

Opinnäytetyö (AMK)
Fysioterapeuttikoulutus
MFYSIS15
2018

Sillanpää Tomi, Tenhunen Mikko, Vuotinen Anne

NISKA-HARTIAOIREISEN ASIAKKAAN OHJAUTUMINEN FYSIOTERAPIAN AKUUTTIVASTAANOTTOON

– Menetelmä terveyskeskuksen ajanvaraukseen

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Fysioterapeuttikoulutus

2018 | 50 sivua, 11 liitesivua

Esa Bärlund

Sillanpää Tomi, Tenhunen Mikko, Vuotinen Anne

NISKA-HARTIAOIREISEN ASIAKKAAN OHJAUTUMINEN FYSIOTERAPIAN AKUUTTIVASTAANOTTOON

- Menetelmä terveystieteiden alan tutkimukseen

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää ohjeistus Kaarinan terveystieteiden alan tutkimuksen työvälineeksi, jonka avulla hoidon tarpeen arviointi niskahartiaoireisen asiakkaan kohdalla helpottuu. Ohjeistuksena toimiva prosessikaavio kootaan teoreettisen ja haastattelujen pohjalta. Prosessikaavio ohjataan asiakas joko fysioterapeutin akuuttivastaanottoaikoihin tai lääkärille.

Prosessikaavion tavoitteena on selkeyttää ja yhtenäistää ajanvarauksen työtä hyödyntämällä mahdollisimman tehokkaasti jo olemassa olevia resursseja ohjaamalla fysioterapiasta hyötyvät asiakkaat suoraan fysioterapeutin luokse ja lääkärin hoitoa tarvitsevat lääkärin luokse. Näin saavutetaan kustannussäästöjä ja vähennetään asiakkaan hoitokäyntejä.

Opinnäytetyö on toteutettu kehittämistutkimuksena, jonka tuloksena on syntynyt opinnäytetyöraportti ja prosessikaavio niskahartiaoireisen asiakkaan hoidon tarpeen arviointiin. Aineistonkeruu tapahtui avoimena haastatteluna, webropol-kyselynä sekä alan kirjallisuuteen ja näyttöön perustuvaan tietoon yhdistettynä. Tietoperusta perustuu niskakivun Käypä hoito-suositukseen ja tutkittuun tietoon perustuvaan tutkimusnäyttöön. Prosessikaavio koostettiin kartoittamalla teoreettisen perusteella niskahartiaoireiden eli ”red flagsit”, jotka vaativat lääkärin hoitoa. Valmis prosessikaavio pohjautuu haastattelun ja tutkitun tiedon analysoinnissa koottuihin kriteereihin.

Lisäksi opinnäytetyössä on selvitetty fysioterapeuttien ja lääkäreiden työnjakoa, fysioterapeuttien laajennettuja tehtävien kuvia ja fysioterapeutin suoravastaanottoa. Opinnäytetyön lopputuloksena syntyvä prosessikaavio tulee toimimaan hoidon tarpeen arvioinnin välineenä myös fysioterapeutin suoravastaanotolle. Jatkossa Kaarinan terveystieteiden tullaan perustamaan fysioterapeutin suoravastaanotto TULE-vaivoihin.

ASIASANAT:

Prosessikaavio, red flags, hoidon tarpeen arviointi, fysioterapeutin suoravastaanotto

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

2018 | 50 pages, 11 appendices

Esa Bärlund

Sillanpää Tomi, Tenhunen Mikko, Vuotinen Anne

GUIDING CLIENT WITH NECK PAIN TO PHYSIOTHERAPY ACUTE RECEPTION TIME

- Method for the personnel of health-care centre reception

The aim of this Bachelor's thesis was to plan and produce instructions to the for the personnel of Kaarina Health Centre reception so the needs assessment for treatment for a client with neck pain will be easier. The process diagram that serves as a guide is compiled based on theoretical knowledge and interviews. The process diagram allows the client to be guided either to the physiotherapist's acute reception time or to the doctor.

The aim of the process diagram is to clarify and harmonize the work of staff scheduling appointments by making the best use of the resources already available by guiding clients who benefit from physiotherapy direct to physiotherapist and those who needs medical care directed to a doctor. This results in cost savings and reduces customer visits.

This Bachelor's thesis project was carried out as a development study that led to the thesis report and process diagram for the needs assessment to treat a client with neck pain. The data collection was conducted as an open interview, a Webropol questionnaire, and a combination of literature and evidence-based information. The thesis database is based on the Current Care Guideline and the evidence-based survey screen. The process diagram material was compiled by mapping the theoretical knowledge of the neck-shoulder pain symptoms so called "red flags" that require medical treatment. The completed process diagram is based on the criteria of interviews and analyzed data.

In addition, the thesis has clarified the division of labor between physiotherapists and doctors, extended scope of practice (intervention) in physiotherapy and physiotherapist's direct access. The process diagram resulting from the thesis will also serve as a tool for needs assessment for treatment for the physiotherapist's direct access. In the future, a physiotherapist's direct access will be set up in the Kaarina Health Centre to receive direct medical attention for musculoskeletal disorders.

KEYWORDS:

Process diagram, red flags, needs assessment, physiotherapist's direct access

SISÄLTÖ

KÄYTETYT KÄSITTEET	6
1 JOHDANTO	8
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE	10
3 KAARINAN KAUPUNGIN FYSIOTERAPIA	12
4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI	13
5 NISKAKIPU JA NISKASAIRAUKSIEN LUOKITTELU	15
5.1 Niskakipu	15
5.2 Niskasairauksien luokittelu	16
6 FYSIOTERAPIAN AKUUTTIVASTAANOTTOON OHJAUTUMISEN PERUSTEET	19
7 FYSIOTERAPIAN AKUUTIT VASTAANOTTOAJAT JA FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO	24
7.1 Fysioterapeuttien laajennetut tehtäväkuvat ja tehtäväsiirrot	24
7.2 Fysioterapeutin suoravastaanotto ja sen hyödyt	25
7.3 Fysioterapian suoravastaanottokoulutus	26
7.4 Fysioterapeuttien ja lääkäreiden työnjako	26
8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	28
8.1 Tutkimusmenetelmät	28
8.2 Aiheen valinta	29
8.3 Tiedonhankinta	29
8.4 Aineiston keruu	30
9 HAASTATTELUJEN TULOKSET	32
9.1 Työnkuva ajanvarauksessa ja sairaanhoitajien lisäkoulutus	32
9.2 Asiakkaan ohjautuminen fysioterapeutille ja siihen liittyvä ohjeistus	33
9.3 Asiakkaan hoitoon ohjaamisen parannusehdotukset	33
9.4 Ajatuksia niska-hartiaseudun akuuttivastaanotosta ja toiveet ohjeistuksesta	34
9.5 Akuuttivastaanottoaikojen tämän hetkinen tilanne	36
9.6 Fysioterapeutin suoravastaanotot	37

10 PROSESSIKAAVION LAATIMINEN	38
10.1 Prosessikaavio prosessien kehittämisen työkaluna	38
10.2 Prosessikaavion tietoperusta	38
10.3 Prosessikaavion sisältö	39
10.4 Prosessikaavio ja niska-hartiaoireisen asiakkaan hoitopolku	41
11 POHDINTA	42
11.1 Eettisyys ja luotettavuus	44
11.2 Kehittämisehdotukset	45
LÄHTEET	46

LIITTEET

Liite 1. Webropol-kyselyn koonti

KÄYTETYT KÄSITTEET

Effica on julkisen terveydenhuollon kokonaisvaltainen tietojärjestelmä, joka on käytössä Kaarinan terveyskeskuksessa ja muilla Kaarinan terveysasemilla (Tieto.fi)

Fysioterapian suoravastaanotolla tarkoitetaan fysioterapeutin itsenäistä vastaanottotoimintaa, johon asiakas ohjautuu määrättyjen kriteerien perusteella käymättä lääkärin vastaanotolla ja ilman lääkärin lähetettä (Kukka A, 2009). Fysioterapian suoravastaanotosta on käytössä myös muita nimikkeitä, kuten fysioterapian akuuttivastaanotto, ensikäyntitoiminta, asiantuntijafysioterapeutin vastaanotto, alaselkä vastaanottotoiminta ja TULE-vastaanottotoiminta (Kangas ym. 2015, 5).

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa hoitotyön ammattilaisen tekemää arviota asiakkaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointi aloittaa asiakkaan hoitoprosessin ja arviointi on tehtävä aina ennen asiakkaan hoitoon pääsyä (Syväoja-Äijälä 2009. 9.)

Prosessilla tarkoitetaan joukkoa toisiinsa liittyviä ja toistuvia toimintoja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotoksiksi (JHS-suositukset 2012).

Prosessikaavio on graafinen esitys prosessin toiminnoista. Prosessikaaviolla helpotetaan ymmärtämään toimintojen järjestystä ja niiden välisiä riippuvuuksia (JHS-suositukset 2012).

Niskahartiaseudulla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä aluetta, joka sijaitsee posteriorisesti takaraivon ylemmästä niskakaaresta lapaluun harjun sisäreunaan ja lateraalisesti alaleukaluun alareunasta solisluun yläreunaan ja rintalastan kaulaloveen (Guzman J. ym. 2009).

Tehtäväkuvan laajentaminen tarkoittaa fysioterapeutin toimenkuvan uudistamista tehtäväalueetta laajentamalla ja osaamista kehittämällä. Laajennettu tehtäväkuva edellyttää lisäkoulutusta, koska toimenkuvan edellyttämät tehtävät eivät sisälly peruskoulutukseen (Tehyn julkaisusarja B:1/18).

Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös jonkin toisen henkilöstöryhmän tehtäviin (Turunen 2010, 35.).

Tuki- ja liikuntaelimestö eli lyhennettynä TULE, käsittää luut, nivelet, nivelsiteet, lihakset ja jänteet. Tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ovat suuri yhteiskunnallinen ongelma Suomen väestön keskuudessa. Ne ovat yleisin kiputilojen aiheuttaja ja eniten työstä

poissaoloja aiheuttava tekijä. Selkävaivat ovat yleisin TULE-oireita aiheuttava tekijä. Muita oireita aiheuttavia tekijöitä ovat mm. nivelrikot, lihasten, nivelten ja pehmytkudosten säryt ja tulehdukset sekä tapaturmat (Lindgren K-A 2005, 12-13). TULE-sairaudet pahimmillaan aiheuttavat toimintakyvyn alenemista, joka hankaloittaa ja jopa estää itsenäisen arjessa selviytymisen sekä voi johtaa myös työkyvyttömyyteen (Lindgren K-A 2005, 14).

Työnjako on koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta (Parikka 2008, 4).

Webropol-kysely on internet-selaimella käytettävä kysely- ja raportointityökalu. (webropol, 2018)



1 JOHDANTO

Niskakivut ovat hyvin yleinen oire Suomessa ja ovatkin yksi tavallisimmista tuki- ja liikuntaelinten kipuoireista. Arviolta 70 %:lla ihmisistä esiintyy niskakipua jossain elämänvaiheessa (Ylinen, Nikander 2014). 40 % yli 30-vuotiaasta suomalaisesta naisesta ja 20-30% miehestä on kuluneen vuoden aikana kokenut niskakipua. Niskaoireet ovat syynä arviolta joka 25. terveyskeskuskäyntiin (Saarelma O. 2017). Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan 27 % yli 30-vuotiaista suomalaisista miehistä ja 41 % saman ikäisistä naisista oli kokenut niskakipua edellisen kuukauden aikana. Sekä alle 45-vuotiaiden miesten ja alle 55-vuotiaiden naisten niskakipu on yleistynyt verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen (Koskinen ym. 2012, 92-95). 3–4 % terveyskeskuslääkärissä käynneistä aiheutuvat niskaoireista ja arviolta 1 % kaikista terveydenhuollon kustannuksista aiheutuu niskasairauksista (Viikari-Juntura E. 2016). Ruotsissa 18 % työkyvyttömyyseläkeistä johtuu niskahartiaseudun ongelmista (Nygren ym. 1995).

Suomen fysioterapeuttien mukaan (2009), hoitoon pääsy fysioterapeutin TULE-suoravastaanotolle on lääkärille pääsyä nopeampaa. Suoravastaanotolla työskentelevien fysioterapeuttien osaaminen tämän potilasryhmän osalta vastaa lääkäreiden osaamista (Kukka A, 2009). Tutkimusten mukaan niska- ja selkävivuiissa fysioterapeutin vastaanotto on osoitettu lääkärin vastaanottoa kustannustehokkaammaksi (Korthals-De Bos ym. 2003, Lakka 2008). Kustannussäästöt syntyvät lääkäriresurssien järkevämmästä käytöstä ja asiakkaan nopeammasta hoitoon pääsystä (Tiittanen-Wallenius 2/2016, 12–13).

Voidaan siis todeta, että työnjaon ja tehtävänsiirron kehittäminen, on perusteltua TULE-sairauksien hoidossa. Tästä syystä myös Kaarinan terveyskeskukseen ollaan suunnittelemassa ohjeistusta niska- ja hartiaseudun vaivojen akuuttivastaanottoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää terveyskeskuksen ajanvaraajalle menetelmä asiakkaan niska- ja hartiaseudun vaivojen hoidon tarpeen arviointiin ja ohjaukseen fysioterapeutin akuuttivastaanotolle. Menetelmänä toimiva prosessikaavio on suunniteltu liitettäväksi sähköiseen Efficatietojärjestelmään, jolloin sen käyttö on mahdollisimman joustavaa.

Kaarinan terveyskeskuksessa on jo käytössä fysioterapian akuuttivastaanottoaikoja, jossa ajanvaraaja-sairaanhoitaja ohjaa asiakkaan hoidon tarpeen mukaan fysioterapeutille lääkärin sijaan. Myös lääkäriellä on mahdollisuus ohjata asiakkaita akuuttiaikoihin. Opinnäytetyöllä pyrimme tehostamaan toimintaa ja laajentamaan käytäntöä niska-

hartiaseudun vaivoihin kehittämällä prosessikaavion, jolla asiakkaan ohjaus toimii samoilla kriteereillä riippumatta ajanvaraajasta. Samalla pyritään vähentämään lääkärissä käyntejä ohjaamalla asiakas suoraan fysioterapeutille oikeanlaisella hoidon tarpeen arvioinnilla.

Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistutkimuksena, jossa aineistonkeruu tapahtuu avoimena haastatteluna, webropol-kyselynä sekä alan kirjallisuuteen ja näyttöön perustuvaan tietoon yhdistettynä. Prosessikaavio pohjautuu haastattelun ja tutkitun tiedon analysoinnissa koottuihin kriteereihin. Valmis menetelmä tullaan testaamaan käytännössä Kaarinan terveyskeskuksen ajanvarauksessa.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE

Kaarinan terveyskeskuksessa on käytössä fysioterapian akuuttivastaanottoaikoja, mutta ajanvarauksessa ei ole yhteneväisiä kriteerejä eikä ohjeistusta asiakkaiden ohjaukseen. Puutteellisen ohjeistuksen vuoksi akuutit vastaanottoajat ovat jääneet osittain käyttämättä. Bevan ym. (2009) mukaan tärkein keino vähentää TULE-vaivojen kustannuksia on varhainen puuttuminen ja aktiivinen hoito. Nopea hoitoon pääsy ehkäisee oireiden pitkittymistä ja nopeuttaa töihin paluuta (Bevan ym. 2009). Akuuttivastaanottoajoilla saataisiin vähennettyä oireiden kroonistumista sekä niistä johtuvia kustannuksia.

Yksi opinnäytetyön tekijöistä oli työharjoittelussa Kaarinan terveyskeskuksessa syksyllä 2016, jolloin ajatus opinnäytetyön aiheesta kehittyi. Selkeä ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuva ohjeistus helpottaisi ajanvarauksessa työskentelevien hoitajien työtä ja ohjaisi näin asiakkaita fysioterapian akuuttiaikoihin. Samalla asiakas pääsisi nopeammin hoitoon ja mahdollinen vaivan kroonistuminen voitaisiin estää sekä lääkärin työtaakka pienenesi oikeanlaisella asiakkaan ohjautumisella. Pinnalla oleva Sote-uudistus oli myös fysioterapian akuuttiaikojen käyttämättömyyden lisäksi opinnäytetyön aiheen takana.

Sote-uudistuksen tavoitteena on karsia sosiaali- ja terveyspalveluiden tehottomia toimintatapoja ja pienentää julkisen sektorin velkaantumistaakkaa (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö). Fysioterapian akuuttiaikojen tehostamisella ja tulevaisuudessa TULE-suoravastaanotolla saadaan kustannuksia pienennettyä nopeammalla ja kohdennetulla hoidolla. Samalla tehostetaan toimintatapoja ja luodaan ammattiryhmien välistä työnjakoa lääkäreiltä fysioterapeuteille. Tutkimusten mukaan käytäntö on vähentänyt potilasjonoja, vapauttanut lääkäriresursseja sekä antanut lääkäreille mahdollisuuden keskittyä omaan osaamisalueeseensa (Tiittanen-Wallenius 1/2016, 12–13).

Opinnäytetyön toimeksiantajana on Kaarinan kaupungin terveyskeskus, jossa on tarkoitus tehostaa käytössä olevia fysioterapian akuuttivastaanottoaikoja. Opinnäytetyö on kehittämistutkimus ja työn lopputuotoksena syntyy prosessikaavio Kaarinan kaupungin terveyskeskuksen ajanvarauksessa työskentelevälle henkilökunnalle. Prosessikaavion tarkoitus on luoda kriteerit niskahartiaseudun alueen ongelmista kärsivän asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnille ja ohjeet asiakkaan oikealle ammattihenkilölle ohjaamiselle.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää menetelmä Kaarinan terveyskeskuksen ajanvaraukseen, jolla saadaan oikeanlaiset asiakkaat ohjattua fysioterapeutille lääkärin vastaanoton sijaan. Lisäksi, opinnäytetyössä tullaan teorian tiedon ja haastattelujen pohjalta kokoamaan prosessikaavio, jonka avulla ajanvarauksessa työskentelevä sairaanhoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin ja ohjaa asiakkaan kaavion kriteerien perusteella joko lääkärin tai fysioterapeutin vastaanotolle.

Prosessikaavio rajataan niska- hartiasoutuun ja tarkoituksena on saada se sähköiseen muotoon Efficia -potilastietojärjestelmään. Näin prosessikaavion käyttö on mahdollista kaikille vastaanotossa työskenteleville.

Prosessikaavio toimii hoidon tarpeen arvioinnin työvälineenä, kun ajanvarauksen henkilökunta ohjaa akuutista niska-hartiasseudun alueesta kärsivän asiakkaan lääkärille tai fysioterapeutille. Prosessikaavion tavoitteena on selkeyttää ja helpottaa ajanvarauksen työtä hyödyntämällä mahdollisimman tehokkaasti jo olemassa olevia resursseja ohjamalla fysioterapiasta hyötyvät asiakkaat suoraan fysioterapeutin luokse ja lääkärin hoitoa tarvitsevat lääkärin luokse. Näin saavutetaan kustannussäästöjä ja vähennetään asiakkaan hoitokäyntejä.

