

**KUNTOUTUJIENTÄ NÄKEMYKSIÄ FYSIOTERAPEUTTIEN
SUORAVASTAANOTTOTOIMINNASTA**

Kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella

Raisa Latvala-Kaataja

Fysioterapian Pro Gradu tutkielma

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

Raisa Latvala-Kaataja (2016). Kuntoutujien näkemyksiä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta: Kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, fysioterapian pro-gradu tutkielma, 52s, 4 liitettä.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus: Fysioterapian suoravastaanotto tarkoittaa tehtävänsiirtoa, jossa kuntoutuja ohjautuu kriteerien perusteella suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Aikaisempien tutkimusten tuloksissa on tullut esille, että kuntoutujat ovat olleet tyytyväisiä fysioterapeuttien työhön, mm. vastaanottoaikaan, monipuoliseen ohjaukseen ja itsehoidon neuvontaan. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia näkemyksiä Jyväskylän sairaanhoitopiirin alueen kuntoutujilla oli fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta ja oliko taustatekijöillä yhteyttä näkemyksiin.

Tutkimusaineisto ja –menetelmät: Aineisto kerättiin fysioterapeuttien vastaanoton jälkeen kyselylomakkeilla. Tutkimuksen kyselylomakkeeseen vastasi 99 (KA 51, SD 16, vaihteluväli 17-80, miehiä 28%, naisia 72%) kuntoutujaa 14 eri terveysasemalta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta sijaitsevista kunnista tai kuntayhtymistä. Tutkimuksessa käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal-Wallis-testiä.

Keskeiset tulokset: Fysioterapeutin suoravastaanottoon suhtauduttiin kokonaisuutena positiivisesti. Kuntoutujat kokivat, että kohtelu vastaanotolla oli kunnioittavaa (60,6 %). Fysioterapeutin tiedot ja taidot (74,7 %) sekä kuntoutujille antamat neuvot ja ohjeet (61,6 %) koettiin toimintaa edistäviksi. Fysioterapian toteutuksessa kuntoutujat kokivat, että he saivat osallistua suoravastaanottoon pääosin hyvin (67,7 %) ja ilmapiiri oli positiivinen (88,4 %). Eniten eroavaisuuksia löydettiin kuntoutujien arvioidessa fysioterapian saatavuutta, toteutusta ja uusintakäyntiä. Fysioterapian saatavuudessa löytyi eroja terveysasemien välillä ($p < .05$). Pohjakoulutuksen perusteella matalamman koulutuksen saaneet ($p < .01$) olivat korkeammin koulutettuja tyytyväisempiä pääsystä haluamalleen terveydenhuollon työntekijälle. Pääsystä haluamaansa hoitopaikkaan olivat tyytyväisimpiä ne kuntoutujat, joiden terveysasemalla ei suoravastaanottotoimintaa ollut aiemmin ($p < .05$). Suoravastaanoton toteutuksessa oli eroja pohjakoulutuksen perusteella ($p < .05$) siten, että matalammin koulutetut ($p < .05$) olivat tyytyväisempiä kuin ylioppilaat tai yliopistollisen loppututkinnon suorittaneet. Nykyisellä työtilanteella oli myös yhteyttä kuntoutujien näkemyksiin siten, että ansiotyössä kotona olleet ja eläkeläiset olivat tyytyväisempiä fysioterapian toteutukseen ($p < .05$). Uusintakäynnille suoravastaanotolle arvioivat tulevansa ne kuntoutujat, jotka olivat vanhempain- tai muulla pitkällä lomalla ($p < .05$).

Johtopäätökset: Tulokset tukevat aiempia tutkimuksia positiivisesta suhtautumisesta suoravastaanottotoimintaa kohtaan. Erityisesti kuntoutujat olivat tyytyväisiä saatavuuteen, fysioterapeutin taitoihin, ohjaukseen ja neuvontaan sekä vastaanoton toteutukseen. Eri terveysasemilla saatavuudessa oli eroja. Matalammin kouluttautuneet olivat tyytyväisempiä toteutukseen kuin korkeasti kouluttautuneet. Nykyisellä työtilanteella oli yhteyttä tyytyväisyyteen.

Avainsanat: fysioterapeutti, suoravastaanotto, tehtävänsiirto, kvantitatiivinen analyysimenetelmä

ABSTRACT

Raisa Latvala-Kaataja (2015). A survey of rehabilitees' experiences of direct access to treatment in physiotherapy. Institute of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's Thesis in Physiotherapy, 52 pages, 4 appendices.

Background and purpose of the study: Direct assess means receiving the transfer function, which is directed to the rehabilitation client on the basis of the criteria laid down directly by a physiotherapist's office without visiting a doctor's office. The results of previous studies has revealed that the rehabilitees have been satisfied with physiotherapists, among others, reception time, diverce guidance self-care advice. The purpose of this study was to find out what kind of views rehabilitees on Jyväskylä University Hospital District was a direct reception activities of physiotherapists and whether background factors contacted views.

Material and methods: The data was collected by physiotherapists after receipt of questionnaires. The questionnaire was 99 (KA 51, SD 16, range 17-80, men 28%, women 72%) in rehabilitation to 14 different health centers located in the Central Finland Health Care District area municipalities or municipal organizations. The study Mann-Whitney U-test and the Kruskal-Wallis test was used.

Key results: Physiotherapy as a direct assess greeted positively as a whole. Rehabilitation patients felt that the treatment's office was respectful (60.6%). Physiotherapist knowledge and skills (74.7%), as well as advice and guidance (61.6%) was experienced by the people in rehabilitation activities for the promotion of. Physiotherapy rehabilitation in implementing felt that they could take part in the direct reception of mostly well (67.7%) and the atmosphere was positive (88.4%). Most differences were found when assessing the availability of rehabilitation, the implementation and the state of the art physiotherapy visits. The availability of physiotherapy found differences between the health centers ($p < .05$). On the basis of basic education received a lower education ($p < .01$) were more satisfied with access to highly educated their choice of health care workers. They want access to the place of treatment were most satisfied with their rehabilitation, health center which is not directly receiving the operation had previously ($p < .05$). Direct reception implementation, there were differences on the basis of basic education ($p < .05$) in such a way that the lowest level of education ($p < .05$) were more satisfied than university students or university graduates. In the current work situation also had contact rehabilitees views in such a way that gainful employment at home and were seniors were satisfied with the implementation of physiotherapy ($p < .05$). The appointments direct assess they will assess their rehabilitation, who had parental or other long-term leave ($p < .05$).

Conclusions: The results support previous studies of positive attitudes towards direct reception operation point. In particular, the rehabilitation were satisfied with the availability, a physiotherapist skills, guidance and counseling, as well as the implementation of the reception. The various health centers in the availability of differences. With lower educated were more satisfied with the implementation of the highly educated. In the current work situation was contacted for satisfaction.

Keywords: physiotherapist, direct access, task shifting, quantitative analysis

Sisällys

1 MUUTOKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	1
2 2000-LUVULLA TAPAHTUNEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MUUTOKSET	3
3 FYSIOTERAPEUTIN AMMATTI OSANA MUUTOSTA	8
3.1 Fysioterapia ammattina	8
3.2 Fysioterapeutin laajennettu tehtäväkuva Suomessa ja ulkomailla	9
3.3 Suoravastaanotto toiminnan lainsäädännöllinen ohjaus	12
4 KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMA HOIDON LAADUN MITTARINA	14
4.1 Käyttäjä-/asiakslähtöisyys terveydenhuollossa	14
4.2 Potilaan vaikuttamismahdollisuudet	16
4.3 Potilasoikeudet	16
5 POTILASTYYTYVÄISYYS AIEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN	18
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAUSTA	21
7 TUTKIMUSMENETELMÄT	23
7.1. Tutkimusaineisto	23
7.2. Kyselylomake ja aineistonkeruu	25
7.3 Tilastollinen analyysi	27
8 TUTKIMUSTULOKSET	28
8.1 Fysioterapian suoravastaanoton kuvailevat tulokset kuntoutujien näkemysten mukaan	28
8.2 Fysioterapian suoravastaanoton korrelaatiot	32
8.3 Taustatekijöiden yhteys kuntoutujien näkemyksiin	34
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	38
9.1 Tutkimustulosten tarkastelua	38
9.2 Fysioterapeutin suoravastaanotto toiminta kuntoutujien arvioimana	38
9.3 Tutkimuksen tulokset yhteiskunnallisesta ja palvelujen uudistamisen näkökulmasta	41
9.4 Tutkimuksen luotettavuus ja mittarin luotettavuuden sekä toistettavuuden arviointi	42
9.5 Jatkotutkimusehdotukset	46
9.6 Johtopäätökset	47

LÄHTEET

LIITTEET

1 MUUTOKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Yhteiskunnallisen murroksen vuoksi valtakunnallisesti on havahduttu siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamalleja on uudistettava. Suomen sosiaali- ja terveystalouden kokonaisuutta on rakennettu vaiheittain nykyasuunsa 1960-luvulta lähtien (Stenvall & Virtanen 2012, 24). Kuntien toteuttamilla organisaatio- ja toimintamallimuutoksilla on viime vuosina ollut suuria vaikutuksia sosiaali- ja terveystalouden kustannuskehitykseen. Kuntien kustannusrakenteeseen vaikuttavat runsaasti kuntien väestörakenne ja sairastavuuserot: mitä vanhempaa ja mitä sairaampaa väestö on, sitä kalliimpi palvelujärjestelmä on (Koivuranta-Vaara 2011,7). Julkisen talouden budjettivaje edellyttää työajan käytön tehostamista ja palvelujen parempaa kohdentumista asiakkaille (Kylänen ym. 2015). Väestörakenteen muutos lisää vääjäämättä julkisia menoja (Stenvall & Virtanen 2012, 24). On havahduttu siihen, ettei Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltomalli toimi enää nykyisessä muodossaan.

Eri kuntien palvelujärjestelmät eroavat runsaasti toisistaan; toimintakulttuurit, palvelumuodot, palvelukäytännöt ja palvelukulttuuri eroavat toisistaan sen mukaan, mitä kuntaa kulloinkin tarkastellaan. 1960-luvulta lähtien tapahtunut viidenkymmenen vuoden sosiaali- ja terveystalouden pala palalta valmiiksi tekeminen on johtanut myös palvelujen toimimattomuuteen, palvelukulttuurin epätasaisuuteen ja suoranaiseen osaamattomuuteen (Stenvall & Virtanen 2012, 25).

Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin terveydenhuollon ero johtuu asiakkuuskäsitysten eroista. Kilpailutilanteessa toimittaessa asiakkuusajattelu on kaiken toiminnan lähtökohta. Liiketoiminnassa asiakkaiden rooli on tärkeä: asiakkaiden tarpeet ovat palvelujen tuottamisen perusta ja yrityksen koko strategia rakennetaan asiakkaiden palvelemiseksi, kun taas julkisissa palveluissa ei ole tällaista kannustinta (Stenvall & Virtanen 2012, 27). Yksityisen sektorin toiminnan keskeinen tavoite on taloudellisen tuoton hankkiminen omistajilleen, kun taas julkisen sektorin, erityisesti kuntasektorin, tavoitteena on sellaisten palvelujen ja hallinnon tuottaminen, jotka edistävät kuntalaisten hyvinvointia (Stenvall & Virtanen 2012, 70). Terveystalouden laatu on tullut yhä tärkeämmäksi tekijäksi julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välisessä kilpailussa. Jo 1990-luvulla asiakkaat ja asiakaspalautteet ovat saavuttaneet tärkeän roolin organisaatioiden hoidon mittarina (Leskelä ym. 2005, 218). Hyvänlaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti,

tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin (Koivuranta-Vaara 2011,12).

Stenvall ja Virtanen (2012) kirjoittavat, että sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa pitäisi saada enemmän aikaan vähemmällä. Kylänen ym. (2015) kirjoittavat taas, että asiakkaat ohjautuvat hoitoon liian usein väärin, mikä vaikeuttaa työprosesseja, mutta jos palveluja käytetään toistuvasti samojen tarpeiden vuoksi, kysymys on tuottavuuden lisäksi työn mielekkyydestä (Kylänen ym. 2015, 9). Tällöin ei ole ainoastaan kysymys talouslukuista, vaan myös palveluiden sisällöllisestä uudistamisesta. Resurssien käyttöä on tehostettava ja tuottavuuden aikaansaamiseen on panostettava aiempaa enemmän (Stenvall & Virtanen 2012, 26).

Terveystalouden 2000-luvulle -hankkeen tavoitteena on ollut ammattihenkilöiden välisen työnjaon ja henkilöstörakenteen kehittäminen. Näistä tavoitteista yhtenä oli, että eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään monipuolisesti potilaiden tarpeiden ja palvelutarjonnan mukaan (STM 2014). Palvelujen parantamiseksi pyrittiin hyödyntämään kaikkien terveystalouden ammattihenkilöiden työpanosta täysimääräisesti työnjakoa kehittämällä ja ottamalla käyttöön uusia moniammatillisia toimintamalleja, mikä tarkoittaa lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan töiden uudelleenjärjestelyä. Tarkoituksena on ollut myös kehittää terveystalouden henkilöstön itsenäistä vastaanottoa, joka osaltaan tarkoittaa myös fysioterapeuttien suoravastaanottoa. Työnjakomallit ovat koskeneet myös fysioterapeuteja, jonka seurauksena työnkuvat ovat laajentuneet ja tehtävänsiirtoja lääkäriltä fysioterapeuteille on toteutettu perusterveystaloudessa ja erikoissairaanhoidossa (Kukka 2010, 2).

Oma työni on osa laajempaa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella toteutettua tutkimushanketta vuosien 2012-2015 aikana. Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää kuntoutujien kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta analysoimalla kvantitatiivisesti heidän palauttamiaan kyselylomakkeita. Kuntoutujat saivat kyselylomakkeen fysioterapeutin suoravastaanotokäynnin yhteydessä, ja saivat vapaaehtoisesti palauttaa sen Jyväskylän yliopistolle. Muuttuvassa työelämässä on myös fysioterapeutin kyettävä olemaan muuntautumiskykyinen, koska hiljalleen sosiaali- ja terveystaloutta tehostamalla pyritään laajentamaan myös fysioterapeutin tehtävänsiirtoa tuomalla uusia toimintatapoja, joilla pyritään takaamaan kaikille kansalaisille tasapuolisesti palveluja.

2 2000-LUVULLA TAPAHTUNEET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MUUTOKSET

Sosiaali- ja terveysalalla Suomessa on viimeisen vuosikymmenen aikana huomattu väestörakenteen muutoksen vuoksi, että sosiaali- ja terveystalviin ja niiden toteutukseen täytyy valtakunnallisella tasolla tehdä muutoksia. 2000-luvulla sosiaali- ja terveysministeriön (STM) merkitys toimijana ja terveydenhuollon instituutiona on kasvanut. Syynä on lähinnä kansalaisten tyytymättömyys hoitoon pääsyyn ja hoidon laatuun kuntien hoitaessa itsenäisesti terveydenhuollon palveluja (Mattila 2011, 318).

STM:n vuonna 1999 käynnistämän Terveydenhuolto 2000 -luvulle -hankkeen tavoitteena oli ammattihenkilöiden välisen työnjaon ja henkilöstörakenteen kehittäminen. Näistä tavoitteista yhtenä oli, että eri ammattiryhmien osaamista hyödynnetään monipuolisesti potilaiden tarpeiden ja palvelutarjonnan mukaan (STM 2014). Palvelujen parantamiseksi pyrittiin hyödyntämään kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden työpanosta täysimääräisesti työnjakoa kehittämällä ja ottamalla käyttöön uusia moniammatillisia toimintamalleja. Tarkoituksena oli myös kehittää terveydenhuollon henkilöstön itsenäistä vastaanottotoimintaa. Tämä edellyttää myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muutosta ja työnjaon uudistamisen tukemista. Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma alun perin perustettiin parantamaan ja edistämään perusterveydenhuollossa käynnistettävien selkeiden ja määrätietoisten toimien sujuvuutta, joiden tarkoitus oli kehittää perusterveydenhuollon käytäntöjä, hallintoa ja johtamista, koulutusta sekä tutkimusta (Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma 2009).

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on vielä tällä hetkellä kunnissa ennen sosiaali- ja terveystalviin uudistusta (soteuudistus), ja riittävät palvelut järjestetään väestön ja potilaan tarpeen perusteella. Kunta määrittää palveluverkon, suunnittelee tuotantotavat, valvoo toiminnan laatua sekä seuraa väestön sosiaali- ja terveystalviin tarvetta. Palvelut järjestetään asiakas huomioiden vaikuttavasti ja tarvelähtöisesti. Esimerkkinä Toimiva terveyskeskus-hankkeessa (2009) mainitaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden itsenäisen vastaanottotoiminnan lisääminen, joita ovat esimerkiksi akuuttipotilaiden ja kroonisten tautien seurannat hoitajan vastaanotolla ja toimintakyvyn arviointi kuntoutuksen asiantuntijoiden tekemänä (esim. fysioterapeuttien vastaanotot) (STM 2014).

Vuonna 2002 kansallisen terveysthankkeen (KASTE) myötä syntyi ajatus hoitoaikojen säätelystä, joka oli uutta suomalaisessa terveysthankkassa. Huomio kiinnittyi tällöin pitkää aikaa potilaaseen ja hänen oikeuksiinsa (Mattila 2011, 322). Tuolloin aloitettiin valmistelu hoitotakuusta, joka tuli voimaan 2005 (STM 2014). Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 Kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen päätavoitteiksi asetettiin väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistaminen (Tuomola ym. 2008). Hanke kuitenkin epäonnistui, arviointiryhmän mukaan ainoastaan hoitotakuu on toteutunut melko hyvin. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) tiedotteen mukaan, erityisen huolestuttavaa on, että pääsy terveyskeskuslääkäreille on entisestään vaikeutunut ja terveyskeskusten vetovoima on vähentynyt. Samanaikaisesti haasteet perusterveydenhuollossa ovat kasvaneet (STM, Tiedote 206/2008).

KASTE on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen, strateginen ohjausväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveysthankkää. Se määrittelee alan uudistustyön tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Kaste-ohjelman tavoitteisiin on kirjattu palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen ohjelmakauden aikana. Tavoitteen mukaisesti on edistettävä toimia, jotka edesauttavat asiakkaiden oikea-aikaista hoitoon pääsyä (Kukka 2010,6). Ohjelman tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteisiin vastataan kuudella osaohjelmalla. KASTE-ohjelmassa luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä (THL 2014). KASTE-ohjelman tavoitteet ja osaohjelmat on tiivistetty kastepisarakuvaan (kuva 1.)



KUVA 1. KASTE-ohjelman tavoitteet ja osaohjelmat (STM 2014).

Vuonna 2005 käynnistynyt kunta- ja palvelurakennemuutos on suurin kunnallishallinnon ja – palvelujen uudistus Suomen historiassa. Uudistuksen tavoitteena on sekä vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta että edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa. Kuntien parhaat palvelukäytännöt-hanke asetettiin vuonna 2007 tukemaan ja vauhdittamaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutusta. Hankkeen tehtävänä oli edistää kuntien palvelutuotannon uudistamista, tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämistä sekä parhaiden käytäntöjen ja innovaatioiden levittämistä (Stenvall & Virtanen 2012, 19).

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) tuli voimaan 1 päivänä toukokuuta 2011. Lain tavoitteena on lisätä terveydenhuollon asiakaskeskeisyyttä, parantaa terveydenhuollon laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa perusterveydenhuoltoa, edistää terveyttä ja kaventaa terveyseroja sekä hillitä terveydenhuollon kustannusten kasvua (FINLEX 2015). Laki määrittää julkisten terveyspalvelujen sisältöä varsin tarkasti. Mattilan (2011) mukaan terveydenhuoltolaki (2011) ei välttämättä merkinnyt suurta polun käännettä perusterveydenhuollossa, koska laista jäivät pois palvelujen järjestämiseen ja rahoitukseen liittyvät säännökset. Laissa määriteltiin kuitenkin aiempaa tarkemmin kuntien

terveydenhuollon järjestämisvastuun sisältö, ja potilaalle tuli asteittain lisää valinnan mahdollisuuksia hoitopaikkansa ja hoitoa antavan terveydenhuollon ammattihenkilön suhteen. Terveydenhuollon historia osoittaa, että kunnat eivät välttämättä ole noudattaneet valtakunnallisia lakeja ilman kontrollia ja sanktioita. Terveydenhuoltolakia tulee siis täydentää järjestämislailla. Nopeampaan hoitoon pääsyyn Suomessa saatiin 2000-luvun alkupuolella aikaan suositus, mutta palvelujen tarjonta ja saatavuus vaihtelevat alueellisesti (Mattila 2011,320).

