



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Fysioterapian suoravastaanottotoiminnan hyödyllisyys asiakkaiden kokemana

– Selvitys Nikkilän terveysasemalle

Heinäaho, Jutta ja Mäkelä, Mika

2018 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

## Fysioterapian suoravastaanottotoiminnan hyödyllisyys asiakkaiden kokemana

– Selvitys Nikkilän terveysasemalle

Jutta Heinäaho  
Mika Mäkelä  
Fysioterapeuttikoulutus  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2018

Heinäaho Jutta & Mäkelä Mika

### Fysioterapian suoravastaanottotoiminnan hyödyllisyys asiakkaiden kokemana

Vuosi 2018 Sivumäärä 47

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Sipoon terveyskeskuksen Nikkilän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia suoravastaanottotoiminnasta. Fysioterapeutin suoravastaanotolla tarkoitetaan sitä, että tuki- ja liikuntaelinsairausasiakas (TULES-asiakas) ohjataan tietyin kriteerein suoraan fysioterapeutille lääkärin vastaanoton sijaan, mikä nopeuttaa asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen aloittamista. Lisäksi työssä selvitettiin, kokivatko asiakkaat välitöntä ja pitkäaikaista muutosta kivussa ja sen myötä toimintakyvyssä suoravastaanottokäynnin jälkeen. Työn tarkoituksena oli kerätä tietoa Nikkilän terveysasemalle palvelun kehittämiseksi. Tulokset ovat lisäksi merkityksellisiä palvelun jatkuvuuden kannalta.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin suoravastaanottotoimintaa Suomessa ja ulkomailla. Se sisälsi myös kuvauksen Nikkilän terveysaseman suoravastaanottotoiminnasta. Lisäksi viitekehyksessä käsiteltiin kipua ja toimintakykyä International Classification of Functioning, Disability and Health:n (ICF) näkökulmasta sekä asiakaskokemusta.

Opinnäytetyö toteutettiin metologisena triangulaationa, mikä tarkoittaa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen yhdistämistä. Tutkimuksen aineisto kerättiin kaksivaiheisella kyselyllä Nikkilän fysioterapian suoravastaanoton asiakkailta. Tulokset osoittivat, että suoravastaanottokäynnin jälkeen koettu kipu oli vähentynyt sekä välittömästi vastaanoton jälkeen että kolme viikkoa käynnistä. Kivulla koettiin olevan vaikutusta toimintakykyyn, erityisesti liikkumiseen. Koetussa toimintakyvyssä ei kuitenkaan tapahtunut merkittävää muutosta, vaikka koetussa kivussa muutos oli huomattava. Asiakkaat kokivat suoravastaanottotoiminnan hyödyllisenä ja olivat kokonaisuudessa tyytyväisiä käyntiin. He olivat myös tyytyväisiä nopeaan hoitoon pääsyyn sekä fysioterapeutin asiantuntevuuteen. Asiakkaat eivät olisi halunneet mennä lääkärin vastaanotolle suoravastaanoton sijaan.

Tulevaisuudessa sama tutkimus voitaisiin toistaa suuremmalla otoskoolla ja verrokkiryhmällä. Lisäksi tutkimusta voisi jatkaa muuttamalla kysely kolmivaiheiseksi, jolloin voitaisiin selvittää, kuinka monella fysioterapian suoravastaanoton asiakkaalla kipu kroonistuu.

Asiasanat: fysioterapeutin suoravastaanottotoiminta, kipu, toimintakyky, ICF

Heinäaho Jutta & Mäkelä Mika

**The usefulness of direct access to physical therapy experienced by clients**

Year	2018	Pages	47
------	------	-------	----

---

The aim of the thesis was to chart the experiences of direct access to physical therapy in the health center of Nikkilä, Sipoo. Direct access is intended to the musculoskeletal diseases (MSD) clients who are guided to physical therapist's appointment based on certain criteria, rather than to doctor's appointment, which speeds up the beginning of the treatment and rehabilitation of the patient. In addition, the purpose was to study whether the clients experienced immediate and long-term change in pain and therefore change in functional ability after direct access. The purpose of the thesis was to collect information for Nikkilä health center to improve the service. The results are also relevant regarding the continuity of the service.

The theoretical framework discussed direct access in Finland and abroad. It also included a description of direct access of Nikkilä health center. In addition, the theoretical framework discussed the pain and functional ability of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and customer experience.

The thesis was carried out as a methodological triangulation, which means the combination of quantitative and qualitative research. The study material was collected by a two-step questionnaire from Nikkilä's direct access clients. The results showed that the experienced pain after direct access was decreased both immediately after the appointment and three weeks afterwards. Pain was experienced to have an effect on functional ability, especially movement. However, there was no significant change in the functional ability, although the change in experienced pain was considerable. Clients found direct access useful and were generally satisfied with the appointment. They were also satisfied with the quick treatment and the expertise of the physiotherapist. The clients would not have wanted to go to a doctor's appointment instead of direct access.

In the future, the same study could be repeated with a larger sample size and control group. In addition, the study could be resumed by changing the two-step questionnaire into a three-step questionnaire to chart how many physiotherapy direct access clients experience chronic pain.

Keywords: direct access to physical therapy, pain, functional ability, ICF

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	7
3	Fysioterapian suoravastaanotto .....	7
3.1	Suoravastaanoton hyödyt ja haasteet .....	8
3.2	Suoravastaanotto Nikkilän terveysasemalla .....	10
3.3	Asiakkaan palvelukokemus .....	12
4	Kipu mittarina .....	12
4.1	Kivun luokittelu.....	13
4.2	Kivun arviointi .....	14
4.3	Kivun kokeminen .....	16
5	Toimintakyky ICF:n näkökulmasta .....	17
6	Tutkimusmenetelmät.....	19
6.1	Aineiston keruu .....	20
6.2	Aineiston analyysi .....	21
7	Tulokset.....	22
7.1	Asiakkaiden kokema kipu .....	22
7.2	Asiakkaiden kokema toimintakyky .....	24
7.3	Asiakkaiden kokemukset suoravastaanotosta .....	27
8	Johtopäätökset .....	28
9	Pohdinta .....	30
9.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	31
9.2	Kehittämisehdotukset .....	32
	Lähteet .....	33
	Kuviot.. .....	37
	Taulukot .....	38
	Liitteet.....	39

## 1 Johdanto

Tuki ja liikuntaelinsairaudet (TULE-sairaudet) ovat eniten kipua ja lääkärissä käyntejä aiheuttava sairausryhmä Suomessa. Niiden on myös todettu tulevan kalliiksi yhteiskunnalle. Kustannukset aiheutuvat osittain suorista, kuten sairaanhoito-, kuntoutus- ja lääkekustannuksista, mutta suurimmat kustannukset aiheutuvat välillisistä eli sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyyskustannuksista. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry 2017.) Terveyspalvelujärjestelmän kalteus ja hitaus vastata asiakkaiden tarpeisiin on aiheuttanut keskustelua jo useiden vuosien ajan (Lähteenmäki & Leppänen 2016). Tähän on pyritty vastaamaan kehittämällä ammattiryhmien välistä työnjakoa laajennetuilla tehtävänkuvilla ja tehtävänsiirroilla, jolloin osa lääkäreiden tehtävistä on siirretty esimerkiksi fysioterapeuteille (Kylänen, Vuori, Kangas & Luoto 2015, 8).

Fysioterapeutin suoravastaanoton on nähty kehittävän lääkärin ja fysioterapeuttien välistä työnjakoa (Kylänen ym. 2015, 5). Fysioterapeutin suoravastaanotolla tarkoitetaan sitä, että TULES-asiakas ohjataan tietyin kriteerein suoraan fysioterapeutille lääkärin sijaan, mikä nopeuttaa asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen aloittamista. (Lautamäki ym. 2016a). Nopea hoidon aloittaminen ehkäisee asiakkaan oireiden pitkittymistä ja nopeuttaa töihin paluuta (Kukka 2009, 10).

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti fysioterapeuttien suoravastaanottoiminnan ajankohtaisuus. Suomessa fysioterapeuttien suoravastaanottoa on toteutettu jo yli kymmenen vuoden ajan (Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatriryhdistys 2017, 4). Tehyn tekemän selvityksen mukaan vuonna 2017 suoravastaanottoja oli 32 kunnassa tai kuntayhtymässä, joista suurin osa perusterveydenhuollossa. Lisäksi 18 organisaatiota suunnitteli aloittavansa toiminnan lähitulevaisuudessa. (Töytäri 2017, 13.) Aika ajoin eri mediat uutisoivatkin suoravastaanoton käynnistämisestä eri kunnissa. Esimerkiksi YLE Uutisissa on kerrottu suoravastaanoton käyttöönotosta vuoden 2017 aikana seitsemässä Lapin kunnassa sekä Vantaalla (Konttinen 2017; Torikka 2017). Myös poliittiset päättäjät ovat heränneet asiaan. Kansanedustaja Sari Sarkomaa ehdotuksen mukaan suoravastaanotolle pääsystä tulisi säätää lakisääteinen oikeus (Ahtokivi 2017). Vaikka fysioterapeuttien suoravastaanotto on hyvin ajankohtainen aihe, sitä koskeva tutkimus on Suomessa vielä suhteellisen vähäistä. Kansainvälistä tutkimusta on tehty 1980-luvulta lähtien ja se on myös lisääntynyt tasaisesti. (Kangas 2017, 15; Kylänen ym. 2015, 28.)

Sipoon terveyskeskuksen Nikkilän terveysasemalla fysioterapeuttien suoravastaanottoimintaa on toteutettu vuodesta 2012 lähtien. Opinnäytetyö kartoittaa suoravastaanoton hyödyllisyyttä tarjoten tarpeellista tietoa Nikkilän terveysasemalle. Tavoitteena on selvittää kaksivai-

heisen kyselyn avulla asiakkaiden kokemuksia suoravastaanotosta sekä koettua muutosta kivussa ja sen myötä toimintakyvyssä. Kipua ja toimintakykyä käsitellään biopsykososiaalisesta näkökulmasta.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön muoto on tutkielma ja sen tilaajana on Sipoon terveyskeskuksen Nikkilän terveysasema. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Nikkilän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia suoravastaanotto toiminnasta. Lisäksi työssä selvitetään, kokevatko asiakkaat välitöntä ja pitkäaikaista muutosta kivussa ja sen myötä toimintakyvyssä suoravastaanottokäynnin jälkeen. Kipu on työssämme mittari, jonka avulla pyrimme selvittämään suoravastaanoton asiakaskokemuksia ja siten suoravastaanotto toiminnan hyödyllisyyttä. Työn tarkoitus on kerätä tietoa Nikkilän terveysasemalle, jotta palvelua voidaan tulevaisuudessa kehittää. Tulokset ovat merkityksellisiä myös palvelun jatkuvuuden kannalta. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Kokivatko asiakkaat suoravastaanottokäynnillä olevan vaikutusta koettuun kipuun ja toimintakykyyn?
- Kokivatko asiakkaat suoravastaanotto toiminnan hyödyllisenä?

