoutuksessakin terapeuttinen harjoittelu vaikuttaisi olevan tehokasta jopa 73-80% potilaista. Fysioterapian vaikuttavuus ei kuitenkaan ilmene nopealla vasteella, vaan

edellyttää pitkäjänteistä terapiaprosessia, kestoaltaan vähintään 12 viikkoa. Harjoittelu tulee toteutua kahdesti päivässä ja toistoja tulee tehdä 10-15 progressiivisella kuormituksella (Edwards ym. 2016).

### 3. FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO

Kun tuki- ja liikuntaelin (TULE) vaivaa sairastava potilas hakeutuu hoitoon terveyskeskukseen, hänet ohjataan tavallisesti lääkärin vastaanotolle, josta lääkäri harkintansa mukaan ohjaa hänet fysioterapeutille. Suoravastaanoton toimintamallissa potilas ohjataan sen sijaan suoraan fysioterapeutille, yleensä puhelimitse tehdyn hoidontarpeen arvioinnin jälkeen. Järjestely nopeuttaa hoidon aloitusta ja kuntoutuksen käynnistymistä, kun potilaan ei tarvitse jonottaa ensin lääkäriin ja sitten fysioterapeutille (Taylor ym. 2011). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) sekä terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) mahdollistavat tehtävän siirrot ammattiryhmien välillä, mutta vastuu toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta on toimintayksikön vastaavalla lääkärillä. Jokainen terveydenhuollon yksikkö määrittää suoravastaanottotoiminnan tavoitteet vastaamaan omia toimintatarpeitaan. Valtakunnan tasolta määritetyt tavoitteet ovat: potilaan hyvä kliininen tutkiminen, informointi ja ohjaus lääkkeettömään kivunhoito, omatoimiseen harjoitteluun ohjaus sekä käsikaupasta saatavien kipulääkkeiden käyttöön perehdyttäminen. Lisäksi tavoitteena on nopea kuntoutustoimenpiteiden käynnistäminen toiminta- ja työkyvyn palauttamiseksi sekä sairauspoissaolotarpeen, lääkärin vastaanoton ja muun jatkotutkimustarpeen määrittäminen (Suomen fysioterapeutit 2017)

Suomen fysioterapeutit ja Suomen fysiatriryhdistys ovat laatineet suosituksen suoravastaanottokoulutusten sisällöstä. Suoravastaanottokoulutus tulee olla laajuudeltaan vähintään 15 opintopistettä ja koulutuksen järjestäjän sekä kouluttajien tulee täyttää ennalta määritetyt kriteerit. Suoravastaanottokoulutusten tavoitteena Suomessa on: kehittää kliinistä tutkimista sekä päätöksentekoa, parantaa valmiutta TULE- oireiden itsehoidon ja omaharjoitteiden ohjeukseen sekä kehittää hoitomenetelmiä/kuntoutusta (Suomen fysioterapeutit 2017). Suomessa perusterveydenhuollossa työskentelevät suoravastaanoton fysioterapeutit saavat suositella potilaille reseptivapaita kipulääkkeitä ja heillä on oikeus myöntää lyhyitä sairauslomia (Kukka 2010).

Vuonna 2013 suoravastaanottoa toteutettiin Suomessa 20 kunnassa, 14 sairaanhoitopiirin alueella (Suominen 2015). Tuoreen selvityksen mukaan suoravastaanottokoulutuksen saaneita

fysioterapeutteja työskentelee Suomessa julkisella sektorilla noin 470, joista 416 työskentelee suoravastaanottotoiminnassa. Suoravastaanottotoiminta on laajentunut vuosi vuodelta ja vakiinnuttanut paikkansa Suomen perusterveydenhuollossa. Vuonna 2018 suoravastaanotto on käynnistetty 151 kunnassa ja sen aloittamista ollaan suunniteltu 48 paikkakunnalla (Aalto ym. 2018).

Kansainvälisesti suoravastaanotto on otettu laajasti käyttöön eri maiden hoitoprosesseissa. Euroopan Unionissa suoravastaanotolle voi päästä yli puolissa jäsenmaista ja määrän uskotaan lisääntyvän (Bury ym. 2013). Yhdysvalloissa suoravastaanoton käyttö on vielä laajempaa, sillä 50 osavaltiosta 47:ssä on mahdollisuus päästä fysioterapiaan ilman lääkärissä käyntiä. Suoravastaanoton toimintaperiaatteet eivät kuitenkaan ole Yhdysvalloissa yhteneväiset, sillä jotkut osavaltiot rajaavat suoravastaanotto-oikeudet vain tiettyihin käyntisyihin (Ojha ym.2014). Terveystenhuoltojärjestelmien erot eri maiden välillä vaikeuttavat muutenkin suoravastaanottojen vertailua, sillä fysioterapeuteilla on erilaisia oikeuksia mm. tutkimusten tai hoitojen määräämiseen. Esimerkiksi Chongin ym. (2016) selvityksen mukaan Kanadassa, kaupungista riippuen, suoravastaanoton fysioterapeutilla voi olla lupa tilata radiologisia kuvauksia, kun taas joissain kaupungeissa kuvantamiseen tarvitaan lääkärin lähete. Suomessa säteilylaki (592/1991) rajaa radiologisten tutkimusten tilaamisen ainoastaan lääkäreille, mutta yleinen keskustelu on viime vuosina vauhdittanut oikeuksien laajentamista myös muille ammattiryhmille. Valtioneuvoksen esityksen mukaan esimerkiksi sairaanhoitajille ja suuhygienisteille, joilla on riittävä käytännön kokemus tarpeenomainen lisäkoulutus, on esitetty rajattua oikeutta lähettää röntgentutkimukseen (Suomen valtioneuvosto 2017).

### **3.1 Ammatillinen pätevyys**

Fysioterapeuttien ammatillista pätevyyttä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) on fysioterapiakoulutuksen yhteistyöelin, jonka tavoitteena on fysioterapiakoulutuksen ja tutkintorakenteiden yhtenäistäminen. ENPHE on jaotellut fysioterapeutin ammatilliseen pätevyyteen edellyttämät kompetenssit instrumentaalisiin, systeemisiin ja interpersoonallisiin.

Instrumentaaliset kompetenssit liittyvät ammatillisen osaamiseen edellyttämiin taitoihin, joita hyödynnetään osaamisen välineenä. Interpersoonallisia kompetensseja ovat mm. henkilökohtaiset kyvyt ja taidot ja systeemiset kompetenssit taas määrittävät laajempia kokonaisuuksia, jotka ovat edellytyksiä suurten järjestelmien hallinnalle (ENPHE 2019). Fysioterapeuttien ammatillista pätevyyttä TULE –vaivojen hoidossa tarkastellaan usein vertaamalla fysioterapeutin ja lääkärin kliinisen päättelykyvyn taitoa, jossa korostuvat kaikki ammatillisen pätevyyden kompetenssit.

Tutkimusten mukaan fysioterapeuttien kliininen päättely TULE- sairauksien hoidossa on hyvällä tasolla (Childs ym.2005; Moore ym. 2005; MacKay ym. 2009). Childsin ym. (2005) tutkimuksessa eri TULE- potilaiden hoitoon erikoistuneille ammattilaisille ja opiskelijoille teetettiin validoitu kyselylomake, jolla arvioitiin tietämystä TULE-potilaiden diagnosoinnista ja hoidosta. Tutkimuksen mukaan kokeneilla suoravastaanoton fysioterapeuteilla oli laajempi tietotaso TULE- potilaiden hoidosta, kuin lääkäreillä, lukuun ottamatta ortopedejä.

Vastaavanlaisia tuloksia sai myös Moore ym. (2005), kun tutkimuksessa vertailtiin eri ammattiryhmien diagnoositarkkuutta. Diagnoositarkkuutta arvioitiin vertaamalla ammattilaisen diagnoosia MRI- kuvauksen tuloksiin. Tulosten mukaan ortopedien ja fysioterapeuttien diagnoositarkkuus oli merkittävästi parempi, kuin ei- ortopedisilla ammattilaisilla (35.4%) kuten terveyskeskuslääkäreillä. Ortopedioiden diagnoositarkkuus (80.8%) oli hieman fysioterapeuteja (74.5%) parempi, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. MacKay ym. (2009) arvioivat tutkimuksessaan polvi – ja lonkkapotilaiden diagnostiikan yhteneväisyyttä fysioterapeuttien ja ortopedien välillä. Tulosten mukaan tehtävänsiirtoja ortopedeilta fysioterapeuteille olisi järkevä hyödyntää, sillä 92 %:ssa potilaista fysioterapeutti ja ortopedi olivat samaa mieltä kirurgin konsultaatioon lähetettävistä potilaista. Donaton ym. (2004) kyselytutkimuksessa vertailtiin suoravastaanoton ja kiireettömän fysioterapiavastaanoton, johon potilaat saapuivat lääkärin läheteellä, ammatillista pätevyyttä. Kyselytutkimuksen mukaan suoravastaanoton fysioterapeutit osoittivat korkeamman ammatillisen pätevyyden tason kaikilla arvioituilla osa-alueilla: laajempi menetelmien hallinta, monipuolisempi erotusdiagnostinen taito sekä laajempi tehtävänkuva, sisältäen mm. kuten kuvantamisen ja lääkehoidon tarpeen arvioinnin.