Tällä hetkellä vireillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja ja hallita kustannuksia (STM 2015). Suomalaisten keskeiset hyvinvointipalvelut turvataan toteuttamalla perusteellinen sosiaali- ja terveysterveyspalvelu-uudistus, jossa yhdistetään sosiaali- ja terveydenhuolto sekä perus- ja erikoistason palvelut (STM 2014). Järjestämislailla uudistetaan kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, tuottamista, hallintoa, suunnittelua, rahoitusta ja valvontaa koskevat säännökset. Peruspalveluja halutaan vahvistaa ja luoda saumattomat palvelu- ja hoitoketjut. Tämä mahdollistaa palvelujen toteutuksen uusilla tavoilla vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti (STM 2014). Nykyisin 200 erilaista kunnallista organisaatiota on sote-palveluiden järjestämisvastuussa ja myös tuottaa niitä.

Sosiaali- ja terveysministeriö jatkaa sote-uudistuksen valmistelua Juha Sipilän hallituksen hallitusohjelman mukaisesti. Sen mukaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon uusi palvelurakenne perustuu kuntaa suurempiin itsehallintoalueisiin. Se tarkoittaa, että kaikkien julkisten sosiaali- ja terveysterveyspalvelujen järjestämisestä vastaisivat sote-alueet, joiden päätöksenteko kuuluu vaaleilla valituille valtuustoille. Uudistuksen toteuttamiseksi valmistellaan lakiesitys (STM 2015).

Tavoitteiksi on määritelty yleisesti väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen koko maassa, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen sekä kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen toteuttaminen (STM 2014). Tämä on tärkeää monille asiakasryhmille, kuten iäkkäille, lapsiperheille ja työttömille. Kuntalaisten lähipalvelut varmistetaan uusilla toimintamalleilla, ja kokoamalla palvelujen järjestämisvastuu nykyistä laajemmalle ja vahvemmalle pohjalle (STM 2014). Uudistuksen keskeisinä keinoina nähdään sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja integraatio, jossa perus- ja erikoispalvelu muodostavat ehjän palvelukokonaisuuden. Näin ihmisten

palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena ja heidän lähipalvelunsa varmistetaan koko maassa (STM 2014).

Hallitusohjelman mukaan uudistus etenee vaiheittain. Ensin uudistetaan sote-palvelurakenne siten, että kaikista palveluista muodostuu eheä kokonaisuus, jota johdetaan alueittain. Hallitusohjelman mukaan sote-alueita on yhteensä enintään 19. Sote-alueet tuottavat alueensa palvelut itse tai voivat käyttää palveluiden tuottamiseen yksityisiä tai kolmannen sektorin palveluntuottajia. Ensivaiheessa selvitetään myös vaihtoehdot kuntien ja/tai valtion rahoitusmalleille (STM 2015).

Sen jälkeen valmistellaan sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistus. Se tarkoittaa, että nykyisestä monikanavaisesta rahoituksesta siirrytään yksikanavaiseseen rahoitukseen (rahoitusuudistus). Hallitus uudistaa sairaaloiden työnjakoa siten, että osa vaativasta erikoissairaanhoidosta keskitetään sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa erityisvastuualueille. Näin pystytään jo ennen varsinaisen sote-uudistuksen toimeenpanoa jouduttamaan rakenneuudistusta erikoissairaanhoidossa (STM 2015).

Lisäksi selvitetään valinnanvapausmallin yksityiskohdat ja EU:n potilasliikkuvuusdirektiivin edellyttämät lakimuutokset. Tavoitteena on vahvistaa perustason sote-palveluita ja turvata ihmisten nopea hoitoonpääsy. Mikäli selvitykset edellyttävät lakimuutoksia, ne toteutetaan vaalikauden loppuun mennessä (STM 2015).

3 FYSIOTERAPEUTIN AMMATTI OSANA MUUTOSTA

3.1 Fysioterapia ammattina

Fysioterapeuttina saa toimia fysioterapeutin, lääkintävoimistelijan tai erikoislääkintävoimistelijan tutkinnon suorittanut terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö. Ammattinimikettä saa käyttää ja ammattia harjoittaa vain tutkinnon suorittanut fysioterapeutti. Fysioterapeutti vastaa itsenäisesti työnsä suunnittelusta, toteutuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä ottaen huomioon eettiset ja lainsäädännölliset näkökulmat sekä vaikuttavuuden, tehokkuuden ja taloudellisuuden vaatimukset (Suomen fysioterapeutit 2014).

Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede, jonka kiinnostuksen kohteena on ihmisen toimintakyky ja liikkuminen sekä erityisesti toiminnan heikkeneminen ja häiriö. Fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan/potilaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristössään. Fysioterapian menetelmiä ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. Fysioterapia on osa julkista ja yksityistä sosiaali-, terveys-, ja kuntoutuspalvelujärjestelmää (Suomen fysioterapeutit 2015).

Fysioterapeutin työ on asiakaslähtöistä ja näyttöön perustuvaa. Fysioterapeutti toimii yhteistyössä muiden asiakkaan/potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien asiantuntijoiden kanssa ja oman alansa asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä. Fysioterapeutit työskentelevät mm. sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja tutkimus- ja hoitolaitoksissa tai yrittäjänä (Suomen fysioterapeutit 2014).

Terveyden- ja sairaanhoitoon on laadittu riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia (Käypä hoito 2015), jotka tukevat myös fysioterapeutin ammatillista toimintaa. Suosituksissa käsitellään tärkeitä suomalaisten terveyteen ja sairauksien hoitoon sekä ennaltaehkäisyyn liittyviä kysymyksiä, ja niitä laaditaan lääkäreille, terveydenhuollon ammattihenkilöille ja myös kansalaisille hoitopäätösten pohjaksi Suomen lääkäriyhdistyksen Duodecimin toimesta heidän ja toteutuksessaan yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Suositusten tavoitteena on hoidon laadun parantaminen ja

hoitokäytäntöjen vaihtelujen vähentäminen ja ne toimivat terveydenhuollon päätöksenteon tukena ja potilaan parhaaksi (Käypä hoito 2015). Myös fysioterapialta odotetaan korkeatasoista ja päivitettyä osaamista, joka perustuu sekä terapeutin kokemukseen että näyttöön perustuvaan tietoon ja terapiamenetelmien hallintaan. Fysioterapian vaikuttavuutta tuetaan näyttöön perustuvalla tutkimustiedolla, joka onkin lisääntynyt suoravastaanotto toiminnan lisääntyessä ja tehtävänkuvien muuttuessa.

Suomen fysioterapeutit (2015) ovat myös laatineet Hyvä fysioterapiakäytäntö-hankkeen myötä fysioterapiasuosituksia, joiden tavoitteena on edistää suomalaisten fysioterapeuttien näyttöön perustuvaa työtapaa. Tällä hetkellä julkaistuja suosituksia ovat Polven ja lonkan nivelrikkopotilaan fysioterapiasuositus (2008, päivitys 2013), Sepelvaltimopotilaan liikunnallinen kuntoutussuositus (2011) ja Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy-suositus (2011). Lisäksi Suomen fysioterapeutit suosittelevat Käypä hoito-suositusten käyttöä ja Hollannin liiton tuottamia suosituksia. Suomen fysioterapeuttien laatimien fysioterapiasuositusten taustalla on työryhmän laatima fysioterapiasuosituskäsikirja (2006), jonka alkusysäys on lähtenyt liikkeelle jo 2003, jolloin fysioterapian maailmanjärjestö World Confederation for Physical Therapy (WCPT) asetti näyttöön perustuvat fysioterapiakäytännöt yhdeksi tärkeimmistä painopistealueistaan (WCPT 2003).

3.2 Fysioterapeutin laajennettu tehtäväkuva Suomessa ja ulkomailta

Lainsäädännöllinen perusta Suomessa työnjaon kehittämiseksi on määritelty Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetusta laista (559/94), jonka tavoitteena on edistää potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palvelujen laatua. Lain 22§:n mukaan laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Saman lain 2 §:ssä todetaan, että laillistetut, luvan saaneet tai nimikesuojatut (esimerkiksi fysioterapeutti) ammattihenkilöt voivat toimia koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta (Lindström 2003, 23).

Väestön ikääntymisestä, elintasosairauksien lisääntymisestä ja vähäisestä fyysisestä aktiivisuudesta johtuen tuki- ja liikuntaelinsairauksien määrä lisääntyy ja on lisääntymässä edelleen tulevaisuudessa. Jo tänä päivänä se on yksi merkittävin syy lääkärille hakeuduttaessa. Kuitenkin terveydenhuollossa, erityisesti perusterveydenhuollossa, on uhka osaavan

työvoiman riittävydestä jo tänä päivänä, kun suuren ikäluokat ovat jääneet tai jäämässä eläkkeelle. Palvelujen saatavuuden parantamiseksi on kehitetty ammattiryhmien välistä työnjakoa ja tehtävänkuvien laajentamisella tai tehtävänsiirroilla halutaan parantaa myös työn joustavuutta (Vuori 2001; Kukka 2010).

Kansainväliset ja kotimaiset kokemukset osoittavat, että palvelujen saatavuutta on pystytty parantamaan fysioterapeuttien laajennetuilla tehtävänkuvilla ja tehtäväsiirroilla (Daker-White ym. 1999; Kukka 2010; Desmeules ym 2013). Laajennetut tehtävänkuvat ja tehtäväsiirrot ammattiryhmältä toiselle edellyttävät tarvittavan osaamisen varmistamista. Tämä edellyttää riittävää kokemusta ja kliinistä osaamista sekä tehtäväkohtaisiin vaatimuksiin vastaavaa lisäkoulutusta. Kukan (2010) mukaan suoravastaanottotoiminnalla tarkoitetaan fysioterapeutin itsenäistä vastaanottotoimintaa, joka tapahtuu terveydenhuollon toimintayksikössä (esim. perusterveydenhuollossa) ilman lääkärin lähetettä. Siinä potilasryhmä, jotka ovat aiemmin ohjautuneet lääkärin vastaanotolle ja sen jälkeen tarvittaessa myöhemmin lääkärin läheteellä fysioterapeutille, ohjautuvat suoraan, ilman lääkärin lähetettä, fysioterapeutille esim. akuutteihin tuki- ja liikuntaelinongelmiin liittyen (Kukka 2010, 7). Suomessa fysioterapeutin suora vastaanottotoiminta on käynnistynyt erilaisina perusterveydenhuollon hankkeina. Kukan (2010) selvityksen mukaan perusterveydenhuollon tasolla fysioterapeutin läheteetön vastaanottokäytäntö palvelee tavallisimmin TULES-potilaista akuuteista selkävammaista kärsiviä potilaita.

Suomessa suoravastaanottotoimintaa on kokeiltu ja toteutettu useammassakin kunnassa. Suomen Fysioterapeuttien (2007) toteuttaman selvityksen mukaan tehtäväsiirtoja oli toteutettu 29 perusterveydenhuollon fysioterapiayksikössä. Lisäkoulutusta siirrettyihin tehtäviin fysioterapeuteille oli järjestetty 13/29 yksikössä. Muissa yksiköissä tehtäviä oli siirretty kokeneille erikoisosaamista omaaville fysioterapeuteille. Yleisimpänä tehtäväsiirtona yksiköt ilmoittivat erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirretyt nivelkirurgiaan liittyvät postoperatiiviset kontrollit (Kukka 2010,8) .

Perusterveydenhuollossa lääkinnällinen kuntoutus ja TULES-poliklinikka –toiminta ovat aina toimineet lääkärin lähetekäytännön periaatteella. Perusterveydenhuollossa kehittämistyö on suuntautunut vastaanottotoimintaan ja siellä toteutettavaan henkilöstön keskinäiseen työnjakoon. Työnjakomallit ovat koskeneet myös fysioterapeutteja, jonka seurauksena työnkuvat ovat laajentuneet ja tehtäväsiirtoja lääkäriltä fysioterapeuteille on toteutettu perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa (Kukka 2010, 8).

Holdsworth ym. (2004) toteavat, että potilaat ovat jo pitkään voineet hakeutua suoraan fysioterapeutin vastaanotolle yksityisiin hoitolaitoksiin, joissa ammatinharjoittajat ovat ottaneet vastaan asiakkaita ilman lähetekäytäntöä. Myös Suomessa tämä on ollut hyvin pitkään mahdollista. Kustannussyistä Suomessa kuntoutujat kuitenkin ajautuvat kunnalliselle puolelle, jossa yksilön vastuu sairaskulujen maksajana on ollut minimaalinen (Stenvall & Virtanen 2012, 25).

Englanninkielisissä maissa laajennettua tehtäväkuvaavaa toteuttavista fysioterapeuteista käytetään nimitystä ”extended scope practitioner” (ESP) tai ”Advanced Practice physiotherapists” (APP). Näillä tarkoitetaan fysioterapeuttia, jolla on ammatillinen ja tehtävään erikoistunut valmius toimia terveydenhuollossa omaa fysioterapeutin ammatillista toimintakenttäänsä laajemmin (Li ym. 2009, Desmeules ym. 2013). McClellan ym. (2013) mukaan useamman vuoden työkokemus ja syventävä kouluttautuminen laajennettuun tehtäväkuvaan lisäävät fysioterapeutin diagnosointiosaamista, sekä taitoja potilaan jatkohoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitomenetelmien valinnassa. Ulkomailla fysioterapeutin suoravastaanottotoimintaa on toteutettu esimerkiksi erikoissairaanhoidossa, jossa kuntoutuja on saanut vastaanottoajan suoraan fysioterapeutille kirurgin sijaan (Desmeules ym. 2013).

Suomessa suoravastaanottotoimintaa perusterveydenhuollossa suorittavat fysioterapeutit saavat suositella kuntoutujalle reseptivapaita tulehduskipulääkkeitä ja heillä on oikeus myöntää 1-5 vuorokautta sairauslomaa (Kukka 2010,9). Erikoissairaanhoidossa tehtäviä on siirretty kokeneille erikoisalallaan lisäkoulutusta saaneille fysioterapeuteille, jotka hoitavat esimerkiksi nivelkirurgiaan liittyvä pre- ja postoperatiiviset ohjaukset, postoperatiiviset kontrollit ja –seurannat sekä yksilöllisten liikkumisen apuvälineiden hankintapäätökset (Kukka 2010,9).

Suoravastaanottotoimintaan liittyy useissa maissa myös laajennettua tehtäväkuvaavaa siten, että fysioterapeutit ovat saaneet koulutusta esimerkiksi röntgen-tutkimukseen ja yksinkertaisten lääkeinjektioiden antamiseen (Daker-White ym.1999) Sekä Iso-Britanniassa että Kanadassa suoravastaanottotoimintaa varten fysioterapeutit ovat saaneet koulutusta kirurgeilta tai muilta erikoislääkäreiltä (Daker-White ym 1999, Desmeules ym. 2013). McClellan ym. (2005) tutkimuksessaan totesivat, että useamman vuoden työkokemus ja syventävä kouluttautuminen lisäsivät fysioterapeutin diagnosoinnin osaamista sekä taitoja, joissa piti arvioida jatkohoidon tarvetta ja hoitomenetelmien valintaa.

3.3 Suoravastaanottotoiminnan lainsäädännöllinen ohjaus

Suomen lainsäädännössä mahdollistetaan fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan toteuttaminen ilman lääkärin lähetettä. Jo vuonna 1994 määriteltiin laissa, että ”Laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 23 a §). Samassa laissa määritellään taudinmäärityksen, lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta päättämisen lääkkeenmääräämisoikeuksineen kuuluvan lääkärin ja hammaslääkärin tehtäväksi, mutta hoidon tarpeen arviointi ei ole varsinaista taudinmääritystä, joka on siis lääkärin tehtävä.

Terveydenhuoltolain (1326/2010 2§) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja ja toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä (STM 2014; Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 2§). Siinä määritellään myös perusterveydenhuollon hoitoon pääsy, jonka mukaan ” Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 51§).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013) tiivistää terveydenhuoltolain tarkoituksia siten, että sen tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveystalouden saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla varmistetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Nyt toteutuva fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta toteuttaa lain henkeä aiempaa paremmin. Potilas pääsee

fysioterapeutin arvioitavaksi ja hoidon aloitukseen usein huomattavasti nopeammin kuin lääkärin vastaanotolle, jonne monesti joudutaan odottamaan pääsyä jopa viikkoja.

4 KUNTOUTUJAN NÄKÖKULMA HOIDON LAADUN MITTARINA

Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että kuntoutujien mielipiteitä on haluttu tutkimuksilla selvittää, koska asiakastyytyväisyyttä pidetään hoidon laadun mittarina (Leskelä ym. 2004, Webster ym. 2008). Suomen Kuntaliitto on kuntien edunvalvoja sekä keskeisin kunta-alan ja hyvinvointiyhteiskunnan kehittäjä. Julkisten palvelujen uudistaminen innovaatiotoiminnan avulla on mukana myös Kuntaliiton vuonna 2008 uusitussa strategiassa ja visiossa. Strategian mukaan kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiselle pyritään luomaan vahva perusta kunnallishallinnon rakenteiden uudistamisen kautta. Uudistamiskeinoina mainitaan kuntapalvelujen kehittäminen innovatiivisesti ja käyttäjälähtöisesti yhdessä eri kumppaneiden kanssa (Suomen Kuntaliiton strategia 2009-2012). Veronmaksajina kuntalaiset rahoittavat julkisia palveluja ja kunnat ovatkin enenevässä määrin kiinnostuneita siitä minkälaisia palveluja kuntalaiset tarvitsevat ja haluavat.

4.1 Käyttäjä-/asiakslähtöisyys terveydenhuollossa

Stenvall ja Virtanen (2012) kirjoittavat, että käyttäjälähtöisyys kuntapalveluissa tarkoittaa asukkaiden tarpeista lähtevää palvelujen kehittämistä ja kehittämisen painopisteen siirtämistä tuottajakeskeisyydestä käyttäjälähtöisyyteen (Stenvall & Virtanen 2012, 113). Koivuniemi ja Simonen (2011) kuvailevat, että tuotantolähtöiset prosessit ovat siilomaisen terveydenhuollon rakenteen syynä, jossa tietoa katoaa ja ammattilaisten taitoja ei pystytä hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Ratkaisuna tähän ongelmaan on tarjottu asiakslähtöistä toimintatapaa ja asiakkuuksien johtamista, joka lähtee terveyden edistämisestä sekä arjessa pärjäämisestä. Kunnallishallinnon uudistusten edellyttämiin muutoksiin on useita kannusteita. Näihin kuuluu myös vanhan toimintajärjestelmän murtaminen, joka vaatii yhtä aikaa muospaineita yleisessä toimintaympäristössä ja rykelmää samanaikaisia innovatiivisia toimenpiteitä, joilla tähdätään uuteen toimintakulttuuriin (Stenvall & Virtanen 2012, 113).

Virtasen ym.(2011) mukaan asiakslähtöisillä toimintamalleilla voidaan vastata useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin, muutos pitää kuitenkin tapahtua asiakslähtöisempään suuntaan ja palveluilta vaaditaan syvällisempää kykyä vastata kasvaviin ja muuttuviin odotuksiin ja tarpeisiin. Stenvallin ja Virtasen (2012) mukaan, tässä uudessa toimintakulttuurissa korostuu kansalaisten osallisuuden lisäksi kansalaisten tasavertaisuus

palvelujen saatavuuden suhteen. Käyttäjälähtöisyyden mukanaan tuomat poikkisektoraiset prosessit uudistavat palvelutuotantoa ja tuovat kunnille uutta kilpailukykyä suhteessa yksityisen puolen terveyspalveluihin. Tämä tarkoittaa siis perinteisten ammattiroolien uudelleen järjestelyä tai työnjaollisia toimenpiteitä. Systemaattisesti käytettynä käyttäjälähtöisyys näkyy myös tuottavuuden ja erityisesti laadun paranemisena (Stenvall & Virtanen 2012, 162).

Julkisrahoitteisiin palveluihin liittyviin odotuksiin on kiinnitetty huomiota varsin runsaasti. Eri yhteyksissä on havaittu, että kansalaiset suhtautuvat entistä vaativammin julkisiin palveluihin ja näin ollen edellyttävät niiltä yhä enemmän sekä määrää että laatua. Samalla julkisiin palveluihin liittyy perinteisesti matalan odotuksen arvo, jolloin usein ajatellaan palveluiden olevan byrokraattisia ja jäykkiä. Tällöin pienikin odotusten ylittyminen kohentaa käsitystä palveluiden toimivuudesta (Stenvall & Virtanen 2012, 133). Julkisista terveyspalveluista on tehty valtakunnallisia vertailuja kuntien välillä liittyen hoitoon pääsyyn ja lähinnä jonotusajoista lääkärin vastaanotoille. Suoravastaanoton myötävaikutuksella voitaneen edistää myös asiakkaan näkökulman esille tuomista.

