



Fysioterapiaprosessin kehittäminen Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla

Tekijä Tuula Neuvonen

Opinnäytetyö

YLEMPI AMK-TUTKINTO

kesäkuu 2009



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**

Sosiaali- ja terveysala

Tekijä(t) Tuula Neuvonen	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä 60	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen saakka	
Työn nimi Fysioterapiaprosessin kehittäminen Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla.		
Koulutusohjelma Fysioterapia, ylempi AMK, terveyden edistäminen		
Työn ohjaaja(t) Kuukkanen Tiina, Jyväskylän ammattikorkeakoulu Kettunen Tarja, Jämsän kaupunki		
Toimeksiantaja(t) Jokilaakson sairaala		
Tiivistelmä <p>Erikoissairaanhoito on ollut Jämsän seudulla päättäjien tarkastelun kohteena jo useamman vuoden ajan. Jokilaakson sairaala on Jämsän kaupungin omistama sairaala, jonka yhtiöittämisestä käydään parhaillaan neuvotteluja. Tulevaisuudessa fysioterapian palvelut myytäneen Jämsän kaupungilta osakeyhtiöön, jonka omistajina ovat sekä kunnallinen että yksityinen puoli.</p> <p>Opinnäytetyön tehtävänä on kuvata tämän hetkistä fysioterapeuttista toimintaa Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Fysioterapia on palvelu, jota Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimi ostaa Jokilaakson sairaalalta. Jämsän kaupunki on siirtynyt tilaaja-tuottaja-malliin 2009 vuoden alusta. Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut laatia fysioterapeutin tehtäväkuva, tuotteistaa kirurgian ja ortopedian poliklinikan fysioterapeuttinen toiminta sekä kuvata poliklinikan keskeiset fysioterapiaprosessit Jokilaakson sairaalassa. Kehittämistyönä on laadittu fysioterapeutin tehtäväkuvaus uuden Jämsän ohjeistuksen mukaisesti. Fysioterapeutin työaikaseuranta on toteutettu 6/08 ja varmistusmittaus 8/08. Näiden mittausten pohjalta fysioterapia on tuotteistettu. Keskeiset fysioterapeuttiset toimintaprosessit on kuvattu sosiaali- ja terveystoimen laadunhallintajärjestelmässä sovitun formaatin mukaisesti. Opinnäytetyön kirjoittamisessa on sovellettu Precede-Proceed-mallia organisatoristen muutosten haltuunottamiseen terveydellisten ongelmien hoidossa.</p> <p>Keskeisenä tavoitteena on Precede-Proceed-mallin avulla selventää erikoissairaanhoidossa tapahtuvia muutoksia sekä hinnoitella fysioterapeuttinen työ Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla tilaaja-tuottaja-mallia varten. Lisäksi sairaalan yhtiöittämistä varten tulee olla kuvattu tällä hetkellä käytössä oleva fysioterapeutin tehtäväkuva ja keskeiset fysioterapeutin avaintehtävät.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Fysioterapia, tehtäväkuva, tuotteistus		
Muut tiedot		

Author(s) Tuula Neuvonen	Type of Publication Master's Thesis	
	Pages 60	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	
Title Improvement of process of physiotherapy in outpatient clinic of surgery and orthopedics on Jokilaakso hospital		
Degree Programme Master Degree Programme in Health Promotion (Physiotherapy)		
Tutor(s) Kuukkanen Tiina, JAMK University of Applied Sciences Kettunen Tarja, City of Jämsä		
Assigned by Jokilaakso hospital		
<p>Abstract</p> <p>Specialized medical treatment has been under examination in Jämsä area by decision-makers for several years. Hospital of Jokilaakso is owned by Jämsä city and its corporationing is under discussion. In the future Jämsä city will sell the physiotherapy services to the corporation owned by communal and the private sector.</p> <p>The task of the Master's Thesis is to describe physiotherapeutic activities in the outpatient clinic of surgery and orthopedics of Jokilaakso hospital. Physiotherapy is a service that is internally bought by Jämsä City health and social services from Jokilaakso hospital. Jämsä city has migrated customer-procuder pattern from the beginning of 2009. The objective of this thesis has been to model job description of physiotherapist, to productize the activities of physiotherapy in the outpatient clinic of surgery and orthopedics and to model essential procedures of physiotherapy in Jokilaakso hospital. As a development project has job description of physiotherapist created according to new Jämsä instructions. Monitoring of working hours of physiotherapists has taken place at 06/2008 and verification in 08/2008. Pricing of physiotherapy procedures has been done according to these measurements. Essential procedures of physiotherapy have been described according to quality control system of health and social services. This thesis applies Precede-Procude model in occupation of organizational changes in administration of health care problems.</p> <p>As a main goal is, by Precede-Procude model, to clarify changes happening in specialized medical treatment and price physiotherapists work in the outpatient clinic of surgery and orthopedics of Jokilaakso hospital for the customer-procuder pattern. Also, because of corporationing, there has to be description of physiotherapists work and essential procedures in physiotherapy.</p>		
Keywords Physiotherapy, job description, pricing		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	4
3	VÄESTÖN KEHITYS FYSIOTERAPIAN SOSIAALISENA HAASTEENA (SOSIAALINEN DIAGNOOSI)	5
4	TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUKSIEN TILANNE (EPIDEMIOLOGINEN DIAGNOOSI)	7
5	LIIKUNNALLINEN KÄYTTÄYTYMINEN JA MAHDOLLISUUDET (KÄYTTÄYTYMIS- JA YMPÄRISTÖDIAGNOOSI)	9
6	PALVELUTUOTANNON RAKENNE TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUKSIEN HOIDOSSA (KASVATUS- JA ORGANISAATIIDIAGNOOSI)	11
6.1	Altistavat tekijät	11
6.1.1	Erikoissairaanhoidon järjestäminen Suomessa	12
6.1.2	Erikoissairaanhoidon järjestäminen Jämsän seudulla	13
6.2	Mahdollistavat tekijät	15
6.2.1	Fysioterapiaresurssit	15
6.2.2	Fysioterapian tehtävien uudelleen organisointi ja tehtäväsiirrot	17
6.2.3	Vertailu Loimaan aluesairaalaan	18
6.3	Vahvistavat tekijät	20
6.3.1	Käypä hoito	20
6.3.2	Vaikuttavuustutkimukset	21
7	VALTIOVALLAN OHJEISTUS (HALLINNOLLINEN JA POLIITTINEN DIAGNOOSI) ...	23
7.1	Kansalliset ohjelmat	24
7.1.1	Uusi terveydenhuoltolaki	24
7.1.2	Paras-hanke	24
7.1.3	KASTE-ohjelma	26
7.1.4	Kansallinen TULE-ohjelma	26
7.2	Alueelliset ohjelmat	27
7.2.1	Maisema-hanke I ja II	27
7.2.2	Terveyttä edistävät sairaalat	27
7.2.3	Sujuvat hoitoketjut Keski-Suomen keskussairaalan alueella	28
7.2.4	Kantere	29

7.3	Paikallinen taso	29
7.3.1	Sairaalaselvitys	29
7.3.2	Tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa.....	30
8	TOTEUTUS.....	32
8.1	Fysioterapeutin tehtäväkuva.....	32
8.2	Fysioterapian tuotteistaminen Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla	33
8.3	Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan keskeisten fysioterapiaprosessien kuvantaminen.....	35
9	PROSESSIN ARVIOINTI.....	36
10	VAIKUTUSTEN ARVIOINTI	37
11	TULOSTEN ARVIOINTI	38
12	POHDINTA.....	39
LÄHTEET		43
LIITTEET		47
Liite 1.	Precede-Proceed-malli	47
Liite 2.	Kirurgian ja ortopedian poliklinikalla eniten esiintyvät diagnoosit	48
Liite 3.	Fysioterapeutin tehtäväkuvaus	50
Liite 4.	Kirurgian ja ortopedian klinikan aikaseuranta	51
Liite 5.	Fysioterapian tuotteiden/palveluiden myyntihinnasto	52
Liite 6.	Toimintaohje	53
Liite 7.	Tekonivelpotilaan hoitoketju.....	55
Liite 8.	Olkapään hoidon prosessikaavio	56
Liite 9.	Operoidun selän hoidon prosessikaavio	57
Liite 10.	Dupuytreen hoidon prosessikaavio	58
Liite 11.	ACL:n hoidon prosessikaavio	59
Liite 12.	Konservatiivisesti hoidettavan selän hoidon prosessikaavio	60
KUVIOT		
KUVIO 1.	Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan käynti-tilasto 2004	9
KUVIO 2.	Uuden Jämsän sosiaali- ja terveyslautakunnan organisaatorakenne	14
KUVIO 3.	Fysioterapeutin työn tuotteistamisen vaiheet Jokilaakson sairaalassa ...	34
KUVIO 4.	Esimerkki uimaratakaaviosta: Rintaleikkauksen jälkeinen fysioterapia	35

1 JOHDANTO

Erikoissairaanhoidossa tapahtuvat muutokset ovat johtaneet siihen, että fysioterapiassa on mietitty tämän hetkistä fysioterapian toteuttamista Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Mitä tehdään, millä resursseilla ja mihin hintaan. Kehittämishankkeen teoreettiseksi viitekehyykseksi valittiin terveyden edistämisen Precede-Proceed-malli (Green & Kreuter, 1999). Precede-Proceed-malli on systemaattinen malli, jota voidaan hyödyntää laajasti hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa ja arvioinnin viitekehyyksenä/työkaluna. Malli muodostuu yhdeksästä vaiheesta. Suunnittelussa edetään taaksepäin etsimällä syitä ja seurauksia, joiden avulla lopputulos saavutetaan. Suunnittelu keskittyy enemmän vaikutuksiin ja haluttuihin tuloksiin kohderyhmässä kuin panoksiin. Precede-Proceed-malli perustuu siihen, että terveyskäyttäytyminen on moniulotteinen ja siihen vaikuttavat monet tekijät. Malli tarjoaa ohjeita priorisointiin, jotta voimavarat voitaisiin käyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Tässä opinnäytetyössä Precede-Proceed-mallia sovelletaan organisatoristen muutosten haltuunottamiseen terveydellisten ongelmien hoidossa. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 46.)

Precede-Proceed-mallin ensimmäinen vaihe on sosiaalinen diagnoosi, jossa tutkitaan väestön kehitystä sosiaalisena haasteena Jämsän seudulla. Epidemiologisessa diagnoosissa pohditaan, mikä on tuki- ja liikuntaelinsairauksien tilanne tilastollisesti valtakunnallisesti. Kolmas vaihe sisältää käyttäytymisen ja ympäristön diagnoosin, jossa tarkastellaan liikunnallista käyttäytymistä ja mahdollisuuksia. Kasvatuksellisessa ja organisatorisessa diagnoosissa selvitetään palvelutuotannon rakennetta tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa altistavien, mahdollistavien ja vahvistavien tekijöiden kannalta. Nämä tekijät joko käynnistävät tai ylläpitävät muutosprosesseja. Viides vaihe on hallinnon ja politiikan diagnoosi. Tässä osiossa tarkastellaan valtiovallan ohjeistusta kansallisten, alueellisten ja paikallisten hankkeiden pohjalta. Ne voivat edistää tai estää interventioiden toteuttamista. Precede-Proceed-mallin vaiheet 6–9 ovat interventioon toimeenpanon ja arvioinnin vaiheita. Näissä käsitellään työn tavoitetta ja toteuttamista käytännön tasolla. (Liite 1.)

2 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Tarve työn tekemiseen on tullut Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymän purkautumisesta vuoden 2008 lopussa. Tällöin uuden Jämsän terveydenhuollon palvelujen tuotannossa siirrytään tilaaja-tuottajamalliin. Tilaaja-tuottaja-malliin siirtymisen myötä jokaisen yksikön tulee pystyä määrittämään tuottamilleen palveluille hinta sekä määrä. Fysioterapia on Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tuote, jota myydään sisäisesti Jokilaakson sairaalalle. Opinnäytetyössä fysioterapialla tarkoitetaan fysioterapeutin palveluja, joita tehdään Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Fysioterapia määritellään ammattihenkilön, joka on suorittanut fysioterapeutin tutkinnon, suorittamaksi työksi. Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita hänen toimintaympäristönsään. Fysioterapian menetelmiä ovat terveyttä ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. (Fysioterapeuttiliitto 2007.)

Tuotteistuksen tarvetta lisäävät myös Jokilaakson sairaalassa tapahtuvat muutokset vuoden 2009 aikana. Sairaalan yhtiöittämisestä on tehty aiesopimus 6/2008. Jokilaakson sairaala on siirtymässä terveyskeskussairaala yhtiöön, jonka omistajina toimivat sekä kunnallinen että yksityinen puoli.

Kehittämistehtävän tavoitteena on selvittää Precede-Proceed-mallin avulla lähtökohtia uudistuksille sekä kuvata fysioterapiaprosessia Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Kehittämistehtävä keskittyy organisaation näkökulmaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa fysioterapeutin tehtäväkuva ja kuvata keskeiset fysioterapeuttiset toimintaprosessit ovat sosiaali- ja terveystoimen laadunhallintajärjestelmässä sovitun formaatin mukaan. Kolmas kehittämistyön tavoite on fysioterapiapalveluiden tuotteistamisen kirurgian ja ortopedian poliklinikalla.

3 VÄESTÖN KEHITYS FYSIOTERAPIAN SOSIAALISENA HAASTEENA (SOSIAALINEN DIAGNOOSI)

Elämänlaatu ja asuinympäristö

Väkiluvun ennuste Suomessa ja Jämsän seudulla
Ikärakenne
Asuinympäristö

Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan Suomessa nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. Alle 15-vuotiaiden osuus väestöstä pienenee puolestaan nykyisestä 17 prosentista 15,5 prosenttiin vuoteen 2040 mennessä. Samassa ajassa työikäisten osuus väestöstä pienenee nykyisestä 66,5 prosentista 57,5 prosenttiin. Työikäisten määrä alkaa vähentyä vuonna 2010, jolloin sotien jälkeiset suuret ikäluokat siirtyvät eläkeikään. Väestöllinen huoltosuhde eli lasten ja vanhusten määrä sataa työikäistä kohden nousee nykyisestä 50:stä 74,6:een vuoteen 2034 mennessä. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan viime vuoden vaihteen 1,8 prosentista vuoteen 2040 mennessä 6,1 prosenttiin. Suhteellisesti eniten väkiluvun ennustetaan kasvavan Ahvenanmaan, Pirkanmaan, Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan maakunnissa. Niiden väkiluku olisi vuonna 2020 noin 10 prosenttia nykyistä suurempi. (Tilastokeskus 2007.)

Viimeisten kahden vuoden aikana väestö on vanhentunut Keski-Suomessa lähes yhtä voimakkaasti kuin koko maassa keskimäärin. Muutos on merkinnyt sitä, että lasten (0–15-vuotiaiden) osuus on hieman laskenut, iäkkäämpien (yli 65-vuotiaiden) osuus noussut ja työikäisten osuus pysynyt samana vuodesta 1998 vuoteen 2005 asti. Huoltosuhde kuvaa sitä osuutta väestöstä, jonka työlliset joutuvat elättämään työssä käymätöntä. Huoltosuhde kasvoi Keski-Suomessa vuodesta 1990 vuoteen 1996, minkä jälkeen se laski vuoteen 2001 asti. Vuodesta 2003 vuoteen 2004 huoltosuhde nousi hieman. (Siltaniemi, Perälähti, Eronen & Londen 2007, 85.) Jämsän seudulla väkiluvun ennustetaan pysyvän samana 2030 vuoteen mennessä. Vanhusväestön osuus

kasvaa ja työssäkäyvien osuus pienenee. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita koko väestöstä Jämsän seudulla on 27,2 %. Vuonna 2005 lukema oli 19,3 %. Yli 85-vuotiaiden osuus lisääntyy 2,1 prosentista 3,1 prosenttiin. (Tilastokeskus 2007.)

Keski-Suomessa taajama-aste (taajama = 200 asukkaan rakennusryhmä) on 76,3, kun Suomessa se on keskimäärin 83,3. Keski-Suomessa on asukkaita keskimäärin 16,2 yhtä neliökilometriä kohden, joka on hieman alhaisempi kuin koko maassa keskimäärin. Keski-Suomessa erillistaloissa asuminen on muuta maata yleisempää, mutta ahtaasti asuvien asuntokuntien osuus on Keski-Suomessa suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Keski-suomalaisista noin kolme neljäsosaa kokee asumisensa hyvänä tai melko hyvänä kaikilla asuinympäristöä kuvaavalla ulottuvuudella (viihtyminen asuinalueella, asuinympäristön viihtyvyys, asuinalueen turvallisuus ja asumismukavuus). Sosioekonominen asema on iän ohella vahvasti yhteydessä asumisarvioihin. Tyytyväisimpiä omaan asumisympäristöönsä ja asumiseensa kaikilla neljällä ulottuvuudella ovat korkeasti koulutetut. Mitä suuremmat tulot, sitä tyytyväisempiä ollaan oman asumiseen kokonaisuutena. (Siltaniemi ym. 2007, 84–91.)

Luonnon merkitys korostui keskisuomalaisien arvoissa, sillä 95 prosenttia katsoi, että heille on tärkeää tai melko tärkeää nauttia luonnosta. Erityisen merkittävänä sen kokivat yli 24-vuotiaat, aikuistaloudet ja lapsiperheet, eläkeläiset, haja-asutusalueella ja taajamissa sekä hyvinvoinnin eri osa-alueilla hyvin voivat. Jämsän ja Äänekosken seutukunnissa vastaajat korostivat palvelujen läheisyyttä useammin kuin luontoa ja vesistöjä. Ikä on vahvasti yhteydessä asuinkuntaa kiinnittymiseen. Mitä kauemmin on asuinalueella asuttu, sitä tärkeämpänä asuinkunnassa asuminen koetaan. (Siltaniemi ym. 2007, 97–103.)

Koko Jämsän seutukunnan kannalta väestön ikääntyessä tuki- ja liikuntaelin sairaudet (tule-sairaudet) ovat lisääntyvät. Ilmiö noudattelee valtakunnallista trendiä. Tule-sairauksista aiheutuu paljon haittaa ja kustannuksia vaikka tuki- ja liikuntaelinten pitkäaikaiset sairaudet ovat vähentyneet, vaivat ovat edelleen yleisiä. Lähes joka viidennellä työssä käyvällä todettiin kliinisessä tutkimuksessa jokin tule-sairaus. Tule-sairaudet aiheuttivat runsaasti terveystalouden käyttöä eli käyntejä lääkärissä, fysioterapiassa tai sairaalahoidossa. (Heliövaara, Viikari-Juntura & Kaila-Kangas 2007.)