Lääkäreiden kliininen päättely TULE –sairauksien hoidossa on sen sijaan vaihtelevaa. Davenportin ym. (2005) tutkimuksessa arvioitiin lääkärien diagnoositarkkuutta TULE-potilailla (n=2183). Tutkimuksen mukaan vain 32% diagnooseista oli sijainniltaan tarkka sekä sisälsi spesifin diagnoosin. Williams ym. (2012) tutkimuksessa arvioitiin lääkäreiden alaselkäpotilaille tarjoaman hoidon näyttöön perustuvuutta, kun hoitolinjauksia verrattiin kansainvälisiin hoitosuosituksiin. Tulosten perusteella lääkäreiden hoitolinjaukset eivät useinkaan perustu tutkimusnäyttöön akuuttien alaselkäkipupotilaiden hoidossa. Lääkärit ohjasivat yli neljäsosan potilaista kuvantamiseen, vaikka suositukset rajoittavat radiologisten testien käyttöä. Suositusten mukaan hoidon perustana tulisi olla harjoittelu/neuvonta sekä reseptivapaat kipulääkkeet. Lääkärit ohjasivat harjoittelun pariin ainoastaan viidesosan potilaista ja jopa neljäsosalle ohjattiin opioidilääkitys (Williams ym. 2012). Opioidilääkitystä ei suositella kivun hoidossa kuin erityistapauksissa sen lukuisten haittavaikutusten vuoksi (Moore ym. 2005; Kipu 2017).

### **3.2 Potilasturvallisuus**

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan potilaan optimaalista hoitoa, jolla tuotetaan mahdollisimman vähän haittavaikutuksia. Laajemmin tarkasteltuna potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden, yksiköiden ja organisaatioiden toimintoja, joilla tuetaan palveluiden turvallisuus (STM 2017). Tutkimukset ovat osoittaneet, että työskentely terveyshuollossa sisältää suuren riskin tehdä virheitä. On kuitenkin havaittu, että systemaattisella virheiden torjunnalla voidaan parantaa potilasturvallisuutta (Mustajoki 2017)

Suomessa potilas ohjautuu suoravastaanotolle hoitajan tekemän hoidontarpeen arvioinnin perusteella. Hoidontarpeen arvioinnin tavoitteena on ohjata suoravastaanoille optimaaliset potilaat ja lääkärien vastaanotoille sen sijaan potilaat, joilla esiintyy viitteitä vakavasta sairaudesta (Suomen fysioterapeutit 2017). Tuoreen Suomessa tehdyn suoravastaanotoselvityksen mukaan nimenomaan hoitoon ohjautuvuus koettiin suureksi haasteeksi, sillä ajanvarauksen hoitajien vaihtuvuus on suuri. Useassa paikassa suoravastaanotolle soveltuvat potilaat ohjautuvat edelleen lääkäreiden vastaanotoille.

Ajanvarauksen työntekijät ovatkin ratkaisevassa asiakkaiden hoitoon ohjauksessa ja myös heidän työnkuvaansa liittyvän koulutuksen tulee olla säännöllistä (Aalto ym. 2018).

Suoravastaanottotyössä korostuu kliininen päättely, jossa erityisesti vakavien sairauksien tunnistaminen on suuressa roolissa, koska vastuu potilaan hoidon aloittamisesta ja näin ollen vastuu potilaan turvallisuudesta on fysioterapeutilla lääkärin sijaan (Suomen fysioterapeutit 2017). Tutkimusten mukaan suoravastaanotto ei näyttäisi vaarantavan TULE-potilaiden turvallisuutta. (Moore ym. 2005; Boissonault ym. 2012; Ohja ym. 2014, Bishop ym. 2017). Mooren ym. (2005) retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa arvioitiin suoravastaanoton haittavaikutuksia laajalla (n=50799) otannalla Yhdysvaltojen sotilasterveydenhuollossa. Tutkimuksessa ei havaittu fysioterapeuttien diagnosoinnista tai hoidosta johtuvia haittavaikutuksia. Vastaavanlaisen tuloksen sai myös Minkten ym. (2015), kun he selvittivät Yhdysvalloissa suoravastaanoton haittavaikutuksia opiskelijaterveydenhuollossa. 10 vuoden tilasto-otannan mukaan suoravastaanotto todettiin turvalliseksi palveluksi, joka ei aiheuttanut potilaille haittavaikutuksia suuresta otannasta (n= 12,976) huolimatta.

Samansuuntaisia tuloksia sai myös Bishop ym. (2017), kun he vertailivat satunnaistetussa – kontrolloidussa (rct) - tutkimuksessaan suoravastaanoton ja rutiinihoidon eri tulosmuuttujia. Vuoden kestävän tutkimusjakson aikana suoravastaanoton potilailla ei raportoitu yhtään hoidosta johtuvaa haittavaikutusta (n=425). Kaiken lisäksi Boissonault ym. (2012) havaitsi tutkimuksessaan, että fysioterapeutit lähettävät potilaan lääkärin vastaanotolle, jos potilaan terveydentilassa ilmenee poikkeavia oireita kuten väsymystä, heikkoutta tai poikkeuksellista huonovointisuutta. Fysioterapeutit kykenevät tutkimuksen mukaan kattavasti tunnistamaan vakavia sairauksia sekä arvioimaan vaikuttavasti vakavan sairauden oireita, jos niitä ilmenee (Boissonault ym. 2012).

### **3.3 Potilastyytyväisyys**

Terveyspalveluissa asiakaslähtöisyydestä on muodostunut keskeinen terveystaloudellinen tavoite. Valinnanvapauden laajeneminen, sähköisten palvelujen yleistyminen sekä yksilön oman –aktiivisen –roolin korostuminen terveyspalveluissa ovat lisänneet



asiakaspalautekyselyiden käyttöönottoa terveystalveissa ja niitä on alettu pitää yhtenä hoidon laadun mittarina (Aalto 2017).

Potilaiden ja henkilökunnan kokemukset suoravastaanotosta ovat olleet positiivisia (Dakerwhite ym. 1999; Richardson ym. 2005; Lakka 2007; Taylor ym. 2011; Kangas ym. 2015.). Dakerwhiten ym. (1999) Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa se johtui muun muassa siitä, että fysioterapeuteilla oli enemmän aikaa potilaille kuin lääkäreillä sekä suoravastaanotoilla potilaat saivat monipuolisempaa ohjausta TULE-vaivaansa.

Taylorin ym. (2011) Australialaisessa tutkimuksessa juurrutettiin uusi suoravastaanoton toimintamalli sairaalan ensiapuosastolle ja arvioitiin sen vaikutuksia potilaisiin sekä terveydenhuollon työntekijöihin. Työntekijöistä 96% koki suoravastaanoton fysioterapeuteilla olevan tarvittava tieto- ja taitotaso suoritettua TULE-potilaiden hoidosta ensiapuosastolla. Potilaista valtaosa (82%) koki olevansa tyytyväinen suoravastaanottopalveluun. Vastaavanlaisia tuloksia saatiin myös Suomalaisesta selvityksestä, sillä keskussairaalan päivystyksen lääkärit olisivat valmiita siirtämään tehtäviä ja vastuuta fysioterapeuteille. Toimintaa toivottiin muutettavan siten, että TULE – potilaat ohjautuisivat ensin fysioterapeutille ja vain tarvittaessa fysioterapeutin arvon perusteella lääkärille (Kangas ym. 2015). Richardsonin ym. (2005) Iso-Britanniassa tehdyssä tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevä ero ( $P=0.01$ ) saatiin nimenomaan potilastyytyväisyydestä; 89% asiakkaista koki suoravastaanottopalvelun hyvänä, kun vastaava luku lääkärin vastaanotoilta oli 74%. Lakan (2007) pro gradu – tutkimuksessa arvioitiin suoravastaanoton asiakastyytyväisyyttä terveyskeskusympäristössä. Suoravastaanotto sai kouluarvosanaksi asiakastyytyväisyysmittauksessa 8.79, joka kuvastaa asiakkaiden olleen tyytyväisiä palveluun.

### **3.4 Terveystalveiden käyttö**

Suoravastaanoton vaikutusta organisaatioiden terveystalveiden käyttöön on selvitetty useissa tutkimuksissa. Tulomuuttujina ovat olleet mm. hoidonsaataavuus, lääkärin työkuormitus sekä hoitoviiveet. Suomessa terveystalveiden käyttöä voi seurata THL:n

jatkuvasti päivittyvistä tilastoista, jotka pohjautuvat terveydenhuollon ammattilaisten potilaskirjauksiin.

Suomessa suoravastaanottopalveluille näyttäisi olevan tarvetta, sillä TULE- potilaat kuormittavat lääkäreiden vastaanottoja merkittävästi (Mäntyselkä 1998; Martimo ym. 2007; Ikonen ym. 2013). Vuonna 2018 lähes 40% perusterveydenhuollon potilaista joutui odottamaan lääkäriin pääsyä hoidontarpeen arvioinnin jälkeen yli kaksi viikkoa (THL 2018).