Kuten Suomen Kuntaliiton strategiassa (2009-2012) pyritään etenemään käyttäjälähtöisesti, voidaan fysioterapeutin suoravastaanottoiminnalla tukea palvelujen tarjoamista tuottajakeskeisyydestä enemmän käyttäjälähtöisyyteen. Aiemmin kuntoutujan hoitoon pääsy on ollut riippuvainen lääkärin vastaanotolle pääsystä eikä niinkään ajankohtaisesta kuntoutujan tarpeesta akuutissa vaiheessa esimerkiksi TULES-vaivan ilmetessä. Tutkimusten mukaan suoravastaanottoiminnalla on myös kustannusvaikuttavuutta (Daker-White ym 1999, Holdsworth ym 2007). Suoravastaanottoiminnan riskeinä voitaneen nähdä fysioterapiakäyntien määrän lisääntyminen ja fysioterapeutin ammatillinen pätevyys arvioida TULES-vaivoja lääkärin ohella, mutta tutkimusten mukaan käyntimäärät eivät ole lisääntyneet vaan muuttuneet akuuteimmaksi (Leemrjise ym. 2008) ja fysioterapeuttien on todettu pystyvän arvioimaan kuntoutujan TULES-tilannetta yhtä hyvin kuin lääkäreiden (Daker-White ym. 1999) . Suoravastaanottoiminta tukee myös Kaste-hankkeen tavoitteita, joissa pyritään sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita ja palveluja järjestämään asiakaslähtöisesti (STM 2015). Nämä muutokset koskevat nimenomaan julkista terveydenhuoltoa, koska yksityisen sektorin palvelun tuottamisen ajattelumalli lähtee asiakkaiden tarpeista.

4.2 Potilaan vaikuttamismahdollisuudet

Päivi Koivuranta-Vaaran (2011) terveydenhuollon laatuoppaassa kerrotaan, että hoidon vaikuttavuus tarkoittaa potilaalle tutkimus- ja hoitoprosessissa muodostunutta terveyshyötyä. Terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen keskeinen toimintaperiaate tänä päivänä on, että asiakas/potilas voi toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä tai sosiaaliseen pärjäämiseensä. Hänellä on aiempaa enemmän mahdollisuus vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja tehdä valintoja. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee huomioonotetuksi. Hänen asiantuntijuuttaan oman terveyden- ja elämäntilanteensa tuntijana kunnioitetaan. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Asiakaskeskeisyys hoidossa on ammatillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista (Koivuranta-Vaara 2011, 24). Perustuslaissa turvataan jokaiselle perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, uskonnon- ja omantunnonvapaus, omaisuudensuoja, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin sekä oikeus sosiaaliturvaan ja oikeusturvaan (FINLEX 1999). Näihin voidaan rinnastaa myös oikeus hyvään hoitoon.

Leskelä ym. (2004) kuvailevat, että asiakasorientoitunut laadunarviointi syntyy prosessissa, jossa asiakkaat vertailevat heidän odotuksiaan saamaansa palveluun. Monet tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaiden sosio-ekonomisilla tekijöillä on vaikutusta asiakastyytyväisyyteen. Vanhemmat asiakkaat ovat tyytyväisempiä kuin nuoret ja naiset ovat miehiä kriittisempiä (Leskelä ym. 2004). Koivuranta-Vaara (2011) kiteyttää, että hyvänlaatuinen terveydenhuolto käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin.

4.3 Potilasoikeudet

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa ja potilasvahinkolaissa on säännöksiä, jotka edellyttävät hoitotoiminnalta hyvää laatua. Terveydenhuollossa hyvä laatu edellyttää johdon ja koko henkilökunnan

sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin sekä saumatonta yhteistyötä eri toimintayksiköiden välillä (Koivuranta-Vaara 2011, 2).

Suomen kuntaliiton terveydenhuollon laatuoppaan (Koivuranta-Vaara 2011, 7) työryhmä kuvaa hyvän hoidon näin:

”Potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta toteuttaa hoidon sujuvana prosessina ja turvallisesti soveltaen näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyö ja tiedon kulku hoitoon osallistuvien tahojen välillä on saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn.”

Leskelä ym. (2004) kuvailevat yksilöllisen hoidon toteutumista siten, että henkilökunnalla on taito kohdata potilas yksilönä ja että he saavuttaisivat toiminnallisen ja avoimen suhteen potilaisiin. Kivun kokeminen on yhteydessä vahvasti potilastyytyväisyyden kanssa. Tärkein fysioterapian tavoite on, että potilas saavuttaa riippumattomuuden itsehoidon suhteen, joka tarkoittaa sitä, että alusta alkaen potilas tarvitsee tukea fysioterapeutilta, mutta hoidon edetessä tuen tarve vähenee. Potilas oppii tekemään vaihtoehtoisia valintoja eri elämäntilanteissa. Tämä tarkoittaa siis, ettei fysioterapeutti ole passiivinen kumppani, vaan enemmänkin informaation ja uusien mahdollisuuksien tarjoaja avustaen potilasta tekemään päätöksiä. Kuntoutussuunnitelman pitää perustua potilaan tarpeisiin (Leskelä ym. 2004).

Perustuslaissa turvataan jokaiselle perusoikeudet, kuten yhdenvertaisuus, oikeus elämään, henkilökohtaiseen vapauteen ja koskemattomuuteen, liikkumisvapaus, yksityiselämän suoja, uskonnon- ja omantunnonvapaus, omaisuudensuoja, oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin sekä oikeus sosiaaliturvaan ja oikeusturvaan (FINLEX 1999).

5 POTILASTYYTYVÄISYYS AIEMPIEN TUTKIMUSTEN MUKAAN

Tämän tutkimuksen taustatiedoiksi tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus (LIITE 3), jonka tavoitteena oli arvioida aiempien tutkimuksien perusteella kuntoutujien kokemuksia fysioterapeuttien suoravastaanotosta. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta viisi tutkimusta, jotka käsittelivät potilastyytyväisyyttä ja niiden heikkoutena voidaan pitää vaihtelevia tutkimusmenetelmiä. Näiden tutkimusten perusteella ei voida yhteneväisesti tehdä päätelmiä siitä, onko kuntoutujien kokemuksista fysioterapian suoravastaanotosta riittävästi näyttöä, mutta ne kertovat yleisestä potilastyytyväisyydestä, joka kuntoutujilla on fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta.

Monessa suoravastaanottoa koskeneissa tutkimuksissa oli käytetty lähteinä Daker-White ym. (1999) Iso-Britanniassa tehtyä RCT-tutkimusta, joka oli satunnaistettu kontrolloitu tutkimus (n=383). Sen tarkoituksena oli ensivaiheessa kyselyllä mitata kipua, toiminnanvajautta ja niiden haittoja 4 kk:n seurannan aikana. Toisessa vaiheessa haluttiin selvittää kyselyllä potilaan terveyttä, psykologista statusta, terveyden yhteyttä elämänlaatuun, itse vaikutusta ja tyytyväisyyttä. Tutkimuksessa verrattiin fysioterapeuttien ja kirurgien vastaanottoja kahdessa eri sairaalassa. Potilastyytyväisyyttä mitattiin ainoastaan seurannassa. Tuloksissa ei löytynyt tilastollisesti merkitsevää eroa muussa kuin saavutetun hoidon laadussa, jossa tulos oli fysioterapeuteille lievästi suosiollinen. Merkitsevää eroa saatiin henkilökunnan kommunikaatiossa ja asenteissa, hoidon laadussa ja palvelussa ($p<.05$).

Tämän jälkeen seuraava potilastyytyväisyyttä mitannut RCT-tutkimus julkaistiin vuonna 2005, jossa Richardson ym. tutkivat tarkoituksenaan vertailla terveys- ja kustannusvaikutusta fysioterapeutin ja lääkärin välillä (ft n=382, lääkäri n=384). Myös potilastyytyväisyys oli heidän mielenkiintonsa kohteena. Heidän tutkimuksessaan koe- ja kontrolliryhmät täyttivät kyselylomakkeen arviokäynnin jälkeen ennen hoitojaksoa, joka toimi mittarina. Tuloksena tästä tutkimuksesta oli se, että fysioterapeuttien ryhmässä oli suurempi tyytyväisyys sen liittyessä vastaanottoaikaan ja parempaan ohjaukseen. Asiakkaista 89 % oli tyytyväisiä fysioterapeutteihin ja lääkäreihin 74 % ($p<.001$).

Samana vuonna julkaistiin myös toinen tutkimus potilastyytyväisyys näkökulmasta McClellan ym. (2005) toimesta liittyen fysioterapeuttien suoravastaanottoon. Akuuttivaiheen suoravastaanottoa arvioitaessa he toteuttivat kyselyn niin, että potilaat saivat tehdä arvion jo viikon kuluttua suoravastaanottokäynnistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla

terveys- ja kustannusvaikutusta fysioterapeuttien, hoitajien ja lääkäreiden välillä. Kyseessä oli retrospektiivinen poikittaistutkimus, jossa ensiavussa käyneille asiakkaille kaikille (n=351) lähetettiin tyytyväisyyskysely viikon sisällä käynnistä ensiavussa. Tuloksena McClellan ym. (2005) totesivat, että potilastyytyväisyydessä oli eroja ammattiryhmien välillä. Fysioterapeutteihin tyytyväisiä asiakkaita oli 55 %, hoitajiin 39 % ja lääkäriin 36 % (p<.05). Tyytyväisyys heidän tutkimuksessaan keskittyi yleiseen tyytyväisyyteen ja potilaat saivat ohjeita jatkohoidon suhteen.

Landén-Lugvinsson ja Enthoven (2011) julkaisivat tutkimuksensa, jossa tarkoituksena oli vahvistaa fysioterapeutin suoravastaanottokäyntiä TULE-ongelmaisten parissa ja vertailla potilastyytyväisyyttä fysioterapeutin ja lääkärin välillä (ft n=51, lääkäri n=42). Potilastyytyväisyys toteutettiin tutkimuksen toisessa osassa, jossa potilaan kutsuttiin täyttämään kysely tyytyväisyydestä hoitoon. Tulokseksi tässä tutkimuksessa saatiin, että potilaat olivat merkittävästi tyytyväisempiä fysioterapeutin kuin lääkärin vastaanottoon. Kuntoutujilla oli täydellinen luottamus fysioterapeutin taitoon(p=.002), he saivat riittävästi tietoa oireisiinsa (p<.001) ja itsehoitoon (p<.001). Potilaiden tyytyväisyys kohdistui ohjaukseen vaivasta, itsehoidosta ja tietoon siitä, että he voivat itse vaikuttaa hoitoon sekä tietoon siitä, että he voivat luottaa fysioterapeutin kompetenssiin.

Desmeules ym (2013) tekivät Kanadassa tutkimuksen, jonka tavoitteena oli selvittää APP (Advanced Practice physiotherapists) diagnostiikan onnistumista verrattuna ortopedeihin, hoidon yhtäpitävyyttä, voimavarojen käyttöä ja potilastyytyväisyyttä. Tässä tapaustutkimuksessa potilaat tapasivat sekä fysioterapeutin että kirurgin, jonka jälkeen he täyttivät heti potilastyytyväisyyskyselyn. Tuloksena tutkimuksesta saatiin selville, että kirurgin vastaanottoaika oli hieman lyhyempi kuin fysioterapeutin. Potilastyytyväisyys oli korkeampi fysioterapeutilla 93,2% verrattuna kirurgiin 86,1% (p<.05). Fysioterapeutti vietti enemmän aikaa potilaan kanssa, antoi enemmän ohjeita, koulutusta ja harjoitteita.

Kaikissa kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa fysioterapeutit oli lisäkoulutettuja tai erikoiskoulutettuja toteuttamaan suoravastaanottoa. Kaikissa tutkimuksissa tulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisempiä fysioterapeutin vastaanottoon ja se liittyi hoidon laatuun, palveluun, parempaan ohjaukseen ja jatkohoitoon. Fysioterapeutit viettivät potilaiden kanssa myös enemmän aikaa ja potilaat olivat tyytyväisiä annettuihin harjoitteisiin.

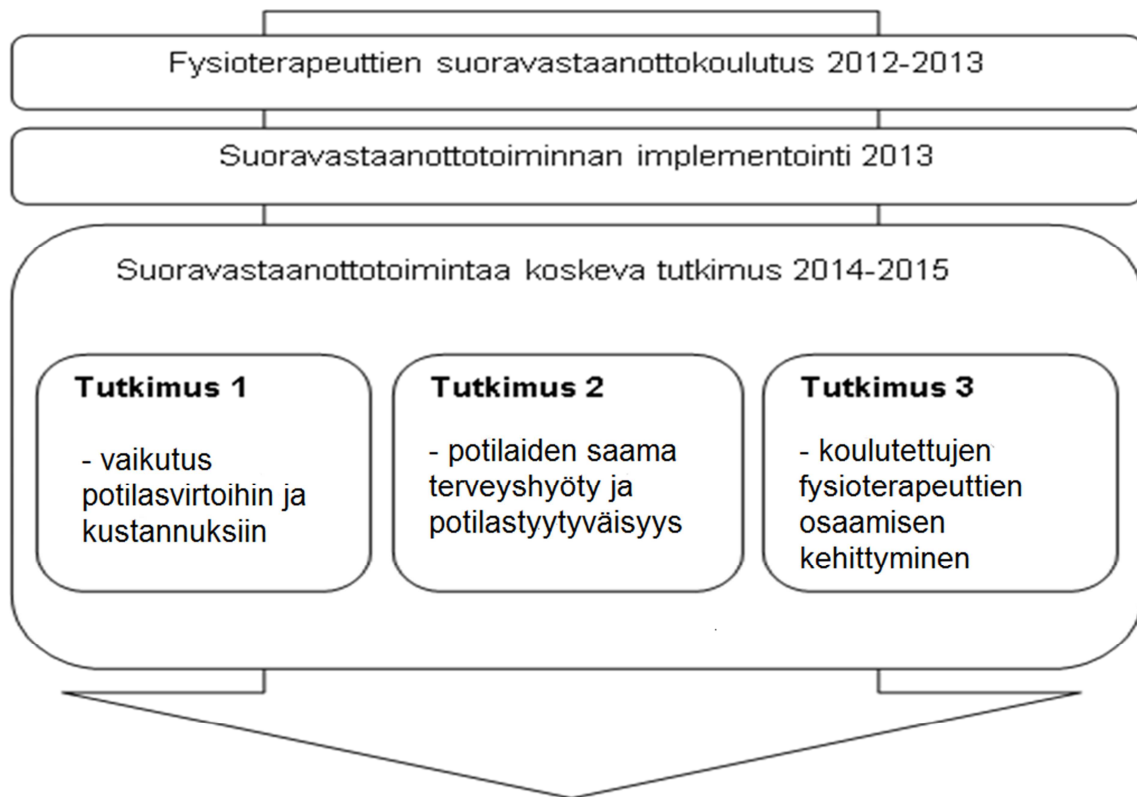
Tutkimusten erilaiset tutkimusasetelmat, eri maanosissa toteutetut erilaiset käytännöt, fysioterapeuttien määrä ja suoravastaanottokoulutus asettivat kuitenkin haastetta sille voidaanko näiden tutkimusten perusteella vielä yleistää tuloksia koskemaan kaikkea fysioterapeutin suoravastaanottotoimintaa. Tämä Pro gradu-työni tuo kuitenkin lisätietoa kuntoutujien kokemuksista fysioterapeutin suoravastaanotosta Suomessa, kun vertailu kohdetta ei ollutkaan vaan he pääsivät arvioimaan puhtaasti fysioterapeutin toteuttamaan vastaanottotoimintaa.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAUSTA

Tämä tutkimus oli osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella käynnissä olevaa seurantatutkimusta, hankkeen toteuttajina toimivat yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, Jyväskylän yliopisto ja Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Tämän laajemman seurantatutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomessa vuosien 2012-2013 aikana toteutetun fysioterapeuttien suoravastaanotto -koulutuksen jälkeen aloitettavan fysioterapeuttien TULES-potilaiden suoravastaanottotoiminnan vaikutuksia potilasvirtoihin ja kustannuksiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa, potilaiden saamaa terveyshyötyä sekä potilastyytyväisyyttä. Lisäksi tutkimuksen aikana selvitetään koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien ja sidosryhmien oppimisen kehittymistä (Ylinen ym. 2012, LIITE 1. KUVA 2.).

Tässä pro gradutyössä tutkittiin kuntoutujien potilastyytyväisyyteen liittyviä näkemyksiä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta kyselytutkimusta menetelmänä käyttäen. Kyselyn avulla arvioitiin kuntoutujan näkemyksiä asiakaskohtelusta, fysioterapeutin taidoista, varsinaista suoravastaanoton toteutumista, ohjausta ja neuvontaa sekä käynnin hyödyllisyyttä siinä mielessä, että tulisiko asiakas uudelleen. Kuvassa 2 kuvaillaan seurantatutkimusta, sen vaiheita ja tämän pro gradututkimuksen osuutta sekä muita seurantatutkimukseen osallistuvia osatutkimuksia.



Lähde: Ylinen ym. 2012.

Kuva 2. Seurantatutkimus fysioterapeuttien TULES-potilaiden suoravastaanottotoiminnasta perusterveydenhuollossa

Tutkimuskysymykset ovat:

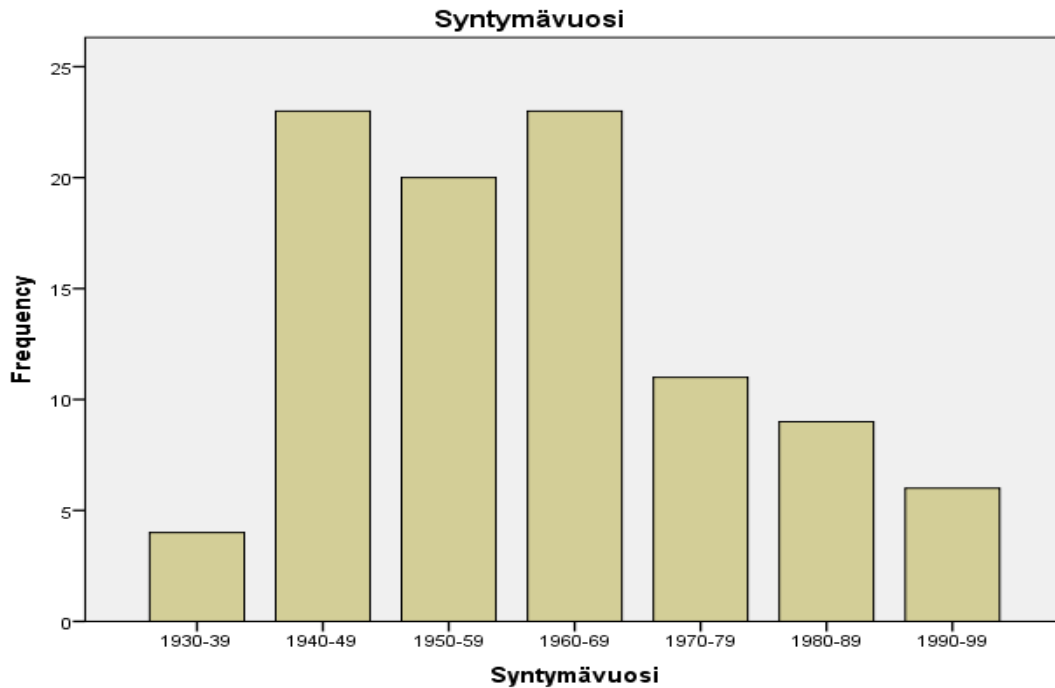
Millaiseksi kuntoutujat arvioivat fysioterapian suoravastaanottotoiminnan?

Oliko kuntoutujien näkemyksissä eroja taustatekijöiden (iän, sukupuolen, paikkakunnan, koulutustaustan) perusteella?