4 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUKSIEN TILANNE (EPIDEMIOLOGINEN DIAGNOOSI)

Terveys

Tilastolliset indikaattorit

- sairastuvuus tuki- ja liikuntaelinsairauksiin

Ulottuvuudet

- ilmaantuvuus

- vallitsevuus

- jakautuminen

- intensiteetti

- fysioterapian tarve tule-sairauksien hoidossa

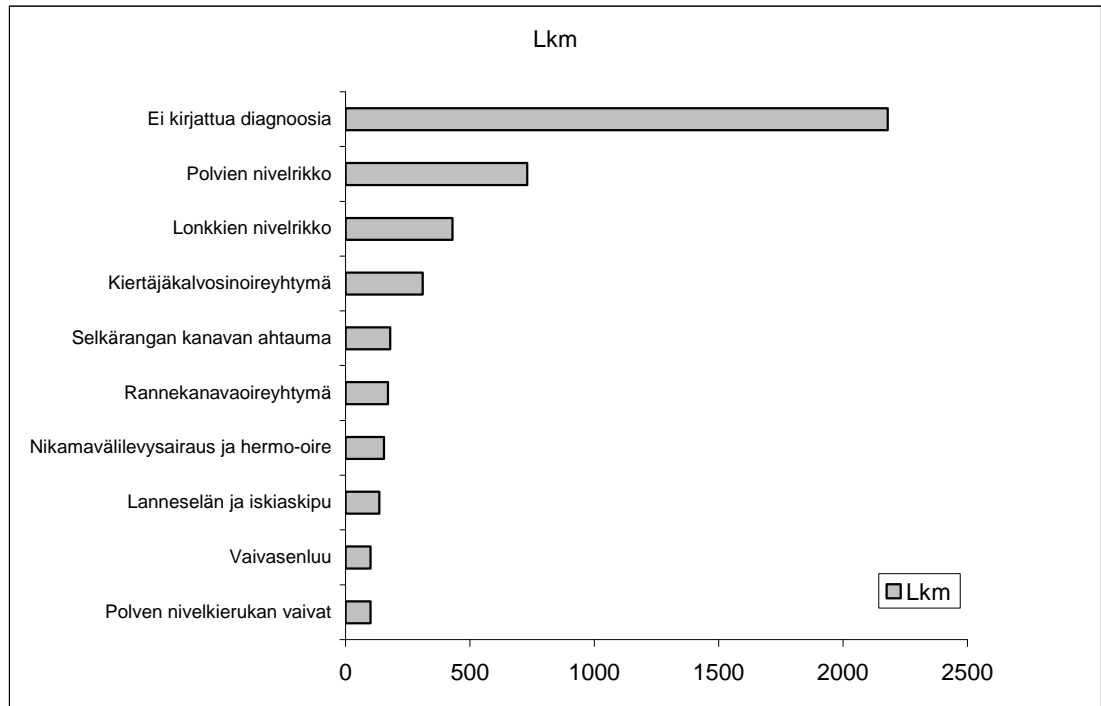
Väestön terveydentilaa eniten heikentävät taudit ovat tule-sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, tapaturmat ja niiden aiheuttamat pysyvät vammat sekä mielenterveyden ongelmat. Suuren ilmaantuvuuden ja esiintyvyyden takia nämä sairaudet ovat todellisia kansantauteja. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja tapaturmat ovat väestössä yleisin kipua aiheuttava ja eniten työstä poissaoloihin johtava sairausryhmä. Joka viides avohoidon käynti tehdään tuki- ja liikuntaelinongelman vuoksi. Potilasmäärän kasvu heijastuu sairaaloiden kuormitukseen: sairaaloiden joka neljäs leikkaus vuosittain kohdistuu tuki- ja liikuntaelinten korjauksiin. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007, 2.)

Kelan sairausvakuutuksen tietojen mukaan vuonna 2004 maassamme alkoi 355 058 sairauspäivärahakautta. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia niitä alkoi eniten eli lähes kolmasosa. Mielenterveys- ja käyttäytymisen häiriöt sekä sydän- ja verenkiertoelintaudit tulevat sairauksista seuraavina. Samana vuonna Suomessa korvattiin 15,5 miljoonaa sairauspäiväraha-päivää, joista 4,9 miljoonaa päivää tule-sairauksiin. Lähes puolet sairauspäivärahakausista alkoi ja yli puolet sairauspäivärahapäivistä korvattiin tule- ja psykiatristen sairauksien takia. Sairauspäivärahapäivät ovat tule-sairauksissa ja mielenterveyden häiriöissä edelleen kasvamassa. (Kela 2007.) Myös tule-sairauksista johtuvat työkyvyttömyyskustannukset ovat korkeat. Vuonna 2004 ne olivat 903 miljoonaa euroa. Työikäisten tule-sairastavien toiminta- ja työkykyä ei ole pystytty lisäämään erilaisista tukitoimista huolimatta. Nämä sairaudet aiheuttavat harvoin kuo-

leman vaaraa, mutta niiden työkyvyttömyyskustannukset ovat niin huomattavat, että niitä voidaan pitää merkittävänä kansansairauksina. (Pohjolainen 2005.)

Terveys on eräs merkityksellisemmäksi koettu tekijä ihmisten elämässä. Keskisuomalaisille tehdyn tutkimuksen mukaan 97 % piti terveyttä tärkeänä asiana omassa elämässään. Terveyttä on tutkimuksissa lähestytty sairastavuuden sekä terveydessä olevien vajauksien kautta. Kansaneläkelaitoksen ikävakioidun sairastavuusindeksin (2005) perusteella väestön terveydentila on Keski-Suomessa muuta maata heikompi lukuun ottamatta Jyväskylän ja Muuramen seutua. Väestön ikärakenne heijastelee myös koko alueen terveydentilaa. Mitä vanhempi alueen väestö on, sitä enemmän terveydellisiä ongelmia esiintyy. Keski-Suomen väestön ikärakenne vastaa kokonaisuudessaan melko tarkasti koko valtakunnan ikärakennetta. 16–64-vuotiaiden osuus väestöstä on 0,6 prosenttiyksikköä pienempi kuin koko maassa keskimäärin ja yli 64-vuotiaiden osuus 0,7 prosenttiyksikköä suurempi. Väestön terveydentilaa heijastelevat myös perusterveydenhuollon lääkäri-ikäkäynnit. Lääkäri-ikäkäyntien perusteella keskisuomalaisten terveydentila näyttäytyy kokonaisuutena heikompana kuin keskimäärin. Koko maassa lääkäri-ikäkäyntejä on ollut keskimäärin 4 800 käyntiä vuodessa tuhatta asukasta kohden. Jämsän seudulla käyntimäärät ovat olleet keskimäärin 6 000–6 500 käyntiä vuodessa. (Siltaniemi ym. 2007, 51.)

Fysioterapiassa pyritään tule-sairauksissa pääasiassa lihasjännitysten laukaisuun sekä kivun hoitoon. Aktiivisia toiminnallisia lihasvoima-, liike- ja liikuntaharjoituksia on alettu toteuttaa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tämän hetken tiedon mukaan niiden vaikuttavuus on eri fysioterapiamuodoista paras. Kelan suorittamista sairausvakuutusten korvauksista vuonna 2000 fysioterapian vuoksi korvattiin 38 % kaikista Kelan tutkimuksen ja hoidon korvauksista. Sairausryhmäkohtainen tilastointi fysioterapian osalta on alkanut 2000 luvun puolivälistä, mutta tarkkoja tietoja eri sairauksien osalta ei ole vielä käytettävissä. Sairausvakuutuksen korvaama fysioterapia on kuitenkin kohdistunut pääosin tule-oireiden hoitoon. (Pohjolainen 2005, 16.)



KUVIO 1. Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla eniten esiintyvät diagnoosit 2004

Jämsän seudulla lääkärissä käyntejä on keskimääräisesti enemmän muuhun suomeen verrattuna (Siltaniemi ym. 2007). Erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus paikkakunnalla helpottaa ja nopeuttaa hoitoon pääsyä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia yleisimmin Jämsän seudulla hakeudutaan polven, lonkan, olkapään ja alaselän ongelmien vuoksi. (Hakaniemi 2006.) (Liite 2)

5 LIKUNNALLINEN KÄYTTÄYTYMINEN JA MAHDOLLISUUDET (KÄYTTÄYTYMIS- JA YMPÄRISTÖDIAGNOOSI)

Käyttäytyminen ja elämäntyyli

Indikaattorit
 - hyödyntäminen
 - ennaltaehkäisy
 - itsehoito

Ulottuvuudet
 - laajakantoisuus
 - pitkäjännitteisyys

Suomalaisten terveys on viime vuosikymmeninä jatkuvasti parantunut ja elinajan odote on pidentynyt. Vielä vuonna 1986 julkaistussa Terveyttä kaikille -asiakirjassa ensimmäisenä tavoitteena oli "lisää vuosia elämään". Tavoite oli tuolloin syytä asettaa ensimmäiseksi, koska suomalaisten odotettavissa oleva elinikä oli vuonna 1986 muihin eurooppalaisiin verrattuna alhainen. Tavoitteissa on onnistuttu, sillä tänään suomalainen mies elää yli 74-vuotiaaksi ja suomalainen nainen yli 81-vuotiaaksi. Kehittyneissä teollisuusmaissa varsinainen huoli ei kuitenkaan ole enää eliniän pidentäminen vaan laadullisesti hyvien elinvuosien määrän lisääminen ja toimintakyvyn edistäminen sekä sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta sosiaalimenojen hallittavuus. (Pohjolainen 2005.)

Tutkimusten mukaan säännöllinen liikunta ja kuormitus säilyttää nivelten biologiset ominaisuudet. Liikkumattomuus heikentää rustokudosta, lihaksia ja altistaa mekaaniselle vauriolle (Arokoski, Helminen & Kiviranta 2001.) Liikuntaa harrastaa vähintään kerran viikossa useampi suomalainen kuin 10 vuotta sitten, vaikka päivittäin liikkuvien osuus onkin hieman pienentynyt. Suhteellisesti eniten on kasvanut 25–44-vuotiaiden vähintään kerran viikossa liikkuvien osuus. Kolme neljästä 65 vuotta täytäneistä harrastaa liikuntaa vähintään kerran viikossa. (Tilastokeskus 2007). Naisten keskuudessa on yli kymmenen prosenttia enemmän päivittäin liikkuvia kuin miehissä. Aiempaan verrattuna naiset ovat lisänneet liikunnan harrastamisen kertoja viikossa. Alueelliset erot ovat pienet. Liikunta-aktiivisuus on yhtä suurta koko Suomessa, niin pohjoisessa kuin etelässä, asutuskeskuksissa kuin haja-asutusalueilla. Naiset harrastavat liikuntaa miehiä monipuolisemmin. Kävelyä harrastaa väestöstä selvä enemmistö. Pyöräily on väestön toiseksi suosima liikuntalaji. Vanhojen perusliikuntalajien rinnalle on alkanut nousta sauvakävely. 72 % väestöstä on todettu harrastavan liikuntaa jonkin järjestön piirissä. (Suomen kuntoliikuntaliitto 2009)

Myös keskisuomalaisten liikunnan harrastamisella ja fyysisen terveydentilan välillä on todettu selvä yhteys. Noin 40 % fyysistä terveyttään huonona pitävistä ei harrasta juurikaan liikuntaa, kun vastaavasti hyvänä terveyttään pitävistä liikuntaa harrastamattomia on 15 prosenttia. Liikunnan harrastaminen on jonkin verran yleisempää korkeammin koulutetuilla. Perheen nettotuloilla on jonkinasteinen yhteys liikunnan harrastukseen. Paremmin ansaitsevat harrastavat liikuntaa jonkin verran enemmän. Tutkimukseen osallistuneista keskisuomalaisista 14 prosenttia tupakoi päivittäin ja satunnaisesti tupakoi noin 24 prosenttia. Eniten tupakoivia oli alle 45-vuotiaiden ikäryhmässä. Haitalliset elintavat kasaantuivat muita useammin tupakoiville ainakin alkoholin käyttönä ja liikunnan vähäisyytenä. Päivittäin tupakoivista 38 % harrasti liikuntaa useita kertoja viikossa, kun kokonaan tupakoimattomilla vastaava luku oli 58 %. (Siltaniemi ym. 2007, 58.)

Jämsän seudulla liikuntamahdollisuudet ovat monipuoliset ja edulliset. Ikääntyville on tarjolla ikäihmisten kuntosali sekä erilaisia liikuntatoimen järjestämiä ryhmiä. Seudulla toimii lisäksi monia erilaisia väestöä liikuttavia järjestöjä kuten Jämsän naisvoimistelijat, tanssiurheiluseura Foksi sekä suunnistusseura Jämsän Retkiveikot. Palvelu on kaikkia ikäryhmiä koskettavaa ja edullista (Jämsän kaupunki 2008). Seutukunnittain tarkasteltuna vapaa-ajanviettomahdollisuudet koetaan keskimäärin parempina Jyväskylän, Jämsän ja Äänekosken seuduilla (Siltaniemi ym. 2007, 190).

6 PALVELUTUOTANNON RAKENNE TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUKSIEN HOIDOSSA (KASVATUS- JA ORGANISAATIO-DIAGNOOSI)

6.1 Altistavat tekijät

Edellytykset

- erikoissairaanhoidon järjestäminen Suomessa
- erikoissairaanhoido Jämsän seudulla

Erikoissairaanhoidon toteutuminen on katsottu tässä työssä altistavaksi tekijäksi tulevaisuuden kannalta. Altistavana tekijänä on koettu, onko edellytyksiä säilyttää erikois-

sairaanhoitoa pienellä alueella. Jokilaakson sairaala on Jämsän kaupungin alainen erikoissairaanhoitoa tuottava kunnallinen sairaala. Jokilaakson sairaalan tulevaisuutta on pohdittu jo useamman vuoden ajan. Nyt tulevaisuuden suunnitelmat ovat selviämässä. Sairaalan yhtiöittämisestä yksityiselle puolelle on tehty aiesopimus. Tulevaisuudessa toiminta pyritään järjestämään osakeyhtiönä jossa osakkaina ovat kuntasektori, sairaanhoitopiiri että yksityinen puoli. Yhtiöön siirtymisen perusteita olisi toimintavarmuus, osaajien rekrytointi, mahdollisten asiakkaiden rekrytointi ja mahdollisesti toimintaskaalan laajentaminen. Tarkoituksena on pystyä säilyttämään työpaikat sekä ylläpitämään ja jopa lisäämään erikoissairaanhoitoa alueella. (Vesala 2008.)

6.1.1 Erikoissairaanhoidon järjestäminen Suomessa

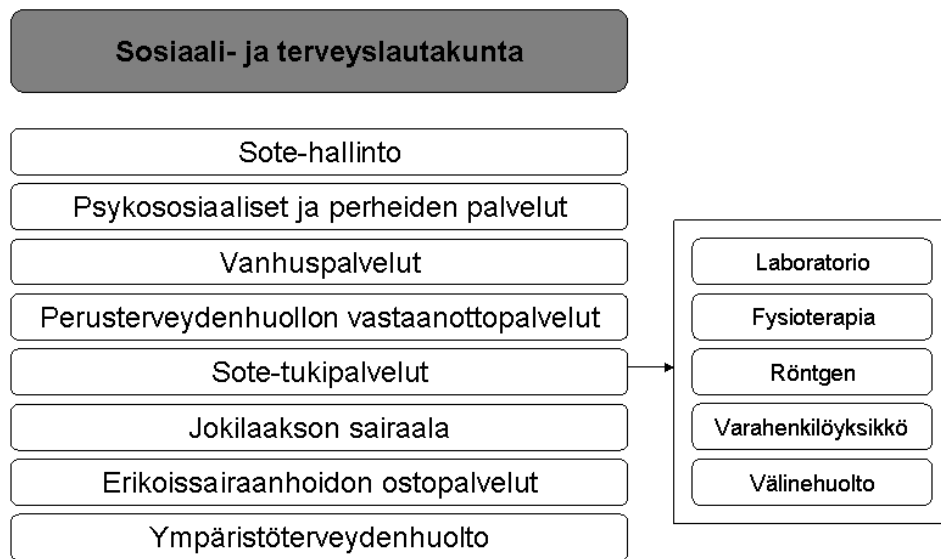
Sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää alueensa erikoissairaanhoito. Sairaanhoitopiiri tuottaa väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka täydentävät terveyskeskusten perussairaanhoidon palveluja. Se vastaa terveyskeskusten laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisestä ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiiri huolehtii tehtäväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Eräät sairaanhoitopiirit tuottavat osan palveluista yhteisin organisaatioin tai ostaen naapuri sairaanhoitopiireiltä. Omavaraisuus on vähentynyt. Palveluja on organisoitu liikelaitoksiin ja osakeyhtiöihin. Osa näistä palvelee kahta tai useampaa sairaanhoitopiiriä. Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidon palveluja organisoidaan tähänastista enemmän ns. miljoonapiirin pohjalta, jossa väestömäärä on riittävä myös lääkäri- ja erikoislääkärikoulutuksen tarpeisiin. Sairaanhoitopiirit ovat muuttuneet paljon sitten vuoden 1991. Uudistumisvauhti ei hidastu 2010-luvulla. (Punnonen 2007.)

Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kunttayhtymään. Sairaanhoitopiirejä on tällä hetkellä 20. Perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon hallinnollisia esteitä madalletaan ja poistetaan erilaisilla säädöksillä. Tietoverkot, yhteiset arkistot ja liikkuvat palvelut mahdollistavat uusia konsepteja tulevaisuudessa. Kunnan ja sairaanhoitopiirin rajat muodostavat vastedes nykyistä pienemmän esteen asiakkaiden palvelujen käytölle. (Kuntaliitto 2007.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuormittavat vastaanottoja ja aiheuttavat kustannuksia sekä päivystyksessä ja erikoissairaanhoidossa. Terveyskeskusten päivystystoiminnot ovat keskittyneet suuriin yksiköihin, joiden työstä vastaavat nuoret, ns. keikkalääkärit. Keikkalääkäreiden lisääntyminen romuttaa omalääkärijärjestelmän ja lisää tule-sairauksien kroonistumista. Suomessa viisi prosenttia perusterveydenhuollon lääkäri-lä käyneistä potilaista lähetetään erikoissairaanhoidon, ja lähetetyistä joka kolmas on toivonut tai vaatinut lääkäriltään lähetettä. Päivystysvastaanotoilta lähetettiin erikois-sairaanhoidon kaikissa ikäluokissa merkitsevästi enemmän potilaita kuin ajanvaraus-vastaanotoilta. Päivystyskäyntien lähetetiheys oli suurin 60–69-vuotiaiden ikäluokassa (15 %). Tämän ikäluokan päivystysvastaanotolla käynneistä miespotilaista jopa joka viides lähetettiin sairaalaan. Kolme viidestä erikoissairaanhoidon lähetetystä päivys-tysvastaanoton potilaasta (60 %) lähetettiin kirurgian ja sisätautien erikoisaloille. ICPC-tautiluokituksen pääluokista kolme yleisintä läheteryhmää olivat tuki- ja liikun-taelinten (18 %), verenkiertoelinten (17 %) ja ruoansulatuselinten (15 %) sairaudet. (Vehviläinen, Takala, Keinänen-Kiukaanniemi, Posti, Viinikainen & Kumpusalo 2005, 1821–1825.)

6.1.2 Erikoissairaanhoidon Jämsän seudulla

Jokilaakson sairaala on erikoissairaanhoidon palveluja tuottava yksikkö. Jämsän seu-dun terveydenhuollon kuntayhtymän toiminta on siirtynyt Jämsän kaupungin toimin-naksi vuoden 2009 alussa. Jämsän ja Jämsänkosken kaupungit sekä Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä yhdistyivät ja muodostivat uuden Jämsän. Jämsän kaupunki siirtyi toiminnassaan tilaaja-tuottaja-malliin. Jämsän kaupungilla on oma sosiaali- ja terveystoimen (SOTE) tilaajalautakunta, joka tilaa palvelut eri sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavilta yksiköiltä. (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Uuden Jämsän sosiaali- ja terveyslautakunnan organisaatorakenne

Uuden Jämsän organisaatorakenne on tullut käyttöön vuoden 2009 alussa. Fysioterapia toimii SOTEn tukipalveluiden alla tuottaen palveluja eri tulosalueille. Kirurgian ja ortopedian poliklinikka kuuluu jokilaakson sairaalan tulosalueeseen.

Jokilaakson sairaala toimii fysioterapian tilaajana ja fysioterapia toimii tuottajana tukipalveluiden alla. Fysioterapiapalvelut myydään uudessa mallissa SOTE-organisaation sisällä yksiköltä toiselle. On myös väläytelty ajatusta, että osa fysioterapeuteista siirtyisi uuden perustettavan yhtiön työntekijöiksi.