Taylor ym. (2011) vertailivat tutkimuksessaan suoravastaanoton ja rutiinihoidon, jossa fysioterapia käynnistyy lääkärin läheteellä, hoidonsaatavuutta sekä hoitoviiveitä sairaalan ensiavussa. Tulomuuttujina olivat TULE- potilaan sairaalassa vietetty aika, odotusaika vastaanotolle sekä hoitoaika. Suoravastaanotto johti kokonaisvaltaisesti tehokkaampaan palveluiden käyttöön, sillä potilaiden sairaalassa vietettyaika oli 59.5min, odotusaika 25min ja hoitoaika 34.9 min lyhyempi, kuin rutiinihoidossa. Vastaavanlaisia tuloksia sai myös Sutton ym. (2015) australialaisessa kohorttitutkimuksessaan, jossa vertailtiin suoravastaanoton sekä muun henkilökunnan kuten lääkärin ja sairaanhoitajan, hoidon tehokkuutta sairaalan ensiavussa TULE- potilailla. Suoravastaanoton (n=1167) potilaat viettivät sairaalassa merkittävästi (83 min) lyhyemmän aikajakson, kun tuloksia verrattiin muun henkilökunnan (n=1167) toimintaan.

Suoravastaanotolla näyttäisi myös olevan positiivinen vaikutus lääkäreiden työkuormitukseen. Esimerkiksi Hollannissa suoravastaanoton käynnistymisen jälkeen viidennes TULE- potilaista hoidetaan suoravastaanotoilla, kun aikaisemmin em. potilaat kävivät ensin lääkärin vastaanotolla (Leemrise ym. 2008). Todellista suoravastaanoton vaikutusta lääkäreiden työkuormitukseen voidaan arvioida määrittämällä kuinka itsenäisesti suoravastaanoton fysioterapeutit pystyvät TULE- potilaat hoitamaan.

Tutkimusten mukaan suoravastaanottoprosessin aikana potilaat käyttävät vähemmän lääkäripalveluita, kuin perinteisessä hoitomallissa (Holdsworth ym. 2004; Ludvigsson ym.2012; Napier ym. 2013). Holdsworthin ym. (2008) Skotlantilaisessa tutkimuksessa suoravastaanoton TULE-potilaista 29% hakeutui lääkärin vastaanotolle saman vaivan vuoksi

kolme kuukautta hoidon käynnistymisen jälkeen. Vastaava luku oli perinteisessä hoitomallissa 46%. Vastaavia tuloksia sai myös Ludvigsson ym. (2012), joka arvioi kohorttitutkimuksessaan suoravastaanoton soveltuvuutta Ruotsin perusterveydenhuoltoon. Fysioterapeutti pystyi hoitamaan 85% TULE- potilaista itsenäisesti ilman lääkäriiskäyntiä kolmen kuukauden seuranta-aikana. Kuudella prosentilla potilaista fysioterapeutti tunnisti vakavan sairauden oireita ja konsultoi lääkäriä. Napierin ym. (2013) kanadalaisessa tutkimuksessa selvitettiin suoravastaanoton vaikutusta lääkärien konsultaatioiden - sekä ortopedian läheteiden määrään sairaalan ensiavussa. Tulosten mukaan 75% fysioterapeutin tutkimista TULE- potilaista ei tarvinnut lääkäriiskäyntiä. Suoravastaanoton toimintamallin todettiin myös vähentävän läheteitä erikoislääkäreille sekä näin ollen tehostavan potilaiden hoitoa.

## 4. TERVEYDENHUOLLON TALOUDELLINEN ARVIOINTI

Sosiaali – ja terveystalouden tarve tulee lisääntymään seuraavina vuosikymmeninä. Resurssien rajallisuuden vuoksi kaikkia terveyden kannalta hyödyllisiä toimia ei ole mahdollista toteuttaa ilman rajoituksia, vaan joudutaan tekemään valintoja ja asettamaan prioriteetteja (Sintonen & Pekurinen 2006, 247 & Räisänen 2013). Terveydenhuollon tehokkuutta parantavien valintojen tekemisestä tekee haasteellista se, että tietomme käytössä olevien ja uusien menetelmien vaikuttavuudesta ja kustannuksista ovat puutteelliset. Siksi tarvitaan taloudellisia arviointeja. Taloudellinen arviointi arvottaa, vertailee ja mittaa sairauksien ehkäisemiseksi, lievittämiseksi ja parantamiseksi tarkoitettujen menetelmien tuottamia terveysvaikutuksia sekä niiden saavuttamisen vaatimia uhrauksia eli kustannuksia. (Räisänen 2013).

Vaikuttavuus on terveystaloustieteen käsite, joka tarkoittaa toiminnalla aikaansaattua muutosta ihmisen terveydentilassa, hyvinvoinnissa tai toimintakyvyssä (Pitkänen ym. 2018). Jos muutos saadaan aikaan ihanteellisissa oloissa, puhutaan tehosta. Ihanteelliset olot vallitsevat erityisesti suunnitelluissa kliinisissä kokeissa, joissa on potilaille sisäänotto ja poissulkukriteerit (Sintonen & Pekurinen, 2006 53). Vaikuttavuutta tarkastellaan usein toimenpiteen aikaansaamana vaikutuksena ottamatta huomioon käytettyjen voimavarojen määrää tai laatua. Kahdella toimenpiteellä voi olla sama vaikuttavuus, mutta toinen edellyttää enemmän voimavaroja. Kustannusvaikuttavuus liittyy yhteen rahamitalla arvostetut voimavarat ja vaikuttavuuden. (Meklin, 2009) eli määrittää muutoksen suhdetta sen aikaansaamiseksi käytettyihin euroihin (Pitkänen ym. 2018)

Kustannuksella sen sijaan tarkoitetaan rahamääräistä markkinahintaa, joka voimavarasta tai palvelusta maksetaan (Sintonen & Pekurinen, 2006, 37). Tuotannon tekijöitä ovat kaikki voimavarat, joita organisaatio ostaa ja käyttää toiminnassaan. Terveystalouteen liittyvät voimavarat ovat esimerkiksi henkilökunnan työpanos, lääkkeet, tarvittavat koneet ja laitteet. Kustannukset sisältävät käytettyjen voimavarojen määrän ja niiden rahallisen arvon (Hujanen ym. 2006).

## **5. SUORAVASTAANOTON KUSTANNUS - SEKÄ VAIKUTTAVUUSTUTKIMUKSET**

Kesällä 2019 toteutettiin kirjallisuushaku, jonka tavoitteena oli selvittää suoravastaanoton kustannuksia ja vaikuttavuutta. Haku suoritettiin hakulausekkeella:” Self- referral OR direct access AND physical therapy OR physiotherapy” kolmesta eri tietokannasta: Cinahl, Perdo sekä Medline. Kirjallisuushaussa suoravastaanoton kustannuksia, vaikuttavuutta tai potilaskäyntejä käsitteleviä tutkimuksia löytyi yhteensä seitsemän, joista yksi lisättiin käsihaulla jälkikäteen 18.11.2019. Tulosten yhteenveto on esitetty taulukoissa viisi.

Kirjallisuushaun tutkimuksiin osallistui yhteensä 78554 potilasta. Tutkittavien määrä vaihteli tutkimusten välillä paljon (vaihteluväli 269-62707), koska katsaukseen sisällytettiin sekä pienempien aineistojen RCT - tutkimuksia sekä laajempien aineistojen retrospektiivisiä kohorttitutkimuksia. Katsauksen tutkimuksista ainoastaan kaksi (Daker-White ym. 1999 & Rickhardson ym. 2004) oli satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia. Muut tutkimukset (Goodwing ym.2016; Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym. 2008 & Pendergast ym. 2012) olivat kohorttitutkimuksia ja perustuivat väestön rekisteritietoihin. Tutkimusten seuranta-ajoissa oli myös vaihtelevuutta (vaihteluväli 6-60kuukautta). Kaikki tutkimukset käsitelivät TULE- potilaiden hoitoa.

Tutkimuksissa oli heterogeenisyyttä tutkimuspaikan suhteen. Katsauksen kaksi (Daker-White ym. 1999 & Rickhardson ym. 2004) tutkimusta sijoittui erikoissairaanhoidon, kun taas viidessä tutkimuksessa (Goodwing ym.2016; Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym.2008 & Pendergast ym. 2011) tutkimuskohteena oli perusterveydenhuolto. Kaksi tutkimusta (Daker-White ym. 1999 & Rickhardson ym. 2004) oli tehty Iso-Britanniassa, kolme (Goodwing ym.2016; Mitchell ym. 1997& Pendergast ym. 2011) Yhdysvalloissa, yksi Hollannissa (Leemrise ym.2008) sekä yksi Skotlannissa (Holdsworth ym.2006).

Katsauksen kahdessa (Daker-White ym. 1999 & Rickhardson ym. 2004) tutkimuksessa arvioitiin hoidon vaikuttavuutta. Tulosuuttujina vaikuttavuustutkimuksissa oli elämänlaatu, kipu, toimintakyky sekä toipumisaika arkielämään. Neljässä (Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym.2008 & Pendergast ym. 2011) tutkimuksessa suoravastaanottoa verrattiin perinteiseen hoitomalliin, jossa potilas on käynyt lääkärin vastaanotolla ennen fysioterapian käynnistymistä. Kolmessa (Goodwing ym.2016; Richardson ym. 2004 & Daker-White ym. 1999) tutkimuksessa verrattiin sen sijaan suoravastaanoton ja lääkärin vastaanoton eri tulosuuttujia.

Kuudessa (Goodwing ym.2016; Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym.2008 & Pendergast ym. 2011) tutkimuksessa arvioitiin suoravastaanoton kustannuksia ja neljässä (Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym.2008 & Pendergast ym.2011) arvioitiin suoravastaanoton vaikutusta potilaskäyntien määrään.