Teoreettinen viitekehys käsittelee suoravastaanotto toimintaa Suomessa ja ulkomailla. Se sisältää myös kuvauksen Nikkilän terveysaseman suoravastaanotto toiminnasta. Lisäksi viitekehys käsittelee kipua ja toimintakykyä International Classification of Functioning, Disability and Health:n (ICF) näkökulmasta. ICF valittiin siksi, että sen avulla voimme hahmottaa, miten kipu vaikuttaa ihmisen arkeen. Teoreettinen viitekehys käsittelee myös asiakaskokemusta. Koska työssämme painotetaan työelämäasiantuntijan näkökulmaa eikä asiakasnäkökulmaa, asiakaskokemusta ei käsitellä laajasti.

## 3 Fysioterapian suoravastaanotto

TULE-sairaudet ovat yleisin kipua aiheuttava ja eniten työstä poissaoloon johtava pitkäaikais-sairauksien ryhmä Suomessa. Niistä arvioidaan aiheutuvan kustannuksia vuodessa noin 2,5 miljardia euroa, josta suurin osa muodostuu sairauspoissaolo- ja työkyvyttömyyskustannuksista (Lautamäki, Salo, Mustalampi, Häkkinen & Ylinen 2016a.) Väestön ikääntyminen, elintason sairauksien lisääntyminen ja vähäinen fyysinen aktiivisuus lisäävät todennäköisesti TULE-sairauksien määrää tulevaisuudessa. Ne ovat myös yksi yleisimmistä terveyskeskuslääkärillä käynnin syistä. (Kukka 2009, 1.)

Kun asiakas hakeutuu hoitoon terveyskeskukseen TULE-sairauden vuoksi, hänet ohjataan yleensä ensin lääkärin vastaanotolle, minkä jälkeen lääkäri harkintansa mukaan ohjaa hänet

fysioterapeutille (Lautamäki ym. 2016a). Terveysthuollon, erityisesti perusterveydenhuollon, uhkana on kuitenkin osaavan työvoiman riittävyys ja palvelujen saatavuus. Toiminnan tehokkuuden ja työntekijöiden suorituskyvyn lisäämiseksi sekä palvelujen parantamiseksi on kehitetty ammattiryhmien välistä työnjakoa laajennetuilla tehtäväkuvilla ja tehtäväsiirroilla, kuten fysioterapeuttien suoravastaanotolla. (Kylänen ym. 2015, 8; Kukka 2009, 1.)

Fysioterapeutin suoravastaanotolla tarkoitetaan TULES-asiakkaan ohjaamista ensisijaisesti fysioterapeutille lääkärin sijaan. Asiakas ohjautuu fysioterapeutille sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan, yleensä puhelimitse tehdyn, hoidontarpeen arvioinnin perusteella, ilman lääkärin vastaanotolla käyntiä tai ilman lääkärin lähetettä. Tämä nopeuttaa asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen aloittamista, kun hänen ei tarvitse ensin jonottaa lääkärin vastaanotolle ja sitten fysioterapeutille. (Lautamäki ym. 2016a.)

Fysioterapeuttien laajennettuja tehtäväkuvia ja tehtäväsiirtoja on toteutettu ainakin Isossa-Britanniassa, Hollannissa, Australiassa, Kanadassa, Yhdysvalloissa, Norjassa sekä Ruotsissa (Kukka 2009, 3-6). Fysioterapeuttien suoravastaanottoa on toteutettu Suomessa jo yli kymmenen vuoden ajan perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tällä hetkellä suoravastaanottoja on yli 30 kunnassa ja toiminta laajenee jatkossa edelleen (Töytäri 2018, 13; Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatriryhdistys 2017, 4.)

Suoravastaanoton fysioterapeutit suorittavat uuden tehtävän vaatiman lisäkoulutuksen (Lakka 2008a, 5). Tehyn tekemän selvityksen mukaan kaikissa organisaatioissa fysioterapeutit eivät kuitenkaan olleet saaneet lisäkoulutusta. Lisäksi vain puolet selvitykseen vastaajista oli järjestänyt tarvittavat osaamisen näytöt. (Töytäri 2018, 15.) Suomessa suoravastaanoton fysioterapeuteilla on oikeus suositella asiakkaalle reseptivapaita kipulääkkeitä ja lisäksi he voivat myöntää 1-5 vuorokautta sairauslomaa (Töytäri 2018, 17; Kangas, Vuori, Luoto & Kylänen 2015, 6).

### 3.1 Suoravastaanoton hyödyt ja haasteet

Fysioterapeutin suoravastaanoton hyödyistä TULE-sairauksien hoidossa on näyttöä niin ulkomailta kuin Suomestakin. Tutkimukset osoittavat, että fysioterapeutin suoravastaanotolle pääsee nopeammin kuin lääkärille ja fysioterapeuttien osaaminen TULES-asiakkaiden osalta vastaa lääkäreiden osaamista (Lautamäki ym. 2016a; Childs ym. 2005; Desmeules ym. 2013; Salisbury ym. 2013; Daker-White ym. 1999.) Asiakkaat pääsevät fysioterapeuttien suoravastaanotolle pääasiassa samana tai seuraavana päivänä (Töytäri 2018, 18). Asiakkaan kannalta nopealla hoidon aloittamisella on oleellinen merkitys, sillä nopea pääsy fysioterapiaan ehkäisee oireiden pitkittymistä ja nopeuttaa töihin paluuta (Kukka 2009, 10). Tutkimukset osoittavatkin asiakkaiden suhtautuvan suoravastaanottoon positiivisesti. Asiakkaat olivat tyytyväisiä



muun muassa hoidon laatuun, ohjaukseen ja neuvontaan sekä saatavuuteen. (Latvala-Kaataja 2016; Desmeules ym. 2013; Lakka 2008b; Draker-White ym. 1999.)

Tutkimusten mukaan suoravastaanoton on todettu vähentävän terveydenhuollon kustannuksia. Vaikka lääkärin ja fysioterapeutin kertakäynnin kustannukset olivat lähes samat, syntyi kustannuseroja jatkotutkimusten ja erikoissairaanhoidon läheteiden määrässä sekä hoidon tavoitteiden saavuttamisessa. (Töytäri 2018, 19; Lautamäki, Salo, Mustalampi, Häkkinen & Ylinen 2016b, 7; Lakka 2008b; Draker-White ym. 1999.) Kustannussäästöistä puhuttaessa tulisi kuitenkin huomioida asiakkaiden hoitopolku, sillä suoravastaanotolle voi tulla asiakkaita, jotka ovat aiemmin käyneet lääkärin vastaanotolla saman vaivan vuoksi (Lautamäki ym. 2016a). Nopean hoidon aloittamisen on arvioitu olevan ensisijainen keino vähentää TULE-vaivojen kustannuksia, kun töihin paluun nopeutumisen myötä sairauspoissaolot vähenevät. Lyhempien sairauslomien ja vähäisempien sairauspoissaolopäivien, hyötyä kustannusten kannalta ei ole kuitenkaan vielä tutkittu. (Kukka 2009, 10.)

Suoravastaanoton volyymin lisääminen mahdollisesti vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Tämä siksi, että suuri osa suoravastaanoton asiakkaista hoidetaan fysioterapian keinoin ja vain pienellä osalla asiakkaita on tarvetta jatkohoitoon lääkärillä. Volyymien lisääminen perusterveydenhuollossa on kuitenkin haastavaa, koska fysioterapian resurssien on riitettävä myös muulle toiminnalle, kuten lakisääteiselle lääkinnälliselle kuntoutukselle ja kiireettömälle vastaanottoiminnalle. (Lautamäki ym. 2016b.)

Suoravastaanoton on nähty kehittävän lääkäreiden ja fysioterapeuttien työnjakoa sekä luovan paremmin tietoisuutta fysioterapeuttien osaamisesta asiakaskunnassa. Työnjaon on todettu myös lisäävän työn mielekkyyttä, tuottavuutta ja vaikuttavuutta, kun ammattiryhmien osaamista ja yhteistyötä hyödynnetään tarkoituksenmukaisemmalla tavalla. Lisäksi fysioterapeuttien ammatti-identiteetti on näyttänyt vahvistuvan. (Kangas ym. 2015, 7-8; Kylänen ym. 2015, 5.)

Toisaalta osa fysioterapeuteista on kokenut suoravastaanottotyön kuormittavaksi. Syynä tähän on uusien tehtävien vaativuus sekä moniammatillisen tuen puute. Moniammatillinen tuki ilmenee yhdessä tekemisenä, vastavuoroisuutena sekä mahdollisuutena oppia toiselta ammattilaiselta. Tämä vaatii tietoa ja ymmärrystä eri ammattiryhmien osaamisesta sekä luottamusta. Luottamukseen perustuva työnjako edellyttää sitä, että osapuolet ymmärtävät uudet roolit ja toimivat sen mukaisesti. Lisäksi se edellyttää osapuolien sitoutumista yhdessä tekemiseen, oppimiseen ja kehittämiseen. (Kangas 2017a, 19-21.) Asiakkaan kannalta oleellista on se, että työnjaosta ja toimintatavoista vallitsee yksimielisyys, joka ilmenee yhteisenä toimintakulttuurina. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki osapuolet tietävät, miten toimintaan. (Kangas ym.

2015, 8.) Kankaan (2017b) tekemän väitöskirjan mukaan luottamukseen perustuvassa työnjaoissa on Suomessa vielä kehitettävää.

### 3.2 Suoravastaanotto Nikkilän terveysasemalla

Fysioterapian suoravastaanottotoiminta alkoi Nikkilän terveysasemalla vuoden 2012 alusta. Toiminnan alussa suoravastaanotolle tarkoitettuja aikoja oli 3-4 tuntia viikossa ja vastaanotolle ohjattiin ainoastaan selkäongelmaisia. Vuonna 2013 suoravastaanoton piiriin tulivat myös niskaongelmaiset. Vuodesta 2015 vastaanottoaikoja on ollut 9 tuntia viikossa ja samalla oireryhmiä lisättiin. Suurimman asiakasryhmän muodostavat selkäongelmaiset. Suoravastaanotolle varattava aika määräytyy oireen mukaan. 60 minuutin vastaanotto varataan selkä- ja niskaongelmallisille sekä sellaisille yläraajaongelmallisille, joiden oireet säteilevät yläraajaan. 30 minuutin ajat on puolestaan varattu polvi-, nilkka-, jalkaterä-, olkapää- ja kyynärpäön-ongelmallisille sekä kipsin poiston jälkeisiin ohjauksiin. Kaikki suoravastaanottoa tekevät fysioterapeutit ovat saaneet lisäkoulutuksen suoravastaanottotoimintaan. (Westerlund 2017.)