Jokilaakson sairaalassa ortopedian sekä kirurgian poliklinikan fysioterapeuttinen toiminta keskittyy leikkausten pre- ja postoperatiiviseen ohjaukseen. Tekonivelleikkavat ovat suurin yksittäinen kävijäryhmä. Nykyisin Suomessa tehdään vuosittain 7500 lonkan ja 8000 polventekonivelleikkausta (Remes, Peltola, Häkkinen, Kröger, Leppilähti, Linna, Malmivaara, Mäkelä, Nelimarkka, Parvinen, Seitsalo & Vuorinen 2007). Stakesin tutkimuksen mukaan yli 200 tekonivelleikkausta tehneiden sairaaloiden joukossa ovat luonnollisesti kaikki yliopistolliset keskussairaalat mutta myös kaksi erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaala: Turun kaupunginsairaala ja Jämsän seudun Jokilaakson sairaala, jotka ovat myös tehneet varsin paljon tekonivelleikkauksia.

Siltaniemen mukaan Stakesin tilastot osoittavat, että perusterveydenhuollon avohoidon lääkärikäyntejä ja muita lääkärikäyntejä on tehty 1990-luvulla ja 2000-luvun alkupuolella asukaslukuun suhteutettuna enemmän Keski-Suomessa kuin koko maassa keskimäärin. Suhteellisesti eniten lääkärikäyntejä tehtiin Jämsän seudulla ja vähiten Jyväskylän seudulla. Terveystuotopalvelut vastaavat parhaiten eläkeläisten tarpeisiin, joilla myös näiden palveluiden käyttö on suurinta. Seutukunnittain tarkasteltuna keskimääräistä myönteisimmät arviot antavat Jämsän ja Äänekosken seutukuntien asukkaat. Vuonna 2004 erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokustannukset olivat Keski-Suomessa 686 euroa, ja koko maassa keskimäärin 735 euroa. (Siltaniemi ym. 2007, 184–185.)

Altistavana tekijänä tässä työssä on käsitelty omaa erikoissairaanhoidoa. Altistavaksi tämän tekee tieto, että erikoissairaanhoidon tuottaminen pienellä alueella on kallista, jollei tilanteelle tehdä suuria muutoksia. Tulevaisuudessa Jämsän seudun poliittiset päättäjät tarkastelevat sosiaali- ja terveystuotopalveluiden tuottamista entistä kriittisemmin.

6.2 Mahdollistavat tekijät

Mahdollistavat tekijät

- fysioterapiaresurssit
- fysioterapian tehtävien uudelleen organisointi ja tehtäväsiirrot
- vertailu Loimaan aluesairaalaan

Mahdollistavia tekijöitä käytännön työn tekemiseen ovat Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla fysioterapian käytössä olevat resurssit. Kuinka paljon tulee lähetteitä joihin fysioterapeutin tulisi pystyä vastaamaan ja millaisia taitoja fysioterapeutilla tulisi olla tehtävien hoitamiseen. Fysioterapian toteutusta Jämsässä on vertailtu Loimaan aluesairaalaan toteutettavaan fysioterapiaan.

6.2.1 Fysioterapiaresurssit

Tässä työssä resursseilla tarkoitetaan ainoastaan Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla päivittäiseen potilastyöhön osallistuvaa henkilökuntaa. Joki-

laakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla toimii ortopedi, 2 kirurgia sekä 1–2 erikoistuvaa kirurgia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ortopedejä käy kerran viikossa osan aikaa vuodesta pitämässä vastaanottoa. Lääkärit pitävät vastaanottoa yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Fysioterapeutin työpanosta poliklinikalle on suunnattu yhden henkilön verran.

Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä tuottaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluita omistajilleen ja asiakkailleen. Omistajia ovat Jämsä, Jämsänkoski ja Kuhmoinen. Väestöpohja alueella on 26 000 henkilöä. Jokilaakson sairaalan ylimääräistä kapasiteettiä on myyty kuntayhtymän ulkopuolelle mm. Keuruulle ja Korpilahdelle. Lisäksi yhteistyö Keski-Suomen keskussairaalan kanssa on lisääntynyt. Läheteiden kääntäminen Jokilaakson sairaalaan on lisääntynyt. (Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä 2006.)

Fysioterapia on yksi niistä toiminnan aloista, joita on tarkoitus myydä terveystalouden puolelta uudelle sairaalaosakeyhtiölle. Jokilaakson sairaala toimii fysioterapiapalveluiden tilaajana ja sote-palveluiden tukiyksikkönä ja fysioterapia toimii tuottajana. Kirurgian ja ortopedian poliklinikalla on muutaman viimeisen vuoden aikana toimintaa kehitetty yhteistyössä ortopedin ja kirurgien kanssa vastaamaan tämän päivän kysyntää. Uuden sairaalan toimenkuvan suunnitteluvaiheessa on tärkeää että fysioterapiaprosessit poliklinikalla on kirjattu tulevaa tilaaja- tuottaja-mallia varten. Vaikuttavuustutkimukset (Cohrane 2009) sekä käypä hoito –suositukset (Käypä hoito 2008) antavat näyttöä siitä, että varhainen fysioterapian tarjoaminen edistää nopeaa toipumista ja työhön paluuta.

Fysioterapeutin avaintehtävät Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla ovat ortopedisten potilaiden tulo-ohjaus tekonivelleikkausta varten sekä tekonivelleikkattujen potilaiden ensimmäinen jälkitarkastus, selkäleikkausten ensimmäinen jälkitarkastus, patella luxsaation jälkeisten operaatioiden ja ACL-operaatioiden jälkitarkastus sekä rintasyöpäpotilaiden kontrolli. Suuren asiakasryhmän muodostavat myös ranne- ja nilkkamurtumapotilaat sekä tenniskyynärpääoireista kärsivät potilaat. Nämä jälkitarkastukset fysioterapeutti hoitaa yhdessä lääkärin tarkastuksen kanssa samana päivänä. Lisäksi fysioterapeutti ohjaa vastaanottokäynnin yhteydessä selkäki- vuista kärsiviä, jotka eivät päädy operaatioon sekä antaa fysioterapeuttisia ohjeita ja

neuvontaa polvi- ja olkapääpotilaille. Olkapää leikkauksesta toipuvien potilaiden jälkitarkastuksen fysioterapeutti on hoitanut itsenäisesti marraskuusta 2006 lähtien korvaten lääkärin tekemän jälkitarkastuksen. Olkapääoperoitujen jälkitarkastukset siirtyivät lääkäriltä fysioterapeutille Keski-Suomen keskussairaalan toteuttaman uuden hoitokäytännön vuoksi. Fysioterapeutti liiton tulkinnan mukaan tällöin tehtäviä uudelleen organisoitiin ilman kirjallista selvitystä, joten tämä ei täytä tehtäväsiirtojen kriteeriä (Kukka 2008).

6.2.2 Fysioterapian tehtävien uudelleen organisointi ja tehtäväsiirrot

Tehtävien uudelleen organisointi on terveydenhuoltoalalla ministeritasolla selvityksen alla. Tehtäväsiirroista on valtakunnallisesti käytössä fysioterapeutti- ja sairaanhoitajaliiton ohjeistus (Saarman 2008). Tehtäväsiirroista on aina tehtävä kirjallinen päätös, jossa ilmenee keneltä kenelle tehtäviä siirretään. Kirjallisesti tulee sopia selkeä ohjeistus toimintamallista. Ohjeistuksessa tulee selvittää yksityiskohtaisesti, millä valtuutuksilla fysioterapeutti voi toimia. Palkkaneuvottelut on käytävä ennen siirtoja. Tehtäväsiirtoihin kuuluu myös tekijän osaamisen varmistaminen. Terveydenhuollon lainsäädännön mukaan tehtäväsiirtoihin vaadintaan opisto- tai ammattikorkeakoulutason peruskoulutus, työkokemusta 3 vuotta ja lisäopintoja n. 30 opintopisteen verran. Näillä vaatimuksilla taataan tekijän ammattitaito. Delegoijan tulee varmistaa delegoidun ammattitaito ja ne diagnostiset keinot, jotka tämä todella osaa. Silloin myös laki on lupien, ohjeiden ja määräyksien takana. (Kukka 2008.)

Suomessa lääkäreiden ja fysioterapeuttien välistä työnjakoa on toteutettu sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa tehtäviä on siirretty kokeneille erikoisalallaan lisäkoulutusta saaneille fysioterapeuteille, esimerkiksi mm. nivelkirurgiaan liittyvät postoperatiiviset seurannat sekä yksilöllisten liikumisen apuvälineiden hankintapäätökset. Tampereella toimii nivelrikon arviointi- ja kuntoutuspoliklinikka. Alaraajojen nivelrikkopotilaiden leikkausjonoa on voitu lyhentää ns. Nottinghamin mallin avulla. Tämä on yksi malli toteutetuista tehtäväsiirroista lääkäreiltä fysioterapeuteille. Osalla jonoon asetetuista potilaista oireet helpottuvat terapeutin harjoittelun avulla ja leikkaushoitoon joutumista voidaan siirtää tai ennaltaehkäistä. (Saarman 2008.)

Fysioterapian tehtäväsiirroista tuki- ja liikuntaelinvaivojen vastaanottoa on kuvattu parhaiten. Akuuttivastaanottoa osalta toimintaohjeet on kirjattu Kotka-Haminan, Jyväskylän maalaiskunnan ja Saarijärvi-Karstulan kuntayhtymissä. Edellä mainituissa kunnissa on järjestetty fysioterapeuteille tehtävän edellyttämä lisäkoulutus. Myös siirretyt tehtävät ja delegointipäätökset on kirjattu. Näissä terveyskeskuksissa tule-ongelmaiset ohjautuvat lääkärissä käynnin sijasta akuuttivastaanoton fysioterapeuttien päivystysajalle. Fysioterapeutilla on oikeus 1–5 vrk sairausloman kirjoittamiseen sekä delegoitu oikeus suositella sopivaa kipulääkitystä. Myös Lohjan terveyskeskuksessa on fysioterapeuttien akuuttivastaanotto tuki- ja liikuntaelinvaivoista kärsiville potilaille. Heillä akuuttivastaanottoa hoitavat kokeneet fysioterapeutit, eikä tehtäväsiirtoon ole liittynyt erillistä lisäkoulutusta eikä erilliskorvausta. Toteutuneista tehtäväsiirroista saadut kokemukset ovat olleet myönteisiä. Tehtäväsiirrot ovat parantaneet ammattiryhmien välistä yhteistyötä. Tehtäväkuvan laajentaminen on lisännyt fysioterapeuttien työmotivaatiota. Myös asiakkailta saatu palaute on ollut myönteistä. (Saarman 2008.)

Eniten tehtäviä Suomessa on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Lääkäreiden tehtäviä on siirretty myös fysioterapeuteille ja röntgenhoitajille. Perusterveydenhuollossa sairaanhoitajan päivystysvastaanottokäynnit ovat muodostaneet parhaimmillaan 28 % kaikista päivystyskäynneistä ja hoitajavastaanottokäynnit lähes 60 % lääkäreiden ja hoitajien yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä. Lääkäreiden päivystysvastaanottokäynnit ovat vähentyneet hoitajavastaanottojen seurauksena 5–15 %

edelliseen vuoteen verrattuna ja sairaanhoitajan puhelinpäivystyksen ja -neuvonnan seurauksena 18–25 % kuukaudessa. Potilasvahinkoja ei ole ilmoitettu. (Hukkanen 2005.)

6.2.3 Vertailu Loimaan aluesairaalaan

Fysioterapian toiminnallista vertailua varten tule-vaivoissa valittiin kohteeksi Loimaan aluesairaala. Loimaan aluesairaala toimii myös aluesairaalatasoisena sairaalana kuten Jokilaakson sairaalakin. Lisäksi operoivien lääkäreiden määrä vastaa pitkälti samaa kuin Jokilaakson sairaalassa. Tällöin toimintamäärät ovat samalla tasolla.

Loimaan aluesairaala kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymään vastaten osavastuualueen erikoissairaanhoidon palvelujen tuottamisesta jäsenkunnille. Käyttäjäkuntia Loimaan aluesairaalalla on Varsinais-Suomen, Satakunnan, Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirien alueella vastaten noin 80 000 asukkaan väestöpohjaa. ([http://www.loimaanaluesairaala.fi/fi/.](http://www.loimaanaluesairaala.fi/fi/))

Ortopedejä Loimaan aluesairaalassa on kaksi päätoimista ja myös yksi freelancer vaihtelevasti riippuen leikkausjonoista. Kirurgeja on lähinnä erikoistuvina, ja he tekevät olkapääoperaatioita ja polventähystyksiä sekä jalkaterän alueen toimenpiteitä. Fysioterapeutteja talossa on yhteensä 6 ja lisäksi yksi kuntohoitaja. Fysioterapeuteilla on kaikilla oma toimialueensa. Kirurgian toimialueella on 4 fysioterapeuttia. Kaksi heistä on osastotyössä, kaksi päiväkirurgiassa.

Osastolla potilasryhmiin kuuluvat mm. polven ja lonkan tekonivelleikkauspotilaat, selkäleikkauspotilaat ja traumat sekä kuntoutuspotilaat. Myös Turun yliopistollisen sairaalan traumapuolelta tulee paljon potilaita jatkohoitoon. Osittain heillä on poliklinista toimintaa, lähinnä jatkokontrollien ja poliklinikalta tulevien pyyntöjen muodossa. Päiväkirurgiassa potilasryhmiin kuuluvat mm. olkapääleikkauspotilaat, polventähystys/-leikkaus potilaat sekä jalkaterän alueen leikkauspotilaat. Lisäksi potilaita tulee enenevässä määrin kirurgian poliklinikoilta sekä ensiapupoliklinikalta. Näissä isoimmat potilasryhmät muodostavat konservatiivisesti hoidettavat olkapäät, jotka on mahdollisesti laitettu leikkausjonoon, mutta joiden kohdalla lääkäri katsoo jo tässä vaiheessa tarpeelliseksi yksilöllisen fysioterapian aloittamisen. Traumojen jälkitilat, konservatiivisesti hoidettavat selkäkipuiset, jalkaterän alueen ongelmat, tukipohjalisarviot jne. ovat Loimaan aluesairaalassa suuri fysioterapeuttien ohjattavien ryhmä. Lisäksi ensiapupoliklinikalta tulee paljon akuutteja pyyntöjä. Kaikki kirurgian poliklinikalta tulevat potilaat fysioterapeutti arvioi itsenäisesti sekä tekee arvion jatkokuntoutuksesta ja kontrollien tarpeesta sekä ohjaa potilaat sen mukaan joko yksityiselle puolelle tai terveyskeskuksen fysioterapiaan jatkamaan. (Arve-Talvitie 2008.)

Loimaan aluesairaalassa on panostettu enemmän fysioterapeutin ohjaukseen akuutissa sekä ennaltaehkäisevässä vaiheessa kuin Jokilaakson sairaalassa. Ortopedit ja kirurgit ohjaavat asiakkaat erikoissairaanhoidon fysioterapeutille jo ennen leikkausta olkapää- ja polvivaivoissa. Leikkaus tehdään vasta, jos intensiivisestä fysioterapiasta erikoissai-

raanhoidossa ei ole ollut apua. Tätä toimintaa Jokilaakson sairaalassa on käytössä vain satunnaisesti. Konservatiivisesti hoidettavat selkäkipuiset ovat myös Loimaalla selkeämmin seurannassa. Jokilaakson sairaalassa konservatiiviset selkäpotilaat on hoidettu parin vuoden aikana resurssitilanteen mukaan. Potilasryhmät, jotka Loimaan aluesairaalassa ohjataan fysioterapiaan, ovat yhteiskunnallisesti kannattava ryhmä. Kyse on työikäisistä, joiden pitkät sairauslomata aiheuttavat kustannuksia. Jokilaakson sairaalassa painopiste on enemmän tekonivelpotilaissa. He taas ovat jo eläkeikäisiä eivätkä yhteiskunnalle niin tuottavia mutta sairastuessaan kuormittavat laitospaikkoja.

6.3 Vahvistavat tekijät

Vahvistavat tekijät

- käypä hoito -suositus
- vaikuttavuustutkimukset

Vahvistavia tekijöitä ovat terveydenhuollossa työntekijöiden, asiakkaiden, johtajien sekä päätöksentekijöiden asenteet ja käytös. Asenteisiin voimme vaikuttaa näyttöön perustuvilla fysioterapian vaikuttavuustutkimuksilla, joilla saisimme käytöstä muuttamaan parempaan suuntaan.

6.3.1 Käypä hoito

Käypä hoito -suositus on valtakunnallinen suositus lääkäreille eri sairauksien hoitoon. Lähes kaikista suosituksista on muokattu kansantajuinen tiivistelmä myös potilaille. Osa käypä hoito -suosituksista on käännetty myös ruotsiksi. Suosituksista julkaistaan englanninkielinen tiivistelmä. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa Suomessa on käypä hoito -suosituksia seuraavista alueista:

- Liikunta. Päivitys 9.10.2008.
- Alaselän sairauksien käypähoito, josta päivitys on tehty 16.6.2008.
- Käden ja kyynärvarren rasisairauksien käypä hoito. Päivitys on tehty 26.3.2007.

- Niskakipu. Päivitys on tehty 15.8.2002.
- Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. Päivitys on tehty 23.1.2008
- Nivelreuma. Päivitys on tehty 26.4.2003.

6.3.2 Vaikuttavuustutkimukset

Jokilaakson sairaalassa käytössä oleva iso 9001 laadunhallintajärjestelmässä nimetty laatupolitiikka nostaa yhdeksi toiminnan tavoitteeksi toiminnan vaikuttavuuden Fy-sioterapian tarvetta tule-sairauksien hoidossa perustellaan vaikuttavuustutkimuksilla. Tule-sairauksien kohdalla vaikuttavuusnäyttö ei kuitenkaan ole vielä kovin runsasta. Systemoiduissa Cochrane-katsauksissa leikkaushoidon vaikuttavuudesta tule-sairauksiin ei ole paljon tietoja (Cochrane 2008). Cochrane-katsauksen mukaan lannerangan välilevytyräpotilaiden avokirurginen leikkaushoito johtaa nopeampaan toipumiseen iskiaskivusta kuin konservatiivinen hoito, mutta leikkauksen vaikutus välilevyrappeumaan on epäselvä. Mikroskooppiavusteisilla ja avoleikkauksilla ei ole vaikuttavuuseroa. Cochrane-katsauksen mukaan spinaalisten oosin hoidosta ei taas voida esittää päätelmiä. Luudutusleikkausten vaikuttavuudesta ei ole hyvin tehtyjä satunnaistettuja kontrolloituja vaikuttavuustutkimuksia. Selän dekompressio- ja luudutusleikkauksia tehdään kuitenkin yhä enemmän. Sairaanhoidopiirien välillä välilevytyräleikkausten määrässä on kolminkertaisia, luudutusleikkauksissa viisinkertaisia ja spinaalisten oosileikkauksissa kymmenkertaisia eroja. Välilevytyräleikkauksia tehdään meillä asukaslukuun suhteutettuna kaksinkertainen määrä Ruotsiin ja kolmikertainen määrä Englantiin verrattuna. (Pohjolainen 2005, 4891–4896.)

Lonkan ja polven tekonivelkirurgiaa voidaan yksittäisten tutkimusten perusteella pitää kustannusvaikuttavana, ja se parantaa nivelrikko- ja -reumapotilaan elämänlaatua ja toimintakykyä. Polvinivelrikkopotilaiden aktiivinen harjoittelu ja polven tekonivelleikkauksen jälkeinen polven jatkuva passiivinen liikehoito fysioterapiaan yhdistettynä on tehokasta. Muu tule-sairauksien kirurgia on tutkimusnäytön osalta sen sijaan pääosin katvealuetta. Esimerkiksi tähystyskirurgian voimakkaasta lisääntymisestä huolimatta kontrolloituja hoitotutkimuksia on tehty vähän ja vain nivelkierukan repeämien tähystyskirurgian vaikuttavuudesta on näyttöä. Polvinivelrikon tähystys-

kirurgian tulokset ovat ristiriitaisia tai tulokset ovat olleet arvioitua huomattavasti huonompia. (Pohjolainen 2005, 4891–4896.)