### *Kustannukset*

Viiden tutkimuksen (Goodwing ym.2016; Daker-White ym. 1999, Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997 & Pendergast ym. 2012) mukaan TULE- potilaiden kustannukset olivat matalammat suoravastaanotolla kuin lääkärin vastaanotolla tai perinteisessä hoitomallissa. Kustannussäästöt syntyivät mm. siitä, että suoravastaanotolta ohjattiin potilaita harvemmin radiologisiin tutkimuksiin, suositeltiin vähemmän kipulääkkeitä sekä lähetettiin potilaita vähemmän erikoissairaanhoidon. Yhden tutkimuksen (Richardson ym. 2004) mukaan suoravastaanoton ja rutiinihoidon välillä ei havaittu kustannuseroa. Mitchellin ym. (1997) tutkimuksessa suoravastaanoton kustannuksen olivat 57% matalammat kuin rutiinihoidossa ( $P<0.01$ ). Holdsworthin ym. (2006) tutkimuksessa suoravastaanoton käyntikustannus oli noin 12£ matalampi kuin rutiinihoidossa ja laskennallisesti vuoden kustannussäästön arvioitiin olevan jopa 2 miljoonaa puntaa. Pendergastin ym. (2012) tutkimuksessa suoravastaanoton kustannukset olivat 102,4 \$ matalammat kuin rutiinihoidossa ( $P<0.01$ ) sekä Daker-Whiten ym. (1999) tutkimuksessa 242 £ matalammat kuin lääkärin vastaanotolla ( $P<0.00001$ ), kun vertailtiin sairaalan kustannuksia. Goodwingin ym.2016 tutkimuksessa suoravastaanoton kustannukset olivat jopa 538.01£ matalammat kuin lääkärin vastaanotoilla.

### *Potilaskäynnit*

Neljän tutkimuksen (Holdsworth ym. 2006, Mitchell ym. 1997, Leemrise ym.2008 & Pendergast ym.2011) mukaan suoravastaanotto vähensi TULE- potilaiden potilaskäyntien määrää hoitajakson aikana. Mitchellin ym. (1997) tutkimuksessa suoravastaanotoilla kävi 37% vähemmän potilaita, kuin rutiinihoidossa, kun taas Pendergastin ym. (2011) tutkimuksessa vastaava luku oli 14%. Holdsworthin ym. (2006) tutkimuksessa lääkärin vastaanotolla käyneistä potilaista 39% kävi hoitokontaktin aikana uusintakäynnillä lääkärissä, kun suoravastaanoton potilaista 18 % tarvitsi lääkärin konsultaation hoitajakson aikana. Leemrisen ym. (2008) tutkimuksessa suoravastaanoton potilaat käyttivät keskimäärin 2.3 käyntiä vähemmän, kuin rutiinihoidon potilaat ( $P<0.01$ ).

### *Vaikuttavuus*

Kahden tutkimuksen mukaan suoravastaanotto on vaikuttava TULE- potilaiden hoitomuoto. Daker- Whiten ym. (1999) sekä Richardsonin ym. (2004) tutkimuksessa tulomuuttujina olivat elämänlaatu, kivun voimakkuus sekä toimintakyky. Richardsonin ym. (2004) tutkimuksessa arvioitiin toipumisaikaa normaaliin arkielämään, joka oli suoravastaanotolla 12.5 päivää pidempi kuin rutiinihoidossa. Tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $P<0.520$ ).

### *Yhteenveto*

Ensikontakti fysioterapeutilla tulee edullisemmaksi kuin se, että potilas tulee lääkärin vastaanoton kautta fysioterapeutille. Suoravastaanotto näyttäisi myös olevan hoitoprosessia tehostava sekä vaikuttava TULE - potilaiden hoitomuoto.

Tulosten yleistettävyydessä on huomioitava tutkimusten heterogeenisuus sekä terveydenhuoltojärjestelmien eroavaisuudet, jotka vaikuttavat mm. suoravastaanoton fysioterapeuttien oikeuksiin määrätä lääketieteellisiä tutkimuksia tai lääkkeitä.

Suoravastaanoton systemaattinen toimintamalli on käynnistynyt Suomessa laajemmin vasta viime vuosien aikana, kun esimerkiksi Yhdysvaltojen tietyissä osavaltioissa suoravastaanotolle on voinut hakeutua jo 1980- luvulta lähtien. Suoravastaanottotutkimuksia ei ole Suomessa juurikaan tehty, joka on vaikuttanut siihen, että suoravastaanotto edelleen etsii Suomessa lopullista toimintamuotoaan. Suoravastaanottoa tuleekin vastedes tutkia Suomen terveydenhuoltojärjestelmissä laajemmin, määrittää kuinka suurta suoravastaanotto volyymiltaan on ja voidaanko toiminnalla tehostaa TULE- potilaiden hoitoa.



TAULUKKO 1. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimukset

Tutkimus, maa ja tutkimusasetelma	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusjoukko ja ryhmäkoko	Kustannus	Vaikuttavuusmittari	Ryhmien välinen vaikuttavuusero	Potilaskäynnit	Johtopäätös
Holdsworth et. al.2007. Skotlanti Kohorttitutkimus	Arvioida suoravastaanoton kustannuksia Scotlannin julkiselle terveydenhuollolle.	Tule - potilaat Suoravastaanotto: (n=648) Rutiinihoito: (n=1795)	Suoravastaanotto: 66.31£ Rutiinihoito*:88.99 £	-	-	18% suoravastaanoton potilaista kävi lääkärin vastaanotolla yli yhden kerran hoitojakson aikana. 39% rutiinihoidon potilasta kävi lääkärin vastaanotolla yli yhden kerran hoitojakson aikana.	Suoravastaanottopalvelun kustannukset olivat pienemmät, kuin rutiinihoidossa, Suoravastaanotto tehosti tule-potilaan hoitoketjua (P<0.01).
Daker-white et. al. 1999 Iso-Britannia RCT - tutkimus	Arvioida suoravastaanoton ja lääkärin vastaanoton vaikuttavuutta ja kustannusvaikutavuutta sairaalan ortopediaosastolla.	Suoravastaanotto (n237=) Lääkärin vastaanotto (n=244)	Suoravastaanotto: £255.55 Lääkärin vastaanotto: £498.38	Kipu (VAS) Toimintakyky (SF-36) Elämänlaatu (EuroQol)	NS**	-	Molempien ryhmien hoito oli vaikuttavaa, mutta ryhmien välistä vaikuttavuuseroa ei havaittu. Sairaalan kustannukset huomioon ottaen suoravastaanotto on edullisempaa kuin lääkärin vastaanotto (P<0.00001)
Mitchell et. al. 1997. Yhdysvallat Kohorttitutkimus	Vertailla suoravastaanoton ja rutiinihoidon hoidon kustannuksia ja resurssien käyttöä.	Ei mainintaa Suoravastaanotto (n=252) Rutiinihoito (n=353)	Suoravastaanotto: \$1,004 Rutiinihoito: \$2,236	-	-	Suoravastaanotto: 20.2 Rutiinihoito 33.6	Suoravastaanoton kustannukset olivat matalammat kuin rutiinihoidossa (P<0.01) Suoravastaanotolla 67% vähemmän potilaskäyntejä (P<0.01)
Pendergast et.al. 2012 Yhdysvallat	Vertailla suoravastaanoton ja rutiinihoidon	Tule - potilaat Suoravastaanotto: (n=17497)	Suoravastaanotto: \$503.12 Rutiinihoito: \$605.49	-	-	Suoravastaanotto: 5.9 Rutiinihoito 7.0	Suoravastaanoton kustannukset olivat matalammat kuin

Kohorttitutkimus	kustannuksia ja potilasprofileita.	Rutiinihoito: (n=45210)					rutiinihoidossa (P<0.01). Suoravastautolla vähemmän potilaskäyntejä (P<0.01)
Richardson et al. 2004 Iso -Britannia RCT- tutkimus	Vertailla suoravastauton ja rutiinihoidon kliinistä vaikuttavuutta ja kustannuksia sairaalan ensiapuosastolla.	Suoravastautto: (n=382) Rutiinihoito: (n=384)	Suoravastautto: 147,81£ Rutiinihoito: 131,23£	Kuinka monta päivää kesti toipua normaalin arkielämään (median)	NS	-	Kustannuksissa ei ollut tilastollisesti merkittäviä eroja. Suoravastautto johti pidempään toipumisaikaan, kuin rutiinihoito (P=0.520), Molempien ryhmien hoito oli vaikuttavaa, mutta ryhmien välistä vaikuttavuuseroa ei esiintynyt
Leemrijse C. et al. 2008 Hollanti Kohorttitutkimus	Arvioida suoravastauton ja rutiinihoidon potilasvirtoja -ja profileita	Suoravastautto: (n=1387) Rutiinihoito: (n=9896)		-	-	Suoravastautto: 8.1 Rutiinihoito 10.5	Suoravastautotolla keskimäärin 2.3 käyntiä vähemmän kuin rutiinihoidossa (P>0.01)
Goodwing et al. 2016 Yhdysvallat Kohorttitutkimus	Vertailla suoravastauton ja lääkärin kustannuksia perusterveydenhuollossa	Suoravastautto (n=219) Lääkäri (n=50)	Suoravastautto: 84.26£ Lääkäri: 647.16£	-	-	-	Suoravastauton kustannus oli 538.01£ matalampi kuin lääkärin vastautotolla (p<0.006)

\*Rutiinihoito = Ennen fysioterapian käynnistymistä potilas on käynyt lääkärin vastautotolla