3 KAARINAN KAUPUNGIN FYSIOTERAPIA

Kaarinan terveyskeskus toimii kolmella terveysasemalla, Kaarinassa, Piikkiössä ja Litoisissa. Fysioterapian yksikkö sijaitsee Kaarinassa ja yksikössä työskentelee kuusi fysioterapeuttia ja yksi kuntohoitaja. Kaksi fysioterapeuteista työskentelee kokopäiväisesti sairaalassa ja osa myös apuvälinelainauksessa. Kaarinan terveyskeskuksessa fysioterapeutille pääsee neuvontakäynnille ilman lähetettä. Varsinaisiin hoitosarjoihin tullaan lääkärin läheteellä.

Fysioterapian akuuttivastaanottoajat Kaarinan terveyskeskuksessa aloitettiin marraskuussa vuonna 2015. Aluksi aikoja oli yhdeksän kappaletta viikossa ja ne olivat 30 minuutin mittaisia. Puolen tunnin ajat todettiin liian lyhyiksi, joten ne poistettiin kokonaan käytöstä. Tällä hetkellä akuuttiaikoja on tarjolla kolme kappaletta viikossa ja ne ovat tunnin mittaisia. Akuuttivastaanotossa työskentelee kolme fysioterapeuttia. Pääsääntöisesti lääkärit ja sairaanhoitajat ohjaavat asiakkaita akuuttivastaanottoon, mutta myös fysioterapeuteilla on mahdollisuus varata akuuttiaika asiakkaalle.

Kaarinan terveyskeskuksessa akuuttivastaanottoajat ovat tarkoitettu vaivoihin, jotka tarvitsevat akuuttia hoitoa. Asiakasryhmiä ei ole siis rajattu tietyillä kriteereillä, vaan tapauksia on laidasta laitaan. Akuuttivastaanottoon tulee muun muassa kipsinpoistoja, selkä- ja olkapääongelmaa sekä asentohuimauksia.

Avosairaanhoidossa työskentelee 12 sairaanhoitajaa, joista suurin osa on suorittanut hoidon tarpeen arvioinnin lisäkoulutuksen. Hoitajien työnkuvaan kuuluu hoidon tarpeen arviointi puhelimitse, jota he kaikki tekevät päivittäin. Ajanvarausnumeroon tulee joka päivä 100-300 puhelua, joista suurin osa sisältää hoidon tarpeen arviointia. Puhelimeen vastataan kaikilla Kaarinan terveyskeskuksen terveysasemilla. Kaikki puhelut tulevat yhteen numeroon, sisältäen päivystys- ja normaali vastaanoton puheluja.

4 HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarpeen arviointi on keskeinen osa asiakkaan hoitoa ja hoidon tarpeen arvioinnista säädetään terveydenhuoltolaissa sekä päivystysasetuksessa (Valvira 2017). Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa hoitotyön ammattilaisen tekemää arviota asiakkaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointi aloittaa asiakkaan hoitoprosessin ja arviointi on tehtävä aina ennen asiakkaan hoitoon pääsyä (Syväoja-Äijälä 2009. 9.)

Hoidon tarpeen arviointi kuuluu jokaisen kansalaisoikeuksiin. Hoidon tarpeen arvioinnista säädetään terveydenhuoltolaissa ja ns. päivystysasetuksessa. Terveydenhuoltolain (1326/2010) 51 §:ssä säädetään perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä: ”terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena päivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana” (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Hallituksen esityksessä Eduskunnalle kansanterveyslain muuttamisesta (77/2004) todetaan seuraavaa: ”Potilaalla ei olisi rajatonta oikeutta saada mitä tahansa halua maansa hoitoa, vaan hänen terveydentilastaan johtuvan hoidon tarpeen arvioisi terveydenhuollon ammattihenkilö. Arvioinnin olisi aina perustuttava lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin.” ”Säännöksellä ei kuitenkaan olisi tarkoitus estää potilaita pääsemästä lääkärin vastaanotolle” (HE 77/2004).

Hallituksen esitykseen (77/2004) on myös kirjattu kuka ja miten hoidon arviointi voidaan toteuttaa: ”Hoidon tarpeen arvioinnin voisi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Terveydenhuollon muun ammattihenkilön kuin lääkärin tai hammaslääkärin tekemässä hoidon tarpeen ensiarviossa harkittaisiin yhteydenoton syytä, oireiden luonnetta, vakavuutta ja kiireellisyyttä potilaan kertomien esitietojen perusteella.” ”Terveydenhuollon ammattihenkilö tekisi hoidon tarpeen arvioinnin ammattivastuullaan. Työnjako lääkäreiden ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välillä tai muiden ammattihenkilöiden välillä edellyttää, että asianomaisella on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan tekemä hoidon tarpeen arvio perustuu käytännössä johtavan tai vastaavan lääkärin antamaan ohjeistukseen, jolloin johtavalla tai vastaavalla lääkäriellä on vastuu tästä toiminnasta” (HE 77/2004).

”Esitetty säännös tukisi myös lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilön välisen työnjaon kehittämistä. Tämä merkitsisi hoitotyössä toimivien roolin vahvistamista potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa, oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisessa, lievien akuuttien sairauksien ja vammojen hoidossa sekä kroonisten sairauksien seurannassa ja hoidossa ” (HE 77/2004).

Tehy on koonnut suositukset ja ohjeet fysioterapeuttien suoravastaanoton suunnittelulle ja toteutukselle. Ohjeista hyötyvät fysioterapeuttien lisäksi ammattiryhmät, jotka myös osallistuvat suoravastaanottojen suunnitteluun, toteutukseen tai koulutukseen. Ohjeistukseen on kirjattu ja pidetty tärkeänä hoidon tarpeen arvioinnin kriteeristöä sekä ajanvaraushenkilöstön koulutusta ja osallistumista suoravastaanoton toteutukseen (Tehyn julkaisusarja B:1/18).

Vuonna 2016 tehdyn Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hankeraportin mukaan ajanvaraushenkilöstöllä on asiakkaan ensikontaktissa vastuullinen tehtävä arvioida hoidon tarvetta ja oikeaa vastaanottajaa hoidon tarvitsijalle. Ajanvaraushenkilöstö tavallaan markkinoi fysioterapeuttien suoravastaanottoa asiakkaille, jotka ovat aiemmin tottuneet saamaan ajan lääkärin vastaanotolle. Hankeraportissa ilmeni, että markkinointiyötä vaikeuttavat asiakkaiden asenteiden lisäksi ajanvaraajien vähäinen tieto fysioterapeuttien osaamisesta ja toimintatavoista. Ajanvarauksessa tapahtuvat henkilövaihdokset vaikeuttivat myös vanhan toimintamallin muuttamista. Ajanvaraajan työn helpottamiseksi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle on tehty yhteinen ohje selkäpotilaan hoidon arvioinnin tekemiseen ja oikealle ammattihenkilölle ohjaamiseen. Asiakkaiden ohjautuminen ajanvarauksesta fysioterapeutille lääkärin sijaan on nähty ongelmana suoravastaanotto toiminnan käynnistymisessä ja toimintamallin juurtumisessa. Vastaavia ongelmia on tullut vastaan kaikkialla Suomessa suoravastaanotto toiminnan käynnistämisen yhteydessä (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016).

Hoidon tarpeen arviointi-koulutuksia sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille Suomessa järjestää mm. Turun ammattikorkeakoulu. Koulutus antaa eväitä hoidon tarpeen arviointiin haastattelun, ohjauksen ja dokumentoinnin pohjalta (Turun amk 2017).

5 NISKAKIPU JA NISKASAIRAUKSIEN LUOKITTELU

5.1 Niskakipu

Tässä työssä käytetään niskan määrittelyä aluetta, joka sijaitsee posteriorisesti taka-raivon ylemmästä niskakaaresta lapaluun harjun sisäreunaan ja lateraalisesti alaleuka-luun alareunasta solisluun yläreunaan ja rintalastan kaulaloveen (Guzman J. ym. 2009). Tämä kansainvälinen niskan alueen määrittely kuvastaa hyvin maassamme käytettyä käsitettä ”niska-hartiaseutu”.

Vuonna 2016 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet olivat syynä 33,3 % Kansaneläkelaitok-sen sairauspäiväraha-kausista ja muodostivat 257,74 miljoonan euron kustannukset. TULE-sairauksien kokonaiskustannuksista kului kaularangan välilevysairauksiin (M50) 7,8 miljoonaa euroa ja hartia-seudun pehmytkudossairauksiin (M75) 30,93 miljoonaa euroa. Niska-hartiaseudun sairaudet muodostivat 5 % 2016 maksetuista päivärahoista (Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2016).

Niskakivut ovat hyvin yleinen oire Suomessa ja yksi tavallisimmista tuki- ja liikuntaelin-ten kipuoireista. 70 %:lla ihmisistä esiintyy niskakipua jossain elämänvaiheessa (Yli-nen, Nikander 2014). Neljä kymmenestä yli 30-vuotiaasta suomalaisesta naisesta ja 2–3 kymmenestä miehestä on kuluneen vuoden aikana kokenut niskakipua. Niskaoireet ovat syynä arviolta joka 25. terveyskeskuskäyntiin (Saarelma 2017). 3–4 % terveyskes-kuslääkärissä käynneistä aiheutuvat niskaoireista ja arviolta 1 % kaikista terveyden-huollon kustannuksista aiheutuu niskasairauksista (Viikari-Juntura 2016).

Käypä hoito –suosituksen mukaan niskasairauksien riskitekijöitä ovat (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2017): 1) useat fyysiset kuormitustekijät, kuten toistotyö ja pit-kään kädet koholla työskentely (Viikari-Juntura ym. 2001), 2) ikä, yli 40-vuotiailla on suurentunut riski niskasairauksille (Childs ym. 2008, 2), 3) naissukupuoli. Niskaoireet ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä (Mäkelä ym. 1991), 4) aikaisemmat niskavaivat, jotka altistavat uusille niskakivuille (Paksaichol ym. 2012), 5) tupakointi lisää hieman riskiä niskasairauksille (Viikari-Juntura ym. 2001), 6) ylipaino suurentaa niskasairauk-sien riskiä (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2017) ja 7) psykososiaaliset tekijät mm. korkeat vaatimukset työssä saattavat lisätä niskakivun riskiä (Paksaichol ym. 2012).

Childs ym. listaavat niskakivun hoitosuosituksessaan niskakivun riskitekijöiksi lisäksi vallalla olevan selkäkivun, taipuvuuden alakuloisuuteen, aktiivisen pyöräilyharrastuksen, heikentyneen käsien puristusvoiman, heikon elämänlaadun ja vähäisen elinvoiman (Childs ym. 2008).

5.2 Niskasairauksien luokittelu

Niskahartiakiputilojen yhteydessä täsmällisen diagnoosin toteaminen on usein hankalaa ja jopa mahdotonta. Käypä hoito –suosituksen mukaan niskasairaudet luokitellaan neljään pääryhmään ja viidenteen, muihin kiputiloihin, anamneesin, kliinisen tutkimisen ja löydösten perusteella. Nämä ryhmät ovat:

1. paikallinen niskakipu
2. säteilevä niskakipu
3. piiskaniskuvammaan (whiplash) liittyvä niskakipu
4. myelopatia (selkäydinvaurio esim. kompression takia)
5. muihin vakaviin tai spesifisiin syihin liittyvät (esim. kasvaimet, infektiot ja murtuman jälkitilat).

(Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017)

Kolmen ensimmäisen ryhmän kohdalla kiputila voidaan jakaa akuuttiin kiputilaan, jolloin oireet ovat olleet kestoltaan alle 12 viikkoa, sekä krooniseen, jossa oireet ovat kestäneet vähintään 12 viikon ajan (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017).

Piiskaniskuvamman luokitus tulisi tehdä vuorokauden kuluessa vammasta. Piiskaniskuvammat jaetaan oireiden ja löydösten perusteella viiteen luokkaan:

1. oireeton
2. oireita, mutta ei kliinisiä löydöksiä
3. kliinisiä löydöksiä
4. neurologisia löydöksiä, kuten voima-, tunto- ja refleksimuutoksia
5. nikamamurtumat ja sijoiltaanmenot

(Arokoski ym. 2015, 113)

ICF:n mukaan niskakivut voidaan luokitella niskakipuun, joihin liittyy

- liikkuvuusrajoitteita (b7101 Usean nivelen liikkuvuus)
- niskakipuun, johon liittyy päänsärkyä (b28010 Kipua päässä ja niskassa)
- niskakipuun, jossa on liikkeen koordinaation vajautta (b7601 Monimutkaisten tahdonalaisten liikkeiden hallinta)
- säteilevään niskakipuun (b2804 Segmentaalisesti tai alueellisesti säteilevä kipu)

(Childs ym. 2008, 2)

ICD-10 kansainvälisen tautiluokituksen diagnoosikoodit

Niskakipu, jossa liikkuvuusrajoitteita (b7101)

ensisijainen ICD-10	M54.2	Kaularankakipu, cervikalgia.
	M54.6	Rintarangan kipu

Niskakipu, johon liittyy päänsärkyä (b28010)

ensisijainen ICD-10	R51	Päänsärky
	M53.0	Niska-pääoireyhtymä, kaula-pääoireyhtymä Sisältää: taaempi kaulasympatikuksen oireyhtymä, servikokraniaalinen oireyhtymä

Niskakipu, jossa on liikkeen koordinaation vajautta (b7601)

ensisijainen ICD-10	S13.4	Kaularangan nyrjähdys tai venähdys, sisältää piiskaniskuvamman (whiplash)
----------------------------	-------	---

Säteilevä niskakipu (b2804)

ensisijainen ICD-10	M47.2	Muu nikamasairaus ja hermojuurisairaus
	M50.1	Kaularangan välilevysairaus ja hermojuur- ten sairaus

Taulukko 1. Ensisijaiset ICD-10 diagnoosikoodit liittyen niskakipuun (Childs ym. 2008, 5)

6 FYSIOTERAPIAN AKUUTTIVASTAANOTTOON OHJAUTUMISEN PERUSTEET

Kuusi kymmenestä ihmisestä kokee elämänsä aikana selän tai niskan alueen kipua. Näihin kipuihin haetaan usein lääketieteellistä selitystä. Kuitenkin vain 1% näissä tapauksissa aiheuttajana on vakava patologinen syy ja siitä seurannut spesifiä hoitoa vaativa sairaus (Greenhalgh ym. 2006, 1). Hoidon tarpeen arvioinnissa ensisijaisen tärkeää on tunnistaa ja poissulkea patologisten syiden aiheuttama kipu. Tunnistamisen apuna käytetään punaisia lippuja (red flags) eli varoittavia oireita (Greenhalgh ym. 2006, 1-2). Monitahoinen joukko emotionaalisia ja psykologisia tekijöitä saattavat myös altistaa selkärankaperäiselle kivulle. Näitä tekijöitä kutsutaan keltaisiksi lipuiksi (yellow flags) (Greenhalgh ym. 2006, 51). Näiden lisäksi selkärankaperäiselle kivulle saattaa altistaa myös sosiaaliset ja ekonomiset tekijät (blue flags), työperäiset aiheuttajat (black flags) sekä psykiatriset tekijät (orange flags) (Greenhalgh ym. 2006, 52).

Red flags

Red flagsien on kuivailtu toimivan mahdollisen vakavan selkärankaperäisen patologian indikaattoreina. Ne ovat fyysisiä riskitekijöitä merkittävässä lääketieteellisessä patologiassa. Red flagsit ovat eritoten lista kliinisiä löydöksiä (Greenhalgh ym. 2006, 18). Red flagsien tutkimisen ja huomioon ottamisen tulee olla osa hoitoprosessia. Jo yhden red flagin havaitseminen voi olla merkki vakavasta sairaudesta, mutta red flagsien merkitys vakavan sairauden ennustajina korostuu silloin, kun niitä esiintyy samanaikaisesti useampia (Ferguson ym. 2010, 282–283). Esimerkiksi vähintään 50 vuoden ikä, aiemmin sairastettu syöpä sekä selittämätön painonlasku saattavat yhdessä viitata erittäin vakavaan sairauteen (Greenhalgh ym. 2006, 192).

Vakavaan sairauteen viittaavia hälyttäviä red flagseja ovat:

Äkillinen painonlasku 

Cauda equina eli ratsupaikkaoireyhtymän syndrooman oireet 

Systeminen huonovointisuus 

Akuutti trauma/tapaturma 

Nikamavaltimo-kallonpohjavaltimo-oireyhtymä

Jatkuva kipu  

Niskan seudun, rintakehän ja vatsan alueen kipu 

Ankara yöllinen kipu ja päänsärky   

Alhainen ikä   

(Greenhalgh ym. 2006, 115-138)

Äkillinen painonlasku

Selittämätön muutos painossa, erityisesti painon radikaali putoaminen on potentiaalinen oire usealle eri sairaudelle. Näitä sairauksia voivat olla mm. ruuansulatushäiriöt, diabetes, hypertyreoosi, yleiset infektiot ja masennus (Greenhalgh ym. 2006, 117). Jos paino putoaa vähintään 10% koko kehon massasta 3-6 kuukauden aikavälillä, voidaan tätä pitää jo huomattavana riskinä useaan eri sairauteen (Greenhalgh ym. 2006, 120).

Cauda equina

Cauda equina eli ratsupaikkaoireyhtymän oireita ovat rakon toimintahäiriö, joka johtaa virtsaamisen ja ulosteen pidätyskyvyn vaikeutumiseen sekä ratsupaikka-anestesia eli istuma-alueen puutuminen (Greenhalgh ym. 2006, 122). Siihen voi liittyä myös alaselän sekä alaraajojen kiputiloja, motorista heikkoutta, iskias- ja halvausoireita (Greenhalgh ym. 2006, 122-123).

Systeeminen huonovointisuus

Systeeminen huonovointisuus varioi paljon lasten ja aikuisten välillä. Lapset kärsivät usein huonovointisuudesta useimmiten joitakin viikkoja, kun taas aikuisilla oireet saattavat kestää jopa vuosia (Greenhalgh ym. 2006, 125). Lapsilla oireet saattavat sisältää kuumeilua, kalpeutta, väsymystä, mielialan vaihtelua sekä mustelmien ilmestymistä. Nämä oireet voivat olla peräisin joistakin vakavista sairauksista, kuten leukemiasta, nivelreumasta, neuroblastoomasta, anemiasta tai tulehduksellisesta mononukleosista (Greenhalgh ym. 2006, 125).

Nikamavaltimo-kallonpohjavaltimo-oireyhtymä

Huimaus on nikamavaltimo-kallonpohjavaltimo-oireyhtymän yleisin oire. Muita oireita ovat diplopia eli kahtena näkeminen, drop attack eli yhtäkkinen lypsähtäminen maahan, dysartria ja dysfagia eli nielemishäiriö, lisäksi saattaa esiintyä pahoinvointia (Greenhalgh ym. 2006, 131-132).