Kun lonkkaleikkattujen potilaiden hoitoprosesseja ja niiden kustannusten vaihteluita on tutkittu, on huomattu, että leikkaus muodostaa tekonivelleikkausten kokonaiskustannuksista vain murto-osan. Suurimmat kustannukset tulevat toipilasajasta ja odotusajan kustannuksista. Odotusajan kustannukset muodostuvat työterveyshuollon, lääkityksen, sairauslomien, terveydenhuollon ja avoterveydenhuollon sekä kontrollien, erilaisten tutkimusten ja mahdollisen työkyvyttömyyseläkkeen kustannuksista. Rahoittajina ovat asiakas, kunnan terveystoimi, Kela, työnantaja ja vakuutusyhtiöt. Lisäksi tulevat menetetyn ajan kustannukset potilaalle. (Vohlonen & Pekurinen 2007, 161–177).

Polvipotilaiden kuntoutuksen vaikuttavuudesta on näyttöä harjoitteluterapiasta ja ortoosihoidosta patellofemoraalisessa kivussa, nivelrikkopotilaiden aktiivisesta harjoittelusta ja fysioterapeuttisista hoidoista, nivelrikon tai reuman takia tehdyn tekonivelleikkauksen jälkeisestä nivelen jatkuvasta liikehoidosta ja polven nivelsidevammojen jälkeen käytetyistä erilaisista fysioterapiainterventioista. Aktiivisen harjoittelun hyödyllisyydestä polvinivelrikossa ja tekonivelleikkauksen jälkeen polvinivelen jatkuvasta passiivisesta koneellisesta liikehoidosta fysioterapiaan yhdistettynä on kohtalaista näyttöä. (Pohjolainen 2005, 3399–3405.)

Olkapään kiputiloista on kaksi Cochrane-katsausta. Kiertäjäkalvosinrepeämässä leikkaus- tai konservatiivisen hoidon menetelmien hyödyllisyydestä ei voida tehdä johtopäätöksiä, koska tutkimusmenetelmät ovat varsin heikkoja ja tulospäätökset kovin erilaisia. Toinen katsaus koskee olkapääkivun fysioterapeuttisia hoitoja. Tutkimusaineistot ovat olleet pieniä, metodinen laatu vaihteleva ja tutkimusaineistot vaihtelevia. Vain harjoittelusta lyhyellä seuranta-ajalla kiertäjäkalvosinoireyhtymässä on hyötyä ja mobilisatioharjoitteluun yhdistettynä lisää tehoa. Olkapääkivun operatiivisten ja konservatiivisten hoitojen vaikuttavuudessa tarvitaan kipeästi lisätutkimuksia. (Pohjolainen 2005, 3399–3405.)

Työikäisten yläraajan rasitusvammojen moniammatillisen kuntoutuksen vaikuttavuusnäyttö on niukkaa. Raajojen tendiniittien (esim. epikondyliitit, ranteen tendiniitti,

iliotibiaalitendiniitti) syvästä poikittaisen kitkahieronnan vaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Yläraajan työperäisten sairauksien ergonomisia ja fysioterapeuttisia interventioita koskevan katsauksen mukaan tutkimusten laatu on huono. Niukkaa näyttöä on karpaa-likanavapotilaiden erikoisnäppäimistöjen hyödyllisyydestä. Ergonomisten interventioiden ja erityisesti kalliiden ratkaisujen, kuten mm. työpöytä- ja tuolimuutosten hyödyllisyydestä tarvitaan tutkimuksia. (Pohjolainen 2005, 3399–3405.)

Vaikuttavuustutkimukset osoittavat että Suomessa ei ole kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittu vielä riittävän hyvillä kuntoutusasetelmilla. Pelkät työeläkelaitosten ja Kelan pitämät rekisteritiedot eivät kerro todellista kuntoutuksen vaikuttavuutta eikä niiden avulla pystytä vertaamaan interventioiden tai intervention tekemättä jättämisen eroja, vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Tulevaisuudessa, kun kuntoutukselta vaaditaan tutkimusnäyttöjä, on puututtava myös vaikuttavuuden esteisiin. Vaikuttavuustutkimuksien perusteella pitäisi terveydenhuollossa tehdä enemmän moniammatillista yhteistyötä tulosten saavuttamiseksi ja tehostamiseksi.

7 VALTIOVALLAN OHJEISTUS (HALLINNOLLINEN JA POLIITINEN DIAGNOOSI)

Terveyden edistäminen	
Asiakaslähtöinen toiminta	Politiikka Lait ja säädökset Organisaatio
Ohjeet, asetukset ja suositukset terveyden edistämisestä	
Kansalliset ohjelmat	
♦ Uusi terveydenhuoltolaki ♦ Paras-hanke ♦ ♦ KASTE-ohjelma ♦ Kansallinen TULE-ohjelma ♦	
Alueelliset ohjelmat	
♦ Maisema-hanke I ja II ♦ Terveyttä edistävät sairaalat ♦ ♦ Sujuvat hoitoketjut KSKS:n alueella ♦ Kantere ♦	
Paikallinen taso	
♦ Sairaalaselvitys ♦ Tilaaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa ♦	

Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan toimintaa ohjaavat valtiovallan ohjeet, asetukset ja suositukset terveyden edistämisessä. Toimintatapojen ja työtehtävien uudistaminen on valtakunnallisesti käynnissä. Taulukossa on esitetty keskeiset uudistusta ohjaavat asiakirjat.

7.1 Kansalliset ohjelmat

7.1.1 Uusi terveydenhuoltolaki

Hallitusohjelman mukaisesti kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidonlaki yhdistetään yhdeksi laiksi terveydenhuollosta. Lainsäädännön pitää vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä ja asiakaslähtöisyyttä. Tavoitteena on väestön yhdenvertaisuus palvelujen saatavuudessa ja siten väestöryhmien välisten ja alueellisten terveyserojen kaventaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Uuden terveydenhuoltolain painopisteitä tulee olemaan potilaiden valinnan vapauden lisääntyminen terveyttä edistettäessä. Tavoitteena on saada palveluketjut saumattomiksi. Erikoissairaanhoidon palveluita tulisi saada myös perusterveydenhuollossa.

Erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Sairaanhoidon-/terveyspiirejä tulisi olla enintään 20. Eduskunnan käsittelyssä laki on maaliskuussa 2009 ja laki voisi tulla voimaan 2010 alussa. (Tehy 2008, 34.)

7.1.2 Paras-hanke

Paras-hanke eli Kunta- ja palvelurakennemuutos on suurin kunnallishallinnon ja -palveluiden uudistus Suomen historiassa. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhteistyössä valtion kanssa vuoden 2012 loppuun mennessä. Uudistus vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, edistää uusia palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevina vuosikymmeninä. (Valtionvarainministeriö 2008.)

Hallinto- ja kuntaministeri Mari Kiviniemi asetti 6.11.2007 Kuntien parhaat palvelukäytännöt -hankkeen tukemaan ja vauhdittamaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutusta. Hankkeen tehtävänä on edistää kuntien palvelutuotannon uudistamista, tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämistä sekä parhaiden käytäntöjen ja innovaatioiden

levittämistä. Hanke pyrkii julkisten menojen kasvun hillintään kehittämällä kuntapalveluita. Hankkeessa edistetään tehokkaiden toimintatapojen mallintamista verkottuvin toimintamuodoin. Hankkeessa kootaan mm. liitospäätöksiä sekä yhteistoiminta-alueilla sovellettavissa olevia parhaita käytäntöjä palveluprosessien uudistamisessa olemassa olevien kuntaverkostojen kautta. Hankkeen toimikausi on 6.11.2007–31.3.2009. Hankkeen päätyttyä arvioidaan tarvetta jatkaa kuntien parhaisiin palvelukäytäntöihin liittyvää yhteistyötä valtakunnallisella tasolla. (Valtiovarainministeriö 2007.)

Paras-hankkeen keskeisenä sisältönä on seuraava. Mikäli palvelujen rakennetta ei merkittävästi muuteta eikä kuntien tulopuolella tapahdu merkittäviä muutoksia, kustannusten ja tulojen välinen epätasapaino jatkuu ja edelleen syvenee. Palvelutarjontaa sopeutetaan kysynnän (erityisesti ikäryhmien kehityksen) mukaisesti. Palvelutarjonnan sopeuttaminen on erityisen tärkeää väestötappiokunnissa. Mikäli palvelutarjontaan ei tehdä muutoksia tarpeen vähenemisen myötä ja yksikkökustannukset nousevat, ovat ennusteet kuntien osalta huomattavasti huonompia. Siten vaateet talouden tasapainottamiseen kasvavat ja samalla yhteisten resurssien tehokkaammat käyttötavat nousevat esille. Henkilöstön eläköitymisen hyödyntäminen muutoksissa ja osaavan työvoiman saaminen ovat myös osa talousresurssien varmistamista. Tämä tarkoittaa käytännössä terveyskeskusten määrän vähenemistä. Ulkoistamiset ja ostopalvelut lisääntyvät. (Myllymäki 2008.)

Uuden Jämsän kaupungin Paras-hankkeen taloudenpidon periaatteissa on seuraavaa: Kunnallis- ja kiinteistöverot on pidettävä kilpailukykyisinä Keski-Suomen muihin kuntiin verrattuna sekä asukaskohtaista velkamäärää pyrittävä alentamaan. Maksut ja taksat on pidettävä kilpailukykyisinä verrattuna Keski-Suomen muihin kuntiin. Palvelujärjestelmään kohdistuvissa investoinneissa etusijalla asetetaan sellaiset, jotka tehostavat palvelun tuottamista ja kiinteistöjen käyttöastetta tehostetaan. Palveluiden kokoaamisella vältetään uutta rakentamista ja palveluiden tarvitsemia tiloja voidaan järjestellä yli toimialarajojen. Hallintokunnissa toteutetaan kattavasti tilaaja-tuottaja-malleja vuoteen 2013 mennessä. Sosiaali- ja terveystoimi toimii tilaaja-tuottaja-mallien kehittämisessä ja käyttöönotossa pilottina. Vuoden 2009 budjetissa on ilmoitettava, mitkä palvelut ovat tuotteistettuja ja mitkä budjetoidaan ”resurssibudjettina”. Tuotteistettujen palveluiden osalta on sisällytettävä tuotekuvaus. Tuotteistamisen ulkopuolelle täs-

sä vaiheessa jätetään ne palvelut, joista ei saada luotettavia kehitystrendejä. (Jämsän kaupunki 2008.)

7.1.3 KASTE-ohjelma

KASTE-hanke on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2008–2011. KASTE-ohjelman päätavoitteiksi on asetettu kuntalaisten osallistumisen lisääminen ja syrjäytyminen vähenee, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveys, palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus. (SOTKANet 2008.)

Keski-Suomen KASTE-ohjelma korostaa peruspalveluiden vahvistamista ja kansalais-toiminnan lisäystä. Yksi tärkeä hankeosio on myös hoitohenkilöstön koulutus ja kehittäminen, ns. Tehy-raha. Tällä osiolla pyritään selvittämään työnjako kysymykset, tehtäväkuvien laajentaminen, esim. hoitajien vastaanottotoiminta sekä henkilöstön riittävyyden turvaaminen. Tietoteknologian hyödyntäminen sisältyy kaikkiin Kasteen hankkokonaisuuksiin. Medikes- ja Soskes-tietojärjestelmien sekä kansalaisportaalin kehittäminen (hyvinvointiportaali) ovat hankkeen tavoitteena. Keski-Suomen alueella myös perusterveydenhuollon sisällönkuvaus ja tuotteistaminen on nostettu esille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008)

7.1.4 Kansallinen TULE-ohjelma

Kansallisen TULE-ohjelman tarpeellisuutta on korostanut kansainvälinen YK:n, maailman terveysjärjestön (WHO), Maailman pankin ja Vatikaanin tukeman Bone and Joint Decade -kampanja vuodesta 2000 alkaen. Suomi on osallistunut tähän kampanjaan Tules-vuosikymmen-hankkeena. Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto - Suomen Tule ry - perustettiin vuonna 2000. Järjestö muodostuu tule-alan keskeisistä järjestöistä. Vuonna 2007 järjestöllä oli 13 jäsenjärjestöä: Huoltoliitto ry, Invalidiliitto ry, ORTON Invalidisäätiö, Reumasäätiö, Suomen fysioterapia- ja kuntoutusyritykset FYSI ry, Suomen kiropraktikkoliitto RY, Suomen nivelyhdistys ry, Suomen ortopediyhdistys ry, Suomen osteoporoosiliitto ry, suomen reuma-liitto ry, Suomen selkäliitto ry, Työfysioterapeutit ry ja Työterveyslaitos. Ohjelmassa painotetaan liikunnan merkitystä, lasten ja nuorten elintapoja, koulun merkitystä, potilaan oikeutta osallistua oman hoi-

tonsa päätöksentekoon, hoitoon ja kuntoutukseen ohjausta sekä toimivaa hoitoketjua. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007, 4.)

7.2 Alueelliset ohjelmat

7.2.1 Maisema-hanke I ja II

Maisema hankkeen avulla on tarkoitus saada apua terveydenhuollon kustannuspaineisiin. Terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy korostuvat hankkeessa. Eri seuduilla on tehty selvityksiä erityisesti siitä millä tavalla ja millä kustannuksilla. Selvitys on osoittanut kustannuksissa merkittäviä eroja, jotka eivät selity ikärakenne- ja sairastavuus eroilla. Suurimmat erot ovat seutujen hoito- ja hoivapalveluissa ja erikoissairaanhoidon kustannuksissa. Selvitys on tuonut tietoa, miten terveyspalvelut voidaan toteuttaa kustannukset kurissa pitäen siten, että palvelujen laatu samanaikaisesti säilyy tai jopa parantuu. Kunta- ja palvelurakennemuutosten myötä tieto on kunnille tärkeää, koska kunnat etsivät keinoja toteuttaa lainmukaiset velvoitteet riittävien ja laadukkaiden palvelujen järjestämiseksi. Ration suunnittelema tilaajamalli liittyy olennaisesti tähän hankkeeseen. Mallin etuna on se, että se tarkastelee toimintaa kokonaisuutena ja paljastaa, jos jollain osa-alueella säästetään siten, että kustannukset kertautuvat toisaalle moninkertaisena. Maisema-hanke kuuluu Sitran terveydenhuollon ohjelman toiminnan ytimeen. (Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä 2008)

7.2.2 Terveyttä edistävät sairaalat

Jämsän kaupungin sosiaali- ja terveystoimi kuuluu terveyttä edistäviin sairaaloihin. Terveyttä edistävät sairaalat -yhdistyksen tarkoituksena on tuoda voimakkaammin terveyttä edistävä näkökulma Suomen sairaaloiden toimintakulttuuriin. Terveyden edistäminen sairaanhoidossa sisältää parantavan, oireita lievittävän, kuntouttavan, ehkäisevän ja hyvinvointia lisäävän työn. Terveyttä edistävä sairaala sisällyttää päivittäiseen työkuultuuriinsa potilaiden ja heidän läheistensä, työntekijöidensä, sairaalaympäristön sekä väestön terveyden edistämisen. Yhdistyksen kautta yhteisö kuuluu myös

kansainväliseen Health Promoting Hospitals (HPH) -verkostoon. (Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry 2007.)

Terveyden edistämisen rooli sairaaloissa on muuttumassa. Se ei enää rajoitu ylimääräisen elämäntapoihin liittyvän informaation antamiseen potilaalle, kun kliiniset opeeraatiot on tehty. Terveyden edistämisestä on tulossa olennainen osa terveydenhuolto-prosessia. Terveyden edistämällä parannetaan kroonisista sairauksista kärsivien ja pitkäaikaista hoitoa tarvitsevien potilaiden terveyden laatua. WHO:n asiantuntijaryhmä on kehittänyt terveyttä edistäviä standardeja. Jokaiseen standardiin kuuluu alastandardeja, joita on tarkoitus pyrkiä mittaamaan mittareilla. Jokaisella standardilla on käytössään 6–10 mittaria. Tuloksellisuusindikaattorit täydentävät standardeja ja tarjoavat määrällistä perustetta arvioinnille, seurannalle ja hoidon kehittämiseksi. Ne voivat auttaa myös terveydenhuollon ammattilaisia ja johtoa kehittämään päämääriä ja arvioimaan laadunparannustoimien edistymistä. (Groene 2006.)

7.2.3 Sujuvat hoitoketjut Keski-Suomen keskussairaalan alueella

Sujuvat hoitoketjut (SUHOKE) on polvikipupotilaiden hoitoon kohdistuva projekti Keski-Suomen alueella terveydenhuollossa. Keski-Suomen keskussairaala on alustavalla tasolla sovittu ortopedien ja fysioterapeuttien työnjaosta polvikipupotilaiden tutkimisessa ja hoidossa. Kriteeriä ja hoitomallia vielä tarkennetaan ja täydennetään vuosien 2008–2009 aikana. Myös fysioterapeutin vastaanottotoiminnan sisältöä suunnitellaan.

Tähän mennessä polvikipupotilaiden lähete on uusittu. Lääkäreiden lähettäessä potilaita perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon he täyttävät pitkälle strukturoitua lomaketta. Lomake on Duodecimin kautta tulossa terveystietoon. Terveyskeskuskäynneillä on noussut esille, että lääkäri ja fysioterapeutti voisivat käyttää samaa lähete-lomaketta, josta fysioterapeutti täyttäisi toimintakykyosiot.

7.2.4 Kantere

Kantere on kansanterveyden edistämiskeskuksen hanke. Kantereen toiminnan tarkoituksena on vahvistaa, ennakoita ja kehittää terveyden edistämistä. Kantere koordinoi ja luo puitteita julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin vuorovaikutukselle. Kantere seuraa kuntien terveyskäyttäytymisen muutosta ja sairastavuuden/kuolleisuuden tilastoja valtakunnallisia indikaattoreita käyttäen. Kantereella on tavoitteena rakentaa tietojärjestelmä ja verkkopalvelu väestön terveydentilan seurantaan ja raportointiin. Verkkopalvelun ensisijaisena kohderyhmänä ovat terveydenhuollon ja terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan päätöksentekijät ja suunnittelijat.

Keskisuomalaiset tule-järjestöt, joissa on yhteensä 4000 jäsentä, ovat tehostaneet yhteistyötään viime vuosikymmeninä. Asiasta on tehty esiselvitys. Liikunnan osalta siinä nousivat esille yksilölliset tarpeet. Palveluodotuksia olivat erilaiset kevyet liikuntamuodot, vesiliikuntaryhmät ja muu ohjattu kuntoliikunta, kuntojumppa ja tanssi, omalle sairausryhmälle kohdistettu jumppa sekä kuntosaliohjaus. Esiselvityksen pohjalta on laadittu hanke, jonka toiminta on koulutuspainotteinen ja sen tavoitteena on saada toimivat hoitoonohjauskäytännöt. (Kantere 2008.)