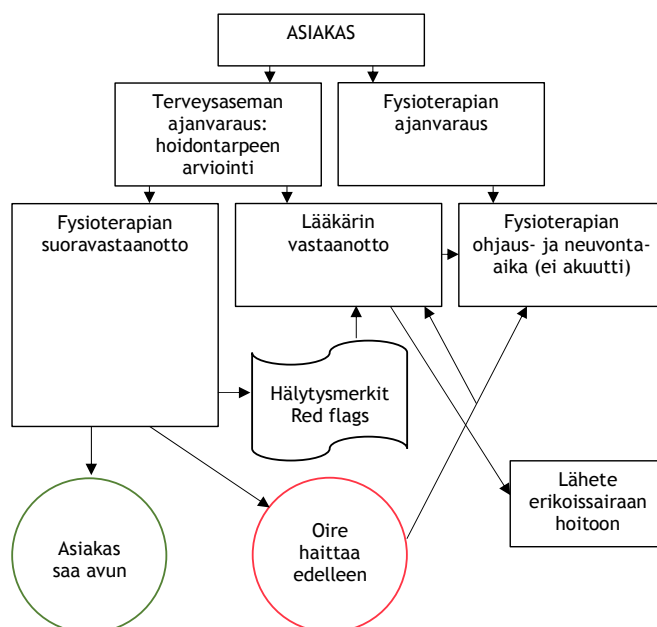
Asiakkaan hoitopolku alkaa siitä, kun hän ottaa yhteyttä terveysaseman ajanvaraukseen tai fysioterapian ajanvaraukseen. Terveysaseman ajanvarauksessa sairaanhoitaja haastattelee asiakasta hoidon tarpeen arvioimiseksi ja varaa sovittujen kriteerien perusteella ajan lääkärille tai fysioterapeutille (Taulukko 1). Mikäli lääkäriin ohjautumisen kriteerit eivät täyty ja kipu on kestänyt alle 6 viikkoa, asiakas ohjataan fysioterapian suoravastaanotolle. Jos kipu on jatkunut yli 6 viikkoa, eikä se ole akutisoitunut, asiakas ohjataan soittamaan suoraan fysioterapian ajanvaraukseen ja varaamaan ohjaus- ja neuvonta-ajan. (Akuutin alaselkävun hoitopolku 2012.)

Lääkärille	Fysioterapeutin suoravastaanotolle	Fysioterapeutin ohjaus- ja neuvonta-ajalle
Kipu kestänyt yli 6 viikkoa, eikä asiakkaalla ole aikaisempaa kiputaipumusta kyseisellä alueella	Kipu kestänyt alle 6 viikkoa ja lääkäriin ohjautumisen kriteerit eivät täyty	Kipu kestänyt yli 6 viikkoa, eikä se ole akutisoitunut
Kipu (asteikolla 1-10) 10	Kipu (asteikolla 1-10) 1-9	
Kipu estää istumista		
Kipu alkanut trauman, kuten putoamisen tai liikenneonnettomuuden, seurauksena	Kipu alkanut pienen trauman, kuten pienen nitkahduksen tai krampin, seurauksena	
Työtaturmat		
Selkäkipu säteilee polven alapuolelle, säteilykipu, jo-		

hön liittyy alueen puutuneisuutta, yöunta haittaava säteilykipu		
Alaselkäoireeseen liittyy virtsantuloaiveutta, ulosten karkailua tai tunnottomuutta peräaukon seudulla, asiakkaalla ilmenee lihasheikkoutta, minkä takia hän ei kykene nousemaan varpaille ja kantapäille.		
Asiakkaalla kuumetta, syöpäänämnesei tai osteoporoosi		
Asiakas on alle 18-vuotias		

Taulukko 1: Hoitoon ohjautumisen kriteerit (Akuutin alaselkävivun hoitopolku 2012)

Fysioterapian suoravastaanoton ensikäynnillä asiakkaalta kysytään esitiedot asiakkaan etukäteen täyttämän oire- ja haittakyselyn sekä kipupiirroksen avulla. Asiakasta haastatellaan ja tutkitaan, minkä jälkeen asiakkaalle ohjataan kotiharjoitteet toimintakyvyn ylläpitämiseen tai lisäämiseen. Asiakkaalle voidaan suositella reseptivapaiden kipulääkkeiden käyttöä ja kirjoittaa maksimissaan 5 päivää sairauslomia. Asiakas saa myös tarvittaessa 1-3 kontrolliaikaa fysioterapiaan tarpeen mukaan. (Akuutin alaselkävivun hoitopolku 2012.)



Kuvio 1: Suoravastaanoton hoitopolku Nikkilän terveysasemalla

### 3.3 Asiakkaan palvelukokemus

Koska tässä opinnäytetyössä selvitetään asiakkaiden kokemuksia suoravastaanotosta, on tärkeää tarkastella myös kokemuksen käsitettä. Suoravastaanotto on palvelu, jota tarjotaan asiakkaille, joten käymme läpi asiakaskokemukseen vaikuttavia tekijöitä.

Asiakaskokemus on aina subjektiivinen ja moniulotteinen tapahtuma, joka toteutuu asiakkaan ja ympäristön välillä tapahtuvan vuorovaikutuksen seurauksena (Mustonen 2012, 12). Koska asiakaskokemus on henkilökohtainen, yhtä mallia sen toteuttamiseen on vaikea määritellä. Myös erot eri toimialojen kesken voivat olla huomattavia. Olemme tottuneet saamaan tietyillä toimialoilla parempaa palvelua kuin toisilla. (Gerdt & Korhikoski 2016, 94.) Näin ollen suoravastaanoton asiakkaiden kokemuksiin voivat vaikuttaa aikaisemmat kokemukset julkisesta terveydenhoidosta. Asiakaskokemus muodostuu asiakkaan aikaisemmista kokemuksista, joita hän peilaa nykyisiin odotuksiinsa, haluihinsa ja toiveisiinsa (Gerdt & Korhikoski 2016, 93).

Asiakaskokemus voidaan jakaa kolmeen tasoon: toimintaan, tunteisiin ja merkityksiin. Alin taso eli toiminnan taso tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaan toiminnalliseen tarpeeseen. Tällä tarkoitetaan prosessien sujuvuutta sekä palvelun saavutettavuutta, käytettävyyttä, tehokkuutta ja monipuolisuutta. Keskimäinen taso eli tunnetaso tarkoittaa asiakkaalle syntyviä välittömiä tunteita ja henkilökohtaisia kokemuksia, kuten kokemuksen miellyttävyyttä, helppoutta ja kiinnostavuutta. Ylin asiakaskokemuksen taso eli merkityksen taso tarkoittaa kokemukseen liittyviä mielikuva- ja merkitysulottuvuuksia sekä suhdetta asiakkaan elämäntapaan ja omaan identiteettiin. (Tuulaniemi 2013, 74-75.)

Suoravastaanoton asiakaskokemusta on tutkittu ja mitattu jonkin verran. Lakan (2008b) pro gradu -tutkielmassa selvitettiin muun muassa fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneiden asiakastyytyväisyyttä. Asiakastyytyväisyystutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Latvala-Kaatajan (2016) tekemässä pro gradu -tutkielmassa selvitettiin kuntoutujien näkemyksiä fysioterapian suoravastaanottoiminnasta. Aineiston keruu toteutettiin kyselylomakkeella vastaanoton jälkeen. Työssämme käytämme aineistonkeruun menetelmänä kaksivaiheista kyselyä asiakaskokemuksen selvittämiseksi.

## 4 Kipu mittarina

Kivulla tarkoitetaan fyysistä tuskaa, särkyä, kirvelyä, kivistystä, polttoa tai pakotusta. Kansainvälisen kivuntutkimusyhdistyksen (International Association for the Study of Pain, IASP) mukaan kipu on epämiellyttävä sensorinen tai emotionaalinen aistimus tai kokemus, johon liittyy jo olemassa oleva tai mahdollinen kudosvaurio tai jota kuvataan kudosvaurion käsitteillä. Kipu on siis elimistön vaste kudosvaurioon, minkä taustalla voi olla esimerkiksi sairaus, vamma, iskemia tai tulehdus. (Kauranen 2017, 546.)

Kivulla on määritelmän negatiivisesta luonteesta huolimatta elimistöä suojaava tehtävä. Kivun tehtävänä on akuutisti varoittaa uhkaavasta kudosisvauriosta. Tämä johtaa kudosisvaurion syntymistä tai etenemistä estäviin toimintoihin eli nopeaan vetäytymiseen uhkaavasta ärsykkeestä. Hyvä esimerkki tästä on sormen vetäminen pois liekistä. (Kalso 2009.) Kivun toinen tehtävä on turvata vaurion paraneminen; kipeän kehonosan käyttöä pyritään välttämään, jotta vaurio voi toipua rauhassa. Kun vaurio paranee, kipu vähenee ja aktiviteetit alkavat palata normaaleiksi, mutta joskus kipu voi jatkua kudosisvaurion paranemisesta huolimatta. (Kauranen 2017, 546; Haanpää & Pohjolainen 2015.)

#### 4.1 Kivun luokittelu

Kivun luokittelu on tärkeää, koska eri kiputilojen hoitomenetelmät eroavat toisistaan. Myös eri kiputilojen kulku ja ennuste voivat poiketa toisistaan huomattavasti. Luokittelua pidetään hoidon suunnittelun apuvälineenä, mutta se ei kuitenkaan ole aina ehdoton. Kivun luokittelulla on myös merkittävä psykologinen merkitys. Vaikka kipua ei kyettäisi hoitamaan tehokkaasti, monet kivusta kärsivät saavat helpotusta, jos heidän ongelmalleen voidaan antaa tarkka diagnoosi. (Soinila 2005, 22.)

Kivulle on luotu erilaisia luokittelusysteemejä. Perinteinen luokittelu on jako keston mukaan akuuttiin, subakuuttiin ja krooniseen kipuun. Akuutti kipu kestää tyypillisesti alle neljä viikkoa ja sen voimakkuus on yleensä yhteydessä kudosisvaurion laajuuteen (Kauranen 2017, 546; Koho 2015, 14). Akuutille kivulle on siis yleensä selvä syy, mikä tarkoittaa sitä, että sitä voidaan hoitaa tehokkaasti. Hoitamaton tai huonosti hoidettu kudosisvaurio ja kipu voi osalla johtaa oireiden pitkittymiseen ja komplisoitumiseen. (Kalso 2009.) Subakuutti kipu kestää 4-12 viikkoa (Kauranen 2017, 546).