\*\*NS = ei tilastollista merkitsevyyttä

## KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Aalto, S., Partanen, K. & Svahn, T. 2008. Fysioterapeuttien suoravastaanotot käytössä lähes koko maassa. *Fysioterapia* 7, 22-26.
- Aalto, A-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. & Pekurinen M. 2017. Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalvelujen toiminnasta. *Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisu* 12/2017.
- Airaksinen, O., Brox, JI. Cedraschi C et al. 2004. European guidelines fot the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal* 15:192-300.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. 2003. Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisu* 3/2002.
- Bartels, EM., Lund, H., Hagen, KB., Danneskiold-Samsøe, B., Dagfinrud, H & Lund, H. 2007. Aquatic exercise for the treatment of knee and hip osteoarthritis. *Cochrane Database systematic review* (4):CD00552377.
- Beard, DJ., Rees, JL., Cook, JA et al. 2018. CSAW Study Group Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. *Lancet* 391:329-38.
- Bevan, S. 2015. Economic impact of musculoskeletal disorders (MSDs) on work in Europe. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 29:3, 356-373.
- Bishop, A., Ogollah, RO., Jowett, S., Kigozi, J., Stephanie, T., Protheroe, E., Salisbury, C. & Foster N. 2017..STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open* 7(3).
- Boissonnault, WG. & Ross, MD. 2012. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 42, 446-454.
- Bury, TJ. & Stokes EK. 2013. Direct access and patient/client self referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* 99 (4), 285–291.

- Carnes, D., Parsons, S., Ashby, D., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., Vogel, S. & Underwood, M. 2007. Chronic musculoskeletal pain rarely presents in a single body site: results from a UK population study. *Rheumatology* 46(7),1168-70.
- Childs, JD., Whitman, JM., Sizer, PS., Puglia, ML., Flunn, TW & Delitto, A. 2005. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 6, 32.
- Childs, JD., Fritz, JM., Wu, SS., Flunn, TW., Wainner, R., Robertson, E., Forest, K. & George S. 2015. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Service Research* 9, 15:150.
- Chong, JN., De Luca, K., Goldan, S., Imam, A., Li, Boris., Zabjek, K., Chu, A.. & Yeung, E. 2015. Ordering diagnostic imaging: a survey of ontario physiotherapists' opinions on an expanded scope of practice. *Physiotherapy Canada*, 67 (2):144–156.
- Cowell, I., O'Sullivan, P., O' Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A. & Murtagh, G. 2019. The perspectives of physiotherapists of managing nonspecific low back pain following a training programme in cognitive functional therapy: a qualitative study. *Musculoskeletal Care* 17, 9-90.
- Daker-White, G., Carr, A. J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, G., Nelso, I. & Kammerling, M. 1999. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 643-650.
- Dahm, KT., Brurberg, KG., Jamtvedt, G. & Hagen, KB. 2010. Advice to rest in bed versus advice to stay active for acute low-back pain and sciatica. *Cochrane Database systematic review* (6):CD007612.
- Damgaard, P., Bartels, EM., Ris, I., Christensen, R. & Juul-Kristensen, B. 2013. Evidence of Physiotherapy Interventions for Patients with Chronic Neck Pain: A Systematic Review of Randomised Controlled Trials. *Pain* 567175. doi:10.1155/2013/567175.
- Davenport, TF., Watts, HG., Kulig, K & Resnik S. 2005. Current status and correlates of physicians' referral diagnoses for physical therapy. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 35(9), 572–579.
- De Campos, TF., Maher, CG., Steffens, D., Fuller, JT. & Hancock, MJ. 2018. Exercise programs may be effective in preventing a new episode of neck pain: a systematic

- review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 64(3), 159-165.
- Dieleman, J., Nafis, S. & Angela, Y. 2017. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries. *Lancet* 391, 1783-1798.
- Donato, EB., DuVall, RE., Godges, JJ., Zimmerman, GJ. & Greathouse, DG. 2004. Practice Analysis: Defining the Clinical Practice of Primary Contact Physical Therapy. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 34(6), 284-304.
- European Network of Physiotherapy in Higher Education 2019. Viitattu 18.11.2019. <http://enphe.org/>
- Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa lokakuussa 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti. 2018. [www.thl.fi/tilastot](http://www.thl.fi/tilastot)
- Fransen, M. & McConnell, S. 2008. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database systematic review* (4): CD004376.
- Fritz, JM., Brennan, GP., Hunter, SJ & Magel, JS. 2013. Initial management decisions after a new consultation for low back pain: implications of the usage of physical therapy for subsequent health care costs and utilization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94 (5), 808-16.
- Edwards, P., Ebert, J., Joss, B., Bhabra, G., Ackland, T. & Wang A. 2016. Exercise rehabilitation in the non-operative management of rotator cuff tears: a review of the literature. *International Journal of Sports Physical Therapy* (2), 279–301.
- Goodwin, RW. & Hendrick, 2016. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development* (5), 489–502.
- Hanratty, CE., McVeigh, JG., Kerr, DP., Basford, JR., Finch, MB., Pendelton, A. Sim J. 2012. The effectiveness of physiotherapy exercises in subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 42, 297-316.
- Holdsworth, LK. & Webster, VS. 2004. Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future. *Physiotherapy* 90, 64–72.

- Holdsworth, LK., Webster, VS & McFadyen AK. 2007. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93, (1):3-11.
- Holmgren, T., Björnsson, H., Hallgren, H., Öberg, B., Adolfson, L. & Johansson, K. 2012. Effect of specific exercise strategy on need for surgery in patients with subacromial impingement syndrome: randomised controlled study. *BMJ* 344, e787
- Holopainen, E., Lahti, J., Rahkonen, O., Lahelma, E., & Laaksonen, M. 2012. Liikunta ehkäisee pitkiä sairauslomia. *Suomen lääkirilehti* 67(14-15), 1155-1159.
- Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., Woolf, A., Vos, T. & Buchbinder R. 2012. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and rheumatism* 64(6), 2028-37.
- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F. & Buchbinder, R. 2010. The Epidemiology of low back pain. *Clinical Rheumatology* 24(6), 769-81.
- Hujanen, T., Kapiainen, S. & Pekurinen M. 2008. Terveysthuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2006. *Stakesin työpapereita* 3/2008.
- Häkkinen, A., Korniloff, K., Aartolahti, E., Tarnanen, S., Nikander, R. & Heinonen A. Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus. *Kelan julkaisuja* 68/2014. Viitattu 15.10.2017. <http://www.kela.fi/>
- Ikonen, A., Räsänen, K., Manninen, P., Rautio, M., Husman, P., Ojajärvi, A., Alha, P. & Husman, K. 2013. Use of health services by Finnish employees in regard to health-related factors: the population-based health 2000 study. *Inter Archives of Occupational and Environmental Health* 86, 451 - 62.
- IJzelenberg, W., Rubinstein, SM., Hayden, J., Koes, BW & van Tulder MW. 2011. Exercise therapy for acute non-specific low-back pain (Protocol). *Cochrane Database Systematic review* 10:CD009365.
- Kangas, H., Vuori, J., Luoto, S. & Kylänen, M. 2015. Fysioterapeuttien suoravastaanotot – työnjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä? *Fysioterapia* 62,4-9.
- Kesäniemi, YK., Danforth, E Jr., Jensen, MD., Kopelman, PG., Lefebvre, P. & Reeder BA. 2001. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33(6), 351–8.

- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen S. 2018. Toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 4/2018.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 68/2012.
- Kukka, A. 2010. Selvitys fysioterapeuttien laajennetusta tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit.
- Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto S. 2015. Työn jaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Itä- Suomen Yliopisto.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.  
[www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)
- Lakka, M. 2008. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden vertailu lääkäri vastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden pro gradu tutkielma.
- Leemrijse, C.J, Swinkels, IC. & Veenhof C. 2008. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Physiotherapy* 88, 936–946.
- Lehtola, V. 2019. Alaselkäkipuisen potilaan harjoittelu – mikä on tärkeää? *Fysioterapia* (6), 32–35.
- Ludvigsson, M. & Enthoven, P. 2012. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 98, 131-137.
- MacKay, C., Davis, AM., Mahomed, N. Badley EM. 2009. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 178–183.
- Maher, C., Underwood, M & Buchbinder, R. 2017. Non-specific low back pain. *Lancet* 389:736–47.
- Martimo, KP., Varonen, H., Husman, K. & Viikari-Juntura, E. 2007. Factors associated with self-assessed work ability. *Occupational Medicine* 57, 380 - 2.