7.3 Paikallinen taso

7.3.1 Sairaalaselvitys

Selvitys Jokilaakson sairaalan tulevaisuuden vaihtoehdoista (”sairaalaselvitys”) valmistui helmikuussa 2006. Selvitys tulkittiin liian kapea-alaiseksi ja hallinnolliseksi, jotta sen perusteella olisi voitu päättää jatkotoimista. Niinpä kuntayhtymän hallitus päätti kesäkuussa 2006 tehdä jatkoselvityksen, joka koskisi koko terveydenhuollon toimintamallia. Paras-hankkeen myötä selvitys laajennettiin myöhemmin myös sosiaalitoimen tuottamaa vanhusten huoltoa koskevaksi. Terveydenhuollon jatkoselvityksen painopiste on ollut omassa erikoissairaanhoidossa mutta myös vastaanottotyön ja vanhustenhuollon tuotantotavoissa. Lisäksi on tarkasteltu tilaaja-tuottaja-mallin käyttöönottoa. Sairaalaselvityksen loppuraportissa todetaan, että Jokilaakson sairaalan

tulevaisuutta nykyisiä palveluita itsenäisenä tarjoavana erikoissairaanhoidon yksikkönä ei voida pitää varmana. Palvelujen ja työpaikkojen turvaamiseksi ehdotetaan kumppanuutta joko sairaanhoitopiirin tai yksityisen toimijan kanssa. (Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä 2006.)

7.3.2 Tilaaja-tuottaja-malli terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa tilaaja-tuottaja-mallia valtakunnan tasolla kehitetään kovasti. Uuden Jämsän organisaatiossa on siirrytty 2009 tähän malliin. Tilaaja-tuottaja-mallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon organisoimista niin, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan toisistaan. Tilaaja-tuottaja-malli voi olla myös julkisen organisaation sisäinen ohjausmalli. Ydin on tilaajan ja tuottajan roolien selkeä erottaminen ja johdonmukainen soveltaminen roolien ja toimivallan järjestämisessä sekä toiminnan ja talouden ohjauksessa. Tilaajana toimii julkinen taho ja tuottajana voi toimia julkinen tai yksityinen palvelun tuottaja tai kolmas sektori.

Tilaaja-tuottajamalli on ollut käytössä useissa eri maissa. Englannissa tilaaja-tuottaja-malli otettiin käyttöön vuonna 1991. Tilaajina toimivat alueelliset terveystoimikunnat (health authorities) ja perusterveydenhuollon vastaanotot. Sairaalat olivat edelleen julkisia, mutta niistä tuli aiempaa itsenäisempiä ja ne saivat enemmän päätäntävaltaa ja vapauksia. Labour-puolue lakkautti kilpailuttamiseen perustuvan tilaaja-tuottaja-mallin muodostaessaan hallituksen vuonna 1997, ja muutti järjestelmää eri osapuolten välistä yhteistyötä ja kumppanuutta korostavaan suuntaan säilyttäen kuitenkin jaotellun tilaajiin ja tuottajiin. Samalla asiakkaan valintamahdollisuuksia hoitopaikan suhteen on lisätty tavoitteena, että asiakas saa valita parin vuoden sisällä minkä tahansa hoitopaikan, yksityisen tai julkisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Uudessa-Seelannissa otettiin 1990-luvulla käyttöön tilaaja-tuottaja-malli, jossa tilaajina toimi neljä alueellista organisaatiota. Sairaalat olivat julkisia, mutta niiden piti toimia liiketaloudellisin periaattein. Tavoitteena oli saada aikaan kilpailua sekä tuottajien kesken että tilaajien kesken. Tilaaja-tuottaja-mallin myönteisinä vaikutuksina oli suoritteiden määrän kasvaminen, keskimääräisen hoitoajan lyheneminen ja yksikkökustannusten aleneminen. Epäselvää tosin on, johtuivatko muutokset juuri tilaaja-tuottaja-

mallista. Lisäksi terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittyminen edesauttoi johtamista. Muutaman vuoden kokemuksen jälkeen, hallituksen vaihtuessa, Uudessa-Seelannissa palattiin neljästä alueellisesta tilaajaorganisaatiosta aiempaan noin 20 alueelliseen organisaatioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Osa Ruotsin maakunnista otti 1990-luvulla käyttöönsä tilaaja-tuottaja-mallin. Tilaajana on joko yksi suuri yksikkö, maakunnan terveydenhoitoalueisiin perustuvia tilaajia tai kuntaraajoihin perustuvia tilaajia. Tilaajien toimintatavat vaihtelevat maakunnittain. Osa tilaajista on painottanut ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, osa yhteistyötä sosiaalipalveluiden kanssa, osa taas palvelujen hintoja ja volyyymiä. Tilaaja-tuottajamalleihin liitettiin Ruotsissa suuria toiveita. Poliittisten päättäjien etäännyttämisellä palvelujen tuotannosta uskottiin yksinkertaistavan päätöksentekoa ja kilpailun uskottiin parantavan toiminnan taloudellisuutta. Käytännössä tilaaja-tuottaja-malli ei ole toiminut toivotusti. Vielä kymmenen vuoden kokemuksenkin jälkeen ongelmana pidetään tilaajien puutteellista osto-osaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Suomessa tilaaja-tuottaja-mallin hyötyjä ja haittoja on pohdittu. Mallin koetaan parantavan palveluita, kun terveystaloudelliset tavoitteet ja prioriteetit kytketään voimavarojen allokointiin. Toisin sanoen, aikaisempi terveydenhuollon suunnittelu arvioidaan tehollaan riittämättömäksi. Väestön terveystarpeita ja palveluiden käyttäjien odotuksia voidaan täyttää aikaisempaa paremmin rakentamalla nämä tilaamispäätösten sisään. Palveluntuottajien suoriutumista voidaan parantaa antamalla tilaajien käyttöön sopivia työvälineitä, esimerkiksi taloudellisia kannustimia ja seurannassa käytettäviä työkaluja.

Tilaaja- tuottajamalliin siirtyminen vaatii fysioterapian työn tuotteistamisen myös Jokilaakson sairaalassa. Tilaamisen ja tuottamisen funktioiden erottaminen toisistaan vähentää julkisten organisaatioiden hallinnollista jäykkyyttä, jota muodostavat hierarkkiset käskysuhteet. Toimeenpanevaa johtamista voidaan hajauttaa käytännön toiminnan tasolle. Tilaajan ja tuottajan erottamisella voidaan synnyttää kilpailua sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien kesken. Näin voidaan markkinamekanismien avulla lisätä tehokkuutta. Tilaajan ja tuottajan erottaminen ja siitä hyötyjen saaminen edellyttävät palvelujen tuotteistamista, kehittyneitä kustannuslaskentaa ja han-

kintaosaamista, laadun valvontaa sekä organisaatiorakenteen johtamisen ja ohjauksen uudistamista.

Palvelujen tilaajan ja tuottajan eriyttäminen tekee palveluhankinnasta ja niiden kustannuksista läpinäkyviä. Se helpottaa vertailua omien palvelutuotantoyksikköjen välillä sekä julkisten ja yksityisten palvelutuottajien välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

8 TOTEUTUS

Fysioterapia Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla toteutetaan terveyskeskuksen toimintana. Toiminnan kuvaaminen on tullut tärkeäksi terveydenhuollon siirtyessä tilaaja-tuottaja-malliin vuoden 2009 alussa. Jokilaakson sairaalan myymisestä tehty aiesopimus on muuttamassa tulevaisuudessa sairaalan toimintaa. Vastaanottoa pitävien lääkärin määrä tulee muuttumaan ja fysioterapian tarve kasvaa. Resurssien lisääminen ei ole mahdollista. Priorisointia tulee tehdä vaikuttavuustutkimuksiin perustuen. Tehtävänsiirtoihin kirurgeilta/ortopedeilta fysioterapeuteille on painetta koko valtakunnan tasolla.

Fysioterapian tulee erikoissairaanhoidossa perustua vaikuttavuustutkimuksiin. Ennaltaehkäisyyn pitää uuden terveydenhuoltolain myötä puuttua myös erikoissairaanhoidossa. Rajanveto erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen fysioterapialle on siten tulevaisuudessa entistä hankalampaa. Tällöin fysioterapeutin oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen käyttö tulee arvioida suhteutettuna resursseihin.

8.1 Fysioterapeutin tehtäväkuva

Fysioterapeutin tehtäväkuva Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla ei ole aiemmin kuvattu. Uuden Jämsän organisaation mukaan kaikkien toimien tehtäväkuvat tulee kuvata samalla tehtäväkuvaus lomakkeella. Tehtäväkuvaus ei ole yksityiskohtiin paneutuva vaan kertoo fysioterapeutin avaintehtävät ja siinä vaadittavan ammattitaidon. Tehtäväkuvauksessa (liite 3) on käytetty apuna fysioterapeuttilii-

ton ohjeistusta sekä eri sairaanhoitopiireissä käytössä olevaa mallia fysioterapeutin toimenkuvasta erikoissairaanhoidossa.

8.2 Fysioterapian tuotteistaminen Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla

Valtakunnallinen linjaus tuotteistuksesta on sosiaali- ja terveysministeriössä sekä kuntaliitossa ollut kovasti esillä. Kuntaliitto ja sisäasiainministeriö järjestivät 2006 ”Millä palvelumallilla kuntien tulevaisuuteen” -aiheisen tilaisuuden. Tilaisuuden tavoitteena oli keskisuuren suomalaisen kunnan järkevän johtamisen mallin luominen kunnan omiin tarpeisiin ja talouden ohjausjärjestelmään sekä luoda käytäntöön työkaluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Tuotteistuksesta on tullut markkinoille paljon kirjoja ja artikkeleita, jotka koskevat asiantuntijapalveluiden tuotteistamista sekä palveluiden hinnoittelua myös asiakasnäkökulmasta (Sipilä 1999; 2003).

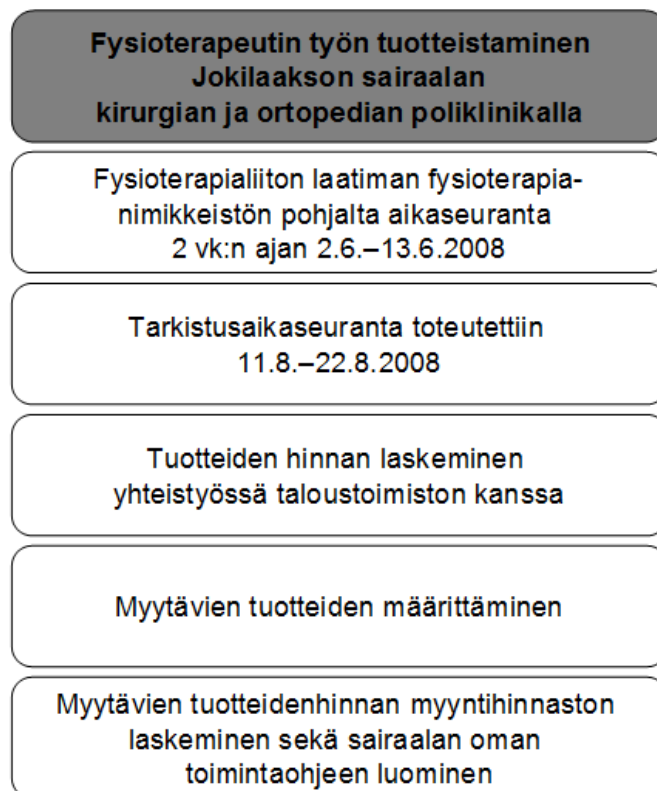
Jämsän terveydenhuollon kuntayhtymässä on tuotteistus ollut aiemmin käytössä työterveyshuollossa. Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan fysioterapian tuotteistusta suunniteltaessa on otettu mallia omasta työterveyshuollon tuotteistuksesta (Karhula 2008) sekä Raision mallin mukaisesta tuotteistuksesta Raision fysioterapia-osastolla (Peltonen 2008). Opinnäytetyön yksi tärkeimmistä tavoitteista on saada Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan fysioterapeuttinen toiminta tuotteistettua. Tavoitteena on saada tilauksien määrän, laadun ja kustannusten kolmiyhteys eli jos jonkin palvelun tasoa nostetaan tai lasketaan, mikä on sen kustannusvaikutus.

Tuotteistuksen kehittäminen aloitettiin aikaseurannalla. Fysioterapian aikaseurannassa käytetyt tuotteet on poliklinikalla kirjattu fysioterapialiiton laatiman fysioterapia-nimikkeistön pohjalta (Fysioterapeuttiliitto 2007). Kahden viikon ajan 2.6.–13.6.2008 kirurgian ja ortopedian poliklinikan toimintaa on aikaseurattu (liite 4). Tarkistusajaseuranta toteutettiin 11.8.–22.8.2008. Fysioterapeutin työ on kirjattu päivittäin 5 min tarkkuudella välillisiin, välittömiin ja muuhun työhön. Potilasmääristä pidettiin erillistä seurantalistaa.

Potilaat tilastoidaan

- kirurgin/ortopedin kanssa yhdessä hoidettuihin (= fysioterapeutin konsultaatio, fys-kir.)
- ilman kirurgia/ortopediä tapahtuvaa fysioterapiaa (= fysioterapeutin ohjaus, fys-ohj.) saaviin
- fysioterapeutin suorittamiin puhelinsoittoihin.

Lisäksi tilastoidaan hälytyskäynnit.



KUVIO 3. Fysioterapeutin työn tuotteistamisen vaiheet Jokilaakson sairaalassa

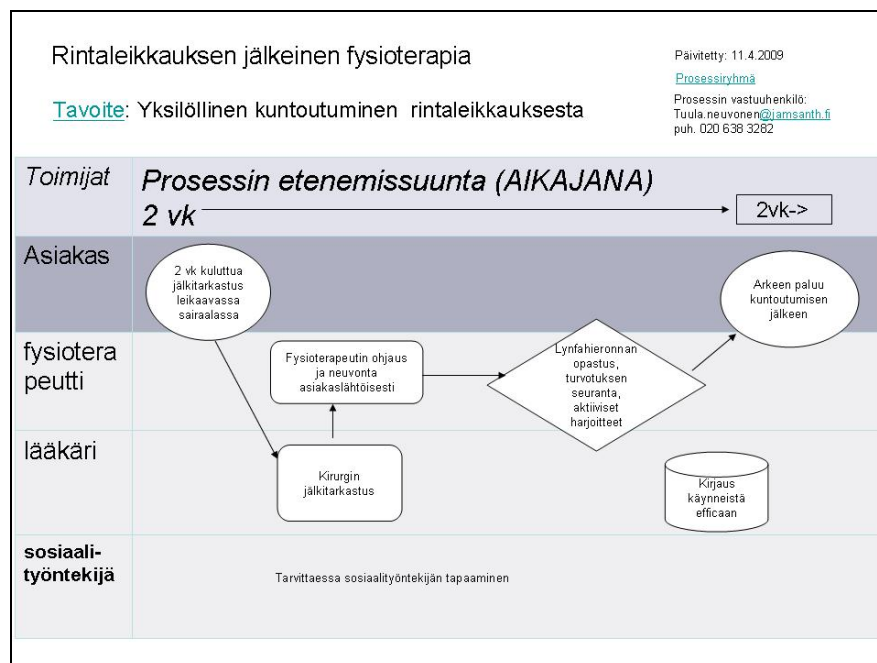
Tuotteistamisen hinnan laskeminen tapahtui yhteistyössä taloustoimiston kanssa (Ylönen 2008). Fysioterapeuttinen konsultaatio tai ohjaus on aikasidonnaista tuotteita hinnoiteltaessa. Tuotteen hintaa määriteltessä tulee fysioterapeutin palkan lisäksi ottaa huomioon myös muita kustannuksia. Tällaisia ovat mm. tilakustannukset, sihteerin työn tarve, työntekijän työterveyshuollon kulut, työssä käytetyt kulutustuotteet ym. yleiskustannukset. Tuotteistuksen ja hinnan laskemisen jälkeen laadittiin myytävien tuotteiden myyntihinnaston (liite 5) sekä luotiin sairaalalle oma toimintaohje (liite 6).

8.3 Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan keskeisten fysioterapiaprosessien kuvantaminen

Tuotteistamiseen kuuluu kaikkien keskeisten prosessien parantaminen. Käytännössä prosessien kuvaaminen on väline, josta nähdään prosessin kokonaisuus ja sen parantamiskohteet. Opinnäytetyössä on kuvattu nämä keskeiset prosessit Jokilaakson sairaalassa fysioterapian kannalta. Prosesseja ei tässä työssä selvitetä syvällisesti eli auki-lyy. Prosessien parantamisessa keskeisessä roolissa ovat jokaisen työyksikön työntekijät ja heidän asiantuntijuutensa. Heillä on paras asiantuntemus siitä, miten prosessi nyt sujuu ja miten sen laatu voisi olla parempi.

Prosessit on kuvattu Jämsän seudulla käytössä olevalla laadunhallintajärjestelmällä ISO 9001:2000, jota johto valvoo. Tavoitteena on saada keskeiset ydinprosessit dokumentoitua. Prosessit on päädytty kuvaamaan yhdessä sovitulla formaatilla.

Tekonivelpotilaan hoitoketju on moniammatillisena yhteistyönä kuvattu prosessikaavio (liite 7). Olkapään (liite 8), operoidun selän (liite 9), dupuytren (liite 10), ACL:n (liite 11) sekä konservatiivisesti hoidettavien selkien (liite 12) prosessikaaviot on tehty fysioterapeutin näkökulmasta tätä opinnäytetyötä varten.



KUVIO 4. Esimerkki uimaratakaaviosta: Rintaleikkauksen jälkeinen fysioterapia

9 PROSESSIN ARVIOINTI

Organisaation kannalta fysioterapeutin oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen käyttö suhteutettuna resursseihin on tärkeää. Fysioterapeutin työpanoksen tulee perustua vaikuttavuustutkimuksiin. Käypä hoito -suosituksissa korostuu terveyden laaja-alainen edistäminen. Fyysisellä harjoittelulla voidaan jossain määrin ehkäistä tuki- ja liikuntaelinvaivoja. Näiden sairauksien ehkäisyyn tulisi kiinnittää huomiota jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Uusi terveydenhuoltolaki tulee muuttamaan erikoissairaanhoidon toimintaa.

Fysioterapia prosessia voidaan arvioida asiakkaan kannalta. Tällöin on selvittelyssä keskeistä tunnistaa tekijöitä, joihin vaikuttamalla voidaan estää asiakkaan oireiden pitkittymistä ja työkyvyttömyyden kehittymistä. Fyysisen aktiivisuuden ylläpito, sopiva kuormitus, liikunta ja kivun turvallinen hoito ovat ensisijaisia tapoja vaikuttaa oireisiin. Terveydenhuollon voimavaroja käytetään moniin hoitomuotoihin, joiden vaikuttavuus on osoittamatta. Uuden vasta julkaistun käypä hoito -suosituksen mukaan liikunnalla on moninaisia vaikutuksia erilaisiin tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, mutta myös sairauksiin, jotka voivat edesauttaa näiden sairauksien syntyä. Käypä hoito -suosituksen mukaan liikunnalla voi ehkäistä, hoitaa ja kuntouttaa monia pitkäaikais-sairauksia, kuten kohonnutta verenpainetta, sepelvaltimotautia, sydämen vajaatoimintaa, lihavuutta, tyypin 2 diabetesta, astmaa, keuhkohtaumasairautta, polven nivelrikkoa, nivelreumaa, niska- ja alaselkävaivoja sekä masennusta. Moniammatillinen kuntoutus sairauksien pitkittyessä korostuu käypä hoidoissa. Tähän liittyy toiminnallinen harjoittelu, jonka tarkoituksena on lievittää kipua ja parantaa toimintakykyä erilaisin terapeuttisin keinoin.

Työterveyshuollossa ja terveystieteiden keskuksessa toimivan lääkärin tehtäviin kuuluu selvittää potilaan työn fyysisiä ja psykososiaalisia kuormitustekijöitä ja muodostaa käsitys siitä, missä määrin niillä voi olla merkitystä vaivojen syynä tai pahentajana ennen kuin asiakas lähetetään erikoissairaanhoidon. Tämän toiminnan kehittymistä varten on käynnistynyt Keski-Suomen alueella Suhoke-projekti, joka keskittyy polvikipuis-ten ohjaamiseen.