Jatkuva kipu

On tärkeä selvittää, onko kipu läsnä 24 tuntia vuorokaudessa, ja kuinka kauan kiputila on pysynyt samana (Greenhalgh ym. 2006, 135). Mikäli kivun sijainnin pystyy paikallistamaan tarkasti, voi se olla merkki hyvinkin vakavasta sairaudesta, kuten kasvaimesta (Greenhalgh ym. 2006, 136).

Niskan seudun, rintakehän ja vatsan alueen kipu

Kaula- ja rintarangan sairaudet, kuten esimerkiksi keuhko- ja rintasyövän etäpesäkkeet saattavat usein heijastua kipuna niskan ja rintakehän alueelle (Greenhalgh ym. 2006, 137). Vatsan alueen kipu sekä suolen epänormaali toiminta saattavat olla merkki vakavasta sairaudesta, kuten myeloomasta (Greenhalgh ym. 2006, 138).

Ankara yöllinen kipu ja päänsärky

Yölliseen kipuihuun tulee kiinnittää huomiota, jos kipu on silloin intensiivisintä koko vuorokauden aikana (Greenhalgh ym. 2006, 139). Päänsärkyyn tulee kiinnittää huomiota, kun se on jatkuvaa ja kestämatöntä (Greenhalgh ym. 2006, 140).

Ikä

Epäspesifi, selkärankaperäinen kipu tulee aina ottaa vakavasti alle 10 vuotiailla. Varsinkin, jos kipu on verrannollinen aktiivisuuteen sekä pahenee yön aikana, voi se olla merkki vakavasta sairaudesta, kuten kasvaimesta (Greenhalgh ym. 2006, 91-92).

Muita selkärangan kiputilojen aiheuttavia spesifejä sairauksia, joilla red flags-luokitus

Syöpä

Kipua tutkiessa tulee aina ottaa huomioon mahdollisesti aiemmin sairastettu syöpä sekä syövän yleisimmät varoitusmerkit, jotka ovat: suolen toiminnan ja rakon muutokset, parantumattomat haavat tai ruhjeet, epätavallinen verenvuoto, kyhmy rinnan alu-

eella tai muualla, nielemisen vaikeus, ruuansulatushäiriö, luomien muutokset, nalkuttava yskä ja äänenkäheys (Greenhalgh ym. 2006, 96-97). Syöpädiagnoosin todennäköisyyttä lisää myös ikä, mikäli se on yli 50 vuotta, selittämätön äkillinen painonlasku, kipu on läsnä myös levossa sekä se on kestänyt vähintään 1 kuukauden (Greenhalgh ym. 2006, 99). Alaraajojen heikkous ja osittainen halvaus, kävelyn katkonaisuus, selkäkipu yhdessä lonkan koukistajien huomattavaan heikkouteen, saattavat viitata syöpään (Greenhalgh ym. 2006, 33). Myös selkärangan epämuodostumat, turvotukset selässä, erittäin kivuliaat ja rajoittuneet selkärangan liikesuunnat voivat olla syövän oireita (Greenhalgh ym. 2006, 33).

Tuberkuloosi & sukupuolitaudit

Mikäli henkilö on sairastanut tuberkuloosin, tulee se aina huomioida kaula- ja rintarangan kiputilojen yhteydessä. Se saattaa aktivoitua uudelleen vasta 30-40 vuoden kuluttua ensikerrasta (Greenhalgh ym. 2006, 102-103). Sen yleisimpiä oireita ovat: kipu torakolumbaarisella alueella ja alentunut liikelaajuus, ruokahaluttomuus ja laihtuminen, kuumeilu viikkojen ajan, huonovointisuus sekä paiseet nivusten ja pakaran alueella (Greenhalgh ym. 2006, 102). Myös sukupuolitaudit (hiv/aids) ovat luokiteltu red flags-merkinnällä (Greenhalgh ym. 2006, 40)

Bakteerit

Selkärangan kiputiloja aiheuttavat myös bakteerispondyliitti ja spondylodiskiitti, jotka ovat bakteeripohjaisia nikaman tulehduksia. Aiheuttajina ovat mm. streptokokki, staphylococcus aureus, kolibakteeri, pseudomonas, klebsiella, salmonella ja pneumokokki. Kyseiset, erittäin harvinaiset, bakteerit saattavat aiheuttaa myös parapareesia ja paraplegiaa (Greenhalgh ym. 2006, 34-35).

Yellow, blue, black ja orange flags

Koska hoitoonohjauslomake tulee käyttöön puhelimitse, emme sisällytä siihen muun värisiä lippuja. Puhelimessa on vaikea arvioida asiakkaan tilaa. Jos psykososiaaliset syyt ovat selkeästi havaittavissa jo hoidontarpeen arvioinnissa, tulee asiakas mahdollisuuksien mukaan ohjata myös psykologisen avun piiriin.

Kipu

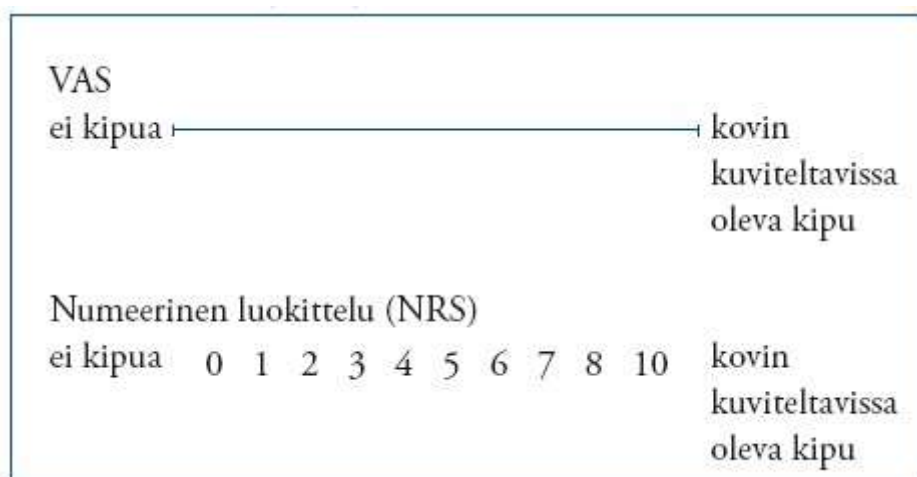
Kansainvälinen kivuntutkimisjärjestö (IASP) kuvailee kipua epämiellyttävä, aistimuksellisenä ja emotionaalisenä kokemuksena, joka liittyy kudonvaurioon tai jota kuvataan kudonvaurion käsittein (Greenhalgh ym. 2006, 50). Kipu on paljon enemmän, kuin pelkkä

vaurioituneen kudoksen tuottamana nosiseptinen tuntemus. Se on erittäin monimutkainen sensoristen ja emotionaalisten aistimusten kokemus. Kivun tuntemus on yhdistelmä fyysisiä ja psykologisia tekijöitä ja tuntemuksia (Greenhalgh ym. 2006, 51).

VAS-kipujana

Niskakivun voimakkuutta mitattaessa yleisimmin käytetty asteikko on VAS-kipujana eli visuaalinen analogiasteikko (Visual-Analog Scale). Se on todettu tutkitusti hyväksi sekä luotettavaksi ja on erittäin helppokäyttöinen (Misailidou ym. 2009, 54).

VAS-kipujana on 10 cm pitkä horisontaalinen tai vertikaalinen jana, jonka toinen pää esittää ”ei kipua” kuvaavaa tuntemusta ja toinen ääripää ”pahinta mahdollista kipua”. Asiakasta pyydetään siirtämään janalla oleva viiva kohtaan, jota tämän hetkinen kivun tuntemus kuvastaa. Kipujan kääntöpuoli on yleisesti numeroitu joko välillä 0-10 tai 0-100, jolloin saadaan kivulle numeerinen määrittely (Misailidou ym. 2009, 53). On todettu, että kipu koetaan vakavaksi, kun se merkitään janalla kohdalle 75 (7,5) tai siitä ylöspäin (Jensen ym. 2003, 407-414).



Kuva 1 VAS-jana ja kivun numeerinen luokittelu (Haanpää ym. 2008)

7 FYSIOTERAPIAN AKUUTIT VASTAANOTTOAJAT JA FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO

Opinnäytetyön lopputuloksena syntyvä prosessikaavio tulee toimimaan hoidon tarpeen arvioinnin välineenä myös fysioterapeutin suoravastaanotolle. Opinnäytetyön teon hetkellä yksi Kaarinan terveyskeskuksen fysioterapeuteista käy fysioterapeutin TULE-suoravastaanottoon valmentavaa täydennyskoulutusta. Jatkossa Kaarinan terveyskeskukseen tullaan perustamaan fysioterapeutin suoravastaanotto TULE-vaivoihin.

7.1 Fysioterapeuttien laajennetut tehtävänkuvat ja tehtäväsiirrot

Valtioneuvosto asetti 13.9.2001 kansallisen hankkeen eli Kansallisen terveystankkeiden terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hanke toteutui vuosina 2002-2007. Hankkeen myötä Suomessa toteutettiin fysioterapeuttien laajennettuja tehtäväkuvia ja tehtäväsiirtoja lääkäriltä fysioterapeutille sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (STM 2008).

Suomessa fysioterapeuttien laajennettuja tehtäväkuvia sekä fysioterapeuttien ja lääkärin työnjakoa on perusterveydenhuollossa toteutettu yli kymmenen vuoden ajan fysioterapeuttien suoravastaanottoja perustamalla. Tehyn tammikuussa 2018 julkaistun selvityksen mukaan fysioterapeuttien suoravastaanottoja on ainakin 32 kunnassa ja kuntayhtymässä. Lisäksi toiminnan aloittamista suunnitteli kesällä 2017 toista kymmentä julkisen sektorin organisaatiota (Tehyn julkaisusarja B:1/18).

Suurin osa laajennetuista tehtävänsiirroista liittyvät yleisimmin tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoitoon. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULE-sairaudet) ovatkin suurin työpoissaoloja aiheuttava sairausryhmä Suomessa aiheuttaen 30 % kaikista suomalaisten sairauspoissaoloista. TULE-sairauksista aiheutuvat poissaolot ovat kaksi kertaa suuremmat kuin seuraavaksi yleisimmästä syystä eli mielenterveysongelmista aiheutuvat sairauspoissaolot (Bevan ym. 2009). Tuki- ja liikuntaelinvaiat ovat myös eniten työstä poissaoloja aiheuttava syy Suomessa ja TULE-oireista aiheutuu noin 2,5 miljardin euron vuotuiset kustannukset (Vuori & Bäckman 2010).

7.2 Fysioterapeutin suoravastaanotto ja sen hyödyt

Fysioterapian suoravastaanotossa terveydenhuoltoon hakeutunut TULE-oireinen asiakas ohjataan tietyn kriteerein suoraan fysioterapeutille sen sijaan, että hän jäisi jonottamaan pääsyä lääkärin vastaanotolle. Kustannussäästöt syntyvät lääkäriresurssien järkevämmästä käytöstä ja asiakkaan nopeammasta hoitoon pääsystä. Fysioterapeutti ohjaa asiakkaan tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Fysioterapeutin ohjauksella ja kotiohjeilla asiakkaan toimintakyvyn palautuminen nopeutuu ja hän palaa nopeammin töihin. Tulevaisuudessa suoravastaanottoon erikoistuneita fysioterapeutteja tulee löytymään kaikilta sektoreilta. Tämä on välttämätöntä suunnitteilla olevan asiakkaan valinnanvapauden toteutumiseksi myös käytännössä (Tiittanen-Wallenius 2016, 12–13).

Kuntoutuksen uudistamiskomitean mukaan kuntoutuksen järjestämistä koskevien ehdotusten tavoitteena on kytkeä kuntoutuksen toteutuminen saumattomasti muihin palveluprosesseihin ja toiminta- ja työkyvyn tuen prosesseihin, selkeyttää työnjakoa sekä varmistaa kuntoutuksen käynnistyminen asiakaslähtöisesti, oikea-aikaisesti ja riittävän varhaisessa vaiheessa (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017). Kaikki yllä mainittavat seikat täyttyvät fysioterapeutin suoravastaanottomallissa.

Kuntoutuksen uudistamiskomitean jäsen kansanedustaja Sari Sarkomaa (2017) toteaa: ”Fysioterapeutin suoravastaanotto on tutkimusten mukaan osoittautunut hyvin vaikuttavaksi toimintamalliksi. Suoravastaanotto tuo työkykyisiä päiviä lisää ja mittavia säästöjä sairauspoissaolo- ja terveydenhuollon kustannuksissa.” Hän myös ehdottaa, että fysioterapeutin suoravastaanotolle pääsystä säädetään lakisäätöinen oikeus. Sarkomaan mukaan fysioterapian suoravastaanotto on toimintana niin kustannusvaikuttava, että sen pitää olla jokaisen saatavilla (Sarkomaa 2017).

Keski-Suomessa tehtiin suoravastaanottotutkimus, jossa selvitettiin vuonna 2014 käynnistetyn suoravastaanotto toiminnan vaikutuksia TULE-potilaiden ohjautumiseen ja kustannuksiin perusterveydenhuollossa viiden perusterveydenhuollon kuntayhtymän alueella. Tutkimusajanjaksona fysioterapeutin suoravastaanotolla kävi 2398 potilasta, joista 15,7 % niskaoireiden takia. Potilaiden kokonaismäärä oli 5 % perusterveydenhuollon lääkärissä käyvien TULE-potilaiden määrästä. Jos näille 2398:lle fysioterapeutin suoravastaanottokäynnille olisi tultu lääkärin läheteellä, olisivat ylimääräiset lääkärissä käynnit aiheuttaneet 263 780 euron laskennallisen lisäkustannuksen. Säästöt olisivat miljoonaluokkaa, jos kolmannes alueen lääkäreiden 50 575:stä TULE-potilaasta pääsisi suoraan fysioterapeutin suoravastaanotolle (Lautamäki ym. 2016).

7.3 Fysioterapian suoravastaanottokoulutus

Suoravastaanottotoiminnan koulutusta on annettu Suomessa jo yli 10 vuoden ajan ja nykyisin sitä järjestää mm. ammattikorkeakoulut Jyväskylässä, Oulussa sekä Tampereella ja Suomen Kuntoutusyrittäjät ry. Koulutuksen laajuus vaihtelee 10-15 opintopisteen välillä riippuen järjestäjästä ja niiden tavoitteena on antaa valmiudet toimia tuki- ja liikuntaelinsairaiden asiakkaiden suoravastaanotossa (Suomen Kuntoutusyrittäjät ry, Jamk, Tamk 2017).

Suomen Fysioterapeutit ja Suomen Fysiatriyhdistys ovat laatineet suosituksen fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutuksen hyvistä käytännöistä. Suosituksen tarkoituksena on selkeyttää sekä yhdenmukaistaa TULE- sairauksiin liittyvän lisäkoulutuksen suunnittelua, toteutusta ja arviointia (Suoravastaanottosuositus2017).

Suoravastaanoton koulutussuosituksen keskeisimmiksi tavoitteiksi on kirjattu 1) koulutuksen sisällön ja laajuuden määrittely sellaiseksi, että TULE-oireinen potilas saa tarvitsemansa hoidon oikea-aikaisesti, 2) koulutusten laadun ja yhtenäisyyden valtakunnallinen aikaansaaminen ja 3) suoravastaanottotoiminnan kehittäminen niin, että se tulee vastaamaan potilaiden hoidon tehostamiseen ja terveydenhuollon palvelujen muutostarpeeseen (Suoravastaanottosuositus 2017).

7.4 Fysioterapeuttien ja lääkäreiden työnjako

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta selvitti hankkeessaan 2017 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistamista ja tehostamista. Työnjaon uudelleenarvioinnin keskeisenä tavoitteena on hoidon ja palvelun tehokkuuden sekä taloudellisuuden parantaminen perustuen ammattiryhmien kohdistettuun osaamisen maksimointiin. Tällä taataan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjeellinen tavoite asiakkaan ja potilaan hyvästä ja näyttöön perustuvasta hoidosta (Kangasniemi ym. 2017).

Lääkärien peruskoulutus sisältää fysiatria 5 opintopistettä, mutta silti Yli 90 % TULE-potilaista hoidetaan konservatiivisesti. Lyhyestä koulutuksesta huolimatta vain lääkärit kirjoittavat lähetteen fysioterapiaan, josta potilaat saavat Kela-korvauksen. Lähetete ei useinkaan sisällä potilaan tilan kuvausta tai tarkkoja hoito-ohjeita. Järkevöittämällä tehtäväjakoja niin, että lääkärit tekevät koulutuksensa mukaista työtä, saadaan aikaan säästöjä (Ylinen, Nikander 2014). Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan ilman lähetettä

fysioterapiassa oli käynyt vain noin kuusi prosenttia väestöstä, naisista 7 % ja miehistä 5 % (Koskinen ym. 2012, 176).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) antaa fysioterapeutille oikeuden tehdä tehtäviä, joihin hän on saanut valmiudet koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa perusteella (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 1-2 §). Lainsäädäntö mahdollistaa asiakkaan hakeutumisen TULE-oireiden vuoksi suoraan fysioterapeutin suoravastaanotolle ilman lääkärin lähetettä (Suoravastaanottosuositus 2017).

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyölle luotiin aikataulu. Opinnäytetyön suunnitelma ja toimeksianto-sopimus hyväksyttiin keväällä 2017. Haastattelut ajanvaraajien ja fysioterapeutin kanssa teimme syksyllä 2017, Webropol-kysymysten teko ja lähetys jo toiminnassa oleviin vastaanottoihin tapahtui syyskuu 2017. Aineiston analysointia ja koontia sekä tietoperustan luontia aloitimme syksyllä 2017 ja jatkui vielä keväällä 2018. Työvälineen luonti tapahtui keväällä 2018.

8.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyömme on kehittämistutkimus. Kehittämistutkimuksessa näkyy teorian ja käytännön välinen silta. Teorialla on tarkoitus hahmottaa käytännön toimia. Tavoitteena on löytää parempi vaihtoehto asian hoitamiseksi ja tarkoituksena viedä käytännön työtä eteenpäin. (Kananen 2012,13)

Kehittämistyötä kuvataan usein prosessina, joka toteutuu toisiaan seuraavien vaiheiden kautta. (Ojasalo ym. 2014, 23)





Kuva 2. Kehittämistyöprosessi

8.2 Aiheen valinta

Opinnäytetyö sai alkunsa keväällä 2017 yhden tässä opinnäytetyössä olevan opiskelijan ehdotuksesta kehittää Kaarinan terveyskeskuksen ajanvaraajille menetelmä asiakkaan niska- ja hartiasseudun vaivojen hoidon tarpeen arviointiin ja ohjaukseen fysioterapeutin akuuttivastaanotolle. Aloitimme opinnäytetyöprosessin kolmen opiskelijan voimin, koska koimme aiheen olevan kiinnostava ja erittäin ajankohtainen. Aiheen rajaus tapahtui heti työn alkuvaiheessa, joka pohjautui toimeksiantajan toiveisiin ja yhteisiin keskusteluihin sekä ohjaavan opettajan kanssa käytyyn pohdintaan. Rajasimme ohjeistuksen niska-hartiasseudun vaivoihin.