Kipu on krooninen, jos se kestää yli 12 viikkoa tai jos sen kesto ylittää kudosisvaurion paranemiseen tarvittavan ajan tai kestää muuten odotettua pidempään (Kauranen 2017, 546). Kroonisen kivun syynä voi olla jatkuva kipureseptorien ärsytys, vaurio kipuradassa tai muutokset kipuaistin sentraalisessa säätelyssä. (Haanpää & Pohjolainen 2015.) Kroonisessa kivussa on kuitenkin myös osittain kyse psykososiaalisten tekijöiden vasteesta kudosis- tai hermovaurioon, mikä tarkoittaa sitä, että psykososiaaliset tekijät voivat altistaa, laukaista tai ylläpitää kroonista kipua. Tällöin kivulle ei välttämättä löydy elimellistä tai fyysistä syytä. Akuutin kivun fysiologinen funktio elimistön suojelijana on helppo ymmärtää, mutta krooniselle kivulle ei ole kyetty löytämään mitään myönteistä fysiologista merkitystä (Kauranen 2017, 547; Kalso 2009.)

Toinen tapa luokitella kipua on jakaa se syntymekanismien mukaan nosiseptiiviseksi eli kudosisvauriokivuksi, neuropaattiseksi eli hermovauriokivuksi ja idiopaattiseksi kivuksi, jolloin kipua selittävää vauriota ei voida todeta. Nosiseptiivinen kipu syntyy kipureseptorien reagoiessa

voimakkaaseen, potentiaalisesti kudosisvaurioita aiheuttavaan joko fyysikaaliseen tai mekaaniseen ärsykkeeseen. Tällöin itse kipua välittävä ja aistiva järjestelmä säilyy vaurioitumattomana. Nosiseptiivista kipua aiheuttavat esimerkiksi tulehdukset, iskemia ja tuumorit. Myös viskeraalisella eli sisäelinkivulla tarkoitetaan yleensä nosiseptiivista kipua. (Haanpää & Pohjolainen 2015; Vainio 2009.)

Neuropaattinen kipu syntyy hermovaurion tai kipua välittävän hermojärjestelmän vian seurauksena. Jälkimmäisellä tarkoitetaan sitä, että hermosolut reagoivat herkemmin ärsykkeisiin, jotka eivät normaalisti aiheuta kipua. Neuropaattisen kivun tyypilliset piirteet ovat epänormaalit tuntemukset kuten pistely, polttava tunne tai puutuneisuus kipualueella sekä tuntohäiriöt. (Haanpää & Pohjolainen 2015; Vainio 2009.) Nosiseptiivisen ja neuropaattisen kivun niin sanottuna välimuotona erotellaan vielä hermokipu, joka aiheutuu hermorungon ohimenevästä, mekaanisesta ärsytyksestä. Tila ei johda pysyvään hermovaurioon ja kipu paranee, kun kivun syy poistuu esimerkiksi nikaman välilevyn luiskahduksessa. (Vainio 2009.)

Jos kivun taustalla ei ole osoitettavissa kudosisvauriota tai hermojärjestelmän vauriota, kyseessä on idiopaattinen kipu. Tarkasta kivun jaottelusta huolimatta ihmisellä voi olla samanaikaisesti useita eri kiputyyppejä, jotka usein vahvistavat toisiaan. (Kauranen 2017, 546-547.) Kivun luonne voi myös muuttua. Akuuttina kudosisvauriokipuna alkanut ongelma voi vaurion pitkittyessä kroonistua ja johtaa lopulta kipujärjestelmän normaalista poikkeavaan toimintaan. (Soinila 2005, 22.)

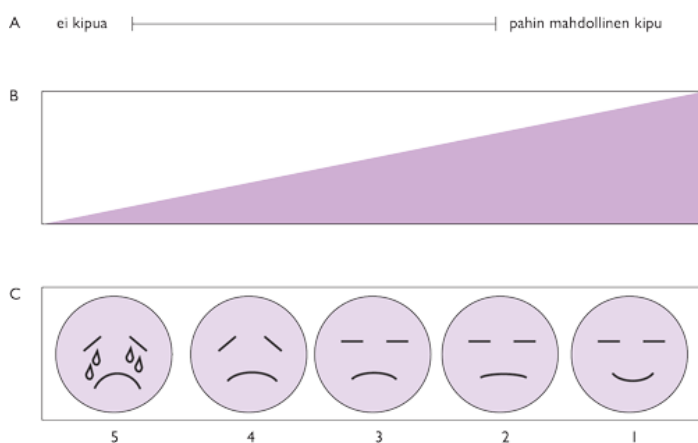
Kipua voidaan luokitella myös paikan mukaan, jolloin luokittelu perustuu anatomiaan, esimerkiksi selkäkipu, sekä aiheuttajan mukaan, esimerkiksi leikkauskipu. Lisäksi luokittelu voidaan tehdä elinsysteemin mukaan, esimerkiksi ruoansulatuselinten kiputila. Yksi perinteinen tapa on myös jako somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Kivun aiheuttajaa ei kuitenkaan aina saada selville. (Vainio 2009.)

#### 4.2 Kivun arviointi

Koska kipu on yksilöllinen kokemus, sitä ei voida mitata objektiivisesti, mutta sitä voidaan kuitenkin arvioida erilaisilla asteikoilla (Kauranen 2017, 551). Kipua arvioidessa sen lähtökohdaksi on potilaan oma arvio kivustaan. Kivun kesto, tyyppi ja sijainti voidaan arvioida esimerkiksi kipupiirroksen avulla. (Kipu: Käypä hoito -suositus 2015.) Kivun laatua ja voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai erilaisten mittareiden avulla (Arokoski & Salminen 2015). Kivun voimakkuuden ja laadun sekä kivun aiheuttamien toimintarajoitteiden kirjaaminen on vertailukohtana, kun arvioidaan hoitovastetta (Haanpää & Pohjolainen 2015).

Kivun voimakkuutta arvioitaessa yleisimmin käytetty mittari on visuaalinen analogiasteikko eli VAS (visual analogue scale). Se on 10 cm pitkä vaakasuora jana, jonka vasen ääripää kuvaa

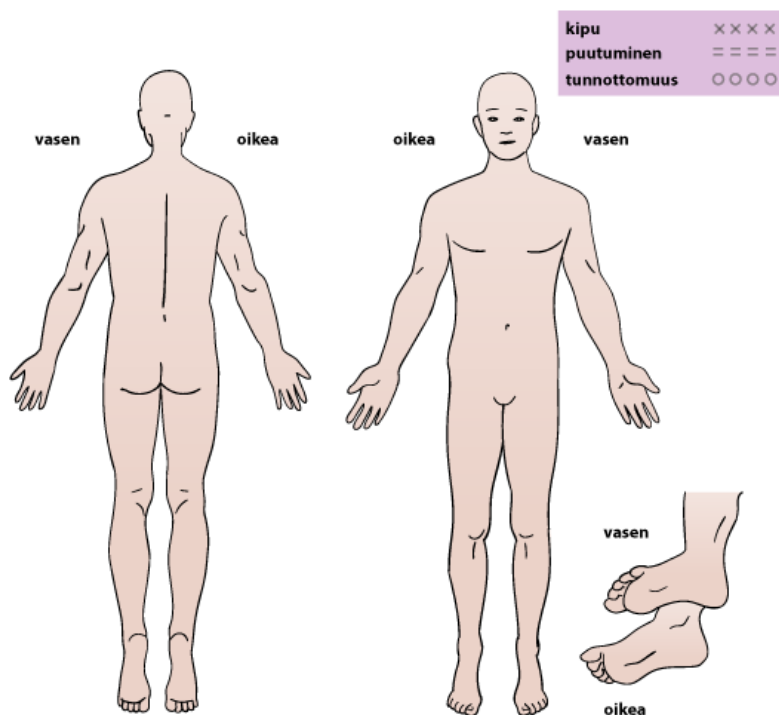
tilannetta, jossa potilaalla ei ole ollenkaan kipua ja oikea ääripää puolestaan pahinta mahdollista kipua. Potilas merkitsee pystyviivan janan siihen kohtaan, joka kuvaa hänen kipunsa voimakkuutta. VAS-janan asemasta voidaan käyttää myös kipukiilaa. Kiila on väriltään punainen, jolloin asteikon kasvaminen punaisemmaksi havainnollistaa kipujan käyttöä. Lasten kivun voimakkuuden arviointia varten voidaan käyttää kasvoasteikkoa, jossa eri ilmeillä kuvataan kivun voimakkuutta. (Kalso & Kontinen 2009.)



Kuvio 2: Kolme erilaista kipumittaria (Kalso & Kontinen 2009)

Kivun voimakkuus voidaan arvioida myös numeerisella asteikolla NRS (numeric rating scale) 0-10 tai sanallisella luokituksella ei kipua - lievä kipu - kohtalainen kipu - kova kipu - sietämätön kipu (Haanpää & Pohjolainen 2015). Tässä työssä käytetään NRS-asteikkoa suoravastaanoton asiakkaiden kivun arvioimiseksi.

Kivun laatua arvioitaessa potilasta pyydetään kuvaamaan sitä sanallisesti, esimerkiksi terävä, jomottava, polttava, säteilevä. Sanallisella kuvailulla voidaan jossain määrin eritellä akuutti ja krooninen kipu toisistaan. Akuutista kivusta kärsivät potilaat käyttävät kipunsa kuvaamiseen useammin sensorisia kipusanoja kuten kuumotus ja puutuminen. Kroonisesta kivusta kärsivät käyttävät puolestaan enemmän affektiivisiä kipusanoja, jotka liittyvät esimerkiksi pelkoon, ahdistavuuteen ja ärsyttävyyteen. (Kalso & Kontinen 2009). Kivun laatua voidaan arvioida myös ihmisen kehoa kuvaavan kipupiirroksen avulla. Kipupiirrosta käytetään lisäksi kivun sijainnin ja määrän dokumentoinnissa. Potilas merkitsee kipupiirroksen erilaisilla merkeillä tai väreillä ne kehon alueet, joissa hän on tuntenut kipua, puutuneisuutta tai tunnottomuutta viimeksi kuluneiden 7 vuorokauden aikana. (Kauranen 2017; 552; Haanpää & Pohjolainen 2015).