Jokilaakson sairaalassa fysioterapiaprosessi alkaa lääkärin vastaanotolta. Lääkäri määrittää asiakkaan fysioterapian tarpeen vastaanottokäynnin yhteydessä. Fysioterapia kuuluu useiden ortopedisten potilaiden jälkitarkastukseen suunnitellusti. Kirurgian poliklinikalla fysioterapia pyynnöt tulevat puolestaan hälytysluonteisesti. Lääkärin vastaanottokäynnin yhteydessä pyydetään samalle päivälle fysioterapeutin konsultatiota. Näin asiakkaalle pyritään tarjoaman fysioterapian ohjaus saamana päivänä. Keski-Suomen keskussairaalassa tällainen fysioterapeutin toiminta on yleisesti käytössä. Jokilaakson sairaalassa fysioterapeutin hälytysluonteinen tarve on vähäistä.

10 VAIKUTUSTEN ARVIOINTI

Työterveyslaitoksella on tehty tutkimuksia erilaisten tuki- ja liikuntaelinkipujen hoitamisesta. Akuutilla paikallisella kivulla on yleensä hyvä paranemisennuste. Tällaisen kivun hoitoa on tutkittu vähän. Yleinen suositus on jatkaa tavanomaisia päivittäisiä toimia ja vaikuttaa mahdollisiin oireita provosoiviin tekijöihin. Miten tuki- ja liikuntaelin kivun kroonistuminen voitaisiin estää? Tähän ei tutkimusten perusteella löydy yksiselitteistä vastausta. Naisilla ja iäkkäämmillä henkilöillä näyttää olevan suurempi riski tuki- ja liikuntaelinsairauksien ilmaantumiseen ja myös niiden pysyvyyteen. Niin ikään henkisellä rasittuneisuudella ja kivun laaja-alaisuudella on ennusteellista merkitystä. (Viikari-Juntara & Varonen 2007.)

Väestön kannalta merkittävimmät haitat ovat työkyvyttömyys ja siitä aiheutuvat kustannukset. Menetetty työaika ja sairauspäivärahat ovat suurin kustannus, mutta terveydenhuollon resursseja kuluu paljon myös sairauksien toteamiseen ja hoitoon. Toistaiseksi on tehty vain vähän tutkimuksia, joissa tulospäiväraha olisi käytetty sairauslomapäivien vähenemistä tai työhön paluun nopeutumista. Näyttää kuitenkin selvältä, että hyötyjä ja vaikuttavuutta saavutetaan, jos tavoitteena on oireiden lievittämisen lisäksi sairauspissaolojen optimointi ja siihen kohdistetaan interventioita.

Fysioterapian vaikuttavuudesta on vielä vähän tutkimuksia. Monissa maissa fysioterapeuttikoulutus on ollut yliopistotasoisista, mutta meillä Suomessa fysioterapeuttien koulutuksessa tieteellisyyden merkitys on korostunut vasta tällä vuosikymmenellä. Ensimmäinen tohtorimme väitteli 1990-luvun alussa, ja yliopistokoulutuksen saaneita

opettajia ja fysioterapeutteja on tulossa. Vaikka vaikuttavuutta ei ole osoitettu, se ei tarkoita vaikuttavuuden puuttumista. Suomen Fysioterapeuttiliitto on hyväksynyt käyttöönsä seuraavan määritelmän vuonna 1986 (Holma 1991):

"Fysioterapia on sekä terveiden että sairaiden ihmisten perusliikkumisen ja toimintakykyisyyden ylläpitämistä ja edistämistä liiketerapian, terveysterapian ja fysikaalisen hoidon keinoin. Fysioterapia on fysioterapeutin tekemään tutkimiseen, suunnitteluun ja arviointiin perustuvaa asiakkaan ja potilaan verbaalista ja manuaalista ohjausta ja aktivointia sekä asiakkaan tai potilaan tukemista käyttämään optimaalisesti liikunnallisia voimavarojaan." (Immonen-Orpana 2005.)

11 TULOSTEN ARVIOINTI

Opinnäytetyö sisältää fysioterapeutin tehtävänkuvan laadinnan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Tehtävänkuvaa on kirjattu kokopäiväiseksi yhden henkilön tekemäksi työksi. Tehtävänkuvaa on toteutettu käytännössä erilaisina malleina: yhden henkilön tekemänä sekä jaettuna kahdelle tai useammalle työntekijälle. Yhden työntekijän tekemänä on poliklinikan henkilökunnalla selkeä tieto kenelle soitetaan, kun fysioterapeuttia tarvitaan. Myös työn kehittäminen on silloin selkeästi yhden henkilön vastuulla. Kahden tai useamman työntekijän mallissa voi työnteko olla jatkuvaa muutosta. Tiedonkulku poliklinikan henkilökunnan ja fysioterapeutin välillä voi silloin olla työläämpää. Sijaistamisen kannalta on hyvä, että työn osaajia on useampia. Fysioterapeutin oikea-aikainen ja tarkoituksenmukainen käyttö suhteutettuna resursseihin kahden työntekijän mallissa on sujuvampaa.

Tehtäväkuvauksesta ei ole vielä uudella Jämsällä selkeää linjausta. Tehdäänkö tehtäväkuvaus varattujen resurssien mukaan vai tämän hetken toimintatavan mukaan? Tehdäänkö tehtäväkuva tällä hetkellä työskentelevän työntekijän ammattitaidon mukaan vai vaaditaanko työssä jotakin erikoisosaamista. Myöskään tarkkaa ohjetta ei ole siitä, käytetäänkö tätä tehtäväkuva uutta työntekijää toimeen haettaessa vai mahdollisesti työn vaatavuuden arviointiin. Kuinka tarkalla tasolla tehtäväkuva on tarkoitus kirjata, luetellaanko avaintehtävät ym. Tehtäväkuvaus ei tässä muodossaan hyödytä organisaatiota eikä työntekijää.

Fysioterapeuttiset prosessikaaviot kirurgian ja ortopedianpoliklinikan keskeisistä fysioterapiaprosesseista voivat toimia perehdytyksessä apuna uudelle työntekijälle ja

toisille ammattiryhmille. Sijaistavalle fysioterapeutille nämä eivät anna yksityiskoh-
taisia toimintaohjeita.

Tuotteistus on uusi asia Jokilaakson sairaalassa. Fysioterapeutin työ kirurgian ja orto-
pedian poliklinikalla on tuotteistettu tämän hetkisen toiminnan mukaan. Hintapäätök-
seen vaikuttavat kymmenet eri asiat, joita emme välttämättä tiedostakaan. Myyntihin-
noittelua ja toimintaprosesseja kuvattaessa asia muuttuukin yllättävän monimutkaisek-
si, vaikka sen pyrkisi kuvaamaan käytännönläheisesti. Muutoksia hinnastoon tuovat
uuden sairaalan uusien palvelujen tarve ja uudet kehittämishankkeet. Opinnäytetyö
sisältää keskeisten palvelujen tuottamiseen kuluvan ajan perusteella myyntihinnaston
ja sairaalan toimintaohjeen. Aikaseuranta on helppo uusien tulevaisuudessa ja tarkastel-
la tuotteiden hintaa tuolta pohjalta. Laadittua aikaseuranta pohjaa voidaan hyödyntää
jatkossa laskettaessa terveystieteiden puolelle fysioterapian toiminnan hintaa.

12 POHDINTA

Kansainvälisesti on tarvetta sopia ja yhtenäistää kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaa-
mismenetelmiä. Kuntoutuksen tehon tieteellistä tutkimusta on lisättävä ja sen koor-
dinointia on Suomessa kehitettävä. Vaikuttavuuden lisäksi tulee edetä myös syvem-
mälle eli esim. selvittää, millaisella kuntoutuksella, millä kohderyhmällä, missä olo-
suhteissa, minkä kestoisella ja tehoisella kuntoutuksella saadaan paras tulos. Vaikutta-
vuustutkimuksiin tulisi liittää mm. laadullisia tutkimusmenetelmiä.

Terveystieteiden valinnoista on keskusteltu sekä Suomessa että kansainvälisesti vuo-
sikymmeniä. Priorisointi on tullut ajankohtaiseksi terveystieteiden päätöksenteon
poliittisen ja hoidollisen päätöksenteon muuttuessa monimuotoisemmaksi. Yhteiskun-
nan muutokset, esimerkiksi väestön ikääntyminen ja asiakkaiden yleinen vaatimusta-
son kasvu ovat johtaneet siihen, ettei kaikkia terveyteen liittyviä odotuksia ja tarpeita
voida tyydyttää. Yhteiskunnan voimavarat eivät riitä siihen, että menoja kasvatetaan ja
lisätään koko ajan. On siis tehtävä harkittuja päätöksiä siitä, mihin rajalliset voima-
varat terveystieteiden puolella suunnataan ja millaisia mahdollisia menojen hallintakeinoja
voidaan eettisesti ja teknisesti käyttää.

Maassamme on kattava perusterveyden- ja työterveyshuollonhuollon verkosto, osaava erikoissairaanhoido ja kuntoutusta toteuttavia palveluntuottajia. Käytännössä hoitojärjestelmä on kuitenkin pirstaleinen, voimavara- ja asenneongelmat ovat yleisiä, yhteistyö on niukkaa ja satunnaista, on viiveitä ja sattumanvaraista tietotaitoa. Huolta kannetaan omasta budjetista, mutta ei niinkään yhteiskunnan kokonaiskuluista. Kokonaisvaltaisen otteen puuttuminen, riittämätön potilaan hoidon ja kuntoutuksen kontrollointi, jonotukset sekä hoidon ja kuntoutuksen viivästyminen tai vaikuttamattoman hoidon käyttäminen tukevat kiputilojen kroonistumista ja lisäävät potilaiden psykososiaalisia ongelmia.

Tiedeyhteisöjen tuottama tutkimustieto ei anna kestävää pohjaa terveydenhuollon priorisoinnille käytännössä. Fysioterapian alalta tuo tutkimus näyttö on vielä vähäistä. Tutkimustulosten hyödyntäminen poliittisessa päätöksenteossa on vaikeaa niiden ristiriitaisuuden vuoksi. Terveydenhuollon ammattilaisilla, poliittisilla päättäjillä ja kansalaisilla on ristiriitaisia näkemyksiä esimerkiksi terveydenhuollon tavoitteista, hoidollisessa päätöksenteossa käytettävistä kriteereistä esim. saako ikä vaikuttaa hoitopäätökseen ja siitä, kenen ylipäätään tulisi osallistua terveydenhuollon valintojen tekoon.

Ongelmana tule-sairauksissa on usein hoitoketjujen puute, kankeus, järjestäytymättömyys ja eri osajien sattumanvarainen käyttö siis järjestelmien yhteistyön puute, joka lisää kustannuksia. Yhden järjestelmän huonon toiminnan kustannukset maksaa useimmiten jokin toinen esim. työnantaja menetettynä tuottavuutena, Kela sairauspäivärahoina ja työeläkelaitokset työkyvyttömyyseläkkeinä. Huonosti toimiva järjestelmä on kallis ja sivutuotteenaan se tuottaa lisäksi vielä tyytymättömiä terveystalvelujen suurkuluttajia.

Kuntoutustoimenpiteillä on kahdenlaisia taloudellisia seurauksia. Jos kuntoutukseen käytetään voimavaroja, siltä odotetaan vaikuttavuutta eli esim. terveydentilan ja toimintakyvyn kohentumista tai syrjäytymisen ehkäistymistä. Kuntoutuksen vaikuttavuudella tarkoitetaan siis tieteellisen tutkimuksen osoittamaa näyttöön perustuvaa kuntoutusintervention vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta pyritään mittaamaan yleensä numeerisesti. Tällöin yleensä käytetään ”pahoinvoinnin” mittareita kuten tupakointia, liikkumattomuutta jne. Terveydenhuollon tavoitteena on tuottaa hyvinvointia. Hyvin-

vointia suoraan mittaavia standardoituja mittausmenetelmiä ei ole kuitenkaan olemassa. Epäsuorasti hyvinvointia ja hoitojen vaikuttavuutta mitataan esim. sairastumisriskin tai elinajan odotteen muutoksilla ja palvelujen käytöllä.

Toisaalta kuntoutusprosessit voivat olla potilaan, lääkärin, terapeutin, yhteisön ja ympäristön monitahoinen prosessi, joka ei aina taivu satunnaistetun kokeen muotoon arvioitavaksi. Kaikkia kuntoutuksen toimintamalleja ei voida tutkia kokeellisella tutkimusasetelmalla. Asiakkaan oman motivaation selvittäminen ja hänen sitoutumisen merkitys kuntoutukseen on tärkeää mutta vaikea kokeellisesti todistaa.

Kuntoutuksen tavoitteet, kuten esim. toimintakyvyn ja selviytymisen edistäminen, eivät ole ainoastaan yksilön ominaisuuksia vaan ne liittyvät myös siihen yhteisöön, jossa potilas elää ja toimii. Vaikuttavuuden arviointia voivat vaikeuttaa henkilöiden elämäntilanteessa ja terveydentilassa tapahtuvat muusta kuin hoidosta ja kuntoutuksesta johtuvat muutokset, joita voi olla vaikea eritellä. Esimerkiksi kroonisesta alaselkävasta kärsivän leikkauspotilaan somaattinen tilanne voi pysyä täysin samana mutta toimintakykyä voi merkittävästi huonontaa avioero, työpaikasta irtisanominen ja työttömyys. Kaikki tutkimustieto, myös satunnaistettujen kokeiden tuottama tieto, on vaikeasti yleistettävissä asioissa, jotka riippuvat myös laajemmasta toimintaympäristöstä, kuten työllisyystilanteesta, sosiaaliturvajärjestelmästä tai muista yhteiskunnan rakenteellisista tekijöistä.

Suurin parannettava asia Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikalla vaikuttavuusnäyttöjen pohjalta on konservatiivisesti hoidettavien selkien ohjaus ja tässä toteutettava moniammatillinen yhteistyö sekä olkapääoireisten ohjaus sekä polven nivelrikon hoito. Konservatiivisesti hoidettujen selkäpotilaiden kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuuden on todettu vähentävän kipua, parantavan toimintakykyä sekä nopeuttaa työhön paluuta sekä parantaa työhön paluukuntoa ja vähentää sairauslomiamia. Olkapääkipupotilailla moniammatillinen kuntoutus saattaa nopeuttaa haitan häviämistä ja toimintakyvyn palautumista sekä lyhentää sairauspoissaoloja. Polven nivelrikko potilailla aktiivisen harjoittelun on todettu vähentävän polvikipua, parantavan fyysistä aerobista kuntoa sekä parantavan kävelyä ja toimintakykyä.

Olen joutunut kyseenalaistamaan oman ajatusmaailmaani ja tarkastelemaan omaa toimintaani opinnäytetyötä tehdessä. Olen huomannut, että itselläni on jo melko syvään juurtuneet käytännöt ja ajatusmallit. Käyttöteoriaani kuitenkin ohjaa tutkimustieto, jota olen pyrkinyt säännöllisesti seuraamaan. Lisäksi arvot ja periaatteet ohjaavat toimintaani. Haluan hoitaa potilaita asiakaslähtöisesti, vaikka se vaatiikin ajoittain suurta joustamista käytännön työssä. Kokemuksesta olen kuitenkin huomannut, että potilaan oikea-aikaisella kuuntelulla, ohjauksella ja neuvonnalla on vaikutusta. Uskon, että tulevaisuudessa sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikon strategiat ja visiot terveydenhuollon tehtävien uudelleen organisoimiseksi tulevat etenemään vauhdilla. Silloin tarvitaan täydennyskoulutettuja sairaanhoitajia ja fysioterapeutteja lääkäreiden avuksi tehtäväsiirtoja hoitamaan, ja heille maksetaan myös tehtävänsiirroista ja vastuusta tulevaa palkkaa. Ratkaisut, joita tehdään tulevat seuraamaan kansainvälistä toimintaa.

LÄHTEET

- Arokoski, J., Helminen, H. & Kiviranta, I. 2001. Polven ja lonkan nivelrikon ehkäisy – haavettako vain? *Lääkärilehti, Duodecim* 2001;56 (51–52): 5259–5262.
- Arve-Talvitie, H. 2008. Loimaan aluesairaala, sähköposti 6.5.2008.
- Fysioterapeuttiliitto. 2008. <http://www.fysioterapia.net/>
- Fysioterapianimikkeistö 2007. Suomen fysioterapeutit ja Suomen kuntaliitto.
- Green, L. W. & Kreuter, M. W. 1999. *Health Promotion Planning. An educational and environmental approach. Precede-Proseed model.*
- Groene, O. 2006. *Terveystyön edistäminen sairaaloissa: käsikirja ja itsearviointilomakkeet.* WHO.
- Hakaniemi, E. 2006 *Taloustoimisto, Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä.*
- Heliövaara, M., Viikari-Juntura, E. & Kaila-Kangas, L. 2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B 25 / 2007, ISBN 978-951-740-732-8. Tietoa Terveys 2000 -tutkimuksesta:* <http://www.ktl.fi/portal/8314/?id=1471>
- <http://www.cochrane.org/> 15.5.2008.
- <http://www.loimaanaluesairaala.fi/> 17.5.2008.
- Hukkanen, E. 2005. *Yhteistyö ja työnjako hoitoon. Selvitys Kansallisen terveystyönjakopiloteista.* Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Immonen-Orpana, P.2005. *Voimaannuttavan työn tutkimus.*
- Jämsän kaupunki, 2008. *Taloustalouden rakenne, hallinto ja talousryhmä.* Vinkki.
- Jämsän kaupunki, 2008. http://www.jamsa.fi/hallinto/osallistu_ja_vaikuta/liikuntajärjestot.html
- Jämsän seudun terveyden huollon kuntayhtymä (JSTHKY), *toimintakertomus 2006.* Vinkki.
- Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä, 2008. *Savuton sairaala. Toimintaohjelma.* Vinkki.
- Kallio-Valkama, E. 2004. *Terveystyön kehittäminen, Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.* Medikes.
- Kantere ry, 2008. *Kantere kajahtaa, ajankohtaista tietoa kansanterveydestä 4/2008.* Keski- Suomen kansanterveyden edistämiskeskus ry:n julkaisu.

- Karhula, T. 2008. Työterveys, osastonhoitaja Jämsän seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Haastattelu 23.5.2008
- Kela 2007. Vuosikertomus 2007. www.kela.fi.
- Keränen, K. 2008. Jämsän kaupunki. Liikuntatoimen tiedote.
- Kokko, S. 2006. Millä palvelumallilla kuntien tulevaisuuteen. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kukka, A. 2008. Fysioterapialiitto. Puhelinkeskustelu, sähköposti 29.4.2008.
- Kuntaliitto, 24.04.2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastot ja vertailutietoa http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;10954
- Käypä hoito, 2008. http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.koti?p_db=khk
Päivitys 9.10.2008
- Mikkola, H., Järvelin, J., Seitsalo, S. & Keskimäki, I., 2005. Ortopediset leikkaukset Suo-messa 1987–2002 Leikkausmäärien alueelliset erot, jonotusajat ja keskittyminen, *Stakes, Duodecim* 2005; 121(8): 861–71.
- Myllymäki, K. 2008. Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän muutokset, Kaste-ohjelma 14.3.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Peltonen, K. 2008. Osastonhoitaja, Raision sairaala. Puhelinkeskustelu 23.5.2008
- Pohjola, T. 2005. Kuntoutuksen vaikuttavuus - mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? *Lääkärilehti, Duodecim*; 60(35): 3399–3405.
- Pohjola, T. 2005, TULES, tuki- ja liikuntaelin sairaudet, Tuki ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset. Kustannus OY Duodecim.
- Pohjola, T. 2005. Tule-sairauksien ja mielenterveyshäiriöiden työkyvyttömyyskulut kasvussa - Onko vikaa työssä, hoidoissa vai hoitojärjestelmässä? *Lääkärilehti, Duodecim*; 60(47): 4891–4896.
- Punnonen, H. 2007. Sairaanhoidopiirit. Kuntaliitto.
- Remes, V., Peltola, M., Häkkinen, U., Kröger, H., Leppilähti, J., Linna, M., Malmivaara, A., Mäkelä, K., Nelimarkka, O., Parvinen, I., Seitsalo, S. & Vuorinen, J. 2007. Perfect-tekonivelkirurgia, lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. *Stakes*.
- Saarman, E. 2008. Fysioterapeuteille toteutetut tehtävänsiirrot ja fysioterapeuttien vastaanottotoiminta, sähköposti 21.2.2008.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveystietä edistämisen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveystietä edistämisen keskus.