8.3 Tiedonhankinta

Opinnäytetyömme pohjana käytämme tiedonkeruumenetelmänä toimeksiantajan haastattelua ja tutkittua tietoa sekä pohjan tukena Webropol-kyselyä. Kehittämistutkimus on joukko eri tutkimusmenetelmiä, joita käytetään kehittämiskohteen ja tilanteen mukaan. (Kananen 2012, 19)

Koska prosessikaavion avulla tullaan tekemään asiakkaiden hoidon tarpeen arviointia, tulee se pohjautua tutkimusnäyttöön perustuvaan tietopohjaan. Prosessikaavion tietopohjassa on käytetty mahdollisimman vahvaa tutkimusnäyttöä, kuten Käypä-Hoito-suosituksista, Clinical Practise Guidelinea ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Tutkitun ja näyttöön perustuvan tiedon hankintaan on käytetty seuraavia tietokantoja; Cochrane, PubMed, Pedro, Google Scholar sekä Terveyskirjasto. Tutkimustietoa on haettu myös lehdistä, kuten FYSI-lehdistä, Fysioterapia-lehdistä ja Suomen lääkärilehdistä sekä kirjoista.

8.4 Aineiston keruu

Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat Kaarinan terveyskeskuksen suoravastaanoton parissa työskentelevät ajanvaraaja-sairaanhoitajat sekä fysioterapeutit. Tavoitteena oli kartoittaa toimeksiantajan nykyinen tilanne. Haastattelun tueksi laadimme selkeän teemahaastattelurungon apukysymyksineen. Tutkimuksessa on haastateltu kolmea henkilöä: kahta ajanvarauksessa työskentelevää sairaanhoitajaa sekä akuuttivastaanottoaikoja hoitavaa fysioterapeuttia.

Opinnäytetyömme suunnitelman hyväksymisen jälkeen, haimme tutkimusluvan Kaarinan terveyskeskuksen ylilääkäriltä. Tutkimusluvan saatuamme sovimme haastattelut johtavan ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa ja heidän kautta sovimme haastateltavat sekä haastatteluajankohdat. Haastatteluja toteutettiin kaksi Kaarinan terveyskeskuksessa ja yksi Piikkiön terveysasemalla. Haastateltaville kerrottiin opinnäytetyömme tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä luottamuksellisesta tietojen käsittelystä. Saimme jokaiselta haastateltavalta luvan nauhoittaa haastattelu. Haastatelluille kerrottiin, että haastatteluiden litteroinnin jälkeen nauhoitukset hävitetään.

Haastattelujen analysoimiseksi haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Nauhoittamine tapahtui älypuhelimien avulla.

Teimme Webropol- kyselylomakkeen haastatteluissa ilmenneistä asioista. Kyselyn tavoitteena oli saada tietoa minkälaisia fysioterapeuttien suoravastaanotot julkisissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa ovat tällä hetkellä. Kyselyllä halusimme selvittää, miten ja millä kriteereillä asiakas ohjautuu fysioterapeutin vastaanotolle. Samalla tavoitteena oli kartoittaa mitkä ovat suoravastaanoton toiminnan kannalta keskeisiä asioita. Kyselylomake sisälsi 25 avointa kysymystä. Kysymysten muoto on vakioitu, jolloin kaikilta kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. (Vilkkä 2007, 28.) Kyselyn etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Sillä saadaan tavoitettua useita henkilöitä ja samalla voidaan kysyä monia asioita. Menettelyn etuna on nopeus ja vaivaton aineiston saanti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 196.)

Selvitimme Suomen Fysioterapeutit ry:ltä sillä hetkellä Suomessa jo toiminnassa olevia fysioterapian akuutti/suoravastaanottoja. Vastauksen perusteella valitsimme 39 akuutti/suoravastaanottoa, joihin lähetimme Webropol-kyselyn. Webropol-kysely ja lyhyt esittely opinnäytetyöstämme lähetettiin syksyllä 2017 ja vastausaika oli 31.12.2017 asti.

Webropol-kyselyyn vastasi 12 fysioterapeuttia ja siten vastausprosentiksi muodostui 30%. Kyselyn tulokset toimivat opinnäytetyössämme suuntaa antavina suppean otannan vuoksi. Webropol-kyselyyn vastanneiden kaikki vastaukset kerättiin yhdeksi raportiksi, avointen kysymysten vastaukset laskimme manuaalisesti ja lajittelimme vastaukset asiasisällön mukaan sekä osasta vastauksista todensimme ympyrädiagrammeilla. (LIITE 1).

9 HAASTATTELUJEN TULOKSET

Avoimilla haastatteluilla ja webropol-kyselyllä pyrittiin löytämään vastauksia, jotka tukisivat opinnäytteen tuloksena syntyvän prosessikaavion toteutusta. Etenkin jo käytössä olevat ohjeistukset antavat suuntaa prosessikaavion sisällölle. Kappaleessa yhdeksän on käsitelty asiat, jotka liittyvät lähimmin prosessikaavion sisältöön. Liitteessä 1 on purettu webropol-kysely kokonaisuudessaan kysymys kysymykseltä. Osa webropol-kyselyistä käsittelevät fysioterapeutin suoravastaanottoa yleisesti ja ne toimivat tulevaisuudessa hyvänä tiedonlähteenä toimeksiantajalle, kun suoravastaanottoa aloitetaan Kaarinan terveystieteiden keskuksessa.

9.1 Työnkuva ajanvarauksessa ja sairaanhoitajien lisäkoulutus

Kaarina suurin osa ajanvarauksessa työskentelevistä henkilöistä on suorittanut hoidon tarpeen arvioinnin lisäkoulutuksen. Ajanvarauksessa kaikki työntekijät vastaavat kaikkiin puheluihin. Puheluita tulee päivän mittaan useita kymmeniä ja enimmäkseen ne ovat sisällöltään hektistä hoidon tarpeen arviointia. Kaikki puhelut tulevat yhteen numeroon (päivystys + normaali vastaanotto).

”Meillä on tämä puhelin nyt muuttunut niin, että kaikki työntekijät vastaavat kaikkiin puheluihin. Aika semmoista hektistä hoidon tarpeen arviointia ja siinä on päivystyspotilaat mukana. Kaikki joudutaan kirjaamaan ja nopeita ratkaisuja tekemään.”

”Olemme aikoinaan saaneet suurin osa hoidontarpeen arviointi-koulutuksen, sellainen ammattikorkeakoulukoulutus.”

Webropol-kyselyyn vastanneista neljällä (36%) on ollut lisäkoulutusta ja neljällä (36%) ajanvaraajat eivät ole saaneet lisäkoulutusta.

”Koulutukseen liittyen on järjestetty 2 yhteistä koulutuspäivää ja tarpeen mukaan kouluttaisimme myös yksiköissä lisää. Tämä ei ole vielä varmistunut”

”Eivät. Yhteistyö on kylläkin tiivistä ja tarpeen mukaan toiminnassa mukana olevat pitävät palavereita toiminnan kehittämisestä.”

9.2 Asiakkaan ohjautuminen fysioterapeutille ja siihen liittyvä ohjeistus

Kaarinan kaupungin terveyskeskuksen vastaanotossa ei ole yhtenäisiä ohjeita asiakkaan ohjaamiseen fysioterapian akuuttiaikoihin. Asiakkaan ohjaaminen perustuu aiemmin tulleeseen sähköpostiin, jossa on ollut yleisohjeita akuuttiaikoihin ohjaamiselle.

“osa hoitajista on sen (ohjeistuksen) varmaan unohtanut varsinkaan uudet hoitajat, eivät hoksaa katsoa kun ”kirja” ei näy missään. En muista, että onko meillä tarkkaa ohjetta mitä ja millaista potilasta sinne ohjataan.”

Webropol-kyselyyn vastanneista kuudella (48%) on käytössä lomake/kaavake hoidon tarpeen arvioinnissa. Vastanneista neljällä (32%) lomake on laadittu lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa yhteistyössä. Vastanneista kahdella (16%) lomake on laadittu suoravastaanottokoulutuksessa. Ohjeistuksen laatimisessa ei ole mitään selvää kaavaa.

”Meillä on käytössä vastaanottohoitajilla, sairaanhoitajilla ja kuntahoitajalla alaraaja-, niska- ja yläraaja- sekä selkäpotilaanhoitoonohjauskaavakkeet. Näistä käy ilmi hälytysmerkit ja milloin ohjataan lääkärille ja milloin fysioterapeutille.”

”Otettiin mallia jostain muualta. Ei testattu, mutta fysiatri kommentoi.”

”ei voi muistaa miten laadittu, testattu on ja pitkään ollut kysymyspatteristo käytössä”

”Ei lomaketta, mutta oirelistaus on (fysiatrian tekemä)”

”fraasit efficalla kysymysluettelona”

”emme ole vielä varmoja, todennäköisesti ennemminkin check-list eikä täytettävä kaavake.”

9.3 Asiakkaan hoitoon ohjaamisen parannusehdotukset

Kaarinassa ohjeistuksen puute koettiin suurimpana ongelmana. Ohjeistuksen tulisi olla kaikkien saatavilla, jotta sitä tulisi käytettyä. Ohjeessa pitää olla selvät kriteerit asiakkaan ohjautumiselle.

“Ohjeistuksen täydellinen puute on suurin ongelma potilaiden ohjaamisessa. Toiveissa olisi, että ohjeistuksen voisi liittää osaksi potilastietojärjestelmää, jolloin se olisi helposti saatavilla ja käytettävissä.”

”Siihen tarvitaan ihan kunnan prosessikuvaus eli käytännössä se, että millaiset ne potilaat voisivat olla. Mulle, kun potilas soittaa, se voi olla ihan päänsärkyä, jossa kartoitetaan, että missä

kunnossa niska-hartia seutu on. Sitten tulee näitä potilaita jotka eivät saa päätä liikutettua ollenkaan. Onko se sitten sellainen fysioterapeutin akuutti-potilas vai lääkärin käynti. Siinä pitää olla ihan selvästi meille, että millainen se potilas on.”

Webropol-kyselyssä kysyimme, onko toiminnassa ilmennyt ongelmia. Haimme vastauksia vastaukset suoravastaanoton aikoihin, ajanvarauksen hoitajiin sekä potilaiden ohjautuvuuteen. Kyselyyn vastanneista neljä (36%) vastasivat potilaiden ohjautuvuuden tuottavan ongelmia. Suoravastaanoton aikoja todettiin olevan liian vähän ja toisaalla ne eivät täyttyneet. Huolta tuotti myös ajanvarauksessa työskentelevien hoitajien hoidon arviointi.

”Hoitoarvio ohjaa edelleen ko. potilaita ensin lääkärille. Lääkärit ohjaavat ajoittain vastaanotoltaan potilaita tules vastaanotoille eikä normaali fysioterapian vastaanotoille. Kroonikkopotilaiden ohjautuminen vastaanotoille ei ole kriteereiden mukaista”

”Joskus ohjautuu sellaisia asiakkaita vastaanotolle, jotka tarvitsevat lääkärikontaktin. Seula ei siis aina toimi tarkoituksenmukaisesti.”

”Emme vielä osaa sanoa. Suurimmat haasteet tullee olemaan hoitoon ohjautuminen sekä osaamisen säilymisen varmistaminen.”

”hoitajan täytyy olla taitava arvioija. Usein tässä kohtaa tulee ongelmaa, ettei osata ohjata oikealle taholle. Lääkärin konsultaatiot pitää olla helposti toteutettu.”

”Matkan varrella on myös alkanut fysioterapeuttien vastaanotto ruuhkautua, josta syystä ei akuuttiaikaa aina löydy”

”Ajoittain vapaita aikoja on liian vähän suhteessa tarpeeseen, sillä asiakasmäärissä ilmenee vaihtelua.”

9.4 Ajatuksia niska-hartiaseudun akuuttivastaanotosta ja toiveet ohjeistuksesta

Kaarinassa niska-hartiaseudun akuuttivastaanottoaikojen ohjeistukselle koettiin olevan tarvetta. Ohjeet tulisi olla selkeitä ja helpottaa hoidon tarpeen arviointia. Ohjeen pitäisi ohjata asiakas tarvittaessa myös lääkärille, jos oireet ovat sen mukaisia.

”On tarvetta. Fraasit auttavat hoitotyössä, kun otat fraasit sieltä, mietit heti mitä sun pitää kysyä siltä ja mitä pitää ottaa huomioon. Ne helpottavat hirveästi meidän työtä.”

”Ohjeistuksen tulisi olla selkeä, nopea ja helppokäyttöinen, mielellään integroituna potilastietojärjestelmään yhdeksi fraasiksi.”

"Sellainen kuin 112:ssa, missä viedään sitä asiaa eteenpäin: tällainen asia ja kysytään kysymyksiä ja vastausten perusteella ohjataan tiettyä polkua eteenpäin."

Webropol-kyselyllä selvitimme, mitä hyvää käytössä olevissa toimintamalleissa on. Vastaukset koostuivat mm. potilastyytyväisyydestä, lääkäreiden, fysioterapeuttien ja ajanvarauksen välisestä yhteistyöstä, toiminnan nopeudesta ja oikea-aikaisuudesta.

"Ripeä fysioterapeutti-vastaanotolle pääsy, oikea aloitus akuutissa tilanteessa"

"Joustavuus ja nopeus, hyvä yhteistyö vastaanoton kanssa. Fysioterapeutilla on myös mahdollisuus konsultoida lääkäriä tai ohjata potilas lääkärin vastaanotolle tarvittaessa"

"Hoitajien check-lista hyvin yksinkertainen",

"Asiakkaat ohjautuvat suoravastaanotolle hyvin pääasiassa päivystyksen hoitajien tai ajanvarausta tekevien vastaanottohoitajien kautta. Asiakkaat ovat toimintaan pääsääntöisesti tyytyväisiä, sillä ajan ja ohjeet saa nopeasti."

"Ammatillinen kehittyminen terapeutille, lääkärikäyntien määrän vähentyminen. Asiakas saa heti täsmähoidon akuuttiin aikaan, akuutissa kivussa myös asiakkaat motivoituneita itsehoitoon"

"Potilaat ja fysioterapeutit ovat tyytyväisiä kokonaisuuteen. Samoin lääkärit ovat tyytyväisiä ja ovat todenneet, että potilaat saavat Tules vastaanotolla "paremman" ohjauksen kuin heidän vastaanotolla. Fysioterapeuttien työtyytyväisyys on lisääntynyt, kun saavat potilaista ohjattavakseen mahdollisimman varhain."

"Yksikössämme voi joutua odottamaan lääkäriaikaa jopa 2 viikkoa. Asiakas saa tässä mallissa ohjauksen ja itsehoidon käyntiin huomattavasti nopeammin kuin saisi, jos tulisi työfysioterapeutille vasta lääkärissä käynnin jälkeen."

"Lääkärimme tukevat suoravastaanotto toimintaamme ja ovat olleet tyytyväisiä, että esim. selkäkipuiset ohjautuvat ensisijaisesti fysioterapeutin vastaanotolle ja sitten vasta tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Tällöin saadaan kummankin ammattiryhmän resurssit paremmin käyttöön "

"Erikoisairaanhoido ja päivystys mukana, alueellinen yhtenäinen tapa hoitaa potilaat"

"Vakiintunut toiminta, joka kuitenkin vaatii jatkuvaa dialogia ajanvaraushenkilökunnan ja lääkäreiden kanssa"

Kysyimme webropol-kyselyllä, mikä on oleellisinta selvittää hoidon tarpeen arvioinnissa. Vastaukset koostuivat sovituisista kriteereistä, erotusdiagnostiikasta, tarkistuslistasta. Useassa vastauksessa nousi ns. red flagsien käyttö erotusdiagnostiikassa.

”Yleensäkin ainakin julkisella puolella tarvitaan tässä hoidon ohjauksessa yhteisesti työtiimissä sovitut kriteerit, muutoin tulee mitä sattuu ja fysioterapeutti joutuu lääkärin asemaan, johon ammattitaitoa ei ole.”

”Vakavien sairauksien poissulkeminen.”

”Kivun voimakkuus, tapaturma, yleisoireet.”

”Erotusdiagnostiikka, joka tulee esille sairaanhoitajien tekemien kysymysten kautta.”

”Onko asiakkaalla sellaisia oireita, jotka vaativat lääkärin vastaanoton esim. tulehdukselliset, neurologiset tai sydänperäiset oireet, traumat. Eli ns. red flags tulisi erotella.”

9.5 Akuuttivastaanottoaikojen tämän hetkinen tilanne

Selvitytimme avoimella haastattelulla Kaarinan terveyskeskuksen akuuttivastaanottoaikojen tämän hetkistä tilannetta. Käytäntö on muuttunut kolmessa vuodessa. Akuuttivastaanottoaikoihin ohjautuvat asiakkaat ovat oirekuvaltaan erilaisia, ainoa kriteeri vastaanotolle pääsyyn on akuutti oire. Akuuttivastaanottoon ohjautuneet asiakkaat ovat olleet pääsääntöisesti kriteerien mukaisia.

”Akuuttivastaanottotoiminta on alkanut marraskuussa 2015. Lääkäri ja sairaanhoitaja ohjaavat ja varaavat aikoja akuuttivastaanottoon.”

” Alkuun tarjolla oli 9 aikaa viikossa, puolen tunnin aikoja. Puolen tunnin ajat todettiin liian lyhyiksi, joten ne poistettiin käytöstä. Joskus meillä oli kolme tunnin aikaa ja kolme puolen tunnin aikaa. Tarkoituksena, että kipsin poiston jälkeiset menisivät siinä puolen tunnin aikana ja selät ja alaraajat tunnissa.”

” Nyt meillä on 3 tunnin aikaa viikossa. Tällä hetkellä aikoja menee kaksi viikossa keskimäärin. Siellä on ollut kipsinpoiston jälkeisiä juttuja, selkä- ja olkapää ongelmaa sekä asentohuimauksia, eli oikeastaan ihan mitä vaan. Periaatteessa se on jaettu kolmelle ihmiselle, jokaiselle yksi aika viikossa.”

”Viime aikoina ollut ihan hyvin ohjautuneita, ja kyllä ne kaikki on ollut sellaisia, että hyvä, että on päässyt fysioterapeutille. Joukossa satunnaisia esim. vyöruusupotilas, jolle on soitettu lääkäri paikalle, että saa reseptin. Pääsääntöisesti hyviä, että on päässyt fysioterapeutille ja nopeasti. Joskus on ollut kroonisen selkäkivun potilaita, joilla ei ole niin akuuttia tarvetta.”