- Menetetyt työpanoksen kustannus. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 3.10.2019.
- Miranda, H., Kaila-Kangas, L., Heliövaara, M., Leino-Arjas, P., Haukka, E., Liisa, J. & Viikari-Juntura, E. 2010. Musculoskeletal pain at multiple sites and its effects on work ability in a general working population. *Occupational and Environmental Medicine* 67(7),449-55.
- Minkten, P., Pascoe, S., Barrsch, A. & Cleland, J. 2015. Direct Access to Physical Therapy Services Is Safe in a University Student Health Center Setting. *Journal of Allied Health* 44(3), 164-8.
- Mitchell, JM. & De Lissovoy, G. A. 1997. Comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physiotherapy* 77, 10-18.
- Moore, JH., McMillian, DJ., Baxter, RE., DeBerardino, TM., Mansfield, LT., Fellows, DW. & Taylor, DC. 2005. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 35, 67-71
- Moore, JH., McMillian, DJ., Rosenthal, MD & Weishaar MD. 2005. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 35(10):674-8.
- Multanen, J. 2016. Exercise for bone and cartilage in postmenopausal women with mild knee osteoarthritis. University of Jyväskylä. *Studies in sport, physical education and health*.
- Mustajoki, P. 2014. Lääkärit ja haittatapahtumien torjunta. *Suomen lääkirilehti* 69 (371).
- Mäntyselkä, P. 1998. Kipupotilas terveystieteissä. Kuopion yliopisto.
- Napier, C., McCormack, RG., Hunt, MA & Brooks-Hill A. 2013. A physiotherapy triage service for orthopaedic surgery: an effective strategy for reducing wait times. *Physiotherapy Canada*. 65(4), 358–363. doi:10.3138/ptc.2012-53
- Ojha, H., Snyder, RS. & Davenport T. 2014. Direct Access Compared with Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy* 94,14-3.
- Pendergast, J., Kliethermes, SA., Freburger, JK. & Duffy PA. 2012. A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research* 47(2), 633-654.



- Piscitelli, D., Furmanek, MP., Meroni, R., De Caro, W. & Pellicciari L. 2018. Direct access in physical therapy: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science* 29(8). 1463–1471.
- Pitkänen, L., Haavisto, I., Vähäviita, P., Torkki, P., Leskelä, R-L. & Komssi V. Vaikuttavuus SOTE:ssa - suoritteista tuloksiin. 2018. Nordic Health Group.
- Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa Karl-August Lindgren (toim.) TULES. Tuki – ja liikuntaelinsairaudet. 1 painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim, 12-18.
- Pohjolainen, T. & Ylinen, J. 2003 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet yleisin sairauslomien syy. *Duodecim* 119, 2402–4.
- Potilas –ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9. Viitattu 19.11.2019.
- Qaseem, A., Wilt, T., Mclean, R., Forciea, M. 2017. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 166 (7), 514-530.
- Goodwin, RW. & Hendrick, PA. 2016. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? *Primary Health Care Research & Development* 17(5), 489–502.
- Richardson, B., Shepstone, L., Poland, F., Mugford, M., Finlayson, B. & Clemence, N. 2005. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emergency Medicine Journal* (22), 87 – 92.
- Räsänen, P. & Sintonen, H. 2013. Terveystalouden taloudellinen arviointi. *Suomen lääkirilehti* 68(17), 1255-1260.
- Salisbury, C., Johnson, L., Purdy, S., Valderas, JM. & Montgomery, AA. 2011. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice* 61(582), e12–e21. doi:10.3399/bjgp11X548929
- Sebbag, E., Felten, R., Sagez, F., Sibial, J., Devillers, H. & Arnaud, L. 2019. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Annals of the Rheumatic Diseases*. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215142>

- Shiri, R. & Falah-Hassani, K. 2017. Does leisure time physical activity protect against low back pain? Systematic review and meta-analysis of 36 prospective cohort studies. Review. *British Journal of Sports Medicine* 51, 1410–1418.
- Sintonen, H. & Pekurinen M. 2006. *Terveystaloustiede*. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy. Helsinki.
- Sosiaali - ja terveysministeriö 2012. Terveystaloustiede 2000-luvulle -hankkeen valtakunnallinen ohjausryhmä. [www.stm.fi](http://www.stm.fi). Viitattu 19.11.2019.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Kipu. Käypä hoito – suositus. Viitattu 18.11.2019. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Säteilylaki 859/2018. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2014. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2017. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Niskakipu. 2009. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2017. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Alaselkäkipu. 2015. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2017. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Suomen fysioterapeutit RY:n asettama työryhmä. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. 2017. Viitattu 18.11.2019. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/02/Suoravastaanottosuositus2017.pdf>
- Suomen Valtioneuvosto. 2017. Hallituksen esitys eduskunnalle säteilylaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. [www.valtioneuvosto.fi](http://www.valtioneuvosto.fi)
- Suominen, S. Suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. 2015. *Fysioterapia* 62. Pääkirjoitus.
- Sutton, M., Govier, A., Prince, S. and Morphett, M. 2015: Primary-contact physiotherapists manage a minor trauma caseload in the emergency department without misdiagnoses or adverse events: an observational study. *Journal of Physiotherapy* 61, 77–80.
- Särkilahti, N. 2019. Tukeeko tutkimustieto niskakipuisten potilaan harjoittelua? *Fysioterapia* (6), 42–48.

- Taylor, N., Norman, E., Roddy, L., Tang, C., Pagram, A. & Hearn K. 2011. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy* 97, 107 - 114.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326)
- THL:n sairastavuusindeksi 2014–2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Tilastoraportti. Viitattu 18.11.2019.
- Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet yleisin päädiagnoosi somaattisessa erikoissairaanhoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot 2017. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
- Van Amelsvoort, L., Spigt, M., Swaen, G. & Kant, I. 2006. Leisure time physical activity and sickness absenteeism; a prospective study. *Occupational Medicine* 56(3), 210-2.
- Vasankari, T., Kolu, P., Kari, J., Pehkonen, J., Havas, E., Tammelin, T., Jalava, J., Koski, H., Pihlainen, K., Kyröläinen, H., Santtila, M., Sievänen, H., Raitanen, J. Tokola, K. 2018. Liikkumattomuuden lasku kasvaa – vähäisen fyysisen aktiivisuuden ja heikon fyysisen kunnan yhteiskunnalliset kustannukset. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 31/2018.
- Vibe Fersum, K., O’Sullivan, P., Skouen, JS., Smith, A. & Kvåle, A. 2013. Efficacy of classification- based cognitive functional therapy in patients with non- specific chronic low back pain: a randomized controlled trial. *European Journal of Pain* 17(6), 916-28.
- Viisainen, K., Saalasti- Koskinen, U, Perälä, M-L, Kinnunen. J. & Teperi J. Terveydenhuolto 2000-luvulle –hankkeen alueellisen toimeenpanon arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2002:8. Viitattu 4.9.2017.
- Vos, T., Flaxman, AD., Naghavi, M. 2012. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380, 2163–96 .
- Vuori, I. & Bäckman, H. 2010. Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Opas 11. Helsinki.
- Ylinen, J. 2015. Selkäkipupotilaan hoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin hoitoketju. <https://www.ksshp.fi/tules-kartta/Selk%C3%A4kipupotilaan%20hoito%20perusterveydenhuollossa%20ja%20erikoissairaanhoidossa.pdf>

- Williams, CM., Maher, CG., Hancock, MJ., McAuley, JH., McLachlan, AJ., Britt, H., Fahdirin, S., Harrison, C. Latimer, J. 2010. Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians. *Archives of Internal Medicine* 170 (3), 271–277.
- Webster, V.S., Holdsworth, L.K., McFadyen, A.K., Little, H. & The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. 2008. Self-referral, access and physiotherapy: patients`knowlwdge and attitudes –results of a national trial. *Physiotherapy* 94, 141-149.

## **6. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

### **6.1 Tutkimuksen tarkoitus**

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää fysioterapian suoravastaanottoiminnan vaikutuksia TULE-potilaiden potilasvirtoihin ja arvioida voidaanko toiminnalla tehostaa TULE- potilaiden hoitoa.

### **6.2 Tutkimuskysymykset**

1. Kuinka suuri osa suoravastaanotolle ohjautuneista TULE-potilaista tulee hoidetuksi fysioterapian keinoin ja kuinka suuri osa ohjataan jatkohoitoon lääkärille?
2. Kuinka suurta fysioterapeutin suoravastaanotto on volyymiltaan ja kuinka suuri osa TULE- potilaista hoidetaan lääkäreiden vastaanotoilla?

Tästä eteenpäin pro- gradu tutkielma on artikkelin käsikirjoitusmuodossa.

## **7. TUTKIMUSARTIKKELI**

### **FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO**

Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A., & Ylinen, J. 2016. Fysioterapeutin suoravastaanotto. Suomen lääkärilehti 71 (24), 1773-1777.

## **FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO**

### **Lähtökohdat**

Fysioterapeutin suoravastaanotolla tarkoitetaan tuki- ja liikuntaelin (TULE) -potilaan ohjaamista ensisijaisesti fysioterapeutille lääkärin sijaan. Tutkimuksessa selvitettiin, onko fysioterapeutin suoravastaanotto potentiaalinen palvelu pyrittäessä tehostamaan TULE-potilaiden hoitoa.

### **Menetelmät**

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella koulutettiin julkisen terveydenhuollon fysioterapeutteja suoravastaanottotyöhön vuosina 2012–13. Suoravastaanotto käynnistettiin koulutusprojektin jälkeen portaittain vuoden 2013 alusta. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin tietojärjestelmistä fysioterapeutin suoravastaanoton ja lääkärin TULE-potilaiden käyntitietoja vuonna 2014.

### **Tulokset**

Fysioterapeutin suoravastaanotto käsitti yhteensä 2 398 TULE-potilaskäyntiä vuoden aikana. Lääkärin avosairaanhoidon vastaanotoille tehtiin vastaavasti 302 873 käyntiä, joista TULE-potilaskäynneiksi oli kirjattu 50 822 (17 %). Fysioterapeutin suoravastaanoton osuus alueen TULE-potilaskäynneistä oli 5 %. Suoravastaanoton potilaista 4 % ohjattiin jatkohoitoon lääkärille.