Siltaniemi, A., Perälähti, A., Eronen, A., Londen, P. 2007. Hyvinvointipalvelut ja elämänlaatu Keski-Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Sipilä, J. 2003. Palvelujen hinnoittelu – kehittäjille, johtajille, opiskelijoille. WSOY.

Sipilä, J. 1999. Asiantuntijapalvelujen tuotteistaminen - kehittäjille, esimiehille, opiskelijoille. WSOY.

Sitra 2007. Maisema-hanke, 17.10.2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö, hankkeita 26.2.2008
<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/terveyslait/index.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmän muutokset, KASTE-ohjelma 14.3.2008.

SOTKANet-verkkopalvelu 2008. KASTE-ohjelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Julkaistu 1.4.2008, Päivitetty 2.4.2008.

Stakes. Julkaistu 25.1.2006, Päivitetty 2.5.2008
<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/index.htm>

Suomen kuntoliikuntaliitto. 2009. Kansallinen liikuntatutkimus 2005–2006, aikuiset.
<http://kunto-fi-bin.directo.fi/>

Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry, 14.5.2007. <http://www.hph.tutka.net/>

Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto, 2007. Kansallinen TULE-ohjelma. Rakennuspaino Oy, Helsinki.

Tehy, 2008. Terveysturvalaki potilaan asialla. Tehy-lehti nro 9/2008.

Tilastokeskus 31.5.2007. Terveysturvalautilastoja. <http://www.stat.fi/til/ter.html>

Valtiovarainministeriö. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/20080227Kuntie/40_Sitra_tiivistelma.pdf

Valtionvarainministeriö 23.2.2007. Paras-hanke,
http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_paras/index.jsp

Vapaa-ajan muutokset 1981–2002. Tilastokeskus. Julkaistu: 26.1.2005
<http://www.stat.fi/>

Vehviläinen, A., Takala, J., Keinänen- Kiukaanniemi, S., Posti, S., Viinikainen, H. & Kumpusalo, E. 2005. Terveysturvalautilastoja päivystysajan lääkärisäkäynnit ja läheteet erikoissairaanhoidon. Lääkäri-lehti, Duodecim; 60(16): 1821–1825

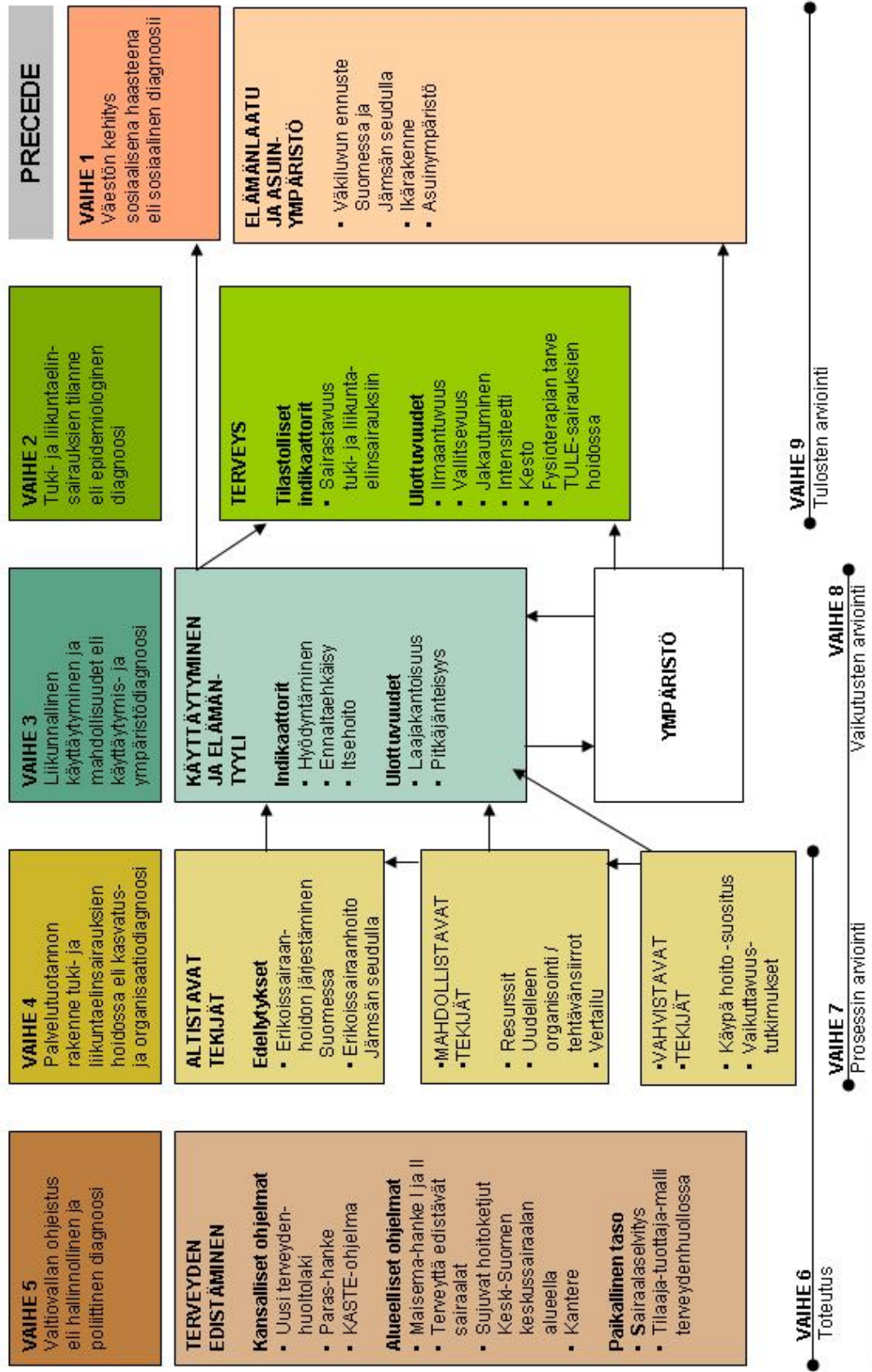
Vesala, A. 2008. Erikoissairaanhoidon tulosalueen lääkärikokous 13.3.2008, pöytäkirja. Vinkki.

Viikari-Juntara, E. & Varonen, H. 2007. Työterveyslaitos, Terveys ja työkyky –osaamiskeskus, Duodecim; 123(6): 732–9.

Wirta, J. 2008. Ortopedi, Jokilaakson sairaala, haastattelu.

Vohlonen, I. & Pekurinen, M. 2007. Terveystuollon hallinnon kehittämisen: Missä mennään? Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset 2/1991:1–6 Kuopion yliopiston julkaisuja.

Ylönen, O. 2008. Taloussihteeri Jämsän THKY. Haastattelu 23.5.2008.



Precede-Proceed-malli (Green & Kreuter 1999)

Kirurgian ja ortopedian poliklinikalla eniten esiintyvät diagnoosit			
Fysioterapeuttinen ongelma	Kuntoutustoimenpide	Vaikuttavuus	Näytön aste
Akuutti alaselkä- ja iskiaskipu	Vuodelepo	Haitallista	Vahva näyttö
	Harjoitteluterapia	Ei tehokasta	Vahva näyttö
	Akupunktiohoito	Tehosta ei näyttöä	
	Selän manipulaatiohoito	Ei tehokkaampaa kuin muut hoidot	
Akuutti iskiaskipu	Vuodelepo ja päivittäisten aktiiviteettien jatkaminen	Ei eroa kivun lievittymisen ja toiminnallisen tilan suhteen	Kohtalainen näyttö
Subakuutti alaselkäkipu	Moniammatillinen kuntoutus, mm. työpaikkakäynti tai työterveys-huollon aktiivinen ote	Auttaa potilaan työhön paluuta Vähentää sairauslomia Lievittää subjektiivista haittaa	Kohtalainen näyttö
Krooninen alaselkäkipu	Moniammatillisen työryhmän ohjaama intensiivinen kuntoutus	Parantaa toimintakykyä	Vahva näyttö
	Behavioraalinen psykologinen terapia ja rentoutusharjoittelu	Vähentää kipua	Kohtalainen näyttö
	Työympäristössä toteutettu selkäkoulu	Vähentää kipua	Vahva näyttö, mutta vaik. pituus epäselvä
	Moniammatillinen kuntoutus, mm. työpaikkakäynti, työolo-suhteiden ja -menetelmien kartoitus	Vähentää kipua	Kohtalainen näyttö
		Parantaa toimintakykyä Parantaa työhön-paluukuntoa	
		Nopeuttaa työhön paluuta	Kohtalainen näyttö
		Vähentää sairauslomia Parantaa toimintakykyä	
	Akupunktio	Lievittää kipua Parantaa toiminnallista tilaa	Niukka näyttö
	Hieronta	Jonkin verran hyödyllistä yhdistettynä harjoitteluun ja ohjaukseen	Niukka näyttö
	Selän manipulaatiohoito	Ei tehokkaampaa kuin muut hoidot	

Kirurgian ja ortopedian poliklinikalla eniten esiintyvät diagnoosit			
Fysioterapeuttinen ongelma	Kuntoutustoimenpide	Vaikuttavuus	Näytön aste
Välilevytyräleikkaus	Intensiivinen harjoittelu 4–6 viikkoa selkäleikkauksen jälkeen aloitettuna	Parantaa toiminnallista tilaa Nopeuttaa työhön paluuta Ei lisää uusintaleikkauksriskiä	Vahva näyttö
Polven nivelrikko	Aktiivinen harjoittelu	Vähentää polvikipua Parantaa fyysistä aerobista kuntoa Parantaa kävelyä ja toimintakykyä	
Tekonivelleikkauksen jälkitila	Passiivinen koneellinen liikehoito ja fysioterapia	Parantaa aktiivista fleksiota Lyhentää sairaalahoitoa Vähentää manipulointotarvetta	Kohtalainen näyttö
Patellofemoraalinen	Aktiivinen harjoitteluterapia Ortoosihoito Ultraääni- ja laserhoito	Vähentää polvikipua Ei riittävästi tietoa Eivät hyödyllisiä	Niukka näyttö
Polven nivelsidevamma	Eri kuntoutusohjelmat	Ei riittävästi tietoa	
Mekaaniset niskasairaudet	Liikkuvuusharjoittelu Lihisvoimaharjoittelu lihasvoimaharjoittelu ja Venyttely Kotiharjoittelu Manuaalinen terapia	Lyhyt- ja pitkäkestoisesti harjoittelu Lihisvoimaharjoittelu vai lihasten kestävyysharjoittelu Vähentää kipua Vähentää kipua Lyhyellä aikavälillä vaikuttavampaa kuin kotiharjoittelu	Kohtalainen näyttö Ei näyttöä Kohtalainen näyttö Niukka näyttö Niukka näyttö
Olkapää	Harjoitteluterapia	Olkapään kipua	Niukka näyttö

UUSI JÄMSÄ	TEHTÄVÄKUVAUS
Virka / toimi ja toimipaikka (tehtävää täytettäessä)	Virka / toimi Fysioterapeutti Palvelukeskus / hallintokunta / tulosalue / tulosyksikkö Sosiaali- ja terveystoimi/ tukipalvelut/ fysioterapia
Kelpoisuusehdot (Muodollisten kelpoisuusehtojen lisäksi voidaan esittää toivottavat lisäansiot)	Tehtävään sopiva ammattikorkeakoulututkinto tai vastaava opisto- tai koulutason tutkinto, 3 vuoden työkokemus. Eduksi katsotaan syventävät opinnot tuki- ja liikuntaelinsairauksiin sekä näiden täydennyskoulutus 5 vuoden välein.
Organisaatioasema	Lähin esimies Sosiaali- ja terveystoimen tukipalveluiden johtaja, tulosalueen esimies Välittömät alaiset
Sijaisuudet	Viranhaltijan / työntekijän sijainen fysioterapeutti Sijaisuudet, joita hoitaa
Viran / toimen tarkoitus	Kirurgian ja ortopedian poliklinikalla erikoissairaanhoidossa fysioterapeutin tehtävät.
Avaintehtävät	Laadukkaan fysioterapian toteuttaminen kirurgian ja ortopedian poliklinikalla. Asiakkaan fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta. Fysioterapia prosessien kehittäminen ja päivittäminen poliklinikalla. Olkapää ja dupuytren operoitujen potilaiden jälkitarkastus. Tekee lääkäreiltä uudelleen organisoituja tehtäviä itsenäisesti. Tilastoi ja kirjaa asiakaskäynnit. Yhteistyö kirurgian osaston ja avohoidon kanssa ja muiden sidosryhmien kanssa. Tehtävä on kokopäiväinen.

FYSIOTERAPIAN AIKASEURANTA	pvm
Käytetty aika 5 minuutin tarkkuudella	
TUOTE	toiminnot ma-pe
RF 120 Fysioterapeutin tutkiminen	yht
RF 210 fysioterapian ohjaus ja neuvonta	
RF 220 terapeuttinen harjoittelu	
RF 230 manuaalinen terapia	
RF 240 fysikaalinen terapia	
RF 290 Muu fysioterapian ohjaus ja terapiakäytäntö	
RF 310 apuvälinepalvelut	
RF 410 tiedonhankinta	
RF 420 dokumentointi	
RF 430 monialainen yhteistyö	
RF 440 fysioterapeuttinen konsultointi	
RF 490 muu asiakastyöhön liittyvä fysioterapia	
RF 510 asiantuntijana toimiminen	
RF 520 koulutustehtävät	
RF 590 muu asiantuntija- ja koulutustehtävä	
RF 920 asiantuntijuuden ja ammattitaidon kehittäminen	
RF 930 tutkimus ja kehittämistyö	
RF 950 markkinointi ja tiedottaminen	
RF 990 muu kehittäminen ja johtaminen	

Myyntihinnasto

Jokilaakson sairaalan kirurgian ja ortopedian poliklinikan fysioterapian palveluiden tuotteet 2009

FYSIOTERAPEUTIN OHJAUS (ilman lääkäriä tapahtuva työ)

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 30 min* *hinta 35 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 30 min
- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 45 min* *hinta 44 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 45 min
- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 60 min* *hinta 49 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 60 min

FYSIOTERAPEUTIN KONSULTAATIO (lääkärin kanssa yhteistyössä tapahtuva ohjaus)

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 15 min* *hinta 19 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.
- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 30 min* *hinta 31 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 30 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.
- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 45 min* *hinta 40 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 45 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.
- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 60 min* *hinta 46 €*
Tuotteen hintaan kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, arviointi, ohjaus ja neuvonta. Vastaanottoaika alle 60 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.

PÄIVYSTYSLISÄ/ KÄYNTI

hinta 5 €

SOITOT

hinta 20 €

**JOKILAAKSON SAIRAALAN KIRURGIAN JA ORTOPEDIAN
POLIKLINIKAN FYSIOTERAPIAN PALVELUIDEN TUOTTEET 2008
Sairaalan oma toimintaohje**

FYSIOTERAPEUTIN OHJAUS (ilman lääkäriä tapahtuva työ)= fysohj.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 30 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 30 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu ilman lääkärin vastaanottoa.

Tähän ryhmään kuuluvat: TNS, NMES, CPM sekä Bac-trac laitteiden anto.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 45 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 45 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu ilman lääkärin vastaanottoa.

Tähän ryhmään kuuluvat: Fysioterapeutin suorittamat olkapäiden jälkitarkastukset. Dupuytren potilaiden jälkitarkastus.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 60 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 60 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu ilman lääkärin vastaanottoa.

Tähän ryhmään kuuluvat: fysioterapeutin antamat manuaaliset ja fysikaalisen terapiat, jatko- ja välikontrollit sekä näihin liittyvien yksilöllisten harjoitusohjelmien teko.

FYSIOTERAPEUTIN KONSULTAATIO

(lääkärin kanssa yhteistyössä tapahtuva ohjaus) = fyskir.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 15 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 15 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.

Tähän ryhmään kuuluvat: asiakkaat, joilla jo ohjeet olemassa, kertaus.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 30 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 30 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.

Tähän ryhmään kuuluvat: Ortopedian poliklinikalla tekonivel- sekä selkäleikkausten jälkitarkastukset. Kirurgian poliklinikan ohjauspyynnöt; ACL, murtumat, olkapää- sekä polviovhaukset. Kirurgin poliklinikan ohjaukseen lisätään päivystyislisä, mikäli pyyntö tulee fysioterapeutille ilman ennakoilmoitusta.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 45 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 45 min. sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.

Tähän ryhmään kuuluvat: ortopedin poliklinikalla tekonivelpotilaiden tulo-ohjaukset ja konservatiivisesti hoidettavien selkäpotilaiden ohjaukset.

- *Fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta 60 min*

Tuotteen hintaan sisältyy välitöntä potilastyötä alle 60 min sekä välillistä ja muuta työtä 15 min. Fysioterapeutin työ tapahtuu lääkärin vastaanoton kanssa samana päivänä.

Tähän ryhmään kuuluvat: poikkeuksellisen paljon ohjausaikaa vievät potilaat esim. trauman jälkeen.

- *Päivystyislisä*

Potilaat jotka saavat fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa ilman ennakkotietoa.

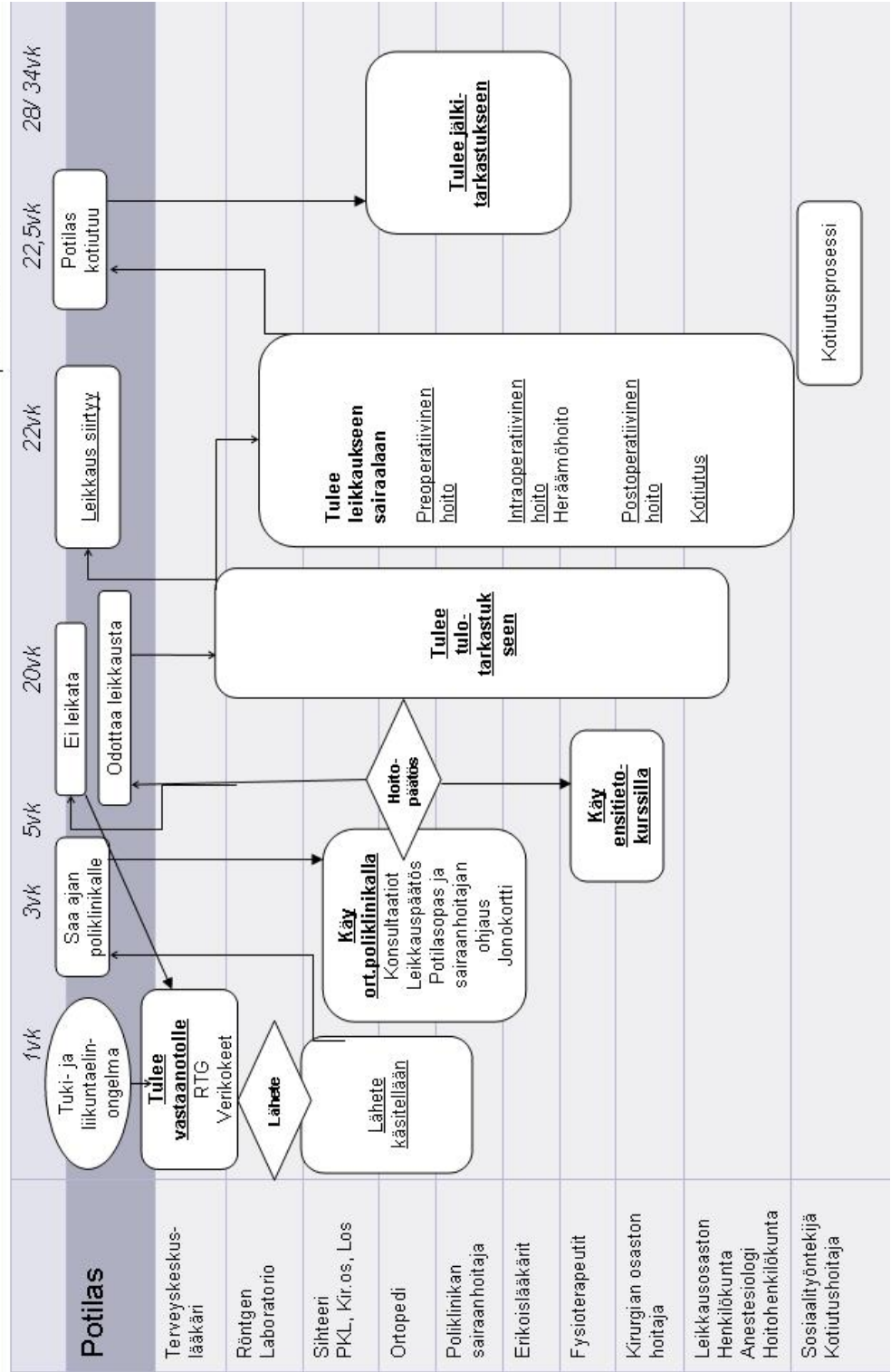
- *Soitot*

Tähän ryhmään kuuluvat: fysioterapeutin tekemät soitot tai potilaiden puhe-
linohjaukset, jotka myös kirjataan ja tilastoidaan potilastietojärjestelmään.
Hinta noudattelee yleistä hintaa, joka Jämsän seudun terveydenhuollon kun-
tayhtymässä on erikseen hyväksytty.