9.6 Fysioterapeutin suoravastaanotot

Kysyimme webropol-kyselyssä, kuinka nopeasti potilas pääsee keskimäärin fysioterapeutin vastaanotolle ja täytyvätkö vastaanottotoiminnalle varatut ajat. 12:sta vastanneesta 8 (64%) vastasivat 0-2 vrk sisällä ja 3 (24%) 1-3 vrk sisällä sekä yksi vastanneista (8%) 1-4 vrk sisällä. Samalla selvitimme, kuinka pitkiä vastaanottoajat ovat ja kuinka monta aikaa asiakkaalle keskimäärin annetaan.

”Tavoitteenamme on päästä samana tai seuraavan päivänä (0-2 pv), päivystyksen mukaan tuominen mahdollistaa tämän alueella. ”

”Pääsy onnistuu yleisesti 1-3 pv sisällä, mutta ei aina ja suoravastaanottoajat täyttyvät vaihtelevaisesti esim. lääkäriresurssin ollessa hyvä, suoravastaanotto tuntuu täyttyvät heikommin (vaikkei näin pitäisikään olla) ja hoitajien vaihtuvuus myös vaikuttaa (perehdytysongelma)”

10 PROSESSIKAAVION LAATIMINEN

10.1 Prosessikaavio prosessien kehittämisen työkaluna

Prosessien kehittämiset liittyvät organisaation suunnitteluun ja kehittämiseen. Niiden pohjana ovat organisaation visiot ja strategiat sekä toimintaperiaatteet. Prosessikuvaukset ovat prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen välineitä, joilla autetaan mm. hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Prosessikuvauksia voidaan käyttää esimerkiksi perehdyttämiseen, koulutukseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen (JHS-suositukset 2012).

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta (JUHTA) on koonnut suositukset julkisen hallinnon prosessien kuvaamiseen. Suositus on tarkoitettu julkisen sektorin toimijoille, jotka työssään kuvaavat prosesseja, mutta suositusta voidaan soveltaa myös muihin kohteisiin. JHS152-suosituksessa prosessit jaetaan neljään eri prosessikuvaustasoon: prosessikarttaan, toimintamalliin, prosessin kulkuun ja työnkulkuun. Prosessin kulku -tasolla kuvataan toiminta tarkemmin kuin prosessikartta- ja toimintamallitasolla. Prosessi kulku -tasolla kuvataan toiminnan työvaiheet, toiminnot ja niistä vastaavat toimijat. Prosessin kulku -tasolla esitettävä toiminta kuvataan prosessikaaviona (JHS-suositukset 2012).

Prosessien kehittämällä tavoitellaan yleensä toiminnan tehostamista, toiminnan laadun ja palvelutason parantamista, ongelmatilanteiden hallintaa ja kustannussäästöjen aikaansaamista (JHS-suositukset 2012). Opinnäytetyön tuloksena syntyvällä prosessikaaviolla pyritään vaikuttamaan kaikkiin näihin edellä mainittuihin tavoitteisiin.

10.2 Prosessikaavion tietoperusta

Prosessikaavio perustuu red flagsien eli vakavien ja spesifien niskaoireiden syiden poissulkemiseen asiakkaan haastattelun perusteella. Hoidon tarpeen arvioinnissa red flagseilla on tärkeä rooli patologisten syiden aiheuttaman kivun tunnistamisessa (Greenhalgh ym. 2006, 1-2). Red flagsien tunnistamisella saadaan lääkärin hoitoa tarvitsevat asiakkaat ohjattua lääkärille. Asiakkaan ohjautumiseen fysioterapeutin akuuttiaikoihin vaikuttavat red flagsien lisäksi aiempi niska- tai selkäleikkaus, kuumeilu, sairaspöissaolon sekä lääkärinlausunnon tarve esimerkiksi vakuutustapaturman johdosta. Lisäksi suoraan fysioterapeutin akuuttiaikoihin ohjautumiseen vaikuttaa asiakkaan ikä,

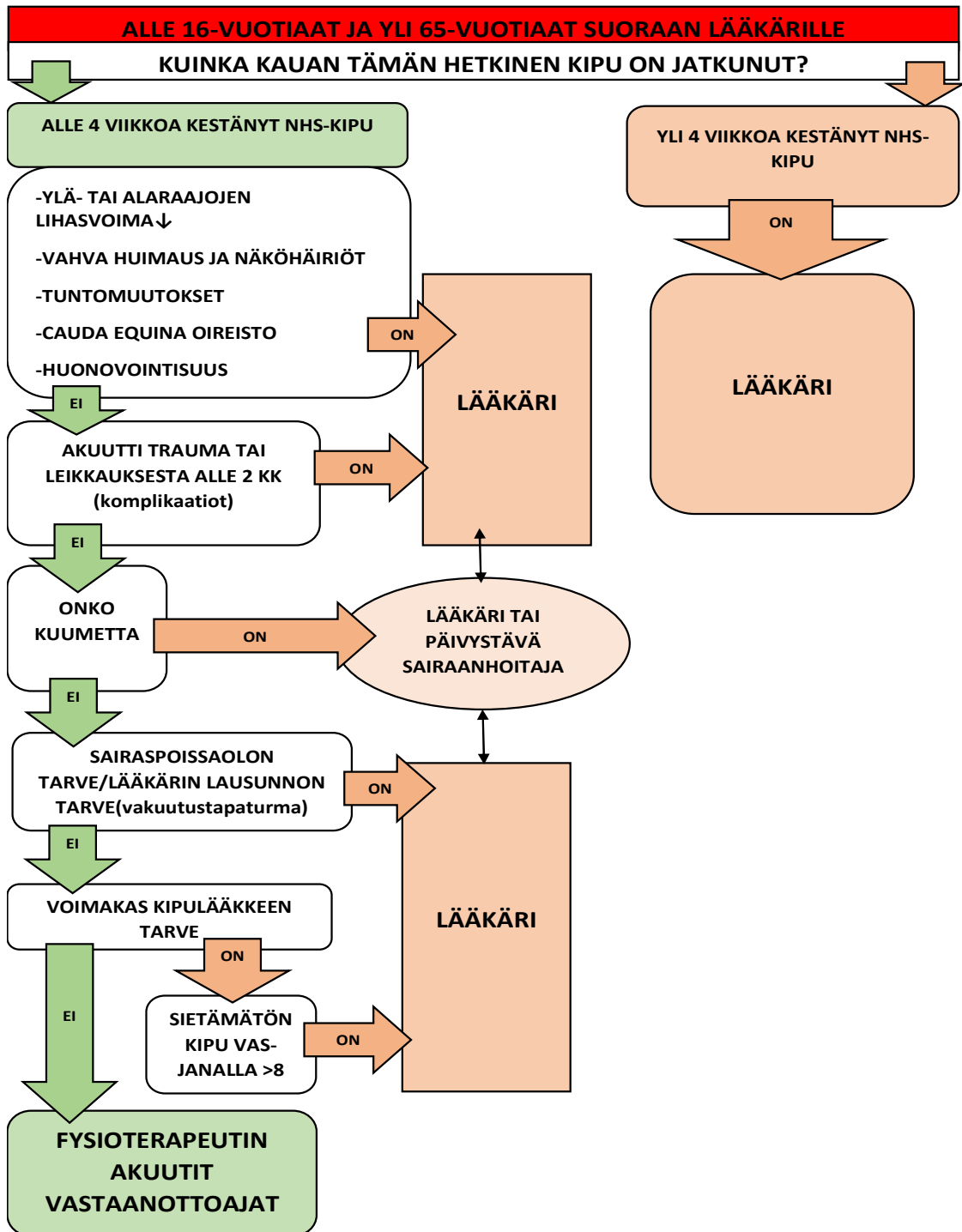
joka on rajattu tässä ohjeistuksessa 16-65 vuoteen. Tämän ikähaitarin ulkopuoliset asiakkaat ohjataan suoraan lääkärille (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017, Greenhalgh ym. 2006).

Niska-hartiaoireen keston perusteella sairaudet jaetaan akuutteihin, alle 12 viikkoa ja kroonisiin, yli 12 viikkoa kestäneisiin oireisiin (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017). Kahdentoista viikon jako on turhan karkea määrittämään asiakkaan joko fysioterapian akuuttiaikoihin tai lääkärille. Siksi prosessikaaviossa on asiakkaan ohjauksen kriteerinä käytössä kivun määrittely keston mukaan, jossa akuutilla kivulla tarkoitetaan alle neljä viikkoa kestänyttä kipua, subakuutilla kivulla 1–3 kuukautta kestänyttä kipua ja kroonisella kivulla yli 3 kuukautta kestänyttä kipua (Suomalainen lääkäriseura Duodecim 2017a). Yli neljä viikkoa kestänyt kipu ohjaa asiakkaan suoraan lääkärille tai fysioterapeutin normaaliin vastaanottoon.

10.3 Prosessikaavion sisältö

Asiakkaan ensikontaktissa ajanvaraushenkilöstöllä vastuullinen tehtävä arvioida hoidon tarvetta ja oikeaa asiakkaan vastaanottajaa. Asiakkaat ovat tottuneet saamaan ajan lääkärin vastaanotolle fysioterapian sijaan, joka vaikeuttaa ajanvarauksen työtä entisestään (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016). Tätä työn helpottamiseen tarvitaan yhteinen ohje niska-hartiaoireisen asiakkaan hoidon arvioinnin tekemiseen ja oikealle ammattihenkilölle ohjaamiseen.

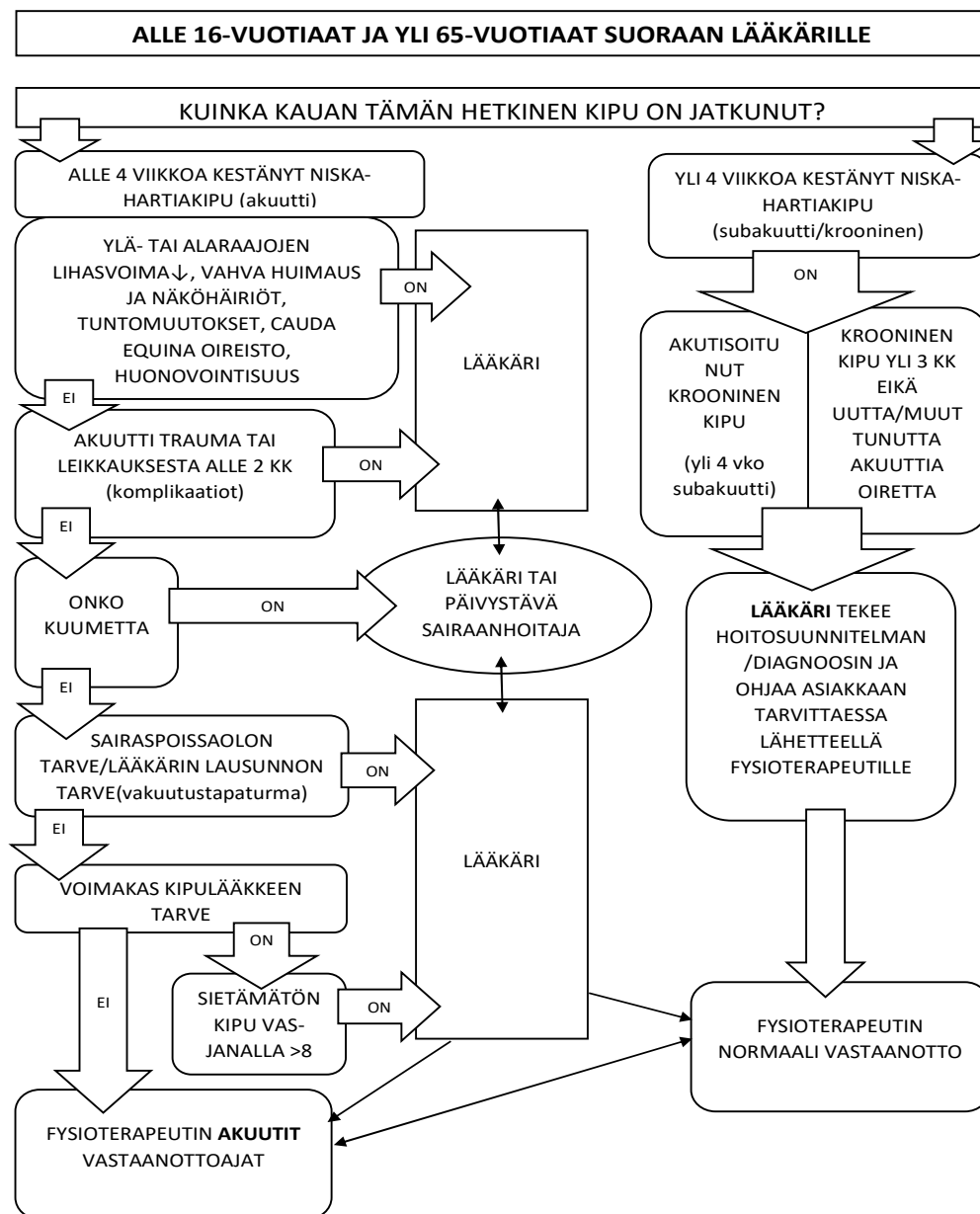
Haastattelujen perusteella ohjeistuksen tulisi olla selkeä, nopea ja helppokäyttöinen. Ohjeistus olisi yksinkertainen ja mahdollisesti integroituna potilastietojärjestelmään yhdeksi fraasiksi. Ohjeistuksen pitäisi sulkea vakavat sairaudet pois ja toimia selkeänä välineenä asiakkaan ohjaukseen joko fysioterapeutille tai lääkärille. Prosessikaaviossa (Kuva 3) on saatu kaikki oleellinen niska-hartiaseutuoireisen asiakkaan hoidon arviointiin yhteen kaavioon.



Kuva 1. Prosessikaavio niska-hartiaoireisen asiakkaan hoidon arviointiin.

10.4 Prosessikaavio ja niska-hartiaoireisen asiakkaan hoitopolku

Kuvassa 4 ilmenee niska-hartiaoireisen asiakkaan mahdollinen hoitopolku Kaarinan terveystieteiden keskuksessa prosessikaavion käyttöönoton jälkeen. Yli neljä viikkoa kestäneet niska-hartiaoireet siirtyvät suoraan lääkärille. Lääkäri voi ohjata asiakkaan edelleen läheteellä joko fysioterapian akuuttivastaanottoaikoihin tai normaaliin fysioterapian vastaanottoon.



Kuva 4. Niska-hartiaoireisen asiakkaan hoitopolku Kaarinan terveystieteiden keskuksessa.

11 POHDINTA

Avoimilla haastatteluilla halusimme saada ajanvarauksessa työskentelevien sairaanhoitajien ja fysioterapeutin näkemyksiä suoravastaanotosta ja minkälaista opastusta ajanvaraamiseen liittyen kaivataan. Vastaukset haastateltavilta olivat yllätyksellisiä, mutta havainnollistivat hyvin opinnäytetyömme tarpeellisuuden. Vastauksissa korostui ohjeistuksen tärkeys ja selvien toimintamallien tarve. Kommunikointi koko organisaation välillä tehostaisi toimintoja. Toivoimme saavamme enemmän haastateltavia mitä toteutui, mutta aikataulujen yhtenäistäminen osoittautui liian hankalaksi. Haastattelujen vastausprosentti jäi sairaanhoitajien osalta alle 17 prosenttiin ja fysioterapeuttien osalta hieman yli 14 prosenttiin.

Webropol-kyselyn (LIITE 1) avulla halusimme kartoittaa, miten jo toiminnassa olevat fysioterapeuttien suoravastaanotot ovat toimineet. Kysyimme kyselyssä mitä termiä laajennetusta fysioterapian tehtävästä käytetään, koska huomasimme taustatietoa etsiesämme, että nimikkeitä oli useita. Kartoitimme vastaajien suoravastaanoton toiminnassa olo aikaa, kysymyksellä koska akuutti/suoravastaanotto on kunnassanne alkanut? Olimme kiinnostuneita, miten vastaanotot ovat perustettu, joten kysyimme, hyödynnettiinkö toiminnan suunnittelussa ulkoista tahoja tai aineistoa ja mikä oli toiminnan aloittamisen tavoitteena. Tiedustelimme kyselyllä millaisia vastaanotot ovat, mikä potilasjärjestelmä on käytössä, mitä hyviä, ongelmallisia ja kehitettäviä asioita toimintamalleissa on ollut, miten pitkiä vastaanottoajat ovat ja miten ajanvaraajat ja fysioterapeutit ovat koulutettu. Haimme näillä kysymyksillä eroavaisuuksia sekä yhtäläisyyksiä ja kattavaa taustatietoa.

Kyselyn kysymyksiä olisi voinut lyhentää. Osalle vastaajista 25 kysymystä olivat liian pitkiä tai kysymyksiin oltiin jo vastattu edellisessä kysymyksissä. Webropol-kysely lähetettiin vastaajille vain kerran. Alun alkaen ideana oli lähettää vastaamattomille fysioterapeuteille kysely kahdesti saadaksemme mahdollisimman kattavaa arviointia. Vaikka otanta jäi hyvin pieneksi, saimme hyviä vastauksia. Opinnäytetyön prosessin edetessä ja tiedon lisääntyessä, kysymyksiä olisi voinut kohdistaa eri tavalla esimerkiksi spesifimmin koskemaan ohjeistuksen kriteerejä.

Selvitimme hoidon tarpeen arviointia laajemmin, koska se on keskeinen osa asiakkaan hoitoa. Asiakkaan hoitoprosessi alkaa hoidon tarpeen arvioinnilla ja se on tehtävä aina ennen asiakkaan hoitoon pääsyä. Hyvä ohjeistus helpottaa hoidon arviointia ja toimii

asiakkaan hoitoonohjauksen työväliseenä. Ohjeistuksen tärkeys tuli esille myös käyttämissämme lähdemateriaaleissa (Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti 2016).

Prosessikaavion tietoperustan kokoaminen valmistui aikataulussa. Meille oli selvää, mitä halusimme selvittää ja että kaavion tulisi perustua red flagsien eli vakavien ja spesifien niskaoireiden syiden poissulkemiseen. Saatavilla olevasta tiedosta, jota luonnollisesti oli paljon, tuli valita lähteet, joissa oli mahdollisimman vahvaa tutkimusnäyttöä. Tässä mielestämme onnistuimme hyvin, vaikka ainahan voisi parantaa. Toisaalta opinäytetyömme ei ole kirjallisuuskatsaus.

Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa prosessikaaviota suunniteltiin testattavan Kaarinan terveyskeskuksen ajanvarauksessa, jolloin kaavion testauksen tulokset ja kehittäminen olisi saatu osaksi opinnäytetyötä. Aikataulullisista syistä kummatkin osa-alueet jäivät pois opinnäytetyöstä. Keväälle 2018 suunniteltu testaus estyi kaikkien opinnäytetyötä tekevien kiireiden vuoksi. Kevään kaksi harjoittelujaksoa sitoivat resursseja enemmän, mitä olimme suunnitelmassa ja aikataulussa arvioineet.