### **Päätelmät**

Fysioterapeutin suoravastaanotolle on mahdollista päästä kaikissa TULE-sairauksissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jokaisessa viidessä perusterveydenhuollon kuntayhtymässä. Toimintaa laajentamalla voidaan tehostaa TULE-potilaiden hoitoa ja vähentää lääkärin kuormitusta sekä mahdollisesti vähentää kustannuksia, sillä vain pienellä osalla suoravastaanotolle ohjautuneista potilaista todettiin tarve jatkohoitoon lääkärille.

Tuki- ja liikuntaelin (TULE) -sairaudet ovat Suomessa eniten työstä poissaoloja aiheuttava sairausryhmä. Siitä aiheutuu vuodessa noin 2,5 miljardin euron kustannukset (1). Kolme yleisintä sairauspäiväraha-kauden syytä tässä sairausryhmässä ovat selkäsairaudet, hartia-alueen sairaudet ja nivelrikko (2).

Terveyskeskuslääkärin ja työterveyslääkärin vastaanottokäynneistä noin 20–30 % on TULE-potilaiden käyntejä (3,4,5). Väestön ikääntyminen todennäköisesti lisää näiden potilaiden määrää entisestään (6). Kun TULE-potilas hakeutuu hoitoon terveyskeskukseen, hänet ohjataan tavallisesti lääkärin vastaanotolle, josta lääkäri harkintansa mukaan ohjaa hänet fysioterapeutille. Suoravastaanoton toimintamallissa potilaan sen sijaan ohjaa fysioterapeutille sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja yleensä puhelimitse tehdyn hoidontarpeen arvioinnin jälkeen, ilman lääkärissä käyntiä ja sen yhteydessä tehtävää lähetettä. Järjestely nopeuttaa potilaan hoidon aloitusta ja kuntoutuksen käynnistymistä, kun potilaan ei tarvitse jonottaa ensin lääkäriin ja sitten fysioterapeutille (7). Tehtävän siirrot ammattiryhmien välillä ovat mahdollisia lainsäädännön puitteissa (8), mutta vastuu toimintayksikön terveyden- ja sairaanhoidosta on toimintayksikön vastaavalla lääkäriellä (9).

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata fysioterapeutin suoravastaanoton toteutumista Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ja arvioida, voidaanko suoravastaanottomallilla tehostaa TULE-potilaiden kuntoutusta.



## **Aineisto ja menetelmät**

Vuosien 2012–13 aikana toteutetussa projektissa (15 opintopistettä) suoravastaanottotyöhön koulutettiin 28 fysioterapeuttia, jotka työskentelivät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkisessa terveydenhuollossa.

Samalla alueelle luotiin suoravastaanoton toimintamalli. Osana sitä vastaanottohenkilöstö perehdytettiin lääkärin kehittämään hoidontarpeenarviointiin, jonka perusteella potilaat ohjataan fysioterapeutille tai lääkärille. Koulutusprojektin jälkeen fysioterapeutin suoravastaanotto aloitettiin Keski-Suomessa 23:ssa perusterveydenhuollon toimipisteessä viiden kuntayhtymän alueella (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus (JYTE), Wiitaunioni, perusturvaliikelaitos Saarikka, Äänekosken terveyskeskus sekä Seututerveyskeskus) vuoden 2014 alkuun mennessä.

Kuntayhtymien alueelta kerättiin lääkärin avovastaanottojen käyntitiedot ja fysioterapeutin suoravastaanottojen käyntitiedot vuodelta 2014 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmistä (Effica, Pegasos ja Mediatri). Paikallisista tietojärjestelmistä saatiin kaikkien suoravastaanottojen käyntitiedot sekä lääkärin käyntitiedot kahden kuntayhtymän (JYTE, Seututk) alueelta ja erikoissairaanhoidosta. Kolmen kuntayhtymän lääkärin käyntitiedot haettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) valtakunnallisesta AvoHILMO-rekisteristä.

Tietojärjestelmistä kerättiin fysioterapeutin suoravastaanottojen käyntimäärät, tulosityy vastaanotolle (ICPC2, perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus) ja jatkohoidon sisältö (SPAT-koodi, Suomalainen perusterveyden huollon avohoidon toimintoluokitus). Lääkärin vastaanottojen käyntitiedoista kerättiin kaikkien potilaiden sekä TULE-potilaskäyntien määrä avosairaanhoidossa ja keskussairaalan päivystyksessä. Lääkärit tilastoivat käyttämällä pääosin ICD10-tautiluokituksen diagnooseja, joista seulottiin M- (tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairaudet) ja S- (vammat) merkkiset diagnoosit. Lisäksi ICPC2-luokituksen kautta seulottiin L-koodit (tuki- ja liikuntaelimet).

AvoHILMO-rekisterin kautta kerättiin käyntisyiden kirjausaste lääkärin vastaanotoilta, käyntien kokonaismäärä, ICD10-tautiluokituksen M-diagnoosit sekä S- ja T-diagnoosit (vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset).

## **Tulokset**

Fysioterapeutin suoravastaanotolla kävi tutkimusajanjaksona yhteensä 2 398 potilasta. Potilaiden lukumäärä oli 5 % perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolla käyvien TULE-potilaiden määrästä. Eri yksiköiden osuudet vaihtelivat välillä 2–13 %. Lääkärin vastaanotoilla kirjattiin yhteensä 302 873 potilaskäyntiä. Lääkärissäkäyntien syistä oli kirjattu keskimäärin 52 %. Kirjatuista käynneistä 50 575 (17 %) oli merkitty TULE-potilaskäynneiksi (taulukko 1). Keski-Suomen keskussairaalan päivystyksessä kirjattiin 82 324 potilaskäyntiä, joista 17 986 (22 %) oli TULE-potilaskäynntejä.

Fysioterapeutin suoravastaanoton potilaista 36 % kävi vastaanotolla vain kerran ja 23 %:lle varattiin seuranta-aika fysioterapiaan. Suoravastaanoton potilaista 4 % ohjattiin jatkohoitoon lääkärille (taulukko 2). Suurin osa suoravastaanoton potilaista hakeutui hoitoon selkävaivan (50 %) takia. Niskavaivojen sekä ylä- ja alaraajavaivojen osuudet olivat kussakin ryhmässä 14–15 % (taulukko 3).

Taulukko 1.

**Fysioterapeutin suoravastaanoton toteutuma vuonna 2014**

	Jyte <sup>1</sup>	Saarikka <sup>2</sup>	Wiitaunioni	Seututk <sup>3</sup>	Äänekoski	Yht.
Käyntisyys						
Niska	250	67	25	16	12	370 (15,3%)
Selkä	818	168	88	67	70	1211 (50,2%)
Yläraaja	124	90	60	31	31	336 (14,0%)
Alaraaja	117	84	60	49	51	361 (15,0%)
Muu tules oire/vaiva	17	3	9	17	3	49 (2,0%)
Muut	35	29	12	0	9	85 (3,5%)
Käyntisyiden kokonaismäärä	1361	441	254	180	176	2412
Ei käyntisymerkintää	0	0	0	33	160	193
Kokonaiskäyntimäärä	1242	414	193	213	336	2398
Suoravastaanoton käyntimäärä suhteessa lääkäreiden TULE- potilaiden käyntimäärään	4,2 %	13,0 %	7,7 %	2,5 %	4,8 %	4,7 %

1 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus

2 Perusturvaliikelaitos Saarikka

3 Keski-Suomen seututerveyskeskus

Taulukko 2.

**Lääkäreiden vastaanoton toteutuma vuonna 2014**

	Jyte <sup>1</sup>	Saarikka <sup>2</sup>	Wiitaunioni	Seututk <sup>3</sup>	Äänekoski	Yht.
Avosairaanhoidon kokonaiskäyntimäärä	149957	28782	18344	77605	28185	302873
Käyntisyiden kirjausaste (ICD10)	79,0 %	29.6%	42,8 %	30,4 %	75,9 %	51,5 %
Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudosten sairauksien käyntimäärä	22552 (15,0%)	2026 (7,0%)	1652 (9,0%)	6364 (8,2%)	4770 (16,9%)	37364 (12,3%)
Vammojen käyntimäärä	7105 (4,7%)	1157 (4,0%)	841 (4,6%)	2056 (2,6%)	2299 (8,2%)	13458 (4,4%)
TULE- diagnoosien yhteenlaskettu määrä	29657 (19,8%)	3183 (11,1%)	2493 (13,6%)	8420 (10,8)	7069 (25,1%)	50822 (16,8%)

1Jyväskylän yhteistoiminta- alueen terveyskeskus

2Perusturvaliikelaitos Saarikka

3Keski- Suomen seututerveyskeskus

Taulukko 3.