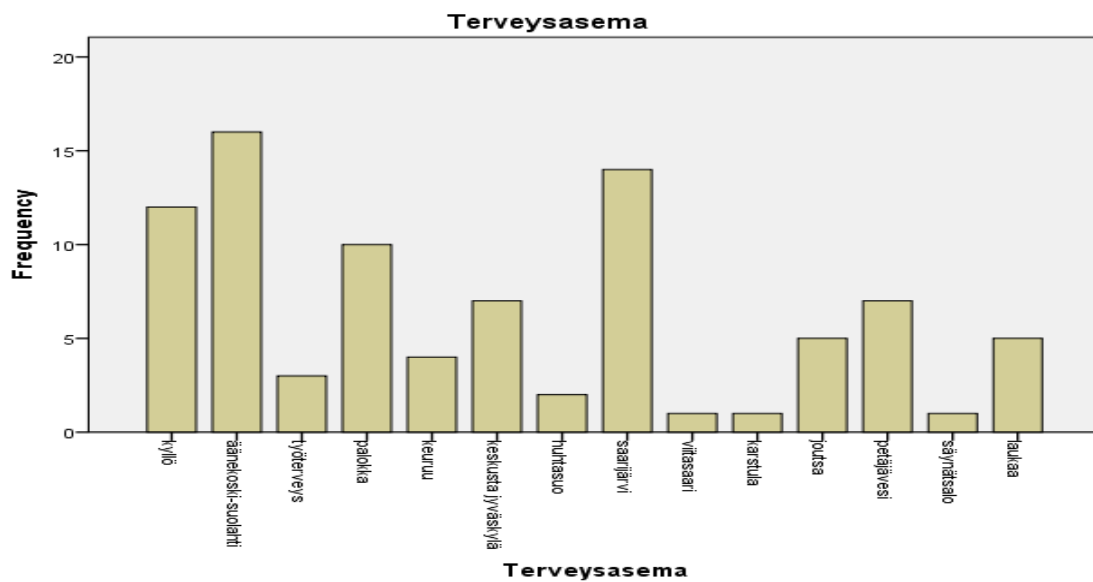
7 TUTKIMUSMENETELMÄT

7.1. Tutkimusaineisto

Tutkimuksen kyselyyn vastasi 99 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella asuvaa kuntoutujaa, jotka olivat saaneet kyselylomakkeen fysioterapeutin suoravastaanottokäynnillään. Vastaajista oli 28 miestä (28 %) ja 71 naista (72 %). Kuntoutujien ikä vaihteli 17-80 välillä (KA 51, SD 16). Terveysasemia oli yhteensä 14, jotka kuuluvat kuuteen eri keskitettyyn terveysterveyspalvelukonseptiin. Vastaajista 92 (93 %) ilmoitti vastaanottoaikaa. Eniten vastauksia saatiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveysterveyskeskuksista (JYTE) (32/34,8 %), toiseksi eniten Seututerveyshuollon asemilta (25/27,2 %). Saarikanta (15/16,3 %) ja Äänekoski-Suolahden (16/17,4 %) terveysterveyskeskuksista saatiin lähes yhtä monta vastausta. Vähiten vastauksia tuli Wiitaunionin (1/1,1 %) terveysterveyskeskuksista sekä Työterveys Aallosta (3/3,2 %). Vastaukset käsiteltiin kuitenkin kuntoutujien vastaamien 14 eri terveysterveyskeskuksen mukaan. Kuntoutajat palauttivat täyttämänsä kyselylomakkeen suoraan Jyväskylän yliopistoon terveystieteiden laitokselle suljetussa kirjepöytälaatikossa. Kyselylomakkeiden vastaanottaminen tähän tutkimukseen lopetettiin 18.8.2014. KUVASSA 3 nähdään kuntoutujien jakautuminen syntymävuosien mukaan ja KUVASSA 4 suoravastaanottoa toteuttaneet terveysterveyskeskukset (paikkakunta).



Kuva 3. Kuntoutujan arvio fysioterapeutin suoravastaanottoimmasta – kyselylomakkeen palauttaneiden ikäjakauma



Kuva 4. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottoimmasta – palautuneiden kyselylomakkeiden määrät terveyskeskuksittain

7.2. Kyselylomake ja aineistonkeruu

Tämän tutkimuksen aineistonhankintamenetelmänä toiminut kyselylomake (LIITE 2. Infokirje) on muokattu valmiista, aikaisemmin tutkimuskäytössä olleesta Fysioterapian palvelurakenteen muutos-tutkimuksessa käytetystä fysioterapiapalvelujen nykykäytänteet-lomakkeesta (fyko), joka mittaa fysioterapian laatua asiakkaan näkökulmasta (Leskelä ym. 2004; Pykäläniemi & Muranen, 2009; Piirainen & Viitanen, 2010). Lomakkeella selvitettiin kuntoutujien näkemyksiä suoravastaanottoiminnasta terveyskeskuksissa. Kyselylomaketta ei ole liitteenä sen kehittäjän omistusoikeudellisista syistä, mutta alempana käsitellään kysymyspatteristo aihealueittain.

Tämä kyselytutkimus on osa laajempaa kokonaistutkimusta. Tutkimuksen toteuttajina toimivat suoravastaanottokoulutuksen saaneet 28 fysioterapeuttia, joiden päämääränä oli antaa kaikille vastaanotoilla käyneille kuntoutujille kyselylomake suoravastaanottokäynnin jälkeen. Kyselyn infolehdellä kerrottiin avoimesti, että tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja lomakkeen mukana annettiin vastauskuori valmiiksi maksetun postimaksun kanssa. Kuntoutujia pyydettiin arvioimaan vastaanottoa ja vastaamaan jokaiseen kysymykseen. Osallistuminen tutkimukseen on ollut täysin vapaaehtoista ja kuntoutujat ovat saaneet kyselylomakkeen liitteenä saatekirjeen, jossa tutkimuksen tarkoitus on selvitetty ja ohjeet on selkeästi kerrottu.

Tähän tutkimukseen liittyviä asioita oli kyselylomakkeessa haluttu tutkia suljetuilla eli strukturoidulla kysymyksillä. Kyselylomake koostui kaiken kaikkiaan 13 kysymyksestä, joista strukturoituja monivalintakysymyksiä oli kahdeksan ja viisi avointa kysymystä, jolloin kuntoutujalla oli mahdollisuus omin sanoin vastata kysytyihin asioihin. Mukana oli Likert-asteikollisia väittämiä sekä semanttinen differentiaali, jossa kuntoutuja arvioi valitessaan kahden sanaparin (saman dimension ääripäitä) väliltä sen numeron, joka kuvaa hänestä lähimmin kuvattua asiaa. Numeerisesti semanttinen differentiaali kulkee numeroista 1-5 vasemmalta oikealle. Vastin sanaparit voivat olla satunnaisessa järjestyksessä niin, että numeron 1 tai 5 vierellä voi olla joko positiivinen tai negatiivinen vastinsanapari. Likert-asteikollisessa väittämässä kuntoutujaa pyydettiin rengastamaan oikea vaihtoehto numeroista väliltä 0-5 tai 5-0 (0 = ei koske minua/ei merkitystä, 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin erimieltä, 5 = täysin erimieltä, tai 5 = erinomainen, 4 = hyvä, 3 = kohtalainen, 2 = huono, 1 = erittäin huono, 0 = ei koske minua).

Kysymyspatteriston sisältö alkaa ensimmäisessä kysymyksessä, jossa kuntoutujat saivat määritellä omin sanoin suoravastaanottoon hakeutumisen syynsä. Toisessa kysymyksessä he saivat arvioida fysioterapian saatavuutta muun muassa, että pääsivätkö he fysioterapiaan nopeasti, tai pääsivätkö haluamaansa hoitopaikkaan tai haluamansa terveydenhuollon työntekijän vastaanotolle (0 = ei koske minua/ei merkitystä, 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin erimieltä, 5 = täysin erimieltä). Kolmannessa arvioitiin, kauanko he joutuivat odottamaan hoitopääsyä. Neljännessä kysymyksessä he saivat ympyröidä vastaanotolle pääsyn ajallisista vaihtoehtoista (1 = sovittuna aikana, 2 = 5-15 min. myöhässä, 3 = 15-30 min. myöhässä, 4 = yli puolituntia myöhässä). Viidennessä kysymyksessä kuntoutujat saivat arvioida asiakaskohtelua käyttämässään palveluyksikössä esimerkiksi valitsemalla vaihtoehtojen epäystävällinen-ystävällinen, yksilöllinen-rutiininomainen tai kiireinen-kiireetön väliltä (semanttinen differentiaali). Kysymyksessä kuusi kuntoutujat arvioivat heitä hoitaneen fysioterapeutin taitoja eri osa-alueissa, kuten kuuntelemista, menetelmien käyttöä ja heidän osallistamistaan hoidon arviointiin (5 = erinomainen, 4 = hyvä, 3 = kohtalainen, 2 = huono, 1 = erittäin huono, 0 = ei koske minua).

Kysymyksessä seitsemän kuntoutujat arvioivat fysioterapian suoravastaanoton toteutumista esimerkiksi, miten fysioterapeutti neuvoi oireiden seurannassa tai selvitti tai toteutti moniammatillista työtä (0 = ei koske minua/ei merkitystä, 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin erimieltä, 5 = täysin erimieltä). Kahdeksannessa kysymyksessä kuntoutujat arvioivat suoravastaanotolla saatua ohjausta ja neuvontaa, muun muassa, että millaisia ne olivat (0 = ei koske minua/ei merkitystä, 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin erimieltä, 5 = täysin erimieltä) sekä yhdeksännessä palveluyksikön ilmapiiriä ja henkilökuntaa ammattilaisina (0 = ei koske minua/ei merkitystä, 1 = täysin samaa mieltä, 2 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en osaa sanoa, 4 = jokseenkin erimieltä, 5 = täysin erimieltä). Kysymyksessä kymmenen kuntoutujat saivat ympyröidä väittämän, jossa he saivat arvioida tulonsa suoravastaanotolle uudelleen tähän terveyskeskukseen (1 = ehdottomasti tulisin, 2 = luultavasti tulisin, 3 = luultavasti en tulisi, 4 = ehdottomasti en tulisi, 5 = ei koske minua/en asu alueella). Lopuissa kolmessa avoimessa kysymyksessä kuntoutujat saivat perustella miksi he tulisivat tai eivät tulisi uudelleen, tapahtuiko fysioterapian aikana jotain erityisen myönteistä tai kielteistä, mitä he eivät odottaneet.

Kuntoutujien taustatiedoissa kysyttiin kuntoutujien syntymävuotta, sukupuolta, pohjakoulutusta eri vaihtoehtoista ympyröimällä ja VAS-janalla kuvailemalla nykyistä terveydentilaansa tai toimintakykyään. VAS-jana eli kipujana on 10 cm:n mittainen jana, jolla kuntoutuja saa itse määritellä kokemuksensa huonon ja erinomaisen väliltä. Ammatin he saivat itsenäisesti kirjoittaa ja nykyisen työtilanteensa valita valmiista vaihtoehtoista ympyröimällä. Kuntoutujat saivat myös kertoa, kuinka usein he olivat käyneet fysioterapiassa tai lääkärin vastaanotolla vuoden 2012 viimeisen neljän kuukauden aikana ja miksi.

Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselylomakkeessa kysytyjä asioita kuntoutujien kokemuksista fysioterapian saatavuudesta, pääsystä vastaanotolle, asiakaskohtelusta palveluyksikössä, fysioterapeutin taidoista, suoravastaanoton toteutumisesta, vastaanotolla saadusta ohjauksesta ja neuvonnasta, palveluyksikön kokemisesta ja mahdollisesta tulemisesta uusintäkäynnille sekä taustatietolomakkeesta saatuja tietoja iän, sukupuolen, paikkakunnan ja koulutustaustan osalta (Liite 2.).

7.3 Tilastollinen analyysi

Tämä tutkimus analysoitiin kvantitatiivisesti ja tilastollisessa analyysissä käytettiin IBM SPSS Statistics versio 20.-ohjelmaa. Analyysiprosessi aloitettiin kuntoutujien vastausten (n=99) normaalisuuden testaamisella. Siinä käytettiin Kolmogorov-Smirnovin testiä (Sig.<0.05), jolloin nähtiin, etteivät vastausten jakaumat noudata normaalijakaumaa. Näin määriteltiin parametrittömien testien käyttö tässä tutkimuksessa.

Tämän jälkeen alettiin muodostaa havaintomatriiseja ja arvioimaan mahdollisten summamuuttujien käyttöä tutkimuksen apuna. Summamuuttujia muodostettiin niiden kysymyskokonaisuuksien mukaan, jossa havaittiin Crohnbachin alfan avulla summamuuttujien sisäisen konsistenssin olevan riittävä arvolla $p < .05$ tai pienempi (Liite 4.). Summamuuttujien mahdollistamiseksi täytyi havaintomatriisissa eli datamatriisissa tehdä muutoksia, joissa ”en osaa sanoa”- tai ”ei koske minua”- vastaukset piti muuttaa puuttuviksi tiedoiksi, jotta ne eivät vääristäneet summamuuttujien arvoja. Väittämät myös käännettiin kaikki samansuuntaiseksi niiden vertailtavuuden mahdollistamiseksi. Summamuuttujia käytettiin esiasteena vaativammille analyyseille. Tilastollista merkitsevyyttä testattiin kahden riippumattoman muuttujan osalta Mann-Whitneyn U-testin avulla ja useampien muuttujien välisiä yhteyksiä Kruskal-Wallis- testin avulla.

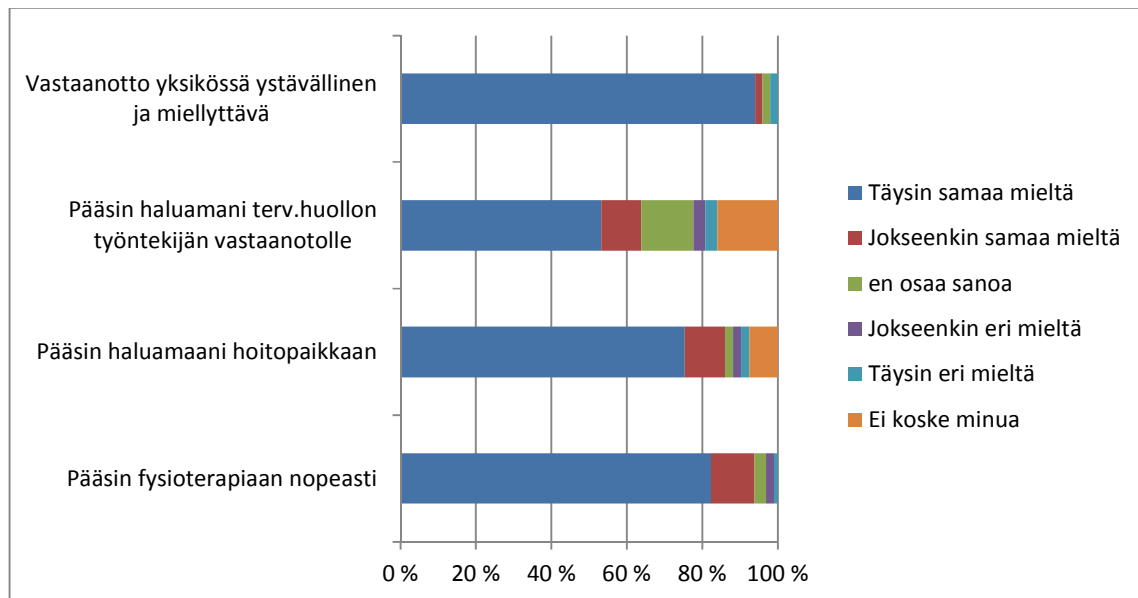
8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tulokset muodostuvat kuntoutujien näkemyksistä, millaiseksi he arvioivat fysioterapian suoravastaanottoiminnan ja oliko heidän näkemyksissään eroja taustatekijöiden perusteella. Tulokset raportoidaan ensin kuvailevat tulokset ja sen jälkeen tilastolliset analyysit.

8.1 Fysioterapian suoravastaanoton kuvailevat tulokset kuntoutujien näkemysten mukaan

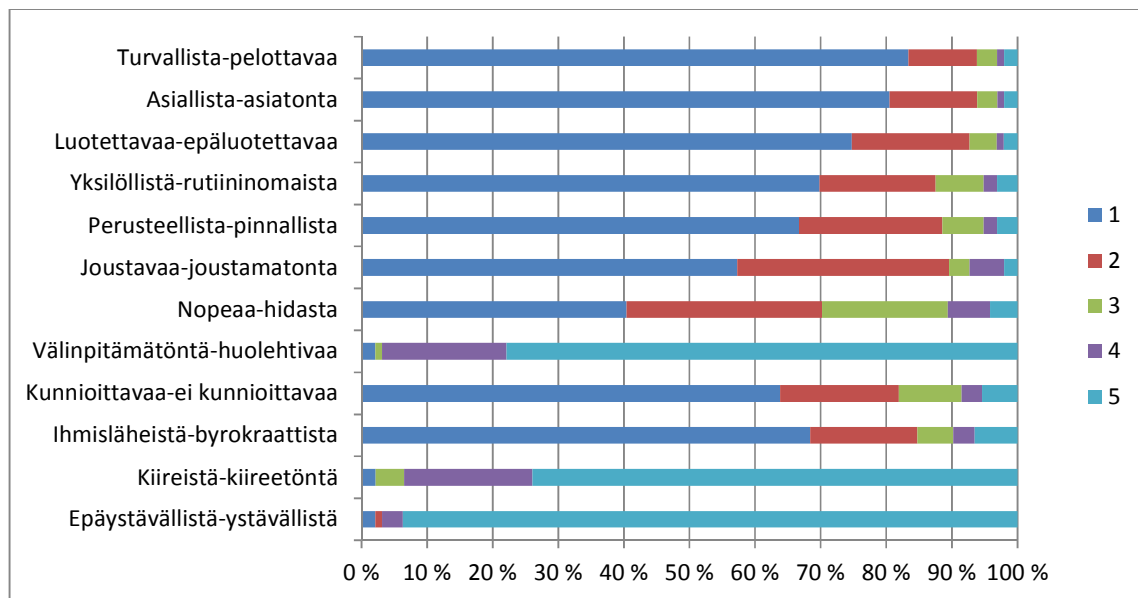
Valtaosa (79,8 %) kuntoutujista koki, että he pääsivät fysioterapiaan nopeasti ja kaksi kolmasosaa (70,7 %) oli sitä mieltä, että he pääsivät haluamaansa hoitopaikkaan. Harva vastaajista (7,1 %) oli sitä mieltä, ettei asia koskenut heitä. ”Pääsy haluamalleen terveydenhuollon työntekijän vastaanotolle”- kysymys jakoi mielipiteitä enemmän. Puolet (50,5 %) oli täysin samaa mieltä asiasta, 13,1 % kuntoutujista oli sitä mieltä, ettei osannut sanoa ja 15,2% kuntoutujista vastasi ettei asia koskenut heitä. Suurin osa kuntoutujista koki vastaanoton ystävälliseksi ja miellyttäväksi (92,9%) (KAAVIO 1.).

KAAVIO 1. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapian saatavuus (n=99)



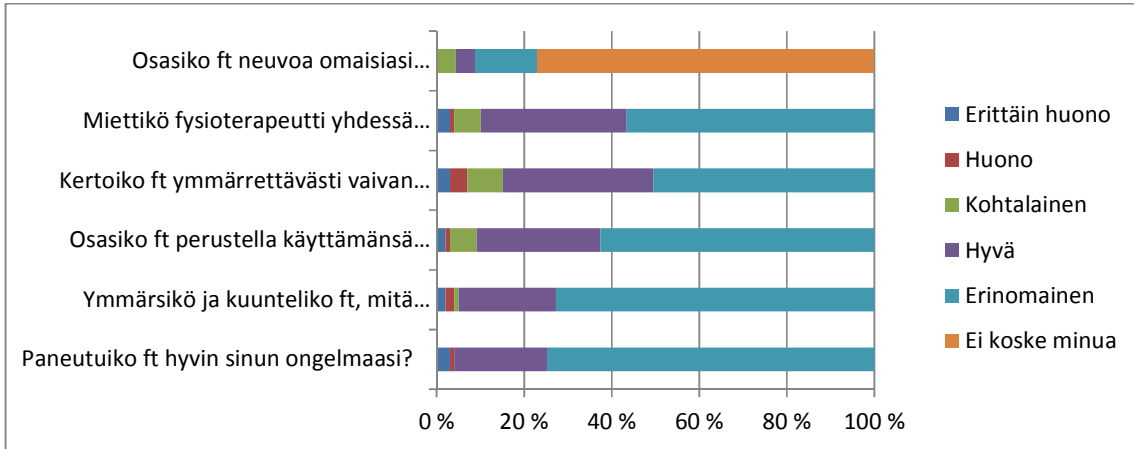
Asiakaskohtelun kuntoutujat arvioivat pääosin positiivisesti. Kohtelu oli heidän mielestään ystävällistä (89,9%), kiireetöntä (68,7%), ihmissläheistä (63,6%), kunnioittavaa (60,6%), huolehtivaa (74,7%) ja pääosin nopeaa (38,4%). Kuntoutujat kokivat kohtelun olevan joustavaa (55,6%), perusteellista (64,6%), yksilöllistä (67,7%), luotettavaa (71,7%), asiallista (78,8%) ja turvallista (80,8%) (KAAVIO 2.).