Tekonivelpotilaan hoitoketju

Tavoite: Yhtenäistää tekonivelpotilaan hoitokäytännöt siten, että ne kohottavat niveltaivoista kärsivän potilaan elämälaatua ja parantavat hänen toimintakyk्याän

Päivitetty: 17.2.2009
 Prosessiryhmä
 Prosessin vastuuhenkilö:
 tuuja.paasonen@jamsa.fi
 puh. 020 638 3550



Potilas

Terveyskeskus-lääkäri

Röntgen Laboratorio

Sihteeri PKL, Kir.os, Los

Ortopedi

Poliklinikan sairaanhoitaja

Erikoislääkärit

Fysioterapeutit

Kirurgian osaston hoitaja

Leikkausosaston Henkilökunta Anestesiologi Hoitohenkilökunta

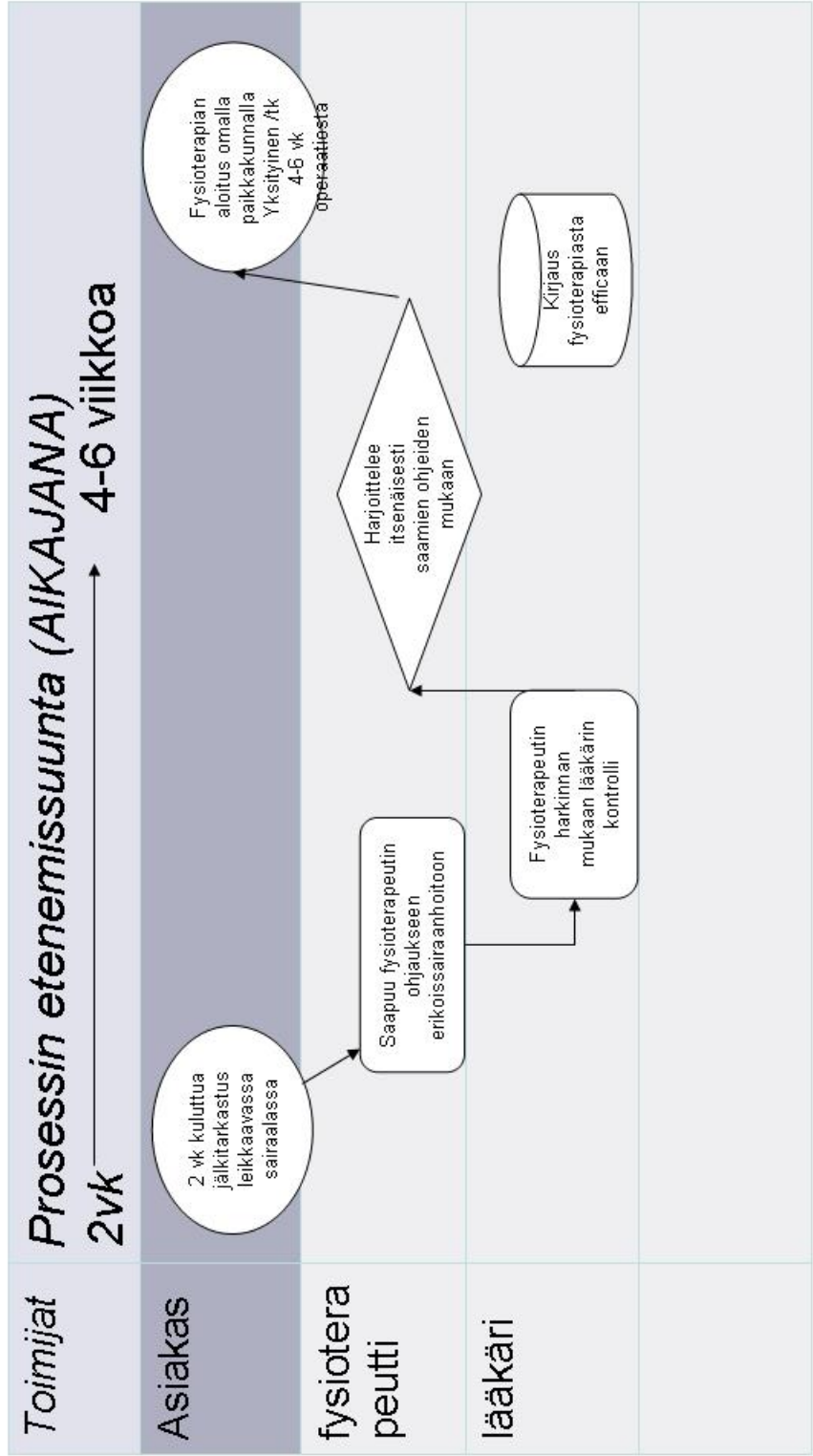
Sosiaalityöntekijä Kotutushoitaja

Jokilaakson sairaalassa olkapääleikkauksen jälkeinen fysioterapia
Tavoite: Kuntoutuminen 1½ - 3 kk kuluttua leikkauksesta

Päivitetty: 11.4.2009

[Prosessiryhmä](#)

Prosessin vastuuhenkilö:
 Tuula Neuvonen [@jamsan.th.fi](mailto:tneuvonen@jamsan.th.fi)
 puh. 020 638 3282



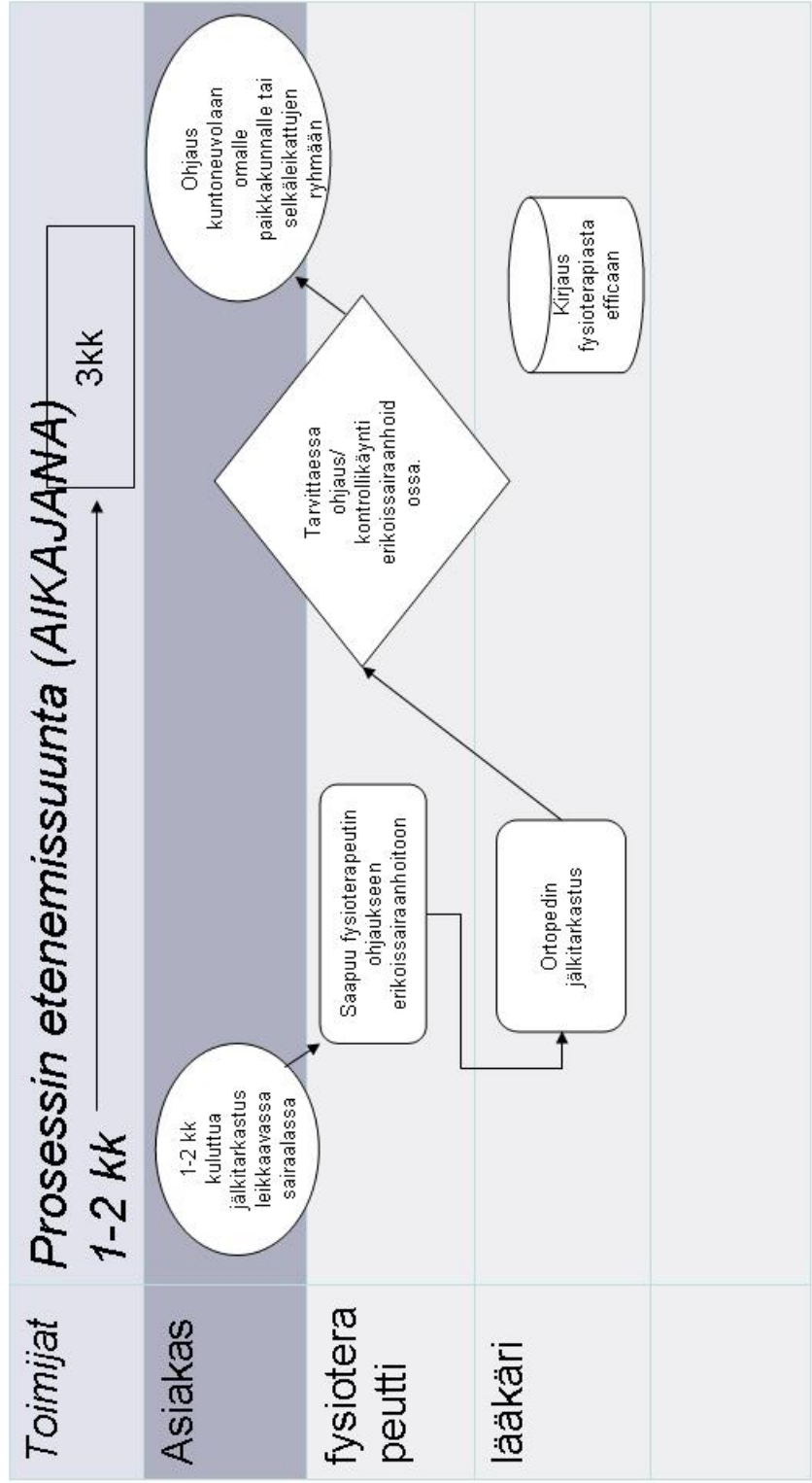
Selkäleikatun leikkauksen jälkeinen fysioterapia

Päivitetty: 11.9.2008

[Prosessiryhmä](#)

Prosessin vastuuhenkilö:
Tuula.neuvonen@jamsanthy.fi
puh. 020 638 3282

Tavoite: Kuntoutuminen
1½ - 3 kk leikkauksesta



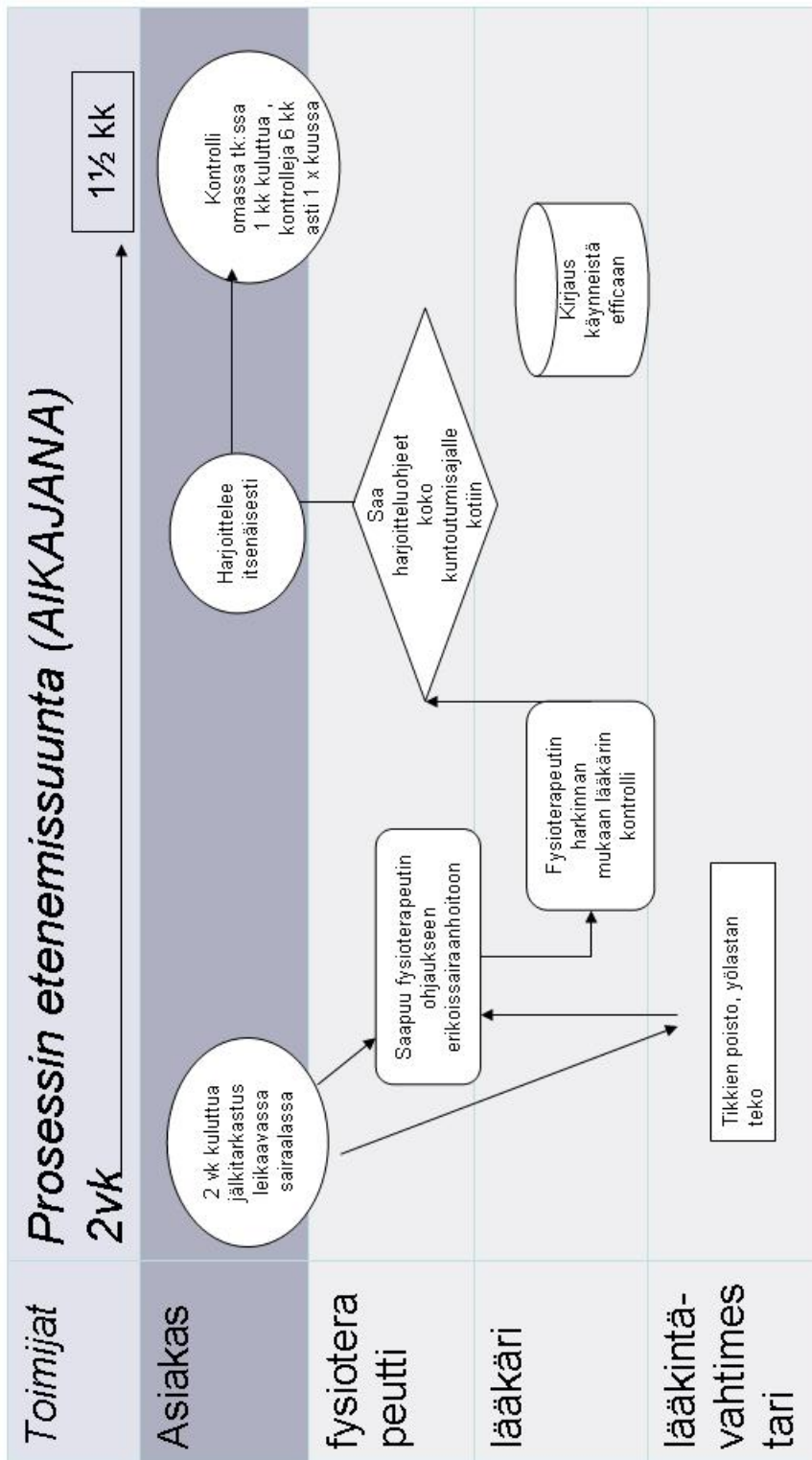
Dupuytren leikkauksen jälkeinen fysioterapia

Päivitetty: 11.4.2009

[Prosessiryhmä](#)

Prosessin vastuuhenkilö:
Tuula Neuvonen tjamsan@helsinki.fi
puh. 020 638 3282

Tavoite: Kuntoutuminen 1½ - 3 kk kuluttua leikkauksesta



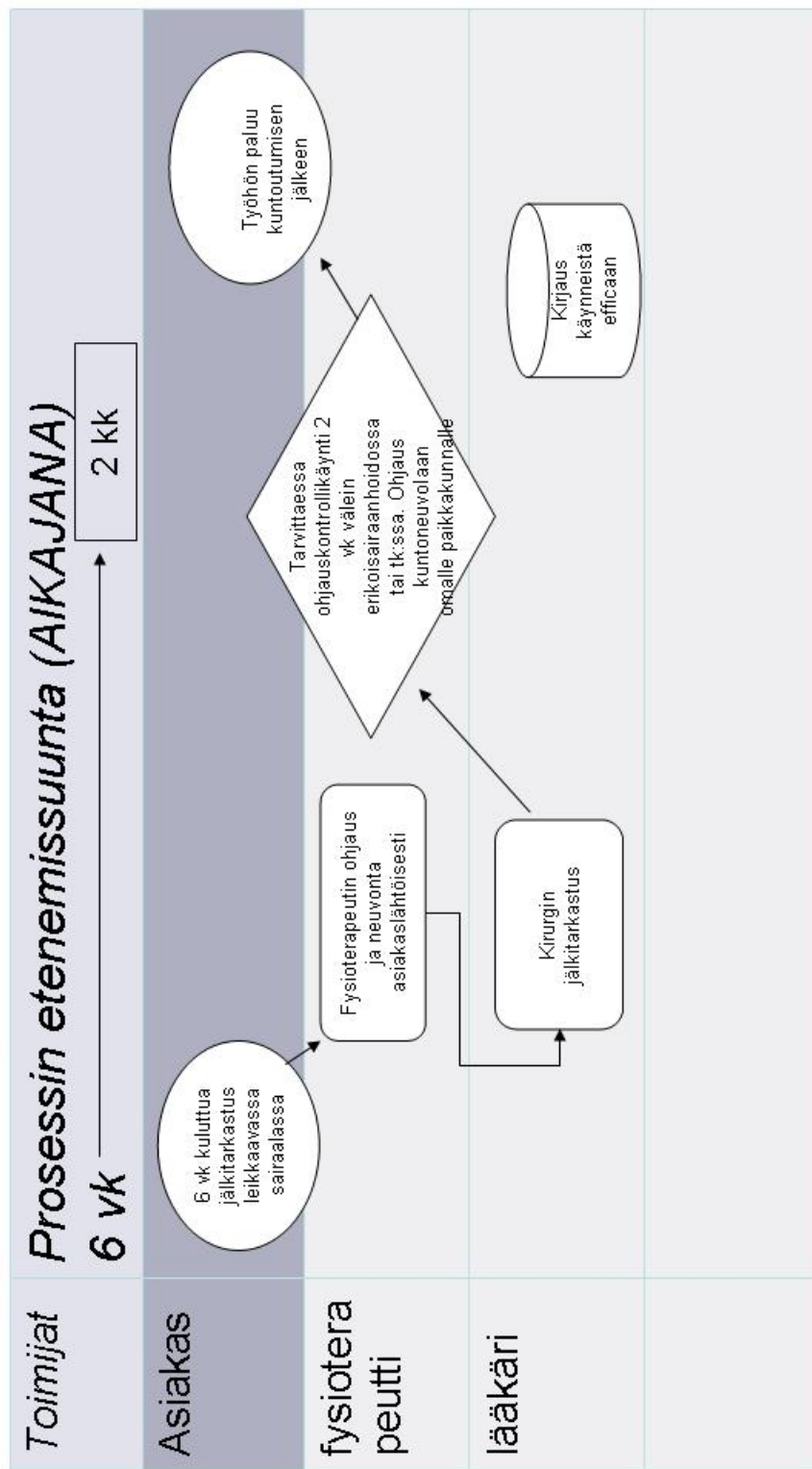
ACL- leikkauksen jälkeinen fysioterapia

Tavoite: Kuntoutuminen 3 kk leikkauksesta töihin ja harrastusten pariin

Päivitetty: 11.4.2009

[Prosessiryhmä](#)

Prosessin vastuuhenkilö:
Tuula.neuvonen@jamsanht.fi
puh. 020 638 3282



Konservatiivisesti hoidetun selkäpotilaan fysioterapia

Päivitetty: 11.4.2009

[Prosessiryhmä](#)

Prosessin vastuuhenkilö:
Tuula Neuvonen tneuvonen@jamsansth.fi
puh. 020 638 3282

Tavoite: Kuntoutuminen mahdollisimman nopeasti, ilman kuntoutumisviivettä.