Kuvio 3: Kipupiirros (Haanpää & Pohjolainen 2015)

#### 4.3 Kivun kokeminen

Vaikka kipukokemus on aina subjektiivinen, sitä ei tule kyseenalaistaa (Haanpää ja Pohjolainen 2015). Kuten aiemmin on jo todettu, kipu on epämiellyttävä kokemus, johon liittyy kudosvaurio tai sen uhka. Kivun taustalla ei kuitenkaan tarvitse välttämättä olla elimistölle haitallista tapahtumaa. Kudosvaurion laajuuden lisäksi kivun kokemiseen vaikuttavat henkilön asenteet, uskomukset, persoonallisuus, mieliala, elämäntilanne, kulttuuri, uskonto ja toisten ihmisten reaktiot. (Kauranen 2017, 546.)

Kivun hoidossa onkin siirrytty aiemmin vallassa olleesta biolääketieteellisestä mallista biopsykososiaaliseen malliin. Biolääketieteellinen malli keskittyy ihmisen fysiologisiin ja biologisiin tekijöihin. Biopsykososiaalisessa mallissa huomioidaan fyysisten tekijöiden lisäksi yksilön psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä niiden vuorovaikutus, jolloin kipu nähdään moniulotteisempänä ilmiönä. (Koho 2015, 18.) Akuuttia kipua arvioidaan ja hoidetaan yleensä biolääketieteellisestä näkökulmasta (Lumley ym. 2011). Biopsykososiaalinen näkökulma kivun hoidossa on kuitenkin merkittävä, sillä TULE-kipujen kroonistumisen riskitekijöitä selvittävässä tutkimuksessa on psykososiaalisilla tekijöillä todettu olevan enemmän merkitystä kivun pitkittymisessä kuin fyysisillä tekijöillä. (Elomaa & Estlander 2009). Jos TULE-ongelma on jatkunut yli kaksi kuukautta, suositellaan yleensä tilanteen monialaista biopsykologista selvitystä (Heikkinen 2005, 37).

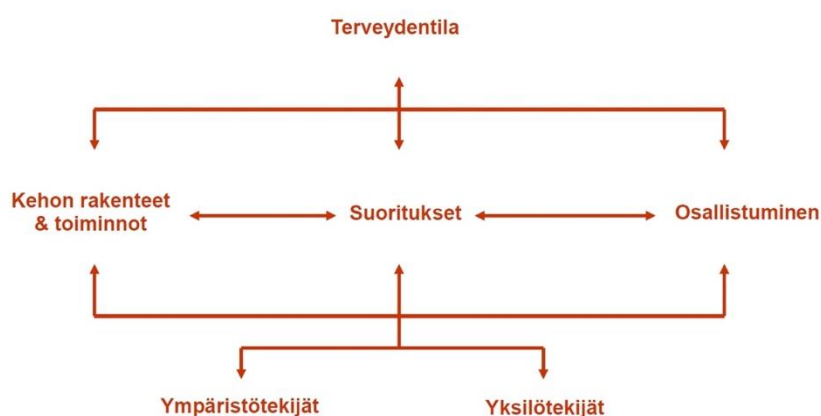


## 5 Toimintakyky ICF:n näkökulmasta

Jotta voimme hahmottaa, miten kipu vaikuttaa ihmisen arkeen, on hyvä ymmärtää toimintakyvyn käsite. Ihmisen toimintakykyä on määritelty eri tavoin. Usein se jaetaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisellä toimintakyvyllä viitataan muun muassa yleiskestävyyteen, lihaskuntoon ja liikkeiden hallintaan. Psyykkisellä toimintakyvyllä puolestaan tarkoitetaan kognitiivisia kykyjä, psyykkisiä voimavaroja ja kestävyyttä. Sosiaalista toimintakykyä kuvataan ihmisen toimintana vuorovaikutussuhteissa tai hänen osallistumisena eri yhteisöjen ja yhteiskunnan toimintaan. Toisinaan on myös puhuttu yleisestä toimintakyvystä ja sen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaatimuksista. (Järvikoski 2013, 28-29.)

Kun arvioidaan kivun vaikutusta ihmisen toimintakykyyn, pohjana voidaan käyttää Maailman terveysjärjestön (WHO) toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä ICF-luokitusta. Se määrittelee monipuolisesti terveydentilaan liittyviä toimintakyvyn aihealueita, joita voidaan käyttää viitekehystenä arvioitaessa henkilön toimintakykyä. (Kalso, Vainio & Haanpää 2009.)

ICF kuvaa toimintakykyä ruumiin/kehon toimintoina ja ruumiin rakenteilla, suorituksina ja osallistumisena. Toimintarajoite kuvataan puolestaan näillä eri osa-alueilla ilmenevinä ongelmina esimerkiksi ruumiin/kehon toimintojen tai ruumiin rakenteiden vajavuutena, suoritusrajoitteena tai osallistumisrajoitteena. Osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa yksilön terveydentilan sekä kontekstuaalisten tekijöiden eli ympäristö- ja yksilötekijöiden kanssa. ICF kuvaa yksilön toimintakykyä ja toimintarajoitteita kokonaisvaltaisesti, moniulotteisena, vuorovaikutuksellisenä ja dynaamisena tilana, joka muodostuu yhteisvaikutuksessa terveydentilan sekä yksilö ja ympäristötekijöiden kanssa. ICF edustaa kokonaisvaltaista biopsykososiaalista näkökulmaa toimintakyvyn kuvaamisessa (ICF 2013, 3;8;18-20). Tämä tarkoittaa sitä, että ICF yhdistää toimintakyvyn ja toimintarajoitteet lääketieteelliseen, psykologiseen ja sosiaaliseen viitekehykseen (Valkeinen & Anttila 2014, 5; Järvikoski 2013, 28-29.)



Kuvio 4: ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (THL 2016)

ICF:n toimintakyky ja toimintarajoitteet -osan osa-alueet eli ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen on jäsennetty eri aihealueista muodostuviksi pääluokiksi. Ruumiin rakenteilla tarkoitetaan ruumiin anatomisia osia, kuten elimiä, raajoja ja niiden rakenteita. Ruumiin/kehon toiminnoilla tarkoitetaan puolestaan elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja, joihin luetaan myös psykologiset toiminnot. Vajavuus on ruumiin rakenteiden ja ruumiin/kehon toimintojen ongelma kuten puutos tai poikkeavuus. (ICF 2013, 10-12.)

Suorituksella tarkoitetaan tehtävää tai toimea, jonka yksilö toteuttaa. Suoritusrajoite on puolestaan vaikeus, joka yksilöllä on tehtävän tai toimen toteuttamisessa. Osallistumisella tarkoitetaan henkilön osallisuutta elämän tilanteisiin. Osallistumisrajoite on ongelma, jonka yksilö voi kokea osallisuudessa elämän tilanteisiin. Suorituksia ja osallistumista kuvataan samojen yhdeksän osa-alueen kautta: oppiminen ja tiedon soveltaminen, erilaiset tehtävät ja niiden vaateet, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä, vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet kuten koulutus ja työ sekä sosiaalinen, yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta. (ICF 2013, 14.) Suorituksia ja osallistumista ei ole kyetty erottamaan toisistaan vaan, niitä kuvataan samojen osa-alueiden avulla. Tämä osoittaa toimintakyvyn käsitteen ongelmallisuuden. (Järvikoski 2013, 29.) Suorituksen voidaan kuitenkin ajatella edustavan toimintakyvyn yksilölähtöistä näkökulmaa, kun taas osallistuminen edustaa toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa (Paltamaa & Anttila 2015, 16).

ICF:n kontekstuaaliset tekijät -osan osa-alueet ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät. Ne muodostavat taustan yksilön elämälle ja elämiselle. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan fyysistä, sosiaalista ja asenneympäristöä, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Nämä tekijät ovat yksilön ulkopuolella ja ne voivat vaikuttaa joko myönteisesti tai kielteisesti ruumiin/kehon toimintoihin ja ruumiin rakenteisiin sekä suorituksiin ja osallistumiseen. Yksilötekijät muodostavat tietyn taustan yksilön elämälle ja elämiselle. Yksilötekijöitä ovat muun muassa sukupuoli, ikä, elämäntavat ja tottumukset, luonteenomaiset käytöspiirteet sekä entiset ja nykyiset kokemukset, joista kaikki tai jokin niistä voi vaikuttaa toimintarajoitteisiin niiden kaikilla tasoilla. (ICF 2013, 16-17.)

ICF itsessään ei ole toimintakyvyn arviointimenetelmä. Se kuitenkin tarjoaa mallin, jonka avulla voidaan tarkastella toimintakyvyn arviointimenetelmien sisältöä ja jonka pohjalta voidaan valita oikeat aihealueet kuntoutujan toimintakyvyn arviointiin. ICF:n avulla voidaan myös kuvata kuntoutumiselle asetettavia tavoitteita ja sisältöä. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016). Lisäksi se yhtenäistää toimintakyvyn arvioinnin käsitteitä, jotta eri alojen ammattilaiset ja asiakkaat pystyvät yhdessä kommunikoimaan mahdollisimman selkeästi (Valkeinen & Anttila 2014, 5).

Toimintakyvyn luotettavaa arviointia varten tarvitaan päteviä arviointimenetelmiä. Lisäksi niitä tulee käyttää oikealla tavalla ja oikeassa käyttötarkoituksessa. (Valkeinen & Anttila 2014, 5.) Toimintakyvyn arvioimiseksi on kehitetty mittareita, jotka voivat olla esimerkiksi linkitetty ICF-luokitukseen. Tämä tarkoittaa sitä, että mittarilla voidaan määrittellä toimintakykyä ICF:n mukaisesti. (Koskinen, Talo, Hokkinen, Paltamaa & Mustikka-Siirtola 2009.) TOIMIA-tietokannasta löytyy mittareita toimintakyvyn eri ulottuvuuksien mittaamista ja arviointia varten. Esimerkiksi fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida Bergin tasapainotestillä ja työkykyä työkykyindeksillä. (Toimia 2011-2014.) Tässä työssä olemme käyttäneet apuna asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseksi WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittaria. Valitsimme mittarin sen monipuolisuuden vuoksi. TOIMIA-tietokannan (Toimia 2011-2014) mukaan mittari soveltuu hyvin tutkimuskäyttöön, kun halutaan kartoittaa elämänlaatua.

## 6 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyö toteutettiin metodologisena triangulaationa, mikä tarkoittaa kvantitatiivisen eli määrällisen ja kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen yhdistämistä (Hirsjärvi 2013, 233). Metodologisen triangulaation avulla pyritään lisäämään tutkimuksen luotettavuutta ja saamaan parempi ymmärrys tutkittavasta asiasta (Kananen 2011, 124). Opinnäytetyön aineisto kerättiin kahdella eri kyselylomakkeella, jotka sisälsivät sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä.