KAAVIO 2. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen asiakaskohtelun kokemus (n=99)



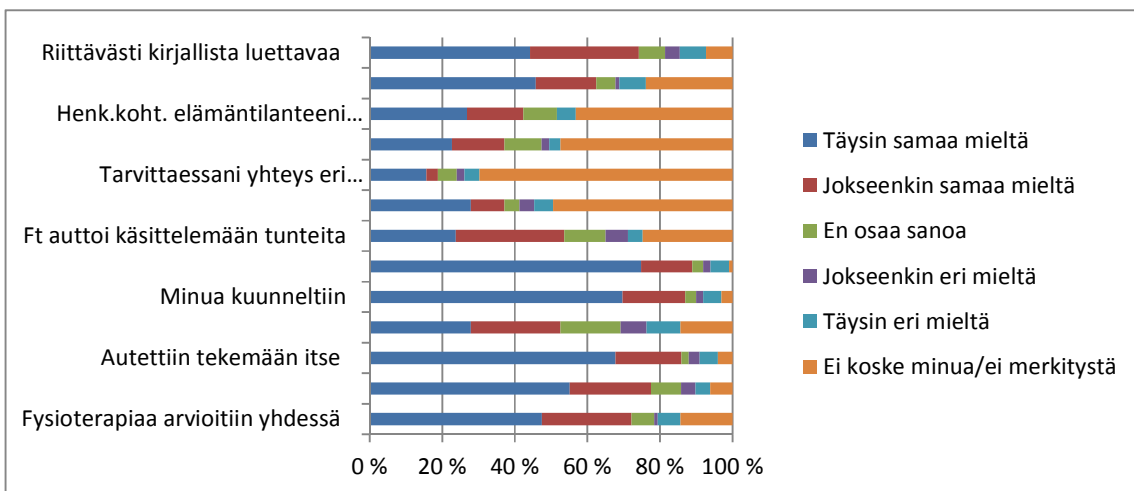
Kuntoutujat arvioivat, että fysioterapeutti paneutui heidän ongelmiinsa pääosin erinomaisesti (74,7%) ja kuuntelivat, mitä kuntoutujilla oli sanottavaa (72,7%). Suurin osa fysioterapeuteista osasi perustella käyttämänsä menetelmät erinomaisesti (62,6%) tai hyvin (28,4%). Puolet kuntoutujista oli sitä mieltä, että fysioterapeutti osasi kertoa ymmärrettävästi vaivan mahdollisista syistä joko erinomaisesti (50,5%) tai hyvin (34,3%). Heidän mielestään fysioterapeutti mietti yhdessä kuntoutujan kanssa ratkaisuja pulmatilanteeseen erinomaisesti (56,6%) tai hyvin (33,3%). Suurin osa oli sitä mieltä, ettei omaisten ohjaus koskettanut heitä (70,7%) (KAAVIO 3.).

KAAVIO 3. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapeutin taitojen arviointi (n=99)



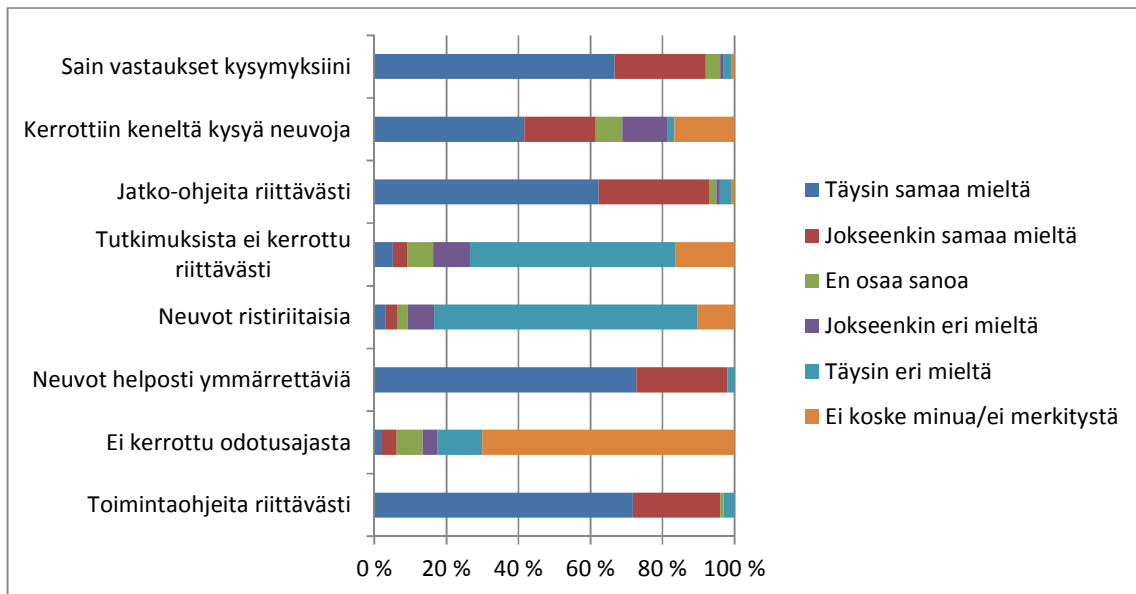
Kuntoutujat arvioivat fysioterapian toteutuksesta, että arviointia tehtiin yhdessä hänen ja/tai omaisen kanssa (46,5%) ja kuntoutujia neuvottiin itse seuraamaan oireitaan ja kertomaan niistä (54,5%). Kuntoutuja huomioitiin mielipiteitä omaavana ihmisenä (74,7%), jota kuunneltiin heidän mielestään (69,7%). Alle puolet kuntoutujista arvioi, että heidän aikaisemmat hoitokertansa huomioitiin (44,4%) ja hieman alle puolet kokivat saaneensa riittävästi hoitoon liittyvää kirjallisuutta (43,2%). Fysioterapeutin tekemien lisäselvitysten (48,5%) tai yhteydenotto muihin terveydenhuollon ammatti-ihmisiin (67,7%) ei koettu merkityksellisenä (KAAVIO 4.).

KAAVIO 4. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapeutin suoravastaanoton toteutuksen arviointi (n=99)



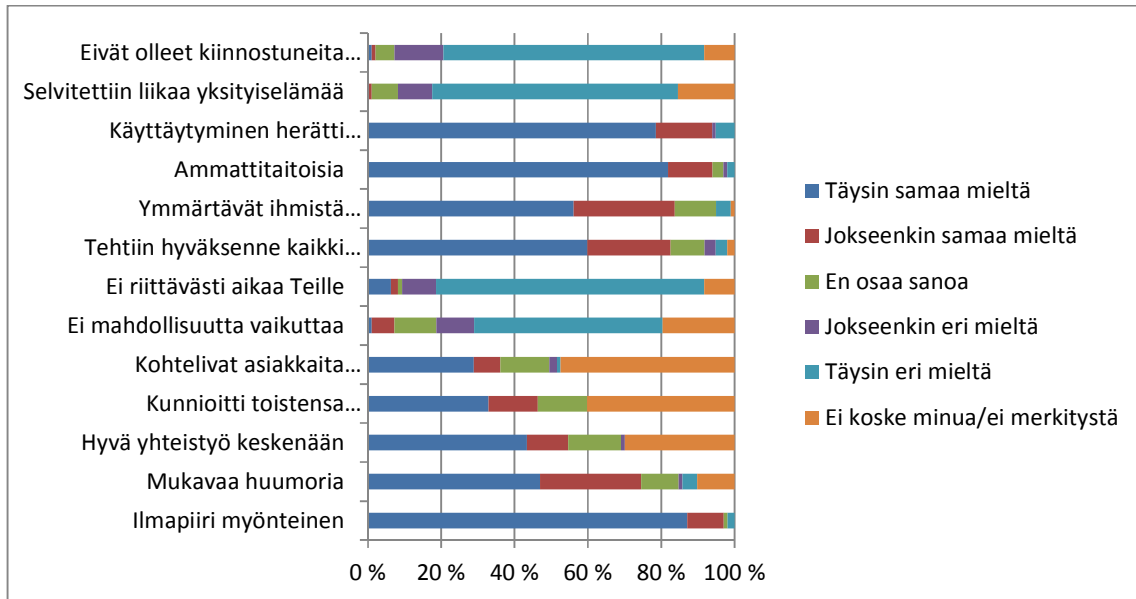
Ohjauksen ja neuvonnan arvioinnissa kuntoutujat olivat sitä mieltä, että he saivat toimintaohjeita riittävästi (71,7%) ja neuvot olivat helposti ymmärrettäviä (72,7%). Kysymyksiin vastattiin (66,7%) ja jatko-ohjeita saatiin melko hyvin (61,6%). Alle puolet koki, että heille kerrottiin keneltä kysyä neuvoja ja ohjeita (40,4%). Kuntoutujien mielestä neuvot eivät olleet ristiriitaisia (70,7%) ja tutkimuksista sekä toimenpiteistä kerrottiin riittävästi (56,6%) (KAAVIO 5).

KAAVIO 5. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapeutin suoravastaanoton ohjauksen ja neuvonnan arviointi (n=99)



Kuntoutujien arvioinneissa palveluyksiköstä ilmapiiri koettiin myönteiseksi (88,4%). Alle puolet arvioi, että henkilökunta käytti mukavaa huumoria (46,5%) ja toimi hyvässä yhteistyössä keskenään (42,4%). Suurin osa oli sitä mieltä, että henkilökunta on ammattitaitoista (81,8%) ja heidän käyttäytymisensä herätti luottamusta (78,1%). Noin puolet arvioi henkilökunnan tehneen kaiken mahdollisen (58,%) ja ymmärtävän ihmistä kokonaisuutena (55,6%). Kuntoutujat eivät kokeneet, että yksityiselämää olisi selvitetty liikaa (65,7%) tai ettei heidän asioistaan olisi oltu kiinnostuneita (69,7%). Kuntoutujat eivät kokeneet osaavansa arvioida henkilökunnan kunnioitusta toistensa asiantuntemuksesta (39,4%) tai sitä kohtelivatko he asiakkaita samanarvoisesti 46,5%). Noin puolet kuntoutujista arvioi, että heillä oli mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa koskeviin ratkaisuihin (50,1%) (KAAVIO 6.).

KAAVIO 6. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen palveluyksikön arviointi (n=99)



Valtaosa (n=95) kuntoutujista oli sitä mieltä, ett fysioterapian asiakaskäynnille pääsee sovittuna ajankohtana (84,2%) (taulukko 3.).

TAULUKKO 1. Kuntoutujien arviot fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapian vastaanotolle ajallaan pääsyn arviointi (n=95).

Vastaanotolle pääsy	kuntoutujien lukumäärä	%-osuus
sovittuna aikana	80	84,2%
5-15 min myöhässä	13	13,7%
15-30 min myöhässä	2	2,1%
yht	95	100%

8.2 Fysioterapian suoravastaanoton korrelaatiot

Kohtelu ($p < .05$), kokemus nopeasta pääsystä fysioterapiaan ($p < .05$), kokemus pääsystä haluamaansa hoitopaikkaan ($p < .05$) sekä vastaanoton kokeminen ystävälliseksi ja miellyttäväksi ($p < .001$) olivat kaikki tilastollisesti yhteydessä toisiinsa. Kuntoutujat kokivat

positiivisena ($p < .01$) pääsyä haluamaansa hoitopaikkaan ja haluamalleen terveydenhuollon henkilön vastaanotolle. Kuntoutujien mielestä myös kohtelun positiiviseen kokemukseen vaikutti haluamaansa hoitopaikkaan pääseminen ($p < .01$) (TAULUKKO 1.).

TAULUKKO 2. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen fysioterapian saatavuuden yhteys kohteluun, fysioterapeutin taitoihin ja vastaanoton toteutukseen, ohjaukseen ja neuvontaan sekä palveluyksikön kokemukseen kuntoutujien mukaan ($n=99$)

	2.1	2.2	2.3	2.4	SUM5	SUM6	SUM7	SUM8	SUM9
Pääsy nopeasti (2.1)	1								
Pääsyä haluamaani hoitopaikkaan (2.2)	,226* p<.05 81	1							
Pääsin haluamani terv.huollon työntekijän vast.otolle (2.3)	,135 p>.05 65	,337** p<.01 61	1						
Vastaanotto ystävällinen ja miellyttävä (2.4.)	,463** p<.001 91	,114 p>.05 83	-,068 p>.05 65	1					
SUM5	,234* p<.05 91	,320** p<.01 82	,099 p>.05 64	-,038 p>.05 94	1				
SUM6	-,051 p>.05 93	-,115 p>.05 84	-,237 p>.05 66	-,118 p>.05 96	-	1			
SUM7	,006 p>.05 93	-,025 p>.05 84	,052 p>.05 66	-,012 p>.05 96	-	-	1		
SUM8	,396 p>.05 13	,336 p>.05 12	,529 p>.05 9	,311 p>.05 13	-	-	-	1	
SUM9	-,038 p>.05 93	,017 p>.05 84	,195 p>.05 66	,031 p>.05 96	-	-	-	-	1

**Sig.<.01, *Sig.<.05

Tilastollinen menetelmä Kruskal-Wallis ja Mann-Whitney U-testi

Vahva yhteys löytyi summamuuttujien väittämäkokonaisuuksista kohtelun (SUM5), fysioterapeuttien taitojen (SUM6), fysioterapian toteutuksen (SUM7), ohjauksen ja

neuvonnan (SUM8) ja palveluyksikön kokemusten väittämistä (SUM9). Osa kuntoutujista oli sitä mieltä, että ohjauksella ja neuvonnalla ($p < .001$) oli positiivinen yhteys palveluyksikön kokemiseen, fysioterapian toteutukseen ($p < .05$) ja kuntoutujan kohteluun ($p < .01$) tilastollisesti merkitsevästi. Fysioterapian toteutuksella ($p < .001$) oli myös yhteyttä palveluyksikön kokemiseen. Vähäistä riippuvuutta tilastollisissa analyysissä oli fysioterapeutin taidoilla ($p < .001$) kohtelun kokemiseen ja fysioterapian taidoilla ($p < .05$) fysioterapian toteutukseen. Palveluyksikön ($p < .05$) kokemiseen ei ollut juurikaan yhteyttä kohtelun kokemisella. Voimakasta negatiivista riippuvuutta ei korrelaatioissa havaittu lainkaan (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 3. Kuntoutujien arvio fysioterapeutin suoravastaanottotoiminnasta – kyselylomakkeen väittämäkokonaisuuksien väliset yhteydet (n=99)

	Kohtelu (SUM5)	Ft:n taidot (SUM6)	Ft:n toteutus (SUM7)	Ohjaus ja neuvonta (SUM8)	Palveluyksikkö (SUM9)
Kohtelu (SUM5)	1	-	-	-	-
Ft:n taidot (SUM6)	-,33** p<.001 n=96	1	-	-	-
Ft:n toteutus (SUM7)	,19 p>.05 n=96	-,24* p<.05 n=99	1	-	-
Ohjaus ja neuvonta (SUM8)	,72** p<.01 n=12	-,43 p>.05 n=14	,62* p<.05 n=14	1	-
Palveluyksikkö (SUM9)	,25* p<.05 n=96	-,20 p>.05 n=99	,53** p<.001 n=99	,81** p<.001 n=14	1

**Sig.<.01, *Sig.<.05

Tilastollisena menetelmänä Kruskal-Wallis

8.3 Taustatekijöiden yhteys kuntoutujien näkemyksiin

Kaikista terveysasemista terveysasemalla I käyneet kuntoutujat olivat kaikista tyytyväisimpiä (Mean rank=36,00) ja terveysasemalla B (Mean rank=56,96) käyneet kuntoutujat vähiten tyytyväisiä nopeaan pääsyyn fysioterapiaan ($p < .05$). Arvioidessaan pääsyä haluamaansa hoitopaikkaan tyytyväisimpiä olivat ne kuntoutujat, joissa aikaisempaa vastaanottotoimintaa ei ollut (Mean rank=32,50). Ne joiden terveysasemilla aikaisempaa vastaanottotoimintaa oli ollut, olivat vähemmän tyytyväisiä (Mean rank=40,98, $p < .05$).

Pääsyssä haluamalleen terveydenhuollon työntekijän vastaanotolle tyytyväisimpiä olivat kansa/peruskoulun käyneet (Mean rank=25,50) ja vähiten tyytyväisiä yliopistollisen loppututkinnon suorittaneet (Mean rank=54,60) (p<.002). Myös pohjakoulutukseltaan ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneet olivat myös tyytyväisiä pääsystä haluamalleen terveydenhuollon työntekijän vastaanotolle (Mean rank=28,31) verrattuna yliopistollisen loppututkinnon suorittaneisiin (p<.008). Keskikoulun ylioppilastutkinnon ja ammatillisen tutkinnon suorittaneet jäivät näiden muiden pohjakoulutusten väliin.

Vastaanoton miellyttäväksi ja ystävälliseksi kaikkein tyytymättömmimminkin kokivat terveysasemalla L käyneet kuntoutujat (Mean rank=58,60). Tyytyväisimpiä kuntoutujat olivat terveysasemalla B (Mean rank=41,50, p<.003) ja terveysasemalla I (Mean rank=42,50, p<.003). Myös terveysasemalla M (Mean rank=41,50, p<.02), terveysasemalla D (Mean rank=41,50, p<.007) ja terveysasemalla F (Mean rank=41,50, p<.03) käyneet kokivat vastaanoton miellyttäväksi ja ystävälliseksi (taulukko 4.).

TAULUKKO 4. Kuntoutujien arvio fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta – taustatekijöiden yhteys fysioterapian saatavuuteen (n=99)

Väittäjä	muuttuja	Standardoitu testisuure/vapausasteet	p-arvo
Pääsin fysioterapiaa nopeasti	Terveysasema:	22,99/13	p<.05*
	Terveysasema I- Terveysasema B	3,5	p<.05*
Pääsin haluamaani hoitopaikkaan	Aikaisempi vastaanottotoiminta	2,16	p<.05*
Pääsin haluamani terv.huollon työntekijän vast.otolle	Pohjakoulutus	17,26/5	p<.05*
	kansa/peruskoulu- yliopist.loppututkinto	3,8	p<.01**
	amk-tutkinto-yliopist. loppututkinto	3,5	p<.01**
Vastaanotto ystävällinen ja miellyttävä	Terveysasema:	22,77/13	p<.05*
	Terveysasema B- Terveysasema L	4,1	p<.01**
	Terveysasema M- Terveysasema L	3,7	p<.05*

Terveysasema D- Terveysasema L	3,9	p<.01**
Terveysasema F- Terveysasema L	3,6	p<.05*
Terveysasema I- Terveysasema L	4,2	p<.01**

**Sig.<.01, *Sig.<.05 Tilastollisena menetelmänä Mann-Whitneyn U-testi

Tilastollisesti merkitseviä eroja havaittiin fysioterapian suoravastaanoton toteutuksessa (p<.05) (TAULUKKO 5.) ja kuntoutujien kokemuksissa uusintakäynnin suhteen (p<.05) (TAULUKKO 6.). Fysioterapian suoravastaanoton toteutumisen (SUM7) ja pohjakoulutuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa (p<.05). Kuntoutujista tyytyväisimpiä olivat kansa/peruskoulun (Mean rank=31,20) käyneet ja tyytymättömämpiä olivat ylioppilaat (Mean rank=70,90) ja yliopistollisen loppututkinnon suorittaneet (Mean rank=69,28, p<.05)). Nykyisen työtilanteen ja fysioterapian toteutuksen välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevää eroa (p<.05). Ansiotyössä kotona olevat (Mean rank=38,10) ja eläkkeellä olevat (Mean rank=38,93) olivat kuntoutujista tyytyväisimpiä fysioterapian toteutukseen (SUM7). Vähiten tyytyväisiä toteutukseen olivat ei- ansiotyössä olevat (Mean rank=80,00) sekä koululaiset tai opiskelijat (Mean rank=80,30).

TAULUKKO 5. Fysioterapian suoravastaanoton toteutumisen arviointi (n=99)

Väittäjä	Muuttuja	Standardoitu testisuure/vapausasteet	p-arvo
Fysioterapian toteutus (SUM7)	Pohjakoulutus	13,96/5	p<.05*
	Kansa/peruskoulu- yliopistollinen loppututkinto	3,15	p<.05*
	Nykyinen työtilanne	9,02	p<.05*

**Sig.<.01, *Sig.<.05 Tilastollinen menetelmä Kruskal-Wallis

Kuntoutujien arvioidessa uusintakäyntiä fysioterapian suoravastaanottokäynnille (taulukko 7.) havaittiin tilastollisesti merkitsevä ero nykyisen työtilanteen perusteella (p<.05). Eniten täysin samaa mieltä uusintakäynnistä olivat ansiotyössä kotona olevat (Mean rank=43,00) ja vanhempainlomalla tai muulla pitkällä lomalla olleet kuntoutujat (Mean rank=43,00). Ei

ansiotyössä olevat (Mean rank=92,00) olivat tilastollisesti merkitsevästi vähiten sitä mieltä, että tulisivat uusintakäynnille fysioterapiaan ($p<.05$).

TAULUKKO 6. Fysioterapian suoravastaanoton uusintakäynnin arviointi (n=99)

Väittäjä	Muuttuja	Standardoitu testisuure/vapausasteet	p-arvo
Uusintakäynti fysioterapiaan	Nykyinen työtilanne	14,67/7	$p<.05$

**Sig.<.01, *Sig.<.05 Tilastollinen menetelmä Mann-Whitneyn U-testi

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuntoutujien näkemyksiä fysioterapeuttien toteuttamasta suoravastaanottotoiminnasta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Kaiken kaikkiaan tuloksista nähdään positiivinen suhtautuminen fysioterapeuttien suoravastaanottotoimintaa kohtaan. Pohdinnassa käsitellään ensin tuloksiin vaikuttavia tekijöitä liittyen varsinaisiin tuloksiin. Lisäksi käsitellään tämän tutkimuksen luotettavuutta sekä johtopäätöksiä ja jatkotutkimusehdotuksia varten.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin kuntoutujien kokemuksia fysioterapian suoravastaanotosta, jonka tarkoitus pohjimmiltaan on puuttua terveysongelmiin riittävän varhaisessa vaiheessa, säästäten kustannuksia ja ennaltaehkäisten kuntoutujan terveysongelmien monimutkaistumista tai pitkittymistä. Tämä tutkimustulos tukee Koivuranta-Vaara (2011) kiteyttämää hyvänlaatuinen terveydenhuollon määritelmää, kun se käyttää resurssit parhaalla mahdollisella tavalla, turvallisesti, tuhlaamatta, korkeatasoisesti ja eniten hoitoa tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä tarvitsevien terveystarpeisiin.