Prosessikaavio saatiin kuitenkin valmiiksi, mutta sen testaus käytännön työssä olisi tuonut mahdollisia kehittämiskohteita ilmi. Onhan sen tehtävänä toimia käytännön työssä hoidon tarpeen arvioinnin välineenä. Prosessikaavion helppokäyttöisyys ja toimivuus työväliseenä ovat merkittäviä ominaisuuksia, jotka vaikuttavat sen käyttöön ajanvarauksessa työskentelevien sairaanhoitajien hoidon tarpeen arvioinnin työkaluna ja niska-hartiaoireisen asiakkaan ohjautumisessa fysioterapian akuuttiaikoihin tulevaisuudessakin.

Etsimme myös tietoa fysioterapeutin suoravastaanotosta, etenkin sen hyödyistä ja koulutussisällöstä. Vastaavanlaisia hyötyjä kuin fysioterapeutin suoravastaanotossa voidaan ajatella tulevan myös Kaarinan kaupungin fysioterapian akuuttivastaanottoajoilla. Kustannussäästöjä syntyy lääkäriresurssien järkevämmällä käytöllä ja asiakkaan nopeammalla hoitoon pääsillä. Samalla fysioterapeutin ohjaus ja kotiohjeet nopeuttavat asiakkaan toimintakyvyn palautumista ja hän palaa nopeammin töihin (Tiittanen-Wallenius 2016, 12–13). Tulevaisuudessa Kaarinan terveyskeskuksessa tulee toimimaan fysioterapeutin TULE-suoravastaanotto.

Tuleva terveystalouden mullistava Sote-uudistus tuli luonnollisesti ottaa huomioon opinnäytetyössämme. Onhan Sote-uudistuksen tavoitteena karsia tehottomia toimintatapoja sosiaali- ja terveystaloudessa ja pienentää velkaantumistaakkaa julkisella sekto-

rilla (Sosiaali- ja terveysministeriö). Sote-reformiin on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen. Nykyisiä toimintatapoja tulisi tehostaa ja synnyttää ammattiryhmien välistä työnjakoa mm. lääkäreiden ja fysioterapeuttien välillä (Kangasniemi ym. 2017). Kaarinan kaupungin fysioterapian akuuttiaikojen käytön tehostamisella toimitaan juuri niin, kuin Sote-uudistuksessa toivotaan tehtävän.

11.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava vain, jos tutkimus on suoritettu hyvä tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyössämme olemme noudattaneet tiedeyhteisön tunnistamia toimintatapoja, hyvän tieteellisen käytännön ohjeita rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa, raportoinnissa, tallentamisessa ja esittämisessä. Tarvittava tutkimuslupa hankittiin heti suunnitelman hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa perehdyimme erilaisiin lähdemateriaaleihin, ajankohtaisiin tutkimustietoihin sekä kartoitimme luotettavia asiantuntijoita ja teosten julkaisijoita. Tietoperustan luotettavuutta lisäsimme tutkimalla ja hyödyntämällä laajasti lähteitä. Pyrimme työssämme käyttämään mahdollisimman luotettavia, laadukkaita ja ajankohtaisia lähteitä. Tutkimuksessa on otettu huomioon asiaan mukaisella tavalla tehdyt viittaukset muiden tutkijoiden julkaisuihin sekä kunnioitus heidän tekemäänsä työtä ja julkaisujaan kohtaan.

Tutkimukseen osallistuminen on ollut vapaaehtoista. Webropol-kyselyyn osallistuneet saivat kyselylomakkeen yhteydessä saatekirjeen, joka on sisältänyt lyhyen taustatiedon opinnäytetyöstämme ja työhön osallistuneiden tutkijoiden nimet. Haastateltaville olemme kertoneet tutkimuksemme taustatiedot. Vastauksia olemme käsitelleet luottamuksellisesti vastaajien henkilöllisyyttä, työpaikkaa paljastamatta.

Tutkimuksessa suunnitteluvaiheessa luotu aikataulukko haastatteluiden ja kyselyiden osalta jouduimme siirtämään kesälomien vuoksi syksylle. Haastatteluiden ajankohta oli helpommin järjestettävissä sekä webropol-kyselyyn vastaaminen kesälomakauden jälkeen toivottavasti runsaslukuisempaa.

11.2 Kehittämisehdotukset

Haastatteluiden ja kyselyn kautta ilmeni, että ongelmia on ajanvarauksen ja fysioterapian kommunikaation välillä. Kommunikaatiota tulisi lisätä yhteisillä palavereilla tai koulutuksilla. Kyselyiden kautta tuotiin myös esille, että perusteellista perehdytystä kaivataan jatkossa uusille lääkäreille ja ajanvarauksessa toimiville sairaanhoitajille sekä mahdollista akuutti-poliklinikkatoimintaa tai yhteisvastaanottoja lääkärin kanssa kaula-rankaperäisistä ongelmista kärsiville asiakkaille.

Ajanvarauksella olisi hyvä olla selkeät ohjeistukset ja säännöt, jotka helpottaisivat ja antaisivat rohkeutta siirtää asiakkaita fysioterapeuteille. Prosessikaavio tulee toivottavasti toimimaan yhtenä selkeänä työkaluna asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnissa. Kun TULE-suoravastaanotot käynnistyvät Kaarinan terveyskeskuksessa, tulisi vastaavanlaisia ohjeistuksia laatia ajanvarauksessa toimiville sairaanhoitajilla. Tällöin toiminnasta tulee yhtenäistä ja kriteerit asiakkaan hoitoonohjaukselle ovat kaikkien tiedossa. Näin saadaan aikaan kustannussäästöjä ja toiminnasta tulee tehokasta. Uuden työntekijän perehdytys onnistuu kirjallisten ohjeiden ansiosta järkevämmiin eikä toimintatavat perustu suulliseen ohjeistukseen.

Koska emme ehtineet testata prosessikaaviota käytännössä, emme voi myöskään kehittää sitä eteenpäin. Jotta tuotetta voi kehittää, tulee sitä arvioida ja muokata saadun palautteen mukaan (Jämsä & Manninen 2000, 80). Palautteen antajina olisivat toimineet ajanvarauksessa työskentelevät sairaanhoitajat ja akuuttivastaanottoaikoja hoitavat fysioterapeutit.

Valmiin prosessikaavion käyttöoikeus siirtyy Kaarinan kaupungin terveyskeskukselle opinnäytetyönprosessin päätyttyä. Toimeksiantajalla on jatkossa mahdollisuus muokata kaaviota, jos sille on tarvetta. Samalla kaavio voi toimia pohjana uusille ohjeistuksille. Se voidaan liittää sähköiseen Efficajärjestelmään, niin kuin opinnäytetyöprosessin alussa suunniteltiin tai toimia paperisena versiona.

LÄHTEET

Arokoski J, Mikkelsen M, Pohjalainen T, Viikari-Juntura E (toim.) Fysiatría. 5. uudistettu painos, Kustannus Oy Duodecim 2015; s. 113. Viitattu 13.3.2018

Arokoski J, Karppinen J, Kankaanpää M, Kaukinen P, Laimi K. | NÄIN TUTKIN. Duodecim 2014; 130:2099–107. Aikuisen kipeä niska. Viitattu 1.4.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo11890

Asiantuntijafysioterapeutin opinnot. 2014. Tampereen ammattikorkeakoulun kotisivut. Viitattu 20.1.18. Saatavana: <http://www.koulutus.fi/kurssi/asiantuntijafysioterapeutin-opinnot-tuki-ja-lii-kuntaelinsairauksien-diagnostiikka-erotusdiagnostiikka-ja-fysioterapia-10-op-356317>

Bevan S, McGee R, Quadrello T. Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and the Finnish Labour Market. The Work Foundation. 2009 Viitattu 16.5.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: http://www.fitforworkeurope.eu/Website-Documents/ffw_Finland171109.pdf

Childs J, Cleland J, Elliott J, Deydre T, Wainner R, Whitman J, et al. Neck Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. J Orthop Sports Phys Ther. 2008;38(9): A1-A34. Viitattu 13.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://orthopt.org/ICF/Neck%20Pain%20Clinical%20Guideline%20-%20JOSPT%20-%20Sept%202008.pdf>

Fysioterapian suoravastaanottoon valmentava täydennyskoulutus 2018, 5-15 op. Jyväskylän ammattikorkeakoulun nettisivut. Viitattu 20.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: https://amp.jamk.fi/asio/lyhytkurssi/kurssitiedostot/jamk/suoravastaanotto_2018_esite.pdf

Guzman J, Hurwitz EL, Carroll LJ, ym. A new conceptual model of neck pain: linking onset, course, and care: The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. J Manipulative Physiol. Ther. 2009;32: S17–28. Viitattu 13.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: http://1.step.nl/files/Task_force_A_New_Conceptual_Model_of_Neck_Pain_Linking_Onset_Course_and_Care.pdf

Haanpää M, Kauppila T, Eklund M, Granström V, Hagelberg N, Hannonen P, Kyllönen E, Kyrö M, Loukusa-Nieminen T, Luutonen S, Telakivi T, Ylinen A, Pakkala I. Krooninen kipuyleistä. 2008. FACULTAS toimintakyvyn arviointi. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevaikuttajat TELA. Viitattu 14.3.18. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: https://www.tela.fi/instance/prime_product_julkaisu/tela/embeds/telawwwstructure/14383_Facultas_Krooninen_kipu.pdf

Hallituksen esitys laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (77/2004). Annettu Helsingissä 2004. Viitattu 24.1.18 Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077.pdf>

Hoidon tarpeen arviointi ja kliininen tutkiminen, lisäkoulutus sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. 2017. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.1.18. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <https://www.turkuamk.fi/fi/tyoelamapalvelut/koulutushaku/hoidon-tarpeen-arviointi-ja-kliininen-tutkiminen>

Hoitosuositusryhmä. Niskakivun hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2002. Viitattu 17.5.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2002/16/duo93118>

JHS 152 Prosessien kuvaaminen. JHS-suositus. 2012. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta JUHTA. Viitattu 29.4.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.html>

Jämsä, K. & Manninen E. 2000. Osaamisen tuoteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print. Viitattu 24.5.2017.

Kangas, H.; Kylänen, M.; Luoto, S. & Vuori, J. 2015. Fysioterapeuttien suoravastaanotot-työnjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä? Fysioterapia 6, 5-6.

Kangasniemi M. ym. syyskuu 2017. Työn uusjako. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan Julkaisusarja 66/2017. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80699/66_Tyon%20uusjako.pdf

Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2016. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Viitattu 13.3.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/228883/04_KelanSairausvakuutus_Kelan_tilastollinen_vuosikirja_2016.pdf

Kipu. Käypä hoito -suositus. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinæ Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017. Viitattu 9.4.2018. Saatavana: www.kaypahoito.fi

Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder M W, et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial. Viitattu 16.5.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153837/>

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012. Helsinki 2012. Viitattu 18.12.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>

Kukka Anna. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. 2009 Viitattu 17.5.2017. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/.../fysioterapia.../fysioterapeutin.../file>

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. 9.11.2017. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>

Kylänen M, Vuori J, Kangas H ym.: Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. TSR-loppuraportti. Grano Oy. Kuopio. 2015. Viitattu 10.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: https://www.researchgate.net/profile/Heli_Kangas3/publication/308804114_Tyonjaolla_tuottavuutta_ja_tyon_mielekkyytta_Lineaariset_ja_epalineaariset_palveluprosessit_fysioterapeuttien_ja_laakareiden_tyon_maarittajana/links/57f38efd08ae280dd0b70146/Tyoenjaolla-tuottavuutta-ja-tyoen-mielekkyyttae-Lineaariset-ja-epaelineaariset-palveluprosessit-fysioterapeuttien-ja-laeaekaereiden-tyoen-maeaerittaejaenaef.pdf

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. [Verkkosivu]. Saatavana: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lakka M. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden vertailu lääkärivastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton välillä. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden Pro gradu työ. Kuopio, 2008. Viitattu 16.5.2017

Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. ja Ylinen, J. 2016. Fysioterapeutin suoravastaanotto -Keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia? Fysioterapia. 5/2016, 4-9. Viitattu 20.1.2018

Lindgren K-A. 2005. TULES. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 1.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.1.2018.

Mäkelä M, Heliövaara M, Sievers K ym. Prevalence, determinants, and consequences of chronic neck pain in Finland. *Am J Epidemiol* 1991; 134:1356-67. Viitattu 13.3.2018.

Niskakipu. Käypä hoito -suositus. [Verkkosivu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Medicinae Physicalis et Rehabilitationis Fenniae ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017. Viitattu 9.1.2018. Saatavana: www.kaypahoito.fi

Nygren A, Berglund A, von Koch M. Neck-and-shoulder pain, an increasing problem. Strategies for using insurance material to follow trends. *Scand J Rehabil Med Suppl.* 1995; 32:107-12. Viitattu 9.1.2018.

Paksaichol A, Janwantanakul P, Purepong N ym. Office workers' risk factors for the development of non-specific neck pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Occup Environ Med* 2012; 69:610-8. Viitattu 13.3.2018.

Parikka U-R. Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä. Oikea resursointi, osaamisen varmistaminen ja uudistusten tukeminen palkkauksellisesti, muis-tio 8.7.2008. Kunnallinen Työmarkkinalaitos. Helsinki, 2008. Viitattu 13.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: https://www.akavanerityisalat.fi/files/99/KT_Tehtavien_ja_tyonjakojen_uudistamisesta.pdf

Saarelma O. 2017. Tietoa potilaalle: Niskakipu. Lääkärikirja Duodecim. Sisäinen lähde. Viitattu 3.1.2018. http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=niskaranka

Sarkomaa S. Kokoomuksen Sarkomaa: Fysioterapeutin suoravastaanotosta lakisääteinen oikeus: Lisää toimintakykyä ja säästöjä. Tiedote 5.9.2017. [Verkkosivu]. Saatavana: <http://www.sarisarkomaa.fi>

Sote-uudistus: Sote-uudistuksen tavoitteet. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Sote- ja maakuntauudistus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 13.1.2018. Saatavana: <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Suomen Fysioterapeutit/ Suomen Fysiatryhdistys. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. Helsinki, 2017. Viitattu 8.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/02/Suoravastaanottosuositus2017.pdf>

Suomen Fysioterapeutit ry. Fysioterapeuteille toteutetut tehtävänsiirrot ja fysioterapeuttien vastaanotto toiminta. Helsinki, 2007. Viitattu 16.5.2017.

Suomen Kuntoutusyritykset ry. 2018. www.kuntoutusyritykset.fi

Suoyrjö H, Mäkinen E, Lehtimäki P, Joutila M. 2016. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Selkäpotilaan palveluketju, hankeraportti. Viitattu 16.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: http://www.epshp.fi/files/9462/Selkapotilaan_palveluketju.pdf

Syväoja Pirjo, Äijälä Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. [Verkkosivu]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tieto Oy:n nettisivut. <https://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/julkisen-terveydenhuollon-tietojarjestelmat>

Tiittanen-Wallenius, R. Win-win: Fysioterapeuttien suoravastaanotot osaksi Sote-uudistusta. *FYSI-lehti* 2/2016, 12-13. Viitattu 13.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://epaper.edita.fi/fysi/02-2016/#12>

Tiittanen-Wallenius R. Kaikki tyytyväisiä: Fysioterapeuttien suoravastaanotot osoittautuneet toimiviksi. Viitattu 13.1.2018. *FYSI-lehti* 1/2016

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa (HTK-ohje 2012). [Verkkosivu]. Viitattu 21.5.2017. Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje>

Turunen, V. 2010. Muutoksia työnjaossa. *Tehy* 29, 34 - 37.

Töytäri Outi. Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. 2018. *Tehyn julkaisusarja B 1/18 Selvityksiä*. Viitattu 13.2.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b1_fysioterapeuttien_soravastaanotot_sosiaali-ja_terveydenhuollon_julkisissa_organisaatioissa_id_10636.pdf

Valvira. 2017. Hoidon tarpeen arviointi. [Verkkosivu]. Viitattu 4.2.2018. Saatavana: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

Viikari-Juntura E. Niska-hartiakipu. Lääkärin tietokannat/Lääkärin käsikirja [Verkkosivu]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, päivitys 9.5.2016. Viitattu 3.1.2018

Viikari-Juntura E, Martikainen R, Luukkonen R ym. Longitudinal study on work related and individual risk factors affecting radiating neck pain. *Occup Environ Med* 2001; 58:345-52. Viitattu 3.1.2018

Vuori I, Bäckman H. Terve tuki- ja liikuntaelimityö. Opas tule-sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 11. 2010. Viitattu 3.1.2018.