Kvantitatiivista tutkimusta käytetään silloin kun mitattava ilmiö on tunnettu ja kun tiedetään mitattavaan ilmiöön vaikuttavat tekijät sekä se mitä mitataan. Kvantitatiivinen tutkimus on muuttujien mittaamista ja niiden välisten suhteiden laskemista sekä laskelmien analysointia. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistämään, mikä tarkoittaa sitä, että pieneltä joukolta kysytyt asiat ja kerätyt tiedot yleistetään kuvaamaan ennalta määritettyä ja valittua perusjoukkoa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa kerätään yleisimmin kyselylomakkeella. (Kananen 2011, 12; 17; 20-21.)

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käytöstä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään pieneen määrään tapauksia, joita pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti. Otanta muodostuu harkinnanvaraisesti ja sillä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään silloin, kun halutaan selvittää otosryhmän arvoja, asenteita ja odotuksia. Näin ollen sitä voidaan hyödyntää hyvin toiminnan kehittämiseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto kerätään vähemmän strukturoidusti kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja se on usein tekstimuodossa. (Heikkilä 2014, 15.)

## 6.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kaksivaiheisella kyselyllä, jossa käytettiin kahta eri kyselylomaketta. Kysely valikoitui aineistonkeruumenetelmäksi, koska se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston keräämisen tehokkaasti. Kyselytutkimuksessa aineisto kerätään standardoidusti, mikä tarkoittaa sitä, että kaikilta vastaajilta kysytään halutut tiedot täsmälleen samalla tavalla. Kyselyssä on myös heikkouksia, joita ovat esimerkiksi vastaajien motivaatio vastata kyselyyn ja siksi heikko paneutuminen kysymyksiin, mahdolliset väärinymmärrykset kysymyksissä sekä lomakkeen laatimisen vaikeus. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2013, 191; 193-195.)

Kyselylomaketta laatiessa tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat on oltava selvillä. Etukäteen on selvitettävä ne taustatekijät, jotka voivat vaikuttaa tutkittaviin asioihin. Kysymysten rakenne ja muotoilu sekä lomakkeen ulkoasu tulee harkita tarkoin, jotta vastaaja saadaan ymmärtämään kysymykset oikein ja välttämään virhetulkinnat. (Heikkilä 2014, 46.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeet laadittiin itse, sillä käytettävissä ei ollut valmiita kyselyä, jolla saataisiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymykset laadittiin teoreettisen viitekehyksen sekä tutkimuskysymysten pohjalta. Ulkonäöllisesti lomakkeet laadittiin mahdollisimman selkeiksi: samaa aihetta koskevat kysymykset ryhmiteltiin kokonaisuudeksi ja kysymykset numeroitiin. Lisäksi kysymysten jälkeen kirjoitettiin vastausohjeet. Erityisen tärkeää oli, että lomakkeet eivät olisi liian pitkiä, jotta vastaaminen kyselyyn olisi helppoa.

Yleisesti kyselyissä käytetään joko avoimia kysymyksiä tai strukturoituja kysymyksiä. Kyselysämme käytettiin pääasiassa strukturoituja kysymyksiä valmiine vastausvaihtoehtoineen, jolloin tulosten käsittely on helpompaa kuin avoimissa kysymyksissä. Strukturoidut kysymykset olivat monivalintakysymyksiä sekä Likertin asteikolla selvitettäviä mielipideväittämiä. Koska selvitimme opinnäytetyössämme asiakkaiden kokemuksia, halusimme kyselyyn myös avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten avulla saadaan esiin uusia ideoita, ajatuksia tai mielipiteitä. (Hirsijärvi ym. 2013, 198-200; Kananen 2011, 30-31.) Kyselyissä käytettiin myös NRS-asteikkoa ja kipupiirrosta kivun ja sen laadun arvioimiseksi.

Ensimmäisen vaiheen kysely (LIITE 1) tehtiin paperisella lomakkeella. Se sisältää yhdeksän kysymystä, joiden avulla pyrittiin selvittämään asiakkaan taustatietoja, hänen kokemaa kipua ja sen laatua sekä kivun vaikutusta toimintakykyyn. Toimintakyvyn selvittämiseksi käytimme apunamme WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittaria. Valikoimme mittarista työmme kannalta olennaiset kysymykset ja muokkasimme niitä. Lisäksi muokkasimme asteikkojen eri arvojen sanallisia määreitä. Toisen vaiheen kysely (LIITE 2) oli sähköinen kysely, joka tehtiin Google Forms -lomaketyökalulla. Se sisältää seitsemän kysymystä, joista kaksi on kaksiosaisia. Tässä kyselyssä kysyimme uudestaan asiakkaan kokemasta kivusta ja sen

vaikutuksesta toimintakykyyn mahdollisen muutoksen selvittämiseksi. Lisäksi lomakkeessa on kysymyksiä suoravastaanottoiminnasta.

Ennen varsinaista tutkimuksen aloittamista ja kyselylomakkeen jakoa se tulee testata mahdollisten virhetulkintojen välttämiseksi. Testaamisen jälkeen lomakkeeseen voidaan vielä tehdä tarvittaessa muutoksia. (Kananen, 2011, 21-22; Hirsijärvi ym. 2013, 179-180.) Kyselylomake testattiin neljällä työikäisellä henkilöllä. Tässä vaiheessa pyysimme vielä myös kommentit Nikkilän terveysaseman fysioterapeuteilta. Kyselylomaketta muokattiin vielä hieman palautteiden ja kommenttien saannin jälkeen.

Ennen kyselylomakkeen jakoa tulee myös määrittää tavoiteltu otoskoko sekä otannan rajaus eli miltä ryhmältä tietoa kerätään. Tässä opinnäytetyössä tavoiteltu otoskoko on 30 ja otanta on rajattu suoravastaanotolla käyneisiin asiakkaisiin. Tietoa kerätään, kunnes haluttu otoskoko saavutetaan. Haluttu otoskoko riippuu käytettävissä olevasta aikaresurssista sekä saatavilla olevasta tutkimusjoukosta eli suoravastaanoton asiakkaista. Tässä tutkimusjoukon oletetaan edustavan koko suoravastaanotolla käyvää perusjoukkoa. Mitä suurempi otoskoko, sitä luotettavammät tulokset. (Kananen, 2011, 21-22; Hirsijärvi ym. 2013, 179-180.)

Aineistoa kerättiin 4,5 kuukautta. Pidensimme aineiston keruu-aikaa kahdella kuukaudella vastausten vähäisen määrän vuoksi. Tällä ajanjaksolla Nikkilän terveysaseman suoravastaanotolla kävi yhteensä 78 asiakasta, joista naisia oli 58 ja miehiä 20. Ensimmäisen vaiheen kysely jaettiin Nikkilän terveysaseman fysioterapeuttien toimesta suoravastaanottokäynnin lopuksi. Vastaanoton fysioterapeutti kysyi asiakkaalta, olisiko hän halukas osallistumaan tutkimukseen. Mikäli asiakas halusi osallistua, fysioterapeutti antoi hänelle saatekirjeen (LIITE 3), suostumuslomakkeen (LIITE 4) sekä kyselyn. Asiakkaat täyttivät lomakkeen käynnin jälkeen vastaanottohuoneen ulkopuolella. Näin suljettiin pois fysioterapeutin läsnäolon vaikutus vastaajiin. Vastaajat palauttivat kyselyn neuvonnassa olevaan palautuslaatikkoon. Toisen vaiheen kysely lähetettiin sähköpostitse niille, jotka olivat vastanneet ensimmäisessä vaiheessa. Kysely lähetettiin noin kolmen viikon kuluttua asiakkaan suoravastaanottokäynnistä, koska halusimme saada tietoa mahdollisesta kivun muutoksesta akuutissa vaiheessa ennen sen kroonistumista. Jos kyselyyn ei oltu vastattu kahden viikon kuluessa, lähetettiin kysely asiakkaalle uudelleen.

## 6.2 Aineiston analyysi

Vastaukset analysoitiin käyttäen määrällisiä ja laadullisia menetelmiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin Microsoft Excel sekä SPSS 22.0 -ohjelmilla. Arvioidaksemme onko kipukokemuksen erotus (ennen käyntiä - välittömästi käynnin jälkeen sekä ennen käyntiä - kolme viikkoa käynnin jälkeen) normaalisti jakautunut, käytimme Shapiro-Wilk-normaalisuustestiä. Testin mukaan ero on normaali-jakauman muotoinen. Koska ero on normaalisti jakautunut ja koska vertasimme kahta keskiarvoa, käytimme parittaista T-testiä sen analyysissä.  $\alpha$ -arvoksi

valittiin yleisesti käytetty 0,05. Koska Likert-väittämät ovat järjestysasteikollisia, käytimme Wilcoxonin ei-parametristä testiä.

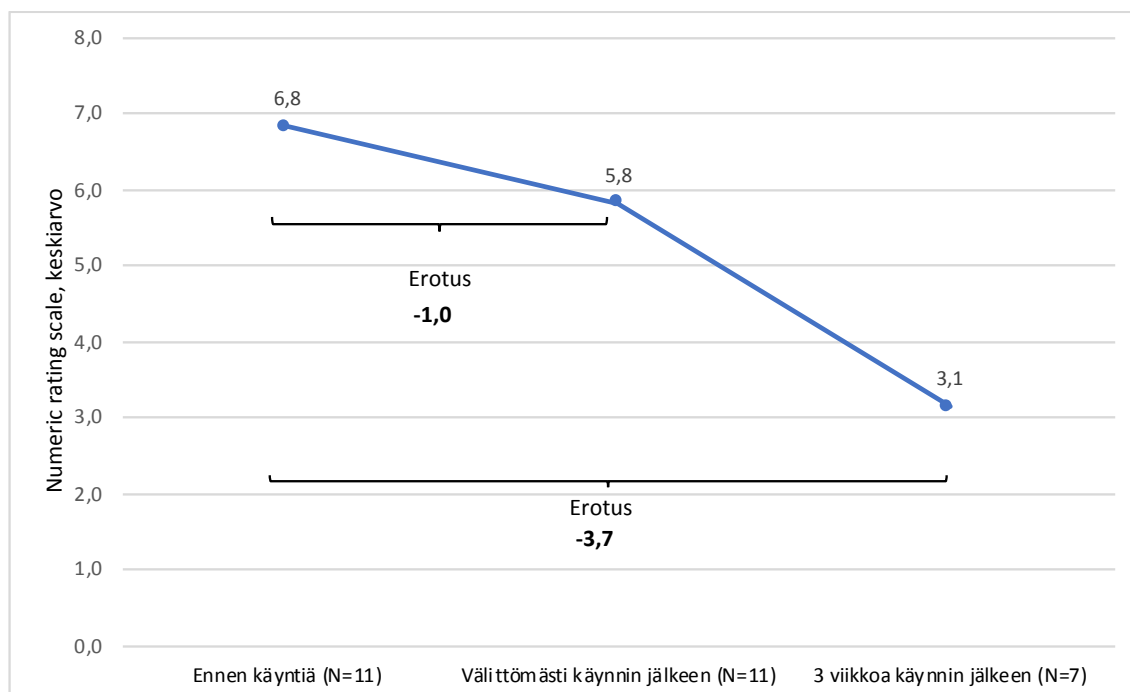
Avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Ensimmäinen vaihe on aineiston redusointi eli pelkistäminen, toinen vaihe on aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmas abstrahointi eli käsitteellistäminen. Pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan pois tutkimuksen kannalta epäolennainen. Ryhmittelyssä aineistosta kerätyt ilmaukset käydään läpi ja siitä etsitään samankaltaisia ja/tai eroavia käsitteitä. Saman ilmiön käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alaluokiksi. Alaluokat nimetään sen sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto saadaan tiivistettyä, sillä yksittäiset tekijät muodostavat yleisemmän kokonaisuuden. Käsitteellistäminen tarkoittaa puolestaan sitä, että aineistosta erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-125.) Koska aineistoa oli vähän, aineiston analyysi tehtiin suoraan viivaisesti. Tämän vuoksi emme tehneet sisällönanalyysin eri vaiheista varsinaista taulukkoa.