Suoravastaanoton tutkimus on vielä nuorta Suomessa, vaikka maailmanlaajuisesti sen vaikutuksia kustannuksiin ja potilastyytyväisyyteen on tutkittu vuosia, jopa yli vuosikymmen sitten (Daker-White ym. 1999, Richardson ym 2005, McClellan ym. 2005, Landén Ludvigsson & Enthoven 2011, Desmeules ym. 2013). Tämän vuoksi tämä tutkimus tuo arvokasta viitteellistä tietoa kuntoutujien näkemyksistä suoravastaanottotoiminnasta. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida verrata suoraan aiempaan tutkimustietoon, koska vertailuryhmänä tässä tutkimuksessa eivät olleet lääkärit kuten aiemmissa tutkimuksissa on ollut. Kuitenkin tuloksista on nähtävissä useita samankaltaisuuksia aiempien tutkimusten kanssa.

9.2 Fysioterapeutin suoravastaanottotoiminta kuntoutujien arvioimana

Tämän kyselytutkimuksen avulla saatiin selville millainen näkemys eri kuntoutujilla oli fysioterapian suoravastaanottotoiminnan saatavuudesta eri terveysasemilla. Saatavuudessa oli eroja terveysasemien välillä. Taustamuuttujista nousivat pohjakoulutus ja nykyinen työtilanne

asioiksi, joilla havaittiin olevan vaikutusta kuntoutujien näkemyksiin. Aiemmissa tutkimuksissa ei työtaustalla ollut merkitystä (Holdsworth ym.2006). Leemrijse ym. (2008) tutkimuksessaan totesivat, että korkeammin koulutetut ja nuoremmat käyttivät fysioterapeutin suoravastaanottoa enemmän, mutta tyytyväisyyttä suoravastaanottoon ei mitattu.

Kuntoutujat olivat tässä tutkimuksessa pääasiassa tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin sekä ohjeisiin jatkohoidon suhteen. Tulokset antavat viitteitä siitä, että suoravastaanotto toiminta oikealla tavalla oikeassa paikassa toteutuessaan voi helpottaa sosiaali- ja terveydenhuollon paineita hoitoon pääsyn suhteen ja lisätä asiakastyytyväisyyttä. Oleellista kuitenkin kaiken kaikkiaan fysioterapeutin suoravastaanotto toiminnan onnistumisen kannalta on koko hoitoprosessi, lähtien siitä alkuvaiheesta, kun kuntoutuja ohjataan fysioterapiaan ja millä tavalla ja mielikuvilla se tapahtuu. Fysioterapeutti ei kuitenkaan yksistään pysty takaamaan suoravastaanoton positiivista kokemista, koska myös kuntoutuja omalla persoonallaan vaikuttaa siihen.

Tuloksista on nähtävissä kuitenkin yhteneväisyyttä aiempien tutkimusten kanssa. Myös aiemmissa tutkimuksissa kuntoutujat ovat olleet tyytyväisiä saamiinsa ohjeisiin (Daker-White ym. 1999, Richardson ym. 2005, McClellan ym. 2005, Landén Ludvigsson & Enthoven 2011, Desmeules ym. 2013), itsehoito-ohjeisiin (Landén Ludvigsson & Enthoven 2011), nopeampaan hoitoon pääsemiseen (McClellan ym. 2005) ja pidempään vastaanottoaikaan (McClellan ym. 2005; Landén Ludvigsson & Enthoven 2011; Desmeules ym. 2013).

Tilastollisessa analyysissä löydettiin eroavaisuuksia väittämissä, joissa kuntoutujat arvioivat fysioterapian saatavuutta, toteutusta ja uusintakäyntiä. Fysioterapian saatavuudessa eroja oli terveysasemien välillä. Saatavuus erosi aikaisemmalla vastaanotto toiminnan ja kuntoutujien pohjakoulutuksen suhteen. Myös fysioterapian vastaanottotilanteen toteutumisen arviot erosivat kuntoutujien pohjakoulutuksen ja myös nykyisen työtilanteen suhteen. Uusintakäyntiä fysioterapiaan arvioidessaan näkemykseen vaikutti eniten heidän nykyinen työtilanteensa.

Tyytyväisimpiä suoravastaanottoon olivat alemman koulutustason kuntoutujat, ansiotyössä kotona tai eläkkeellä olevat kuntoutujat. Myös aiemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että eläkeläiset ovat olleet muita ammattiryhmiä tyytyväisempiä saamaansa hoitoon (Roine ym. 1998, 46). Aiemmissa tutkimuksissa todettiin myös, että alemman koulutustason suorittaneet arvioivat hoidon paremmaksi ylioppilaisiin ja korkeakoulutuksen saaneisiin verrattuna (Roine ym 1998, 47). Myös niillä terveysasemilla, joissa aikaisempaa vastaanotto toimintaa ei ollut

ollut, oli tyytyväisempiä kuntoutujia siten, että he kokivat päässeensä haluamaansa hoitopaikkaan. Fysioterapeutin tiedot, taidot sekä kuntoutujille antamat neuvot ja ohjeet koettiin selkeiksi ja riittäviksi. Fysioterapian toteutuksessa kuntoutajat kokivat, että heidät huomioitiin erilaisina ihmisinä ja palveluyksikön ilmapiiri oli myönteinen.

Fysioterapiaan pääsy on aina julkisella puolella ollut lääkärin päätettävissä, koska Suomessa sekä tuki- ja liikuntaelimestön fysioterapian että lääkinnällisen kuntoutuksen poliklinikkatoiminta on aina perustunut lääkärin lähetekäytäntöön. Muutamien positiivisuudesta poikkeavien mielipiteiden voidaan olettaa tarkoittavan sitä, että jotkut kuntoutajat olisivat kuitenkin toivoneet päässeensä ensisijaisesti lääkärin vastaanotolle.

Kuten Stenvall ja Virtanen (2012) kertoivat, että eri yhteyksissä on havaittu, että kansalaiset suhtautuvat entistä vaativammin julkisiin palveluihin ja näin ollen edellyttävät niiltä yhä enemmän sekä määrää että laatua verraten niitä yksityiseen terveydenhuoltoon. Samaan aikaan julkisiin palveluihin liittyy perinteisesti matalan odotuksen arvo, jolloin usein ajatellaan palveluiden olevan byrokraattisia ja jäykkiä. Tällöin pienikin odotusten ylittyminen kohentaa käsitystä palveluiden toimivuudesta (Stenvall & Virtanen 2012). Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että fysioterapeutin suoravastaanoton toteutus antoi kuntoutujalle tunteen toiminnan sujuvuudesta.

Hyvään palvelukokemukseen on voinut vaikuttaa esimerkiksi kokemus siitä, että heidän tullessaan pyytämään apua TULES-vaivoihinsa, heille on välittömästi tarjottu apua (suoravastaanottoaika). Toisaalta palvelun laatuun ovat mahdollisesti vaikuttaneet fysioterapeutin persoonallisuus, vastaanoton miellyttävyys ja yleinen ilmapiiri vastaanottotilanteessa. Suoravastaanottotilanne on ollut ainutlaatuinen, koska sama käynti on sisältänyt sekä tutkimisen, hoidon ja ohjeet kuntoutumiseen. Aiempien tutkimustenkin mukaan kuntoutajat olivat kokeneet tullessa kuulluksi ja voineensa vaikuttaa omaan hoitoonsa sekä olleensa aktiivinen osallistuja hoitotilanteessa (Leskelä ym 2005, Landén Ludvigsson & Enthoven 2011).

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tutkimustuloksia siitä, että fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminta kuntoutujien arvioimana koetaan positiivisena toimintana. Kuntoutujille annettavien palvelujen laatua voidaan ylläpitää sillä, että suoravastaanottokoulutusta fysioterapeuteille jatketaan ja toiminnan käynnistämistä sekä toteuttamista jatketaan. Tällöin myös suoravastaanotto toiminnan laatua voidaan varmistaa edellyttämällä yhtenäistä koulutusta sen toteuttajilta.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaisia aiempiin tutkimuksiin nähden (Daker-White ym. 1999, Richardson ym. 2005, McClellan ym. 2005, Landen-Ludvigsson ym. 2011, Desmeules ym. 2013). Kuntoutujien omista näkemyksistä ilmennyt positiivinen suhtautuminen fysioterapiaan tosin syntyi eri näkökulmasta sen vuoksi, ettei tässä tutkimuksessa vertailtu lääkäreiden ja fysioterapeuttien hoitoa kuten aiemmissa tutkimuksissa oli toteutettu (Daker-White ym. 1999, Richardson ym. 2005, McClellan ym. 2005, Landen-Ludvigsson ym. 2011, Desmeules ym. 2013).

Tämä tutkimus on osa kokonaistutkimusta ja 28 fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneiden kuntoutujien kokonaismäärää ei tiedetä. Tämä tutkimus tuo siis lisää samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmat tutkimukset (Daker-White ym. 1999, Richardson ym. 2005, McClellan ym. 2005, Landen-Ludvigsson ym. 2011, Desmeules ym. 2013), mutta tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkea toteutettavaa fysioterapeuttien suoravastaanottoa. Tutkimukseen osallistuneiden määrä (n=99) on liian pieni eikä tutkimuksessa käytetty koe- eikä kontrolliryhmää, mutta tutkimus antaa kuitenkin arvokasta tietoa. Tutkittavat saivat kyselylomakkeen välittömästi suoravastaanotokäynnin jälkeen, jolloin aikaväliä käynnin ja kyselylomakkeen lähettämisen välillä ei ole voitu selvittää. Tiedossa ei ole suoravastaanotolla käyneiden kuntoutujien kokonaismäärää, eikä tiedetä, kuinka moni kuntoutuja sai kyselylomakkeen ja kuinka moni sen saaneista palautti kyselylomakkeen täytettynä.

9.3 Tutkimuksen tulokset yhteiskunnallisesta ja palvelujen uudistamisen näkökulmasta

Tulokset antavat arvokasta tietoa Suomessa toteutetusta fysioterapeuttien suoravastaanottoa toiminnasta. Toimintaa on kuitenkin projektinomaisesti toteutettu jo vuosikymmenen verran hieman erilaisissa muodoissa ja myös fysioterapeutteja on koulutettu toimintaa varten jo 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Tulosten positiivisuus tukee Stenvallin ja Virtasen (2012) näkökulmaa siinä, että sellaisten palvelujen tuottaminen kannattaa, jotka edistävät kuntalaisten hyvinvointia kuten fysioterapeuttien suoravastaanottoa toiminta voi onnistuessaan tuottaa. Myös työn mielekkyys sekä fysioterapeutin että lääkärin ammatissa todennäköisesti lisääntyvät, kun hoitoa suunnataan oikeaan aikaan ja paikkaan. Tällöin voidaan molempien ammattikuntien osaamista käyttää oikeassa kohdassa. Taloudellinen kannattavuus tulee esiin myös työvoiman palkkauksessa; täyttämättömiin lääkärin virkoihin ei välttämättä tarvita niin paljon uutta työvoimaa, jos osa tarvittavista vastaanottoajoista voidaan

toteuttaa tehtävänsiirrolla fysioterapeutille, kuten aiemmin on osa lääkärin tehtävistä siirretty hoitajille.

Suomessa tyytyväisyys julkiseen terveydenhuoltoon on koko 2000-luvun ollut matala ja hoitovirheilmoituksia on tehty koko ajan enemmän (Stenvall & Virtanen 2012, 139). Terveydenhuollon uudistaminen on tärkeämpää kuin koskaan ja siinä yhteydessä jo olemassa olevien suunnitelmien ja hankkeiden sekä tämän tutkimuksen tulosten avulla voitaneen antaa tukea suunnitelmille, joilla voidaan uudistaa ja nykyaikaistaa terveydenhuollon hallintoa ja toimintakulttuureja.

9.4 Tutkimuksen luotettavuus ja mittarin luotettavuuden sekä toistettavuuden arviointi

Nummenmaan (2004) mukaan tilastomenetelmien perustehtävä on auttaa tutkijaa päätelmien tekemisessä. Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena tutkia kaikkia fysioterapeuttien suoravastaanotolle tulleet kuntoutujat tietyn ajanjakson aikana. Tutkimuksen luotettavuutta heikentävät arvailut siitä, antoivatko fysioterapeutit kyselylomakkeen vain omien kokemustensa mukaisesti myönteisille kuntoutujille vai saivatko kaikki ei-myönteisesti suhtautuneet myös lomakkeen. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempaa Leskelän ym. (2004) tekemää tutkimusta siitä, että myönteisesti suhtautuvat kuntoutujat olivat enimmäkseen keski-ikäisiä ja naisia. Myös tässä tilanteessa voidaan pohtia, että palauttivatko kaikki positiivisesti suhtautuneet kyselylomakkeen, mutta negatiivisesti suhtautuneet eivät. Tuloksista kuitenkin on nähtävissä havaintoja sekä positiivisesta että negatiivisesta suhtautumisesta, mutta myönteisesti suhtautuvia oli kuitenkin suhteessa paljon enemmän. Kuntoutujien iän perusteella ei voida vetää suoraan johtopäätöksiä siitä, että olivatko pelkästään keski-ikäiset tyytyväisempiä kuin muun ikäiset, koska myös nuoremmat tai vanhemmat suhtautuivat samansuuntaisesti. Tutkittavat saivat kyselylomakkeen välittömästi suoravastaanotokäynnin jälkeen, mutta aikaväliä käynnin ja kyselylomakkeen lähettämisen välillä ei ole voitu selvittää. Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta heikentää se, ovatko fysioterapeutit antaneet kaikille suoravastaanotolle tulleille asiakkailleen kyselylomakkeen vai ovatko he omilla valinnoillaan vaikuttaneet suoraan tutkimuksen toteutukseen ja tuloksiin. Tutkimuksen herkkyyttä ja yleistettävyyttä vähentää myös pieni aineisto.

Metsämuuronen (2009) kiteyttää, että tutkimuksen validiutta on mahdollista arvioida eri näkökulmista käsin. Ulkoinen validius kuvaa tutkimustulosten yleistettävyyttä muihin samaa

asiaa selvitellessiin tutkimuksiin, jolloin voidaan miettiä, onko tutkimus pätevä (KvantiMOTV). Sisäinen validiteetti käsittää sisällön validiuden (content validity), käsitevalidiuden (construct validity) ja kriteerivalidiuden (criterion validity). Sisällön validiteetin tarkastelussa on huomioitava, onko tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja ovatko ne kattavat tutkimuksen toteutuksen kannalta. Käsitevalidiudessa tarkastellaan tutkittavan käsitteen operationalisointia syvemmin: mittarin osioiden tulisi korreloida keskenään systemaattisemmin kuin muiden muuttujien kanssa kyetäkseen mittaamaan haluttua latenttia muuttujaa. Kriteerivalidiutta tarkasteltaessa mittarilla saatua arvoa verrataan viitearvoon, esimerkiksi samalla mittarilla aiemmin mitattuun pistemäärään tai toisella mittarilla samanaikaisesti saatuun arvoon (Metsämuuronen 2009).

Summamuuttujien muodostamisen nähdään parantavan mittarin reliabiliteettia ja tällöin satunnaisvirheen vaikutus pienenee. Muuttujien valinta summamuuttujaan voi olla sisällöllinen, mutta sitä voidaan perustella muuttujien välisillä keskinäisillä korrelaatioilla. Väittämässä fysioterapian saatavuudesta ei havaittu väittämien sisäistä korrelaatiota lainkaan, joten siitä ei voitu muodostaa summamuuttujaa, joten jokainen väittäjä käsiteltiin yksittäisenä muuttujana. Summamuuttujien muodostamisen nähdään parantavan mittarin reliabiliteettia ja tällöin satunnaisvirheen vaikutus pienenee. Muuttujien valinta summamuuttujaan voi olla sisällöllinen, mutta sitä voidaan perustella muuttujien välisillä keskinäisillä korrelaatioilla. Väittämässä fysioterapian saatavuudesta ei havaittu väittämien sisäistä korrelaatiota lainkaan, joten siitä ei voitu muodostaa summamuuttujaa, joten jokainen väittäjä käsiteltiin yksittäisenä muuttujana.

Tehtyjen summamuuttujien avulla pystyttiin mittaamaan Crohnbachin alfaa hyödyntäen, että mittasivatko väittämäkokonaisuudet samaa asiaa tuoden lisäarvoa ja luotettavuutta vertailtaessa niiden tuloksia aiempiin tutkimuksiin. Jos Crohnbachin alfan perusteella voitiin päätellä, että asioilla oli riippuvuutta suhteessa toisiinsa, kertoo se siitä, että väittämäkokonaisuuksien muodostaminen oli kyselylomakkeen tekijöiltä onnistunut ja erilliset väittämät mittasivat samaa asiaa tuoden luotettavuutta tutkimukseen. Jos yksittäisten väittämien väliset riippuvuudet olivat alfan perusteella lähellä nollaa (ei riippuvuutta), summamuuttujaa ei voitu muodostaa, koska se olisi vääristänyt tuloksia. Tällöin luotettavampi tapa tutkia väittämien tuloksia oli käsitellä ne yksittäisinä väittäminä ilman summamuuttujaa. Crohnbachin alfan avulla voitiin todentaa kriteerivalidiutta (Metsämuuronen 2009) ja esimerkiksi kysymyksessä fysioterapian saatavuudesta väittämien välillä ei ollut riittävää riippuvuutta, joten summamuuttujaa ei voitu muodostaa.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että yksittäinen tutkija on syöttänyt kyselylomakkeiden tiedot datamatriisiin, käsitellyt lomakkeet luottamuksellisesti ja ne ovat olleet ainoastaan tutkijan käytössä. Myös tulosten luotettavuutta lisää se, että puuttuvia tietoja on vähän. Kyselylomakkeen kannalta validiteettia tuo saman mittarin aiempi käyttö tutkimuksissa (Pykäläniemi & Muranen 2009, Leskelä ym. 2004), mutta tämän mittarin toistettavuutta ei ole mitattu.

Tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää sitä, että kuntoutujat ovat saaneet itsenäisesti ilmaista oman näkemyksensä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta nimettömänä, jolloin ovat saaneet mahdollisuuden vaikuttaa tutkimukseen itsenäisesti antamalla suoraa palautetta. Vahvuutena voidaan pitää myös sitä, että kun vertailukohteina ei ole ollut muita ammattiryhmiä, ovat kuntoutujien kokemukset aitoja. Toisaalta heikkoutena tässä suhteessa voidaan pitää sitä, ettei tiedetä vertailivatko he kuitenkin kokemustaan peilaten aiempiin kokemuksiin fysioterapiasta tai aiemmista kokemuksista samasta TULES- ongelmasta lääkärin vastaanotolla.

Leskelä ym. (2004) kuvailevat, että asiakasorientoitunut laadunarviointi syntyy prosessissa, jossa asiakkaat vertailevat heidän odotuksiaan saamaansa palveluun. Juuri tässä tutkimuksessa se voidaan todentaa, että vastanneiden kuntoutujien mielestä siis suoravastaanottotoiminta ja sen yhteys heidän tyytyväisyyteen käynnin jälkeen oli heidän aiempien kokemusten perusteella myönteisempi kuin he olivat odottaneet. Koska ei tiedetä, kuinka moni kyselylomakkeen saaneista jätti sen palauttamatta, ei voida tietää, olisivatko juuri ne vastaamatta jättäneet nimenomaan toivoneet päässeensä suoraan lääkärin vastaanotolle.

Tässä tutkimuksessa kyselylomake toimi mittarina ja sen perusteella (n=99) suurimmassa osassa palautuneista kyselylomakkeista kysymyksiin oli vastattu lähes kaikkiin strukturoituihin kysymyksiin. Avoimia kysymyksiä ei tässä tutkimuksessa otettu käsittelyyn. Kuntoutujista suurin osa vastasi hyvin moniin väittämiin. Yleisellä tasolla ajatellaan, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on nopeaa ja tilastollinen käsittely on helppoa. Haittapuolena voivat olla ne, että vastaukset voidaan antaa harkitsematta ja vaihtoehto ”en osaa sanoa” houkuttelee (Heikkilä 1999, 50-51).

Kyselytutkimuksessa summamuuttujia käytetään usein asenneväittämiin saatujen vastausten yhdistämisessä. Laajempi kokonaisuus ja sen hahmottaminen asenteista onnistuu summamuuttujien avulla (KvantiMOTV). Asenneväittämillä tutkitaan vastaajien mielipidettä

tietystä asiasta. Väittämistä saadaan tilastolliset muuttujat, joilla laskutoimitukset ovat mahdollisia.