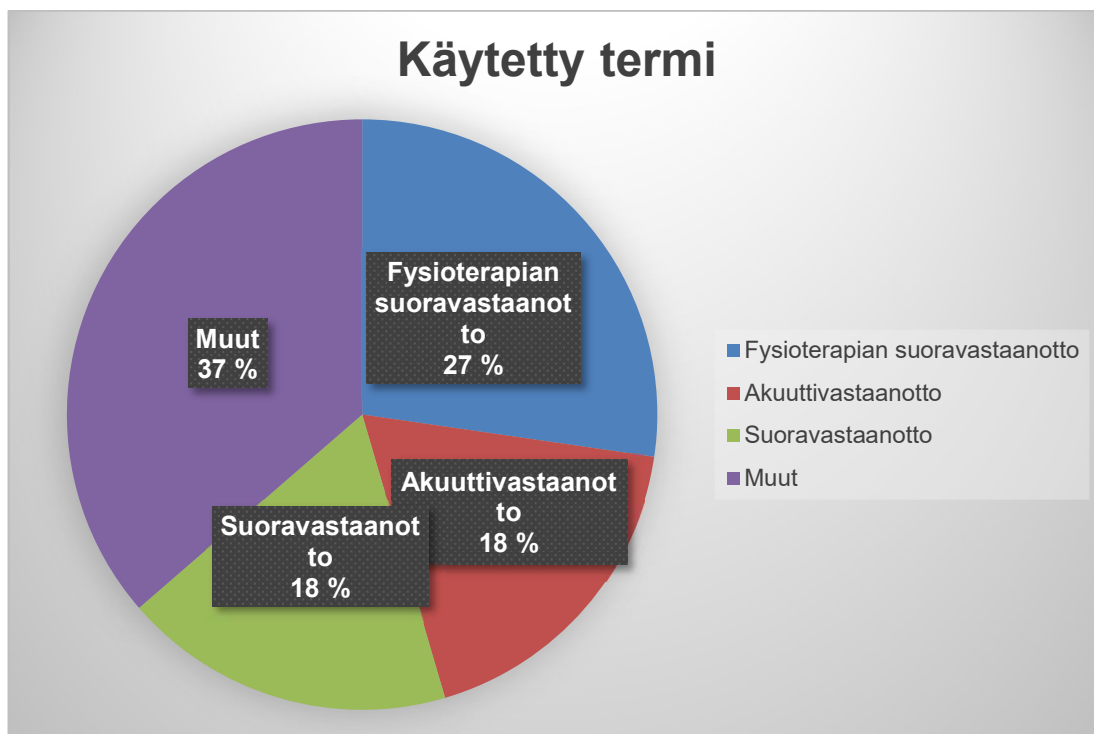
Ylinen J ja Nikander R: Harjoittelun vaikuttavuus ja toteutus kroonisen niskakipupotilaan kuntoutuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 2014;69(39):2457-2461. Viitattu 3.1.2018. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.turkuamk.fi/pdf/2014/SLL392014-2457.pdf>

Ylinen J ja Nikander R: Terveydenhuollon epätasa-arvo näkyy kuntoutuksessa. [Verkkosivu]. Potilaan lääkärilehti 39/2014. Viitattu 3.1.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/terveydenhuollon-epatasaa-arvo-nakyy-kuntoutuksessa/#.VETANxYZmU4>

Webropol-kyselyn koonti

1. Mitä termiä käytätte fysioterapeutin laajennetusta tehtävänkuvasta?

•

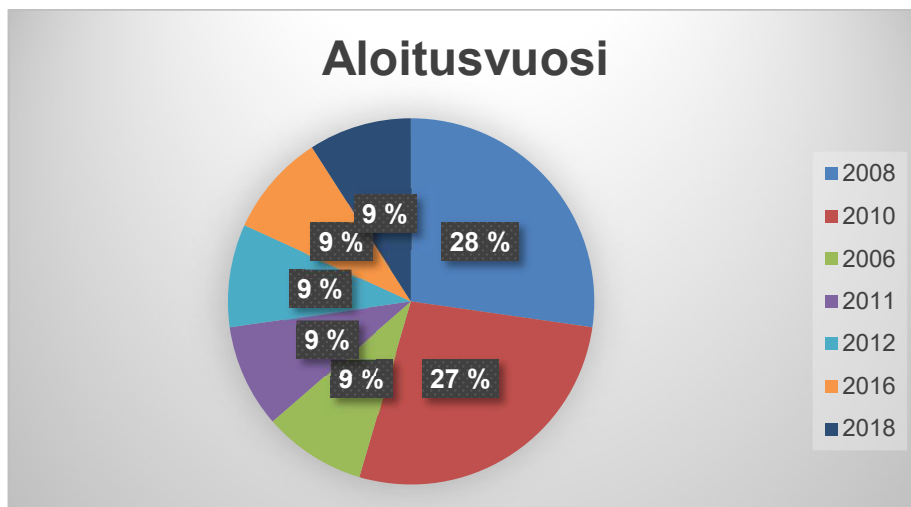


Muita yksittäisiä vastauksia:

- Ei mitään erityistä. Terveysasemalla fysioterapeutin työnkuva on aina ollut laaja, tämä ei ole sinälään tuonut siihen muutosta
- Tules vastaanotto, jatkossa tuki- ja liikuntaelinsairauksien suoravastaanotto
- Akuutti selkävastaanotto
- Tällä hetkellä toiminta ei ole vielä alkanut ja termi ei ole vielä vakiintunut

Vastaajien määrä: 11

2. Koska akuutti/suoravastaanottovastaanotto on kunnassanne alkanut?



Vastaajien määrä: 11

3. Hyödynnettiinkö aineistoa tai ulkoista tahoa suunnittelussa?

- Kyllä: vastanneista 3
- Muita vastauksia:
 - Aineisto? Koulutus hankittiin oppisopimuksella Kanta-Hämeen alueen fysioterapeuteille (Somty)
 - Selkäpotilaiden osalta suoravastaanotto toiminta on käynnistetty osana hanketta ja suunnittelu on tapahtunut laajemmassa työryhmässä. Suoravastaanotto toiminnan laajentaminen koskemaan selkäpotilaiden lisäksi myös muita tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista kärsiviä potilaita tapahtui osana suoravastaanotto toimintaan valmentavaa täydennyskoulutusta (JAMK).
 - Toisen alueen kriteerit ja niihin fysiatrialta kommentit
 - Täydennyskoulutuksen aikana teimme kehittämistehtävänä alaselkä vastaanottosuunnitelman, joka myöhemmin laajeni Tules- vastaanotoksi
 - Suoravastaanoton käynnistäminen kuuluu osaksi koulutusta Jyväskylän ammattikorkeakoulussa. Sieltä saimme vinkkejä suoravastaanoton käynnistämiseen sekä pystyimme kurssikavereiden kanssa keskustelemaan asiasta. Lisäksi toiminnan suunnittelussa oli mukana avovastaanoton ylilääkäri
 - Olemme hyödyntäneet kouluttajien ammattitaitoa ja tietoa valtakunnallisesta suoravastaanotto toiminnasta sekä muiden alueiden (esim. Helsinki, Pohjanmaa) materiaaleja
 - Hyödynnettiin olemassa olevaa tietoa.

Vastaajien määrä: 10

4. Mikä oli toiminnan aloittamisen tavoitteena?

Avoimien kysymyksiä vastauksia:

- Lääkärien työtaakan keventäminen, oikeanlaisen kuntoutuksen viiveetön aloitus
- Nopeuttaa selkäpotilaiden pääsyä fysioterapeuteille ja sitä kautta oikeiden ohjeiden saantia.
- Tavoitteena lääkärin vastaanottojen ruuhkien helpottaminen. Oikea aikainen hoito oikealle potilaalle. Taloudellinen hyöty.
- Työnjaon järjestyttäminen
- Tavoitteena oli luoda perusterveydenhuoltoon palvelujärjestelmä, joka pystyy täyttämään hoidon saatavuus kriteerit silloinkin, kun lääkäri työvoiman saatavuus on huono. Oletuksena hankkeessa oli, että fysioterapeuttin vastaanotto on vaikuttavampaa ja taloudellisempaa kuin lääkärin vastaanotto.

- Fysioterapeuttien akuuttivastaanotto, tehtävänsiirto lääkäriltä fysioterapeutille
- Potilas ohjautuu mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ohjaukseen ja neuvontaan, jotta vältetään "turhat" lääkäri käynnit ja lääkäreille jää enemmän aikaa muille potilasryhmille
- Nopeuttaa työhön paluuta ja lyhentää sairauslomaa oikea-aikaisella ohjauksella
- Asiakkaiden hoitoon pääsyn tehostaminen sekä oikeiden resurssien hyödyntäminen hoidon alkuvaiheessa.
- Tavoitteena on rakentaa toimiva palvelumalli alueen TULES-potilaille, jotta oikea potilas on oikeaan aikaan oikeassa paikassa.
- Tehtäväsiirrot fysioterapeuteille. Lääkäreistä kova pula ja nähtiin erinomaisena mahdollisuutena myös potilaan kannalta. Päästäisiin nopeasti aktiiviseen harjoitteluun ja lääkärille ohjautuminen jää minimiin

Vastaajien määrä 11

5. Millainen akuutti/suoravastaanottonne on?

Avoimen kysymyksen vastauksia:

- Kahdessa eri toimispisteessämme on yhteensä 5 suoravastaanottoa tekevää fysioterapeuttia, joista kolme tekee suoravastaanottoa akuutista selkävastaanotosta kärsiville potilaille ja 2 laajemmin akuuteista tule-vaivoista kärsiville potilaille. Suoravastaanottoaikoja on viikossa saatavilla 6-10 toimipisteestä riippuen.
- Avofysioterapian kaltainen, mutta jono ohi tapahtuva tapahtuma, max. 2 käyntiä 1
- Asiakkaat soittavat terveysaseman ajanvaraukseen ja sieltä hoitajat antavat suoraan fysioterapeutille ajan, jos kriteerit sopiva
- Potilas soittaa ongelmastaan hoitajille, joka arvioi kenen vastaanotolle potilas kuuluu. Hoitajan kautta ohjautuvat fysioterapiaan. Fysioterapeutti arvioi tilanteen ja tarvittaessa kirjoittaa sairausloma max 5pv. Lääkärien ohjeen mukainen ohjeistus käsikauppalääkkeistä tai jos nämä jo käytössä konsultoidaan omalääkäriä. tarvittaessa muutoinkin omalääkärin konsultaatio.
- Kahdella terveysasemalla 7-8 tunnin vastaanottoaikaa
- 45 min, 1-3x, lääkesuositusten antaminen, sairausloman myöntäminen, takautuvasti 1 pv
- Hoitoarvion kautta kaikki Tules- potilaat, joilla ei ole akuuttia tapaturmaa eikä oireiden alkuun liitty kuumeilua ohjataan Tules vastaanotolle. Vastaanottoaika on tunti kirjaamisineen ja pääsääntöisesti kertaluonteinen, tarvittaessa jatko ohjaus tai seurantakäynti- Kipulääke ohjeistus ja sairausloman kirjoitusoikeus 1-5 pv. Meillä on järjestetty mahdollisuus konsultoida lääkäreitä
- Sihteeri haastattelee asiakkaan ja päättää, meneekö asiakas lääkärille, hoitajalle vai tyofysioterapeutille. Haastattelurunko on tehty. Myös tyofysioterapeutilla on haastattelu- ja tutkimusrunko. Käynti laskutetaan asiakkaan työnantajalta.
- Meillä tekee kolme henkilöä akuutti selkävastaanottoa ja kaksi koko TULE suoravastaanottoa
- Työntekijöiden määrä vaihdellut. Vuoden alusta 7 fysioterapeuttia 4 terveysasemalla. Vastaanottoaikoja tulee olemaan noin 16 x 45 min aikaa viikossa jokaista fysioterapeuttia kohden. Akuutit selkäpotilaat suurin ryhmä 50%, niska 20%. Käyttöaste on erittäin hyvä 91-92%.
- Toiminta on vasta suunnitteilla.

Vastaajien määrä 11

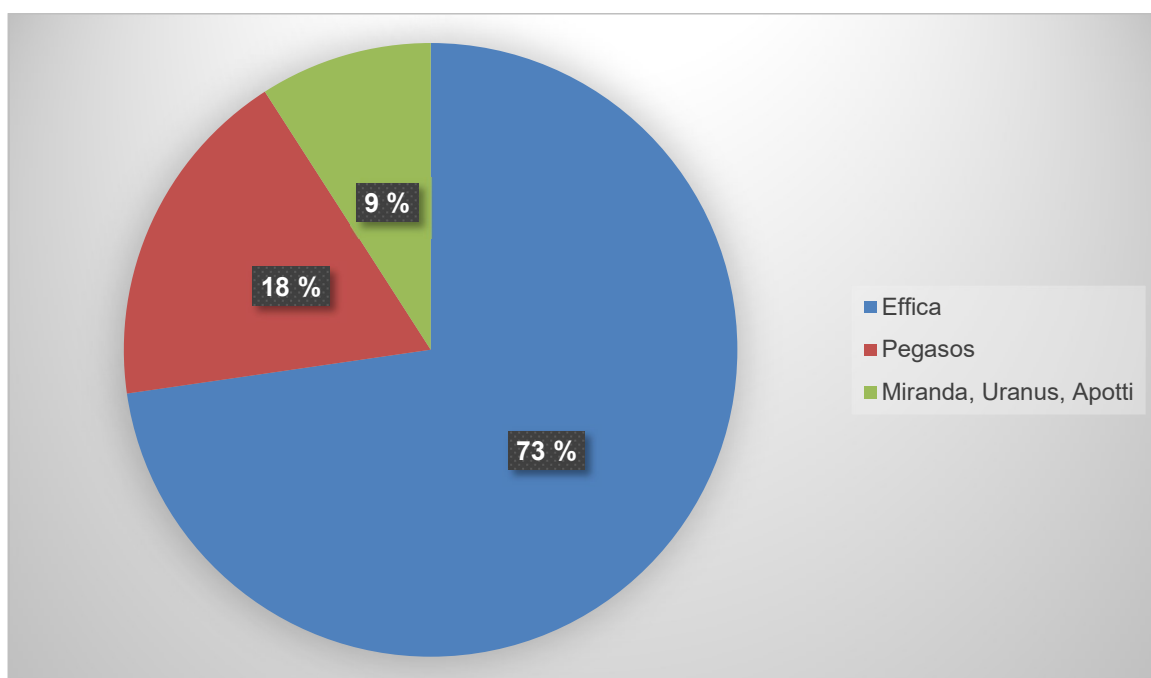
6. Mihin ongelmiin (esim. alaselkä tai niska-hartia) vastaanottotoimintanne on käytössä?

- akuutit: niska-yläraaja, selkä, alaraaja
- Selkä, olkapää +mutta muitakin tarpeen mukaan

- Nykyisin melkein mihin tahansa tule-ongelmaan. Hoitajat saattavat myös antaa ajan sekä fysioterapeutille että lääkärille. Fysioterapeutti tutkii ensin ja kirjaa statuksen kertomukseen, lääkärille riittää sitten vähän lyhyempi käynti.
- alaselkä, olkapää: vastanneista 2
- akuutti kipu alaselkä, niska-hartia sekä olkapää, tulevaisuudessa alaraaja
- Tules
- Jos aika jää tyhjäksi (kukaan ei tarvitse sitä), työfysioterapeutti jää jälkeen omasta tulostavoitteesta.
- Akuutteihin selkäkipuihin ja koko TULE
- Selkä, niska, raajat. Huimailijat pyritään ohjaamaan lääkärin kautta
- Koulutus on sisältänyt selkä- niska- ala- ja yläraaja osiot eli tulemme toteuttamaan vastaanottoa kaikkien akuuttien/akutisoituneiden TULES-vaivojen hoidossa koulutuksen sisällön puitteissa

Vastaajien määrä 11

7. Mikä potilastietojärjestelmä teillä on käytössä?



Vastaajien määrä 11

8. Mitä hyvää toimintamallissanne on?

- Ripeä ft-vastaanotolle pääsy, oikea aloitus akuutissa tilanteessa
- Joustavuus ja nopeus, hyvä yhteistyö vastaanoton kanssa. Fysioterapeutilla on myös mahdollisuus konsultoida lääkärinä tai ohjata potilas lääkärin vastaanotolle tarvittaessa
- Potilas mahdollisesti hyötyy tästä mallista paremmin
- Hoitajien check-lista hyvin yksinkertainen
- Asiakkaat ohjautuvat suoravastaanotolle hyvin pääasiassa päivystyksen hoitajien tai ajanvarausta tekevien vastaanottohoitajien kautta. Asiakkaat ovat toimintaan pääsääntöisesti tyytyväisiä, sillä ajan ja ohjeet saa nopeasti.
- Ammatillinen kehittyminen terapeutille, lääkärikäyntien määrän vähentyminen, asiakas saa heti täsmä hoidon akuuttiin aikaan, akuutissa kivussa myös asiakkaat motivoituneita itsehoitoon

- Potilaat ja fysioterapeutit ovat tyytyväisiä kokonaisuuteen. Samoin lääkärit ovat tyytyväisiä ja ovat todenneet, että potilaat saavat Tules vastaanotolla "paremman" ohjauksen kuin heidän vastaanotolla. Fysioterapeuttien työtyytyväisyys on lisääntynyt, kun saavat potilaista ohjattavakseen mahdollisimman varhain.
- Yksikössämme voi joutua odottamaan lääkäriaikaa jopa 2 viikkoa. Asiakas saa tässä mallissa ohjauksen ja itsehoidon käyntiin huomattavasti nopeammin kuin saisi, jos tulisi työfysioterapeutille vasta lääkärissä käynnin jälkeen.
- Lääkärimme tukevat suoravastaanottoimintaamme ja ovat olleet tyytyväisiä, että esim. selkäkipuiset ohjautuvat ensisijaisesti fysioterapeutin vastaanotolle ja sitten vasta tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Tällöin saadaan kummankin ammattiryhmän resurssit paremmin käyttöön
- Erikoisairaanhoido+ päivystys mukana, alueellinen yhtenäinen tapa hoitaa potilaat.
- Vakiintunut toiminta, joka kuitenkin vaatii jatkuvaa dialogia ajanvaraushenkilökunnan + lääkäreiden kanssa

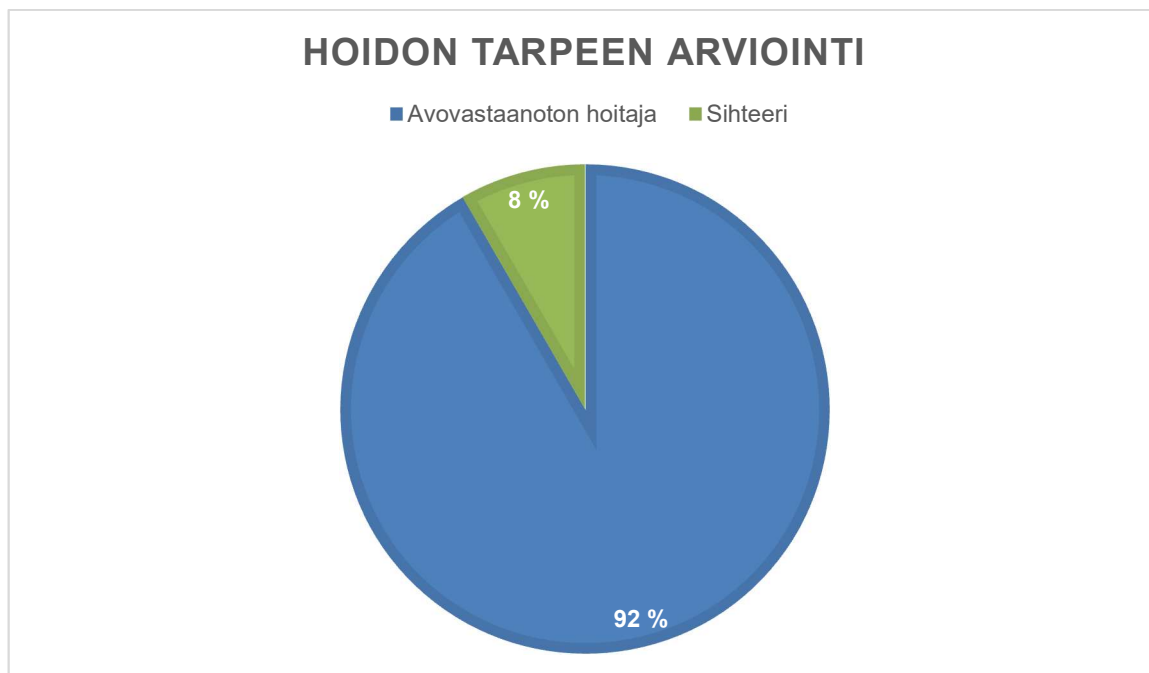
Vastaajien määrä 11

9. Onko toimintamallissa ilmennyt ongelmia?

- Ajoittain vapaita aikoja on liian vähän suhteessa tarpeeseen, sillä asiakasmäärissä ilmenee vaihtelua.
- Potilaiden ohjautuminen suoravastaanotolle
- Vastaanoton henkilökunnan vaihtuvuus. Kaikki hoitajat eivät osaa ohjata asiakkaita fysioterapeuteille tai antavat aikoja sellaisille fysioterapeuteille, joilla ei ole suoravastaanotokoulutusta. Työterveyshuollossa olisi suoravastaanotoista myös paljon hyötyä, mutta siellä se ei ole käytössä
- Hoitajan täytyy olla taitava arvioija. Usein tässä kohtaa tulee ongelmaa, ettei osata ohjata oikealle taholle.
Lääkärin konsultaatiot pitää olla helposti toteutettu. Matkan varrella on myös alkanut fysioterapeuttien vastaanotto ruuhkautua, josta syystä ei akuuttiaikaa aina löydy.
- Aikojen käyttämättömyyttä, varattu muuta kuin sovittu
- Lyhyt aika, osataanko ohjata oikealaiset potilaat = saavatko kaikki jotka voisivat hyötyä tästä palvelusta tätä palvelua, uusien hoitajien perehdytys/ koulutus
- Hoitoarvio ohjaa edelleen ko. potilaita ensin lääkärille. Lääkärit ohjaavat ajoittain vastaanotoiltaan potilaita tules vastaanotoille eikä normaali fysioterapian vastaanotoille.
Kroonikkopotilaiden ohjautuminen vastaanotoille ei ole kriteereiden mukaista.
- Joskus ohjautuu sellaisia asiakkaita vastaanotolle, jotka tarvitsevat lääkärikontaktin. Seula ei siis aina toimi tarkoituksenmukaisesti
- Emme vielä osaa sanoa. Suurimmat haasteet tullee olemaan hoitoon ohjautuminen sekä osaamisen säilymisen varmistaminen
- Pientä kehitettävää koko ajan
- Haasteellisinta on ollut vastaanottohoitajien kouluttaminen hoidontarpeen arviointiin. Koska vaihtuvuus on niin suuri

Vastaajien määrä: 11

10. Kuka tekee potilaan hoidon tarpeen arvioinnin?



Lisäksi:

Ajoittain asiakas ottaa myös suoraan yhteyttä fysioterapian ajanvaraukseen, jolloin hoidon tarpeen arvion tekee fysioterapeutti/kuntohoitaja tai triage-hoitaja päivystyksessä.