## 7 Tulokset

Kyselyn ensimmäisessä vaiheessa saatiin 11 vastausta. Emme siis saavuttaneet haluttua otoskoko vastauksen keruun pidentämisestä huolimatta. Vastanneista naisia oli kymmenen (91 %) ja miehiä yksi (9 %). Vastausprosentiksi muodostui 14,1 %. Vastaaajista yhdeksän oli 36-65 vuotiaita ja kaksi 18-35 vuotiaita eli kaikki vastaajat olivat työikäisiä. Vastaaajista kuusi oli aiemmin käynyt fysioterapeutin suoravastaanotolla. Suurin osa vastaajista pääsi samana päivänä fysioterapeutin suoravastaanotolle. Yksi vastaajista pääsi vastaanotolle seuraavana päivänä ja yksi myöhemmin. Kahdeksan tuli suoravastaanotolle alaselkävun ja kolme niska-hartiakivun vuoksi. Toisessa vaiheessa vastauksia saatiin 7 eli neljä ensimmäisessä vaiheessa vastannutta jätti vastaamatta. Toisen vaiheen vastausprosentti oli 9,0 %. Koska otoskoko oli pieni, emme vertailleet tuloksia taustamuuttujiin.

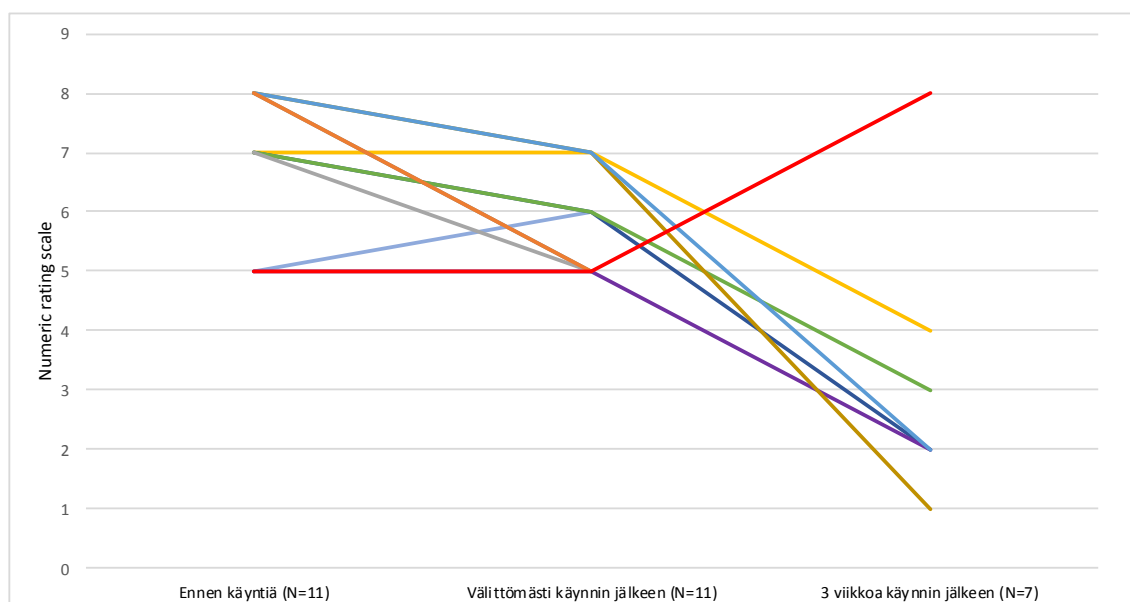
### 7.1 Asiakkaiden kokema kipu

Asiakkaita pyydettiin arvioimaan, mikä heidän kokema kipu NRS-asteikolla (0-10 skaala) oli ennen fysioterapeutin suoravastaanottoa sekä välittömästi käynnin jälkeen. Kyselyn toisessa vaiheessa asiakkaita pyydettiin arvioimaan kokemaansa kipua uudestaan kolme viikkoa käynnistä. Vastauksen keskiarvo ennen käyntiä oli 6,8 ja välittömästi käynnin jälkeen 5,8. Kolme viikkoa käynnistä keskiarvo oli 3,1.



Kuvio 5: Kivun kokemisen muutos NRS-asteikolla (0-10 skaala)

Neljä vastaajaa arvioi kivun laskeneen yhden yksikön, yksi vastaaja kahden yksikön ja kaksi kolmen yksikön verran. Kolme vastaajaa ei kokenut muutosta ollenkaan ja yksi vastaaja arvioi kivun kasvaneen yhden yksikön verran. Kolmen viikon jälkeen kipukokemus laski kaikkien muiden paitsi yhden vastaajan kohdalla, jolla kipukokemus kasvoi.



Kuvio 6: Kivun kokemisen muutos vastaajittain NRS-asteikolla (0-10 skaala)

T-testin mukaan erotus ennen käyntiä ja välittömästi käynnin jälkeen on -1,00 (95 % luottamusväli -1,85 ja -0,15,  $p=0,026$ ). Erotus ennen toimenpidettä ja kolme viikkoa käynnin jälkeen välillä on: -3,6 (95 % luottamusväli -6,6 ja -0,6,  $p=0,027$ ). Koska molemmat p-arvot olivat  $<0,05$ , on tulos tilastollisesti merkitsevä.

Asiakkailta kysyttiin avoimella kysymyksellä, kuinka kipu rajoittaa toimintakykyä. Suurin osa vastaajista kuvasi kivun vaikeuttavan liikkumista. Liikuntakyvyn rajoittumista kuvattiin seuraavasti:

”Voimakas niska-hartia lukitus, joka ei sallinut pään kääntymistä”

”Vaikea kävellä, istua alas, nousta ylös”

”Vaikea liikkua, kävellä, kumartua ja nousta”

”Rajoittaa kaikkea liikkumista”

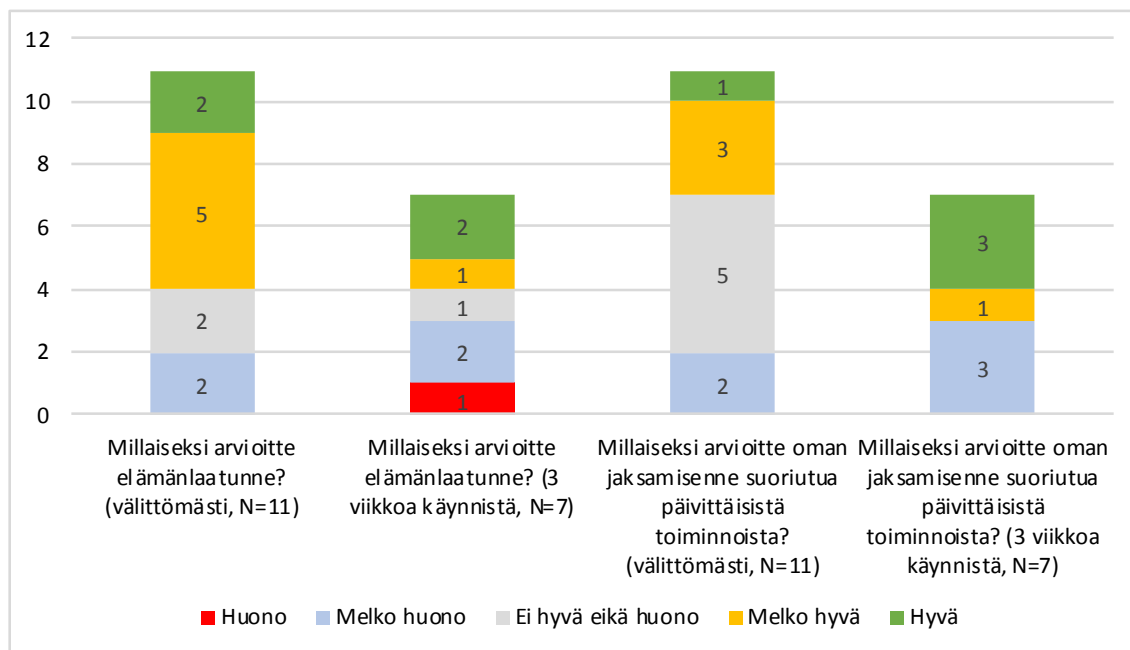
Yhdessä vastauksessa oli huomioitu myös toimintakyvyn osallistumisen taso:

”Työssä käyminen (paljon rappuaskelluksia kantaen painavia laatikoita)”