Kyselylomakkeen kysymysten tekemisessä pitää olla huolellinen, koska ne ovat perusta tutkimuksen onnistumiselle. Kysymysten muoto aiheuttaa eniten virheitä tutkimustuloksiin, koska jos vastaaja ei ajattele samalla tavalla kuin tutkija tarkoittaa, tulokset vääristyvät (Valli 2001, 28). Kysymysten tulee olla siis yksiselitteisiä eikä niihin saa sisältyä väärinymmärtämisen mahdollisuutta. Hyvänä puolena kyselylomaketutkimukselle voidaan katsoa olevan, sen mahdollisuudet kerätä paljon tieteellistä tietoa oikein tehtynä ja oikein suunnattuna (Valli 2001, 29).

Kyselylomakkeen kysymysten asetteluilla sen tekijät olivat pyrkineet siihen, että kuntoutuja paneutuu kysymyksiin ja niiden vastaamiseen. Kysymyksen asettelu vaihteli sekä väittämien ja että väittämäkokonaisuuksien välillä. Myös väittämien väliset numeeriset ja sanalliset asteikot vaihtelivat kysymysväittämistä toiseen, jolla kyselylomakkeen tekijät ovat pyrkineet takaamaan sen, että kuntoutuja keskittyy kyselyn täyttämiseen ja pyrkii paneutumaan kyselyn vastaamiseen tarkasti virheiden välttämiseksi. Tämä asteikkojen muuttuminen saattoi kuitenkin johtaa harhaan joissakin väittämissä kuntoutujia, jos he eivät paneutuneet riittävästi. Tässä tutkimuksessa tätä virhettä havaittiin ainoastaan muutamissa kyselylomakkeissa, jolloin väittämän suunnan vaihtuessa vastaaja oli kuitenkin jatkanut alkupään numeroiden täyttämistä, joka toi ristiriitaa muihin väittämäkokonaisuuksiin nähden. Näissä tapauksissa käytettiin kuitenkin datamatriisia vastausten mukaan olettaen, ettei sillä ollut suurta vaikutusta vastausten kokonaisuuteen.

Kyselylomakkeen täytössä ongelmina ovat saattaneet olla kysymysten ymmärtäminen väärin ja merkitseminen väärin. Tässä tutkimuksessa vastauksista näkyi, että kuntoutuja oli saattanut täyttää samaa vastausta kahdella arvioinnilla tai ei ollut ympyröinyt numeroita, vaikka niin ohjeessa pyydettiin. Kysymyksessä viisi, joka käsitteli asiakaskohtelua palveluyksikössä, kun ääripäät olivat toistensa vastakohdat, jotkut olivat merkinneet pelkät rastit eikä numeerista arviointia ollut ympyröity lainkaan. Samasta väittämässä yhdessä vaihtoehdossa kuvailevia sanoja oli kaksi allekkain kuvaamaan vastaanottoa (kunnioittavaa, virallista), ja ehkä tämän vuoksi suurin osa vastaajista ei ole ymmärtänyt, kuinka vastata väittämän tähän kohtaan. Näiden kaltaisten vastausten kohtaan datamatriisissa jätettiin tyhjä ruutu eettisistä syistä, koska tutkimuksessa ei lähdetty arvuuttelemaan, millä numeerisella arvolla asiakas olisi arviointinsa määritellyt. Kuitenkaan nämä muutamat satunnaisvirheet eivät päässeet

vaikuttamaan oleellisesti tuloksiin. Tutkimuksessa ei muuteltu vastauksia vaan luotettavuuden vuoksi tulosten tulkinnassa pysyttiin samassa linjassa läpi koko kyselylomakkeen.

9.5 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusten kannalta oleellisinta olisi saada moninkertaisesti laajempi aineisto ja vertailtavuutta aiempiin tutkimuksiin toisi myös koe-kontrolliasetus. Myös tämän tutkimuksen mittaria voisi edelleen kehittää virhemahdollisuuksien vähentämiseksi esimerkiksi vaihtamalla semanttinen differentiaalikysymys (ääripäiden sanaparit) paremmin ymmärrettävään muotoon kuten Likert -asteikolliseksi. Jatkossa tarvitaan myös lisää tutkimusta miten osallisuuden tasoja ja asiakaslähtöisyyttä voidaan lisätä entistä innovatiivisemmin terveydenhuollossa asioivan kansalaisen näkökulmasta.

Valtakunnallisesti olisi tärkeää yhtenäistää eri paikoissa toteutettavaa suoravastaanottoa ja varmistaa, että kaikilla sitä toteuttavilla fysioterapeuteilla on asianmukainen erikoiskoulutus. Laatu toteutukseen voitaisiin myös saada laadilla esimerkiksi Suomen fysioterapeuttiliiton kautta suosituksia eri toimintatavoille, jotta hoitoa voitaisiin yhtenäistää ja siten ehkäistä ristiriitaisuutta yksityisten ja kunnallisten fysioterapiatoiminnan välillä. Tämän kaltaisella ratkaisulla voitaisiin taata myös se, että kaikki kuntoutuja saisivat tasavertaista palvelua paikasta, terapeutista ja ajankohdasta riippumatta. Suoravastaanottoa toteutukseen vaadittavat erikoisosaamiskoulutukset ovat vaihtelevan pituisia ja sisällöllisesti erilaisia. Kuitenkin fysioterapian suoravastaanottoa laadun kannalta koulutusten määrää ja laatua pitäisi säädellä, jotta vältyttäisiin eriarvoisuudelta valtakunnan sisällä. Tällöin yhdenmukaistamalla koulutus voitaisiin taata ammatillinen kompetenssi huolimatta siitä, minkä vastaanottopaikan kuntoutuja valitsee. Toiminnasta tiedottamista ja valtakunnallista keskustelua kaivataan, koska epäilijöitä asialle varmasti on olemassa.

Tämä tutkimuksen perusteella fysioterapeuttien saama koulutus on antanut tehokkaat raamit toiminnan toteutukseen sekä fysioterapeutin että kuntoutujien kannalta. Koulutuksen lisäksi myös fysioterapeutin aiempi ammattitaito ja kokemus ovat varmasti saaneet lisätukea toteutetusta koulutuksesta. Toisaalta myös laajempi aineisto ja pidemmällä ajanjaksolla toteutettu aineistonkeruu vähentäisivät fysioterapeuttien vaikuttamismahdollisuuksia tutkimuksen toteutukseen ja kulkuun.

9.6 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulokset antoivat tärkeää tietoa fysioterapeuttien suoravastaanottoiminnasta kuntoutujien näkökulmasta. Kuntoutujat täyttivät palauttamansa lomakkeen hyvin ja se edesauttoi tulosten yhteenvedon ja arvioimista. Tulokset osoittavat, että kuntoutujat ovat tyytyväisiä terveyspalveluihin tästä näkökulmasta. Fysioterapeuttien suoravastaanottoiminnasta nousi monia ammatillisesti toteutettavia asioita, joihin kuntoutujat olivat tyytyväisiä, kuten fysioterapeutin taitoihin, ohjaukseen, neuvontaan ja saatavuuteen. Eri terveysasemilla saatavuudessa oli eroja. Matalammin kouluttautuneet olivat tyytyväisempiä vastaanoton toteutukseen kuin korkeammin kouluttautuneet. Nykyisellä työtilanteella oli yhteyttä tyytyväisyyteen.

Tulokset antavat arvokasta tietoa suoravastaanottoa toteuttaville fysioterapeuteille sekä niille organisaatioille, joissa he työskentelevät. Tuloksista nähdään positiivinen asenne tämän ammattikunnan yhdelle tavalle työskennellä ja pyrkiä osaltaan ennaltaehkäisemään kuntoutujien vaivojen monimutkaistumista ja kroonistumista.

LÄHTEET

- Daker-White, G., Carr, A.J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, g., Nelson, I. & Kammenling, M. 1999. A randomized controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal Epidemic Community Health* 53, 643-50.
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J-S., Woodhouse, L.J., Lacelle, M., Leroux, M., Girard, S., Feldman, D.E. & Fernandes, J.C. 2013. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14, 162-172.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. 2.painos. Helsinki. Oy Edita Ab.
- Holdsworth, L. & Webster, V.S. 2004. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy* 90, 64-72.
- Holdsworth, L., Webster, V.S. and McFadyen, A. 2006. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP:s? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92: 26-33.
- Holdsworth, L., Webster, V.S. and McFadyen, A. 2007. “What are the costs to NHS Scotland of self-referral to Physiotherapy. Results of a national trial. *Physiotherapy*;93 (1): 3-11.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim PerSona-sarja
- Koivuranta-Vaara, P. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki.
- Kukka A. 2010. Selvitys fysioterapeuttien laajennetusta tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit
- KvantiMOTV. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/summamuuttujat/summamuuttuja.html>
- Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja

lääkäreiden työn määrittäjinä-hankkeen loppuraportti 1.5.2015. Grano Oy, Kuopio.

Käypä hoito-suositukset 2015. <http://kaypahoito.fi/web/kh/kaypa-hoito>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 23 a §. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L4a>. Viitattu 4.8.14

Landén-Lugvinsson, M. & Enthoven, P. 2011. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 98; 131-37.

Leemrijse, C., Swinkels, I. & Veenhof, C. 2008. Direct access to physical therapy in the Netherlands. Results from the first year in community-based physical therapy. *Physical Therapy* 88; 936-946.

Leskelä, J., Viitanen, E. & Piirainen, A. 2004. Client feedback on physiotherapy counseling in primary health care. *Patient Education ja Counseling*. 56:218-224.

Leväluoto, J & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Li LC, Westby MD, Sutton E, Thompson M, Sayre EC, Casimiro L. 2009. Canadian physiotherapists' views on certification, specialization, extended role practice, and entry-level training in rheumatology. *BMC Health Services Research*. 9, 88.

Lindström, E. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 2003. http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuhaku?p_p_id=stmsearchadvancedportlet_WAR_stmsearchadvancedportlet_INSTANCE_KcjG&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=colum n-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=3#sortablelistTable. Viitattu 2.8.14

Mattila Y. 2011 Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116. Helsinki.

- McClellan, C.M., Greenwood, R. & Bengler, J.R. 2005. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emergency Medical Journal* 23; 384-87.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Piirainen, A. & Viitanen, E. 2010. Transforming expertise from individual to regional community expertise: a four-year study of an education intervention. *International Journal of Lifelong Education* 2010; 29(5); 581 — 596
- Pykäläniemi, M. & Sukanen, M. 2009. Fysioterapiapalveluiden laatu asiakkaan näkökulmasta HYKS Kirurgisen sairaalan fysioterapiapoliklinikalla. Laurea ammattikorkeakoulu, Otaniemi.
<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4143/Pykalaniemi-Sukanen.pdf?sequence=1>
- Richardson, B., Shepstone, L., 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 Medical Journal* 22; 87-92.
- Roine, E., Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Tyytyväinen vai tyytymätön. Potilasarviot hoidon ihmisläheisyydestä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu No 50.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-uudistus. www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus. Viitattu 23.11.14 ja 7.2.15.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sote-uudistus. <http://stm.fi/sote-uudistus>. Viitattu 28.8.15.

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Arviointiryhmä: Kansallinen terveyshanke ei onnistunut parantamaan perusterveydenhuoltoa. Tiedote 206/2008. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1277447>. Viitattu 25.11.14.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki (Tallinna).
- Suomen fysioterapeutit ry. 2007. Fysioterapeuteille toteutetut tehtävänsiirrot ja fysioterapeuttien vastaanotto toiminta. Helsinki.
- Suomen fysioterapeutit ry. 2014. Fysioterapia ammattina. http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=64:fysioterapia-ammattina&catid=34:ammatti&Itemid=275. Viitattu 2.8.14
- Suomen Kuntaliiton strategia (2009–2012)
http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;122868;147048. Viitattu 30.6.2015.
- Terveydenhuoltolaki 30.6.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pidp2725424>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki-ja-sen-toimeenpano>. Viitattu 7.2.15.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. KASTE-ohjelma. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste. Viitattu 23.11.14
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2014. www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon_hoitoonpaasy. Viitattu 22.11.14
- Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma 2009 .[www-dokumentti 16.3.2009] Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf. Viitattu 23.11.14
- Tuomola, S., Idänpään-Heikkilä, U., Lehtonen, O.P. & Puro, M. 2008. Arviointiselvitys vuosina 2002- 2007 toteutetusta Kansallisesta Terveyshankkeesta. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston

periaatepäätöksen toteutuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22. Helsinki.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä. PS-kustannus.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Helsinki, Tekesin katsaus 28/2011.

Vuori, J. 2001. Motivation as a product of meaninglessness? A tentative theory for health care organisations. *Hallinnon tutkimus* 2001;25:34-54.

Ylinen, J., Salo, P., Arkela-Kautiainen, M., Oikari, M., Piirainen, A., Sjögren, T., Kuukkanen, T. & Häkkinen, A. 2012. Seurantatutkimus fysioterapeuttien TULES-potilaiden suoravastaanotto toiminnasta perusterveydenhuollossa. Tutkimussuunnitelma. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

WCPT. Guideline for delivering quality continuing professional development for physical therapists.

http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_CPD_Complete.pdf.

Viitattu 18.8.15

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' knowledge and attitudes – results of a national trial. *Physiotherapy*. 94: 141-149.

LIITTEET

Liite 1 Seurantatutkimuksen tutkimussuunnitelma

Seurantatutkimus TULES-potilaiden vastaanoton siirtämisestä perusterveydenhuollossa lääkäriltä fysioterapeutille

Jari Ylinen*, LT, Petri Salo*, TtT, Marja Arkela-Kautiainen*, TtT, Marjo Oikari*, TtM, Arja Piirainen†, FT, Tuulikki Sjögren†, TtT, Tiina Kuukkanen§, TtT, Arja Häkkinen*†, TtT

* Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, † Jyväskylän yliopisto, § Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Tiivistelmä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Keski-Suomessa vuosien 2012-2013 aikana toteutettavan tehtäväsiirtokoulutuksen jälkeen aloitettavan fysioterapeuttien TULES-potilaiden vastaanotto toiminnan vaikutuksia potilasvirtoihin ja kustannuksiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, potilaiden saamaa terveyshyötyä sekä potilastyytyväisyyttä. Lisäksi selvitetään koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien ja sidosryhmien oppimisen kehittymistä.

Tutkimus tuottaa tietoa perusterveydenhuollon fysioterapeuttien vastaanotolle hakeutuvien TULES-potilaiden määristä, potilaiden tyyppivaivoista, vastaanotto toiminnan vaikutuksesta perusterveydenhuollon lääkäri-ikäntymääriin sekä erikoissairaanhoidon konsultaatioiden määriin, kustannusten muutoksista, potilaiden terveyshyödyistä ja potilastyytyväisyydestä sekä koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien oppimisprosessista.

I Tausta

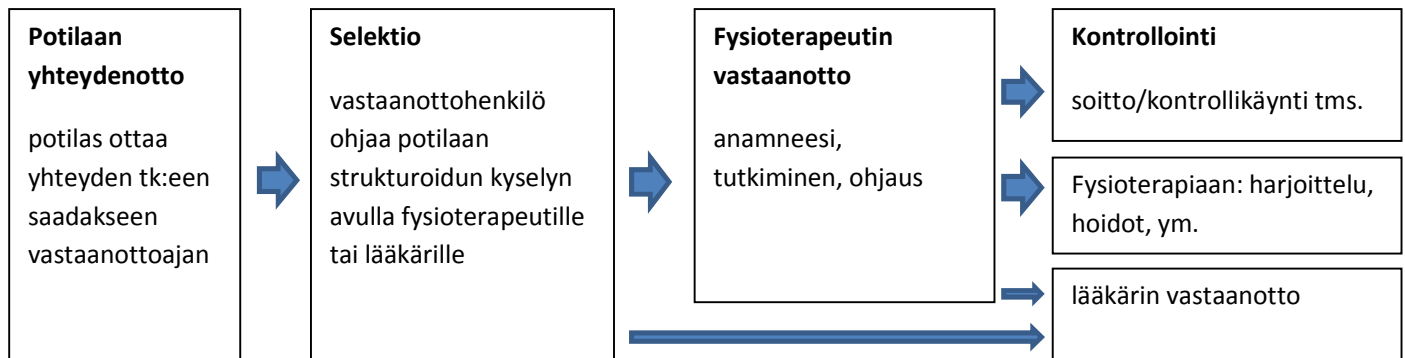
Terveyspalveluiden tarve ja kysyntä lisääntyvät jatkuvasti. Terveydenhuollon resurssit ovat kuitenkin rajalliset ja toiminnan tehokkuutta ja tuottavuutta täytyy siten parantaa.

TULE-sairaudet ovat yksi suurimmista tautiryhmistä perusterveydenhuollossa. Se on toiseksi eniten työpanosmenetyksiä aiheuttava sairausryhmä (kustannukset n. 2 miljardia euroa/v). TULES-potilaat muodostavat terveyskeskuslääkärin vastaanotokäynneistä n. 20-30 % (Mäntyselkä 1998, Rekola 1993) ja työterveyslääkärissä käynneistä 30-40 % (Martimo ym. 2007, Räsänen ym. 1990). On esitetty, että ainakin puolet näistä potilaista voisi tehtäväsiirron kautta ohjata fysioterapeuteille. Kyse on siten toiminnasta, joka mahdollistaa lääkärin resurssien siirtämisen TULE-sairauksista muihin tehtäviin samalla kun potilaiden kuntoutus tehostuu. Muualla Euroopassa on jo toteutettu hoitomalleja joissa TULES-potilaita ohjataan suoraan fysioterapeutin vastaanotolle. Skotlannissa ja Hollannissa tehtyjen tutkimusten mukaan hoitoon pääsyn nopeutuminen lisää potilastyytyväisyyttä,

vähentää terveydenhuollon kustannuksia ja myös muita kustannuksia sairauslomien vähentymisen myötä (Holdsworth ym. 2007).

Suomessa joissakin kunnissa on jo alaselkäpotilaiden vastaanotto organisoitu niin, että terveyskeskukseen hakeutuvat potilaat ohjataan ensisijaisesti suoraan fysioterapeutille. Hoitoon pääsy on nopeutunut ja potilaat ovat olleet tyytyväisiä.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keski-Suomen ELY-keskuksen yhteinen koulutusprojekti yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, Keski-Suomen seututerveyskeskus, Saarikka, Wiitaunioni, Äänekosken terveyskeskus), Jyväskylän työterveyshuollon, Jyväskylän ammattikorkeakoulun sekä Jyväskylän yliopiston kanssa alkaa syksyllä 2012. Sen tavoitteena on, että maakuntaan juurrutetaan fysioterapeuttien vastaanoton toimintamalli ja että maakunnassa on osaava fysioterapiahenkilöstö joka pystyy hoitamaan TULES-potilaat näyttöön perustuen. Vastaanotto toiminnalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että koulutettu vastaanottohenkilö osaa ohjata TULES-potilaat suoraan fysioterapeutin vastaanotolle ilman lääkärin kontaktia (kuviot 1).



Kuvio 1. TULES-potilaan hoitoprosessin kulku fysioterapeutin vastaanotossa

Tutkimuksen hyödyt ja liittyminen sairaanhoitopiirin strategiaan

Toteutettava projektin tavoitteena on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategian mukaisesti yhteistyön tiivistäminen perusterveydenhuollon kanssa, nopean ja oikea-aikaisen hoitoon pääsyn edistäminen sekä terveydenhuollon laadun ja tuottavuuden parantuminen. Koulutuksen keskeisenä lähtökohtana on näyttöön perustuva toiminta. Kyse on työelämän ohella tapahtuvasta koulutuksesta, jossa tavoitteena on työntekijöiden osaamisen lisääminen siten, että myös heidän tehtävänsä muuttuvat. Projektiin osallistuvien kanssa yhdessä rakennetaan uudenlaista tehtävänsiirtoon tarvittavaa osaamista (Piirainen ym. 2010, Jarvis 1999, Wenger 2008) nojautuen kokemukselliseen työssä oppimiseen (Kolb 1984).

Toteutettavan fysioterapeuttien tehtäväsiirtokoulutuksen seurauksena odotetaan syntyvän kustannussäästöjä TULE-sairauksista johtuvien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon konsultaatioiden ja leikkaushoitojen vähenemisen myötä. Potilaan kannalta keskeiset hyödyt ovat fysioterapeutin ohjaukseen pääsyn nopeutuminen ja kuntoutuksen alkaminen viiveettä minkä on todettu parantavan TULES-sairauden ennustetta ja potilastyytyväisyyttä. Fysioterapian kannalta

keskeiset hyödyt ovat näyttöön perustuvien yhtenäisten terapiakäytäntöjen siirtyminen TULES-fysioterapian käytäntöön kattavasti koko maakunnassa sekä moniammatillisen yhteistyön kehittyminen terveyskeskuksen sisällä sekä terveyskeskusten ja keskussairaalan välillä. Lisäksi kehittämis- ja tutkimusprojektin aikana vahvistuu alueellinen koulutus- ja tutkimusyhteistyö eri toimijoiden kesken (perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ammattikorkeakoulu, yliopisto).

Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää toteutuneen tehtäväsiirtokoulutuksen myötä tapahtuneen toiminnan muutoksen tuottamia hyötyjä ja työntekijöiden tehtäväsiirtoon liittyvää oppimisen ja osaamisen muutosta.