Vastaajien määrä 12

11. Mikä on oleellisinta selvittää hoidon tarpeen arvioinnissa?

- Vakavien sairauksien sulkeminen
- Kivun voimakkuus, tapaturma, yleisoireet.
- Yleensäkin ainakin julkisella puolella tarvitaan tässä hoidon ohjauksessa yhteisesti työtiimissä sovitut kriteerit, muutoin tulee mitä sattuu ja fysioterapeutti joutuu lääkärin asemaan, johon ammattitaitoa ei ole.
- Lääkärin hoitoa vaativa tilanne
- Hoidon tarpeen arviota helpottamaan on tehty tarkistuslistat, joista käy ilmi perusteet (red flags) lähettää asiakas lääkäriin. Muissa tapauksissa asiakkaat ohjataan ensisijaisesti fysioterapeutin suoravastaanotolle, josta fysioterapeutti voi edelleen lähettää asiakkaan lääkäriin tarpeen niin vaatiessa.
- Erotusdiagnostiikka, joka tulee esille sairaanhoitajien tekemien kysymysten kautta
- Sen ymmärryksen lisääminen, että rohkeutta ko. potilaiden ohjaamiseen Tules vastaanotolle, josta potilas sitten tarpeen mukaan voidaan ohjata lääkäriin
- Kenelle asiakas kannattaa lähettää (sovitut avainkysymykset oireista)
- Hälytys merkit red flagsit
- Ohjautuuko potilas lääkäriin vai fysioterapeutille.
- Onko asiakkaalla sellaisia oireita, jotka vaativat lääkärin vastaanoton esim. tulehdukselliset, neurologiset tai sydänperäiset oireet, traumat. Eli ns. red flags tulisi erotella.
- Ohjautuminen lääkäriin, mikäli kriteerit täyttyvät (traumat ym.)

Vastaajien määrä 12

12. Kuinka nopeasti potilas pääsee keskimäärin fysioterapeutin vastaanotolle ja täyttyvätkö vastaanottotoiminnalle varatut ajat?

- 0-1 vrk, vaihtuvuutta aikojen täyttymisessä on paljon
- 0-1 vrk. Ajat täyttyvät hyvin: vastanneista 2
- 0-1 vrk Ajat eivät aina täyty
- 1 vrk, Ajoittain saattaa jäädä muutama vapaa-aika. Pääsääntöisesti ajat täyttyvät.
- Tavoitteenamme on päästä samana tai seuraavan päivänä (0-2 pvä), päivystyksen mukaan tuominen mahdollistanee tämän alueella.
- Keskimäärin 1-2 päivässä. Ajat täyttyvät pääosin hyvin. Toki loma-ajat ym. vaikuttavat aikojen saatavuuteen, sillä kaikki työyksiköiden fysioterapeutit eivät vielä tee suoravastaanottoa.
- 1-2 vrk sisällä. Aikoja on jäänyt vuonna 2017 yli 40 käyttämättä.
- Pääsääntöisesti sovitun ajan puitteissa eli 1-3 vuorokauden sisällä. Lomat ovat poikkeus.
- Pääsy onnistuu yleisesti 1-3 pv sisällä, mutta ei aina ja suoravastaanottoajat täyttyvät vaihtelevaisesti esim. lääkäriresurssin ollessa hyvä, suoravastaanotto tuntuu täyttyvät heikommin (vaikkei näin pitäisikään olla) ja hoitajien vaihtuvuus myös vaikuttaa (perehdytysongelma?)
- 3 päivän sisällä
- 1- 4 päivässä
-

Vastaajien määrä: 12

13. Onko teillä käytössä lomake/kaavake hoidon tarpeen arvioinnissa?

- On, vastanneista 4
- fraasit effically
- On, jaoteltuna niska-yläraaja, selkä ja alaraaja
- Kysymysluettelo
- ei, esitietolomake
- Meillä on käytössä vastaanottohoitajilla, sairaanhoitajilla ja kuntahoitajalla alaraaja-, niska- ja yläraaja- sekä selkäpotilaanhoitoonohjauskaavakkeet. Näistä käy ilmi hälytysmerkit ja milloin ohjataan lääkärille ja milloin fysioterapeutille.
- Ei, mutta oireilistaus on (fysiatrian tekemä
- Emme ole vielä varmoja, todennäköisesti ennemminkin check-list eikä täytettävä kaavake
- Lista
-

Vastaajien määrä: 12

14. Miten lomake on laadittu ja onko se testattu ennen käyttöä?

- Selän arviointilomake on suoravastaanottokoulutuksen materiaaleista, olkapää arviointilomake muokattu itse.
- Laadittu yhteistyönä lääkäri-työfysioterapeutit.
- Yhteistyössä lääkärit +fysioterapeutit aikoinaan, myöhemmin yksinkertaistettu
- Laadittu yhteistyönä lääkäri-työfysioterapeutit. En muista, testattiinko sitä ennen käyttöönottoa (7v. sitten).
- Hoitoonohjaus kaavio on tehty yhteistyössä fysioterapian ja avovastaanoton yllälääkärin yhteistyössä.
- Valmisteltu suoravastaanottokoulutuksessa (Jamk)
- Otettiin mallia jostain muualta. Ei testattu, mutta fysiatri kommentoi
- Ei voi muistaa miten laadittu, testattu on ja pitkään ollut kysymyspatteristo käytössä

Vastaajien määrä 8

15. Millainen lomakkeen sisältö on, missä muodossa lomake on?

- kysytään kriittiset kysymykset (red flags) word/pdf-tiedosto
- Siinä on haastattelukysymyksiä asiakkaalle, A4, word-tiedosto

- Fraasit efficalla: vastanneista 2
- paperinen
- Kysymyspatteristo
- paperinen, tallennettu myös tietokoneelle, josta kaikki näkee sen pohjan
- Kaaviosta käy ilmi hälytysmerkit ja sen, milloin voi ohjata fysioterapian suoravastaanotolle ja milloin lääkäriin.

Vastaajien määrä 8

16. Missä muodossa lomake on (esim. Integroituna potilastietojärjestelmään)?

- Word/pdf: Vastanneista 2
- Sähköinen tai tulostettu ohje
- Fraasit efficassa
- kysymyspatteristo, jonka avulla kirjaus potilastietojärjestelmään
- erillinen paperi
- ei ole

Vastaajien määrä 7

17. Onko lääkrillä mahdollisuus lomakkeen käyttöön hoitotilanteessa?

- Halutessaan kyllä: Vastanneista 4
- Lomakkeesta ei ole lääkrille hyötyä, tehty hoitajien käyttöön hoidon tarpeen arviointiin.
- ei ole
- lääkäri ei lähetä suoravastaanotolle asiakkaita, ei lomaketta käytössä
- on pääsy kysymyspohjiin, ei tämän asiakkaan vastauksiin. Ne sihtööri kirjoittaa Efficalle, joten alkuperäistä lomaketta ei tarvita

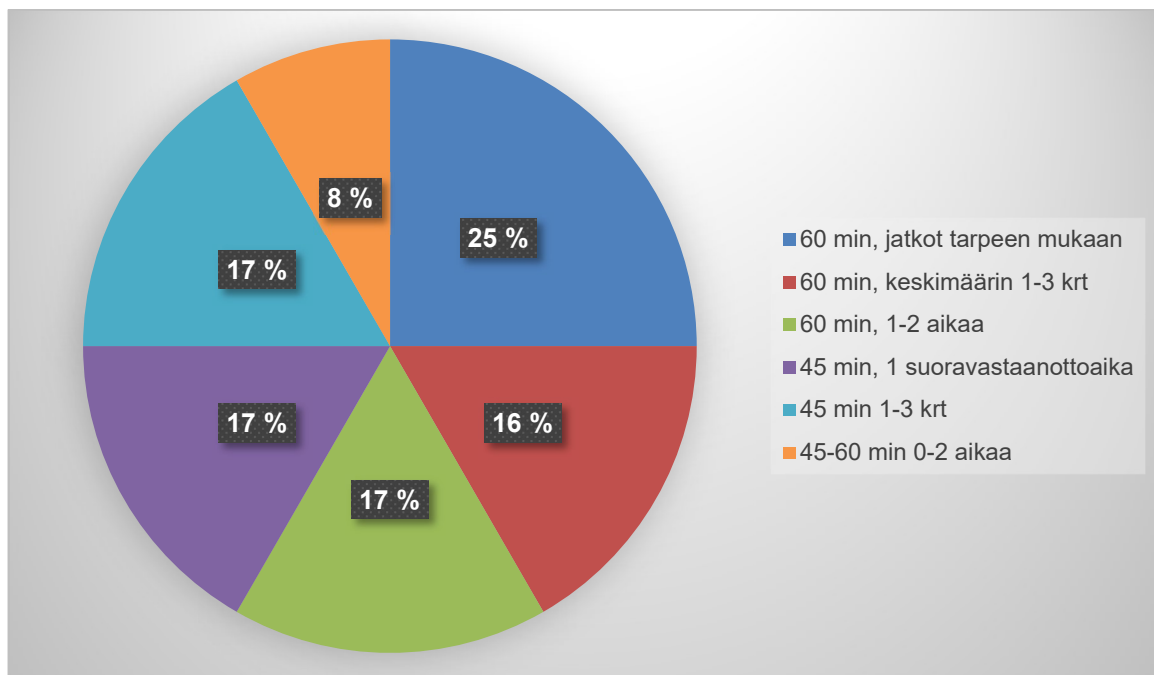
Vastaajien määrä 8

18. Miten kehittäisitte toimintaa/toimintamallia edelleen?

- Potilaiden ohjautuvuus suoravastaanotolle tulisi saada kehitettyä, ehkä jollain aikataululla systemaattisesti kaularankaperäisistä ongelmista kärsivät, parhaimmillaan toiminta voisi olla ns. äkki-politoimintaa tai yhteisvastaanottoja lääkrin kanssa
- Tällä hetkellä ei ideoita: vastanneista 2
- Jos kehitetään muihin potilasryhmiin kuin näihin olkapäihin ja alaselkään niin vaatii kovasti aikaa. Tässä myös palkkakysymykset jääneet meidän kunnassa miettimättä. Kehittämisen pitäisi lähteä johdon taholta niin menisi paremmin käytäntöön.
- vastaanottoaika pidemmäksi, ammatilliset case-keskustelut, yhteistyö kiputyöryhmän kanssa, nyt laajennetaan vastaanottoa koskemaan myös alaraajoja
- jatkuva kouluttautuminen on tarpeen
- Sairaanhoidajien ja vastaanottohoitajien koulutusta lisäisin.
- Puhdystystä on edelleen parannettava, kun henkilökuntaa vaihtuu hoitajissa ja lääkrereissä

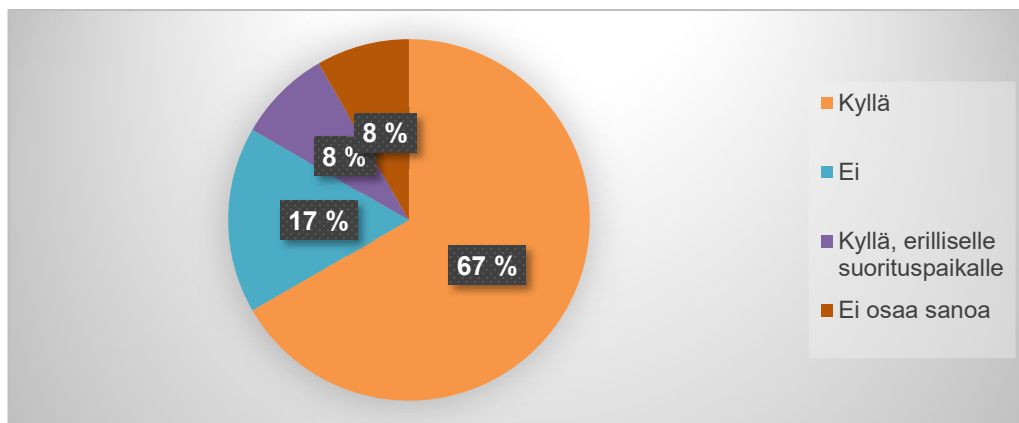
Vastaajien määrä 8

19. Kuinka pitkä vastaanottoaika on varattu fysioterapeutille ja kuinka monta aikaa keskimäärin potilaalle annetaan?



Vastaajien määrä 12

20. Tilastoidaanko akuutti/suoravastaanoton potilaita erikseen?



Vastaajien määrä 12

21. Onko potilaiden ohjautuvuus ollut oikeanlaista?

- Oikeanlaisia potilaita ohjautuu määrä vähäinen
- Tässä on vielä kehittämistä
- Kyllä: vastanneista 5
- pääsääntöistä oikeanlaista, mutta emme tiedä ohjautuuko lääkäreille näitä asiakkaita
- ei: vastanneista 2

- Periaatteessa kyllä, mutta saisi tulla enemmän ja osassa toimipisteitä suoravastaanottoa käytetään jnkv myös ei- kiireellisille asiakkaille, vaikka ajat tulisi olla akuuttikäyttöön.
- ei osaa sanoa

Vastaajien määrä 12

22. Montako työntekijää hoitaa akuutti/suoravastaanottoa (ajanvaraajat, fysioterapeutit ja lääkärit)?

- 4 työntekijää
- 7 fysioterapeuttia viidellä eri terveysasemalla. Ajanvaraajia yhteensä viidellä terveysasemalla voi olla n. 20-30 työntekijää
- 2 fysioterapeuttia, 8 hoitajaa ja 8 lääkäriä. Hoitajat ja lääkärit toimivat työpareina
- 2 fysioterapeuttia, 5 omahoitajaa
- Ajanvaraajien lukumäärää en tiedä, sillä ajanvaraukset tulevat useilta eri tahoilta
- 10 työntekijää: vastanneista 2
- Meillä on kaikilla terveys- ja hyvinvointisemmilla ko. palvelua ja noin 20 fysioterapeuttia yhteensä pitää ko. vastaanottajia koko piirin alueella
- Minun yksikössä 1 sihteeri, 4 työterveyshoitajaa ja 1 fysioterapeutti
- 7 työntekijää
- Hoitajia ajanvarauksessa useita/toimipiste, fysioterapeutteja 1-3 toimipisteestä riippuen. Lääkärit eivät kuulu suoravastaanotto toimintaan suoraan vaan konsultaatioajatuksella (1 päivystävä lääkäri yleensä)
- Koulutuksessa alueella (esh+ pht 5 kuntaa) mukana ollut 21 fysioterapeuttia, jokaisessa yksikössä vastuulääkäri eli 6 lääkäriä sekä kaikkien kuntien hoitajat, ajanvaraajat ja päivystyksen triage-hoitajat. Määrä ei ole täysin vielä selvillä.

Vastaajien määrä: 12

23. Onko ajanvaraajat saaneet täydennyskoulutusta hoidon tarpeen arvioinnin-koulutuksen lisäksi?

- Perehdytys annettu
- Kyllä, kertauksia on
- Eivät. Yhteistyö on kylläkin tiivistä ja tarpeen mukaan toiminnassa mukana olevat pitävät palaveriteita toiminnan kehittämiseksi.
- ei: vastanneista 3
- Ehkä
- Tarpeen mukaan on annettu lisäkoulutusta
- Koulutukseen liittyen on järjestetty 2 yhteistä koulutuspäivää ja tarpeen mukaan kouluttaisimme myös yksiköissä lisää. Tämä ei ole vielä varmistunut
- Fysioterapeutit ovat käyneet puhumassa asiasta + oireilistaus toimitettu kirjallisena
- vähän suoravastaanottoon -> parannettavaa

Vastaajien määrä: 11

24. Ovatko vastaanottotoimintaa tekevät fysioterapeutit saaneet lisäkoulutusta ja minkälaista?

- Suoravastaanottokoulutus 9-15 op.

- Osa on käynyt suoravastaanottokoulutuksen, joko ammattikorkeakoulun tai fysioterapia-liiton järjestämän.
 - Vuoden kestävä tule-koulutus ja pieniä koulutuksia
 - Kyllä, 30 opintoviikkoa (muistaakseni ei vielä ollut pisteitä). Vuoden koulutus
 - Ovat, selkävastaanottoa tekevillä on NDT ja McKenzie -koulutukset sekä joku v. 2010 käyty akuutti selkävastaanottokoulutus, Laajempaa suoravastaanottoa tekevät ovat käyneet Jamk:in täydennyskoulutuksen.
 - kyllä, kertauksia on
 - Kyllä, 30 opintopisteen lisäkoulutuksen oppisopimuksella tai amk:n täydennyskoulutuksella
 - Tiina Lahtinen-Suopangin koulutus 9 vrk
 - Olemme suorittaneet Jyväskylän ammattikorkeakoulussa suoravastaanotto täydennyskoulutuksen 15op
 - Ei suoranaista suoravastaanoton lisäkoulutusta, muuta normi fysioterapian koulutusta kyllä. Suoravastaanotto fysioterapian koulutuksen lisäksi ei ole ollut lisäkoulutusta ja sitä kaivataan
 - 15 opintopisteen suoravastaanotto-koulutus yksityiseltä kouluttajalta.
 - Mdt, akupunktio ym.
 -
- Vastaajien määrä: 12

25. Onko fysioterapeuteilla lääkeresepin- tai sairauslomankirjoitusoikeus?



Vastaajien määrä: 12