**Fysioterapeutin suoravastaanoton jatkohoito vuonna 2014**

	Jyte <sup>1</sup>	Saarikka <sup>2</sup>	Wiitaunioni	Seututk <sup>3</sup>	Äänekoski	Yht.
Jatkohoidon sisältö						
Ei jatkotoimenpiteitä	551	197	87	29	84	948 (35,8%)
Jatkohoidon suunnitelma, jatkohoidon järjestäminen	452	2	33	14	13	514 (19,4%)
Sopimus puhelinajasta	192	112	27	11	12	354 (13,4%)
Sopimus uudesta vastaanottoajasta	436	82	34	33	28	613 (23,1%)
Ohjaus lääkärille	35	16	21	18	20	110 (4,1%)
Muu jatkohoito	28	3	7	61	12	111 (4,2%)
Yhteensä jatkohoitokoodeja	1694	412	209	166	169	2650
Ei tilastoitua jatkohoitoa	0	2	0	47	167	216

1 Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus

2 Perusturvaliikekeskus Saarikka

3 Keski- Suomen seututerveyskeskus

## **Pohdinta**

Tutkimuksemme mukaan fysioterapeutin suoravastaanotto on volyymiltaan pientä ja TULE - potilaat kuormittavat edelleen lääkäreiden vastaanottoja. Niissä kuntayhtymissä, joissa lääkärisäkäyntien syistä oli kirjattu yli 70 %, lääkärin vastaanotolle tehtyjen TULE-käyntien osuus oli 20–25 % käyntien kokonaismäärästä ja vastasi aiempaa tutkimustietoa (3,4). Kuntayhtymien väliset erot esiintyvyydessä johtuvat toden näköisesti enemmän käyntisyiden kirjaamisasteesta kuin sairastavuudesta.

Tässä tutkimuksessa puolet suoravastaanotolla kävijöistä oli selkäpotilaita, mutta vastaanotoille ohjautui myös paljon potilaita, joilla oli niska- tai ylä- ja alaraajavaivoja. Toteutetun koulutusprojektin yhtenä tavoitteena olikin aiemmista selkävastaanotoista poiketen (10) laajentaa toiminta koskemaan kaikkia tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Nyt saatujen tutkimustulosten mukaan tavoite näyttäisi näiltä osin toteutuneen.

Tutkimuksessamme valtaosa suoravastaanoton potilaista hoidettiin fysioterapian keinoin ja vain pieni osa ohjattiin jatkohoitoon lääkärille. Tämä viittaa siihen, että fysioterapeutit pystyvät hoitamaan suuren osan TULE-potilaista itsenäisesti ja näin tehostamaan tämän potilasryhmän hoitoketjua. Myös ulkomaisissa tutkimuksissa fysioterapeutin suoravastaanotto on tehostanut TULE-potilaiden hoitoprosessia ja vähentänyt lääkäreiden työkuormitusta (7,11,12).

Tutkimuksemme mukaan paljon TULE-potilaita hakeutui myös Keski-Suomen keskussairaalan päivystykseen. Koska fysioterapeutit eivät ole mukana päivystystoiminnassa, TULE- potilaita hoitavat pelkästään lääkärit ja sairaanhoitajat. Tuoreen suomalaisen tutkimuksen mukaan päivystyksen lääkärit olisivat kuitenkin valmiita siirtämään tehtäviä ja vastuuta fysioterapeuteille (13). Terveystieteiden henkilöstön lisäksi myös potilaiden kokemukset fysioterapeutin suoravastaanotosta ovat olleet positiivisia (10,14,15).

Suoravastaanoton yhtenä tavoitteena on korvata lääkärisäkäynti ja vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Tutkimusten mukaan ensi kontakti fysioterapeutilla tulee edullisemmaksi kuin se, että lääkäri toimii portinvartijana ja potilas tulee lääkärin vastaanoton

kautta fysioterapeutille (10,14,16). Säästöjen aikaansaamiseksi täytyy kiinnittää erityistä huomiota potilaiden hoitopolkuun, sillä tutkimuksessamme havaittiin suoravastaanotolle ohjautuvan potilaita, jotka olivat jo käyneet lääkärin vastaanotolla saman vaivan vuoksi. Skotlannissa terveydenhuollon kustannuksia arvioitiin voitavan säästää vuosittain jopa 2 miljoonaa puntaa ohjaamalla potilaat suoraan fysioterapeutille ilman lääkärissäkäyntiä (16).

Käypä hoito -suositusten mukaan hoito on ensisijaisesti konservatiivinen useissa TULE-sairauksissa (17,18,19). Erityisesti aktiivinen terapeuttinen harjoittelu on todettu vaikuttavaksi TULE-potilaiden kuntoutuksessa (20). Fysioterapeutin suoravastaanotolla potilasta ohjataan näyttöön perustuvaan terapeuttiseen harjoitteluun, mikä auttaa potilasta oman sairautensa hallinnassa myöhemminkin.

Osa suoravastaanoton potilaista täytyy kuitenkin ohjata lääkärille. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää, että fysioterapeutti osaa arvioida lääkärin palveluja tarvitsevat potilaat ja ne, jotka voidaan hoitaa fysioterapian keinoin. Tähän täydennyskoulutus vastasi kouluttamalla tunnistamaan vakavia sairauksia, arvioimaan konsultaatiotarvetta lääkärille sekä kehittämällä hoidontarpeen arviointia. Fysioterapeuttien ammatillinen osaaminen TULE-sairauksien hoidossa on asiantuntevaa (21,22,23), eikä potilaiden turvallisuutta näyttäisi vaarantavan tai potilasvahinkoja lisäävän se, että fysioterapeutti aloittaa TULE-potilaiden hoidon ilman lääkärin lähetettä (23,24,25).

Tutkimuksemme heikkoutena on käyntisyiden kirjausasteen vaihtelevuus, joka näyttäisi vääristävän lääkärin vastaanotolle tehtyjen TULE-käyntien osuuden kaikista potilaskäynneistä liian pieneksi. Tämä vaikuttaa tulosten luotettavuuteen (26). Tutkimussuunnitelmasta poiketen osa käyntitiedoista jouduttiin resurssipulan vuoksi hakemaan valtakunnallisesta AvoHilmo-rekisteristä. Myös tämä vaikuttaa hieman TULE-potilaiden osuuteen, sillä AvoHILMO-rekisterin käyntitiedot sisältävät vammojen lisäksi myrkytystapaukset, koska diagnoosit tilastoidaan potilastietojärjestelmissä samaan tautiryhmään.

Fysioterapian suoravastaanottoa tulisi vastedes tutkia satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimusasetelmassa toiminnan kustannusvaikuttavuuden selvittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen yhtenä

tavoitteena on palveluketjujen saumaton kokonaisuus, toimivimmat peruspalvelut ja terveydenhuollon kustannusten hallinta (27). Tutkimuksemme mukaan fysioterapeutin suoravastaanotto toiminnalla voitaisiin tehostaa TULE-potilaiden hoitoa, vähentää lääkäreiden kuormitusta ja mahdollisesti vähentää terveydenhuollon kustannuksia.



## Artikkelin lähteet

1. Vuori I, Bäckman H. Terve tuki- ja liikuntaelimestö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Opas 11. Helsinki.
2. Pohjolainen T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Teoksessa Karl-August Lindgren (toim.) TULES. Tuki – ja liikuntaelinsairaudet. 1 painos. Helsinki: kustannus Oy Duodecim, 12-18.
3. Mäntyselkä P. Kipupotilas terveyskeskuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto 1998; 106
4. Martimo KP, Varonen H, Husman K, Viikari-Juntura E. Factors associated with self-assessed work ability. *Occup Med (Lond)*. 2007;57:380–2.
5. Ikonen A, Räsänen K, Manninen P ym. Use of health services by Finnish employees in regard to health-related factors: the population-based health 2000 study. *Inter Archives of Occupational and Environmental Health* 2013;86:451–62.
6. Heliövaara M, Riihimäki H. Tuki- ja liikuntaelin sairaudet. Viitattu 4.11.2015. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
7. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Clarice T, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiother* 2011; 97 :107–114.
8. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559)
9. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. [www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326)
10. Suominen S. Suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. *Fysioterapia* 2015;62. Pääkirjoitus.

11. Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Res* 2012;47(2):633-654
12. Holdsworth LK , Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? and into the future. *Physiotherapy* 2004; 90: 64–72.
13. Kangas H, Vuori J, Luoto S & Kylänen M. 2015. Fysioterapeuttien suoravastaanotot – työnjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä? *Fysioterap* 2015;62,4-9.
14. Lakka M. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastytyväisyyden vertailu lääkärivastaanoton ja fysioterapeuttin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden Pro gradu-työ. Kuopio, 2008.
15. Daker-White G, Carr A. J, Harvey I, ym. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiology and Community Health*, 1999;53:643-650.
16. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiother* 2007; 93(1):3-11.
17. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Alaselkäkipu. 2015. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
18. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistys ry:n asettama työryhmä. Polvi- ja lonkkanivelriikko. 2014. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
19. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fen-niae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Niskakipu. 2009. Käypä hoito- suositus. Viitattu 11.11.2015. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
20. Häkkinen A, Korniloff K, Aartolahti E, Tarnanen S, Nikander R & Heinonen A. Kelan julkaisu 68/2014. Näyttöön perustuva tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuntoutus. Viitattu 15.10.2015. <http://www.kela.fi/>
21. Kylänen M, Vuori J, Kangas H, Luoto S. Työn jaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaarit ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Kuopio 2015.
22. MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *J Evaluation in Clinical Practice* 2009;15:178–183

23. Ojha H, Snyder , Davenport T. Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Ther* 2014;94:14-3
24. Moore JH, McMillian DJ, Baxter RE ym. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *J Orthop Sports Phys Ther* 2005; 35:67-71.
25. Boissonault WG, Ross MD. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. *Journal of orthopaedic & sports physical ther* 2012; 42: 446-454
26. Räisänen S, Heinonen S, Sund R & Gissler M. Rekisteritietojen hyödyntämisen haasteet ja mahdollisuudet. *Suomen lääkäri* 2013;68, 3075-82.
27. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sote- ja itsehallintouudistus. Viitattu 11.11.2015. [www.stm.fi](http://www.stm.fi).

---