Tutkimuksen tarkempina osatavoitteina on selvittää:

1 Kuinka suuri osa fysioterapeuttien vastaanotolle ohjautuneista TULES-potilaista tulee hoidetuksi fysioterapian keinoin ja kuinka moni ohjautuu lääkärille ja jatkotutkimuksiin esim. erikoissairaanhoidon konsultaatioon.

2 Muuttuneiden potilasvirtojen vaikutukset kustannuksiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

3 Tehtäväsiirtona toteutetun TULES-potilaiden fysioterapiahoidon vaikutuksia potilaiden kipuun, toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä potilaiden kokemus tehtäväsiirrosta.

4 Mikä on tehtäväsiirto koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien osaamisen taso ja tavoitteet koulutukselle sekä miten osaaminen ja asiantuntijuus sekä työyhteisö, sen toimintatavat ja tavoitteet kehittyvät koulutuksen aikana.

5 Kuinka fysioterapeuttien vastaanottotoiminnan käynnistäminen ja toimintamallin juurruttaminen toteutuu esimiesten ja päättäjien näkökulmasta sekä moniammatillisen työryhmän näkökulmasta.

Tutkimuksessa käytettävät mittarit

Päätulosmuuttujina ovat vastaanottoa pitävien fysioterapeuttien TULES-potilaiden käyntimäärät ja vastaavasti kyseisten terveyskeskusten lääkäreiden TULES-potilaiden käyntimäärät sekä terveyskeskuksesta tehtyjen erikoissairaanhoidon läheteiden ja toteutuneiden konsultaatioiden sekä leikkausten määrät. Käynteihin liittyviä kustannuksia selvitetään DRG laskutuksen perusteella.

Potilaskohtaisesti käytettäviä mittareita ovat potilaille suunnattavat, normaaliin vastaanottotoimintaan liittyvät, esitietolomakkeet (Liite 1), potilaan oireen mukaan valittavat tautikohtaiset toimintakyky- ja haittakyselyt; Oswestry (selkä, Liite 2), Neck Disability Index (niska, Liite 3), ASES (olkapää, Liite 4), WOMAC (polvi ja lonkka, Liite 5) sekä elämänlaatukysely EQ5D (Liite 6). Tutkimusta varten on erikseen tehty 6 kk käynnin jälkeen toteutettava seurantakysely (Liite 7). Potilaan arvio tehtäväsiirrosta tapahtuu erillisellä kyselyllä välittömästi vastaanoton jälkeen (muokattu Piirainen ym 2002, 2010 mukaan, Liite 8).

Työntekijöiden osaamisen muutosta arvioidaan fysioterapiapalvelujen nykykäytännöt mittarilla (muokattu VAKE-hankkeen mittarista Paltamaa ym. 2011, Liite 9), osaamista arvioidaan teemakirjoittamisen avulla (muokattu API-Scale Holton ym.

2009 mukaan, Liite 10) ja osaamisen muutosta arvioidaan päiväkirjojen avulla. Lisäksi moniammatillisen työryhmän yhteistyötä, esimiesten ja päättäjien kokemusta arvioidaan Focus-group-haastattelujen avulla (Piirainen ym. 2010, Okland 2011, Holton ym. 2009, Liite 11).

Menetelmät

Päätulosmuuttujien osalta tutkimusaineisto kerätään kunkin perusterveydenhuollon yksikön fysioterapeutin sekä lääkärin vastaanottojen tilastoinnin perusteella sekä erikoissairaanhoidon saapuneista lähetetiedoista, käyntitilastoista sekä laskutuksesta.

Potilaille suunnattujen tautikohtaisten toimintakyky- ja haittakyselyiden ja elämänlaatu- sekä potilastyytyväisyyskyselyiden osalta aineiston keruu tapahtuu kahden kuukauden mittaisena tietojen keruuna kaksi kertaa vuodessa fysioterapeutin vastaanottoa toteuttavassa yksikössä. Tämä tapahtuu potilaiden vastaanoton yhteydessä täyttämän, normaalikäytäntöön kuuluvan, esitietolomakkeen avulla ja samoille potilaille toteutettavana seurantakyselynä puoli vuotta vastaanoton jälkeen. Lisäksi potilaan arvio tehtäväsiirrosta tapahtuu kyselyllä joka pyydetään nimettömänä välittömästi vastaanottokäynnin jälkeen.

Koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien osaamisenmuutosaineisto (Okland 2011) kerätään osaamiskartoituksen, ryhmähaastatteluiden sekä teemakirjoitusten avulla (Piirainen ym. 2010). Koulutukseen osallistuville fysioterapeuteille suunnattujen kyselyiden ja haastattelujen ja teemakirjoittamisen avulla kartoitetaan fysioterapeuttien osaamisen tasoa, koulutuksen tavoitteita, kehittymistä koulutuksen aikana sekä yhteistyön kehittymistä. Moniammatillisen kyselyn ja haastattelun avulla kartoitetaan moniammatillisen työryhmän toimintatapoja, tavoitteita sekä kehittymistä koulutuksen aikana.

Aikataulu

Tutkimuksen aineiston keruu alkaa kunkin terveyskeskuksen osalta siinä vaiheessa, kun fysioterapeutin vastaanotto toimipisteessä käynnistyy tammikuussa 2013. Tätä ennen, vuoden 2012 aikana tehdään tiedon keruuta terveyskeskusten ja keskussairaalan tietorekistereistä koskien lääkärissä käynti frekvenssejä ja lähetemääriä lähtötilanteen arvioimiseksi. Vastaanotto toiminnan alkamisen jälkeen, toimintaan kohdistuva tiedon keruu tapahtuu kuuden kuukauden välein tietokoneajoina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmistä ja tietorekistereistä.

Koulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien osaamisen muutoksen arviointi toteutuu ennen koulutuksen alkua syksyllä 2012, koulutuksen päätyttyä ja 6 kk koulutuksen päättymisestä.

Raportointi

Aineistojen analysointi alkaa syksyllä 2013 ja ensimmäiset raportit valmistuvat 2014.

Fysioterapeutteihin ja moniammatilliseen työryhmään liittyvien kyselyiden, haastattelujen ja teemakirjoittamisen analysointi tapahtuu vuosien 2012–14 aikana ja raportointi vuodesta 2014 eteenpäin.

Raportointi tapahtuu tuloksien valmistuessa sairaanhoitopiiriin sisällä ja tuloksia pyritään julkaisemaan myös alan kotimaisissa ja ulkomaisissa lääketieteellisissä julkaisuissa.

Lähteet:

Holdsworth LK, Webster, VS and McFadyen, AK. "What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial." *Physiotherapy* 2007; 93(1): 3-11.

Holton, EF, Wilson, LS and Bates, RA. Toward Development of a Generalized Instrument to Measure Andragogy. *Human Resource Development Quarterly*;2009;20(2), 169-193.

Jarvis, P. *The Practitioner – Researcher. Developing Theory from .* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.1999.

Kolb, D.A., *Experimental learning. Experience as the Source of Learning and Development.* Prentice-Hall: Eglewood Cliffs, N.J. 1984.

Martimo KP, Varonen H, Husman K, Viikari-Juntura E. Factors associated with self-assessed work ability. *Occup Med (Lond)*. 2007;57(5):380–2.

Mäntyselkä P. Kipupotilas terveystieteiden keskuksessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 165, Kuopio 1998.

Økland, G.M. Determinants of Learning Outcome for Students at High School in Norway: A Constructivist Approach, *Scandinavian Journal of Educational Research*; 2012: 56(2); 119-138.

Paltamaa, J. Karhula, M, Suomela-Markkanen, T ja Autti-Rämö, (toim.) *Hyvän kuntoutuskäytännön perusta.* Kelan tutkimusosasto 2011.

Piirainen, A, Leskelä, J & Viitanen, E. Ikääntyvä työikäinen kuntalainen tyytyväinen avoterveydenhuollon fysioterapiapalveluun. *Suomen Lääkärilehti* 2002; 57(8), 681–684.

Piirainen, A. & Viitanen, E. 2010. Transforming expertise from individual to regional community expertise: a four-year study of an education intervention. *International Journal of Lifelong Education*; 29(5):, 581 — 596

Rekola K. Health services utilization for musculoskeletal disorders in Finnish primary health care. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica*, 259, University of Oulu 1993.

Räsänen K, Peurala M, Notkola V, Husman K, Virolainen R, Kankaanpää E. Työterveyslääkärin ja -hoitajan työnkuva. *Työ ja ihminen* 1990;2:171–90.

Wenger, E. *Communities of Practice: learning, meaning and identity* (Cambridge: Cambridge University Press.2008.

Liite 2. Tutkimuksessa käytetyn mittarin infokirje

KYSELY FYSIOTERAPEUTTIEN SUORAVASTAANOTOSTA

ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

Hyvä fysioterapiapalvelujen käyttäjä,

haluamme kehittää palveluamme ja tämä palautekysely toimii kehittämistyömme välineenä. Toivomme, että se tuo esiin palvelustamme ne kriittiset kohdat, jotka tarvitsevat muutosta ja ne palveluumme liittyvät alueet, joihin olette tyytyväinen. Asiakaspalautekysely on osa ”Seurantatutkimus fysioterapeuttien TULES-potilaiden suoravastaanottoiminnasta perusterveydenhuollossa” projektista. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettinen toimikunta on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut siitä puoltavan lausunnon.

Pyydämme Teitä arvioimaan vastaanottoa ja vastaamaan jokaiseen kysymykseen, kaikkiin vaihtoehtoihin valitsemalla mielipidettänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon ympäröimällä numeron 1 - 5 tai kirjoittamalla vastaukset avoimeksi jätettyyn tilaan. Tarvittaessa voitte jatkaa takasivulle. Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia, vaan olemme kiinnostuneita nimenomaan Teidän kokemuksistanne. Lasten osalta toivomme huoltajan vastaavan kysymyksiin. Palauttakaa lomake palautekuoreen suljettuna sille osoitettuun palautelaatikkoon heti käyntinne jälkeen.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta hoitoon. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä vastauslomakkeeseen tarvitse laittaa omaa nimeä.

Kyselyn tulokset valmistuvat syksyllä 2014 ja tiedotamme niistä sen jälkeen.

Etukäteen kiittäen osallistumisestanne

Jyväskylässä 1.9.2012

Tutkimusryhmän puolesta

Arja Piirainen, FT,

Tuulikki Sjögren, Tt

Liite 3.

Tutkimus	Tausta ja tavoitteet	Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset	Fysioterapeutin koulutus	Laadun arviointi
<p>1. Daker-White et al. 1999, UK</p> <p>A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ensivaiheessa kyselyllä mitata kipua, toiminnanvajautta ja niiden haittoja 4 kk:n seurannan aikana. Toisessa vaiheessa haluttiin selvittää kyselyllä potilaan terveyttä, psykologista statusta, terveyden yhteyttä elämänlaatuun, itse vaikutusta ja tyytyväisyyttä. Nollahypoteesi: ei ole eroa tuloksissa tai kustannuksissa ft:n tai lääkärin välillä.</p>	<p>RCT: Kahdessa eri sairaalassa 7/96-9/97 välillä, toinen kysely ennen vastaanottoa, toinen seurantavaiheen aikana (seuranta-aika keskimäärin 5,6 kk). Tyytyväisyyttä mitattiin ainoastaan seurantakyselyllä. Randomoidut kyselyyn vastanneet n=383, joista ft n=192 ja lääkäri n=191. Ei vertailtu hoitoa tai menetelmää vaan ammattilaisia.</p>	<p>Potilastyytyväisyys mitattiin ainoastaan seurannasta ja tällöin vain ristiintaulukointi voitiin toteuttaa. Ei tilastollisesti merkitsevää eroa muussa kuin "saavutetun hoidon laadussa", joka oli lievästi suosiollinen fysioterapeuteilla. Merkitsevää eroa saatiin henkilökunnan kommunikaatio/asenteissa, hoidon laadussa ja palvelussa.</p>	<p>Fysioterapeutit koulutettiin vastaavaan tehtävään, mitä kirurgit tekivät.</p>	<p>Furlan ym.2009: 9/10</p>
<p>2. Richardson, B. et al. 2005, UK</p> <p>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</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla terveys- ja kustannusvaikutusta fysioterapeutin ja lääkärin välillä. Potilastyytyväisyys haluttiin myös selvittää.</p>	<p>RCT: koe- ja kontrolliryhmät, kyselylomake potilastyytyväisyyden mittarina, joka toteutettiin arviokäynnin jälkeen ennen hoitojaksoa. Randomoidut kyselyyn vastanneet ft n=382 ja lääkäri n=384.</p>	<p>Fysioterapeuttien ryhmässä suurempi tyytyväisyys liittyen aikaan ja parempaan ohjaukseen. Tyytyväisyys ft:n käyntiin 89% ja lääkärin 74%.</p>	<p>Fysioterapeutteja 2 (III grade physiotherapists) irrotettiin tähän projektiin</p>	<p>Furlan ym. 2009: 10/10</p>
<p>3. McClellan, et al. 2005, UK</p> <p>Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department</p>	<p>Tarkoituksena oli vertailla potilastyytyväisyyttä fysioterapeuttien, hoitajien ja lääkäreiden välillä. Tavoitteena oli myös mitata toiminnallista tulosta nilkan pehmytkudosvammojen hoidossa samojen ammattiryhmien välillä.</p>	<p>Retrospective cross-sectional study: Niille potilaille, jotka kävivät ensiavussa 9/2003-4/2004 välisenä aikana. Tällöin 1 fysioterapeutin vastaanotto toteutettiin neljänä päivänä viikossa. Tyytyväisyyskysely lähetettiin kaikille potilaille (n=780) viikon sisällä tästä akuuttikäynnistä. Vastanneet n=351.</p>	<p>Potilastyytyväisyydessä oli eroja ammattiryhmien välillä. Fysioterapeuteihin tyytyväisiä potilaita oli 55%, hoitajiin 39% ja lääkäriin 36%. Tyytyväisyys liittyi yleiseen tyytyväisyyteen ja potilaat saivat ohjeita jatkohoidon suhteen.</p>	<p>Fysioterapeutti koulutettiin samoihin tehtäviin kuin muut ammattiryhmät.</p>	<p>von Elm ym. 2007: 25/48</p>
<p>4. Landén Ludvigsson & Enthoven 2011, Sweden</p> <p>Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli vahvistaa fysioterapeutin suoravastaanottokäyntiä TULE-ongelmaisten parissa ja vertailla potilastyytyväisyyttä ft ja lääkärin välillä</p>	<p>Osa I: Retrospective cohort study: ft:n hoidosta ja 3 kk:n seuranta. n=432 Osa II: ei-kokeellinen subkohorttitutkimus, jossa potilaat kutsuttiin täyttämään kysely tyytyväisyydestä hoitoon. 56 kävi fysioterapeutilla (n=51) ja 54 lääkärillä (n=42). Suluissa olleet vastasivat kyselyyn.</p>	<p>Potilaan merkittävästi tyytyväisempiä ft:n vastaanottoon kuin lääkärin. Potilaiden tyytyväisyys kohdistui ohjaukseen vaivasta, itsehoidosta ja tietoon siitä, että he voivat itse vaikuttaa hoitoon sekä luottamus ft:n kompetenssiin. Potilaiden mielestä fysioterapeutilla voi ajatella ensikäyntinä, ft:t löysivät myös mahdolliset patologiset tulokset.</p>	<p>Fysioterapeuteilla erikoiskoulutuksia, ei uutta koulutusta.</p>	<p>von Elm ym. 2007: 36/48-</p>
<p>5. Desmeules et al. 2013, Canada</p> <p>Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää APP (Advanced practice physiotherapists) diagnostiikan onnistumista verrattuna ortopedeihin, hoidon yhtäpitävyyttä, voimavarojen käyttöä ja potilastyytyväisyyttä.</p>	<p>Tapaustutkimus: 1 fysioterapeutti ja 3 kirurgia. Potilaat tapasivat sekä ft:n että kirurgin, jonka jälkeen heti täyttivät tyytyväisyyskyselyn. n=112.</p>	<p>Kirurgin vastaanottoaika 11.2. min ja APP 13.0. Potilastyytyväisyys korkeampi APP:llä 93.2% verrattuna kirurgiin 86.1%. Ft vietti enemmän aikaa potilaan kanssa, antoi enemmän ohjeita, koulutusta ja harjoitteita.</p>	<p>Kokenut ft sai koulutuksen kolmelta kirurgilta.</p>	<p>von Elm ym 2007: 37/48-</p>

Liite 4.

Crohnbachin alfat taulukoituna

Summamuuttuja 5 (SUM5)

		N	%
Cases	Valid	86	86,9
	Excluded ^a	13	13,1
	Total	99	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,900	12

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Kohtelu epäystävä	16,5814	54,693	-,017	,912
Kohtelu kiireistä	16,3140	50,594	,333	,905
Kohtelu ihmisläheistä	16,0581	43,561	,667	,891
Kohtelu kunnioittavaa	15,9884	44,435	,601	,895
Kohtelu välinpitämätöntä	16,4302	50,601	,479	,899
Kohtelu nopeaa	15,6047	46,242	,479	,902
Kohtelu joustavaa	16,0349	44,834	,727	,887
Kohtelu perusteellista	16,1395	43,510	,836	,881
Kohtelu yksilöllistä	16,1395	43,557	,795	,883
Kohtelu luotettavaa	16,2791	44,721	,864	,881
Kohtelu asiallista	16,3488	45,218	,847	,882
Kohtelu turvallista	16,3721	45,507	,807	,884

Summamuuttujat 6 (SUM6):

		N	%
Cases	Valid	21	21,2

Excluded ^a	78	78,8
Total	99	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,853	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Paneutuminen	22,8095	7,162	,568	,847
Ymmärrys ja kuunteleminen	22,8571	7,729	,259	,881
Perustelu	23,0000	6,100	,721	,815
Syiden kertominen	23,1905	4,862	,847	,784
Pulmanratkaisu	23,0476	5,548	,798	,796
Omaisten neuvominen	23,1905	5,262	,707	,819

Summamuuttujat 7 (SUM7):

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	9	9,1
	Excluded ^a	90	90,9
	Total	99	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,972	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Arviointi yhteistyössä	23,1111	247,861	,967	,967
Itsearvioinnin ohjaus	23,1111	253,111	,833	,970

Yksilöllinen ohjaus	23,1111	253,111	,833	,970
Hoitovaihtoehdot	22,4444	248,778	,749	,972
Kuunteleminen	23,1111	253,111	,833	,970
Mielipiteiden huomioiminen	23,2222	251,694	,869	,969
Tunteiden käsittely	22,5556	246,278	,918	,968
Selvityspyyntö	22,6667	244,500	,927	,968
Yhteydenotto pyynnöstä	22,4444	244,028	,849	,970
Jousto mielipiteen mukaan	22,8889	250,861	,914	,969
Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen	22,5556	240,528	,893	,969
Aiemmat kokemukset	22,5556	241,028	,883	,969
Kirjalliset ohjeet	22,2222	247,694	,634	,976

Summamuuttujat 8 (SUM8):

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	14	14,1
	Excluded ^a	85	85,9
	Total	99	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,768	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Toimintaohjeita riittävästi	11,5000	14,731	,624	,734
Ei infoa odotusajan pituudesta ja syystä	11,2143	13,874	,306	,781
Neuvot ymmärrettäviä	11,6429	15,632	,433	,755
Neuvot ristiriitaisia	11,5000	14,577	,331	,766
Ei riittävää infoa tutkimuksista ja toimenpiteistä	11,3571	13,632	,493	,738
Riittävät jatkoahoito-ohjeet	11,2857	12,835	,649	,710
Neuvot ja ohjeet muualta	10,8571	11,978	,529	,735

Vastaukset kysymyksiin	11,1429	13,209	,618	,717
------------------------	---------	--------	------	------

Summamuuttujat 9 (SUM9):

		N	%
Cases	Valid	19	19,2
	Excluded ^a	80	80,8
	Total	99	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Cronbach's Alpha	N of Items
,785	13

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Myönteinen ilmapiiri	13,8947	6,877	,000	,790
Henkilökunnan huumori	13,5789	5,813	,363	,778
Henkilökunnan yhteistyö	13,7895	5,953	,536	,762
Henkilökunnan kunnioitus toisiaan kohtaan	13,7368	5,538	,680	,745
Samanarvoinen kohtelu	13,7368	5,538	,680	,745
Ei vaikuttamismahdollisuuksia hoitoon	13,6316	5,912	,346	,779
Ei riittävästi aikaa	13,5789	4,480	,579	,766
Tehtiin kaikki mahdollinen	13,7368	5,649	,611	,752
Ihmisen ymmärtäminen kokonaisuutena	13,7368	5,538	,680	,745
Ammattitaitoinen henkilökunta	13,8947	6,877	,000	,790
Luottamusta herättävä käyttäytyminen	13,8947	6,877	,000	,790
Liikaa yksityiselämän selvitystä	13,7368	6,205	,285	,782
Ei kiinnostusta asioista	13,7895	6,287	,311	,779