## 7.2 Asiakkaiden kokema toimintakyky

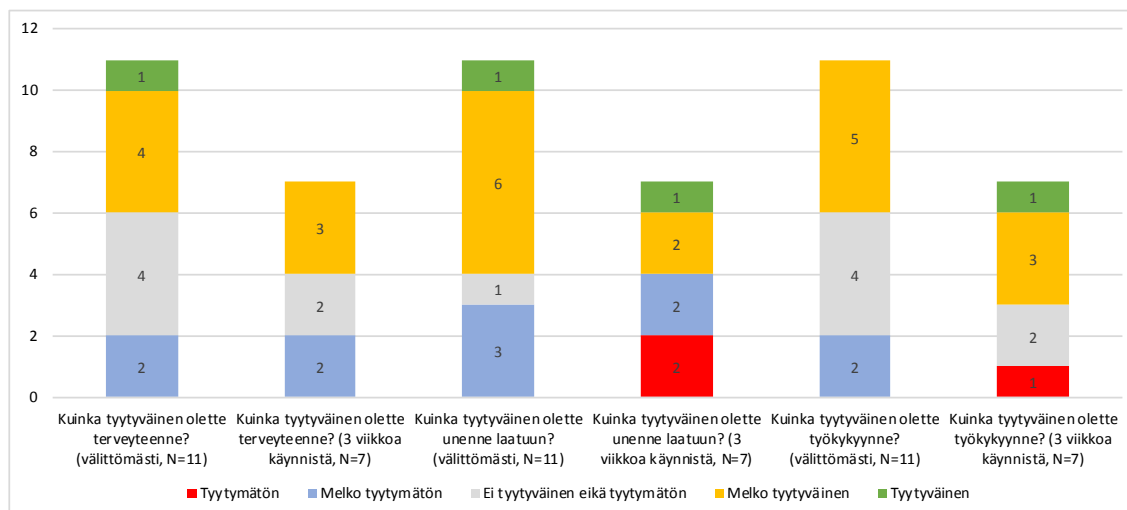
Asiakkaat arvioivat muutoksia toimintakyvyssään Likert-väittämien avulla. Kysyttäessä välittömästi vastaanoton jälkeen, millaiseksi asiakkaat arvioivat elämänlaatunsa, kaksi (18 %) vastaajaa arvioi sen hyväksi, viisi (46 %) melko hyväksi ja kaksi (18 %) melko huonoksi. Vastaajista kaksi (18 %) vastasi ei hyvä eikä huono. Ääripäät korostuivat enemmän kolme viikkoa käynnistä, myös melko hyvän osuus oli pienentynyt. Vastaajista kaksi (29 %) arvioi elämänlaatunsa hyväksi, yksi (14 %) melko hyväksi, kaksi (29 %) melko huonoksi ja yksi (14 %) huonoksi. Ei hyvä eikä huono vastasi yksi vastaaja (14 %). Kun asiakkaat arvioivat omaa jaksamista suoriutua päivittäisistä toiminnoista, välittömästi käynnin jälkeen korostui ei hyvä eikä huono -vastaus sekä melko hyvä -vastaus. Oman jaksamisen hyväksi arvioi yksi vastaaja (9 %), kolme (27 %) melko hyväksi ja kaksi (18 %) melko huonoksi. Vastaajista viisi (46 %) vastasi ei hyvä eikä huono. Hyvän ja melko huonon osuudet ovat kasvaneet kolme viikkoa käynnistä. Oman jaksamisen hyväksi arvioi kolme (43 %) vastaajaa, yksi (14 %) melko hyväksi ja kolme (43 %) melko huonoksi.





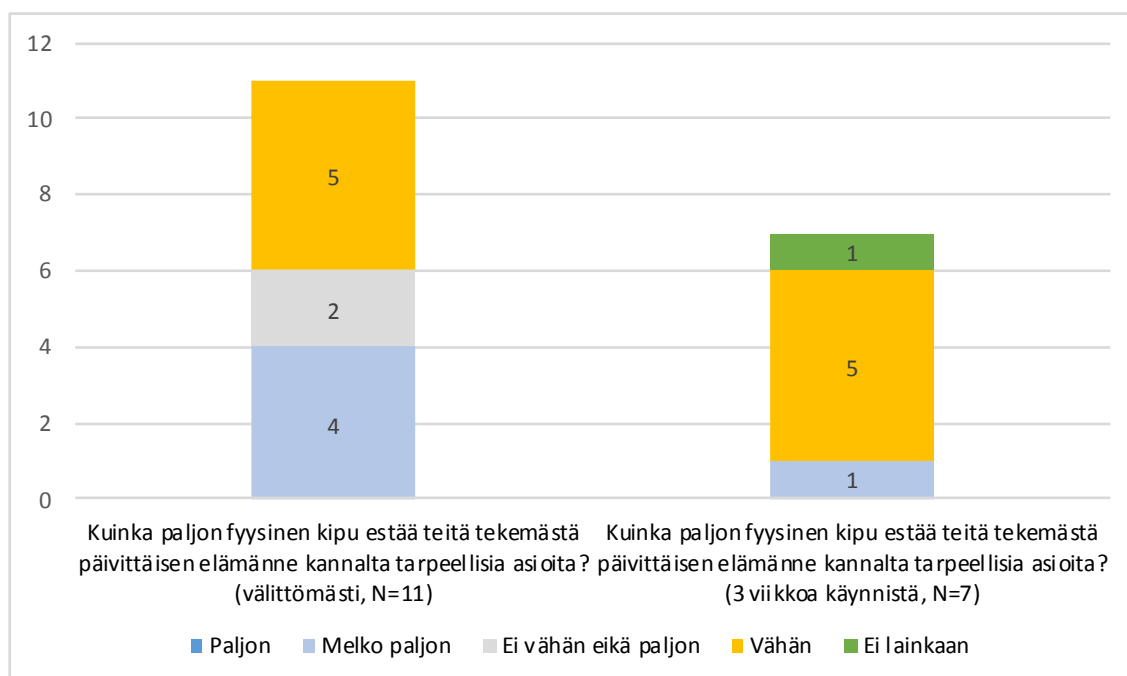
Kuvio 7: Muutokset elämänlaadussa ja jaksamisessa

Kysyttäessä kuinka tyytyväisiä asiakkaat ovat terveyteensä, yksi (9 %) vastaaja oli tyytyväinen, neljä (36 %) melko tyytyväisiä, neljä (36 %) ei tyytyväisiä eikä tyytymättömiä ja kaksi (18 %) melko tyytymätöntä. Vastaaajista kolme (42 %) oli melko tyytyväisiä kolme viikkoa käynnistä, kaksi (29 %) ei tyytyväisiä eikä tyytymättömiä ja kaksi (29 %) melko tyytymätöntä. Kun asiakkaat arvioivat unen laatuaan, välittömästi käynnin jälkeen yksi (9 %) vastaaja oli tyytyväinen, kuusi (55 %) melko tyytyväisiä, yksi (9 %) ei tyytyväinen eikä tyytymätön ja kolme (27 %) melko tyytymätöntä. Vastaaajista yksi (14 %) oli tyytyväinen kolme viikkoa käynnistä, kaksi (29 %) melko tyytyväisiä, kaksi (29 %) melko tyytymätöntä ja kaksi (29 %) tyytymätöntä. Kun asiakailta kysyttiin kuinka tyytyväisiä he ovat työkykyynsä, välittömästi käynnin jälkeen viisi (45 %) vastaajaa oli melko tyytyväisiä, neljä (36 %) ei tyytyväisiä eikä tyytymättömiä ja kaksi (18 %) melko tyytymätöntä. Vastaaajista yksi (14 %) oli tyytyväinen kolme viikkoa käynnistä, kolme (43 %) melko tyytyväisiä, kaksi (29 %) ei tyytyväisiä eikä tyytymättömiä ja yksi (14 %) tyytymätön.



Kuvio 8: Muutokset terveydessä, unen laadussa ja työkyvyssä

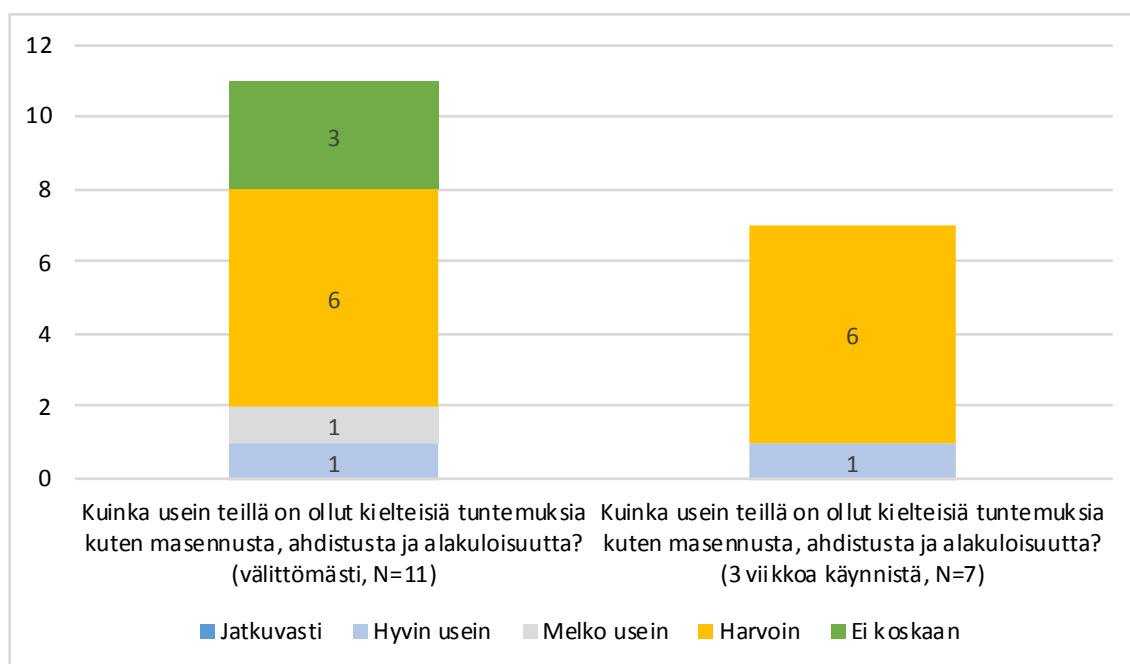
Kun asiakkaat arvioivat fyysisen kivun vaikutusta päivittäisiin toimintoihin, välittömästi käynnin jälkeen viisi (46 %) vastaajaa arvioi sen vaikuttavan vähän, kaksi (18 %) ei vähän eikä paljon ja neljä (36 %) melko paljon. Vastaajista yksi (14 %) arvioi kolme viikkoa käynnistä, että kipu ei vaikuta lainkaan päivittäisiin toimintoihin, viisi (71 %) vastaajaa arvioi sen vaikuttavan vähän ja yksi (14 %) melko paljon.



Kuvio 9: Muutos kivun vaikutuksesta päivittäisiin toimintoihin

Kun asiakkailta kysyttiin, kuinka usein heillä on ollut kielteisiä tunteita, välittömästi käynnin jälkeen kolme (27 %) vastaajaa vastasi ei koskaan, kuusi (55 %) harvoin, yksi (9 %)

melko usein ja yksi (9 %) hyvin usein. Vastaaajista kuusi (86 %) vastasi harvoin kolme viikkoa käynnistä ja yksi (14 %) hyvin usein.



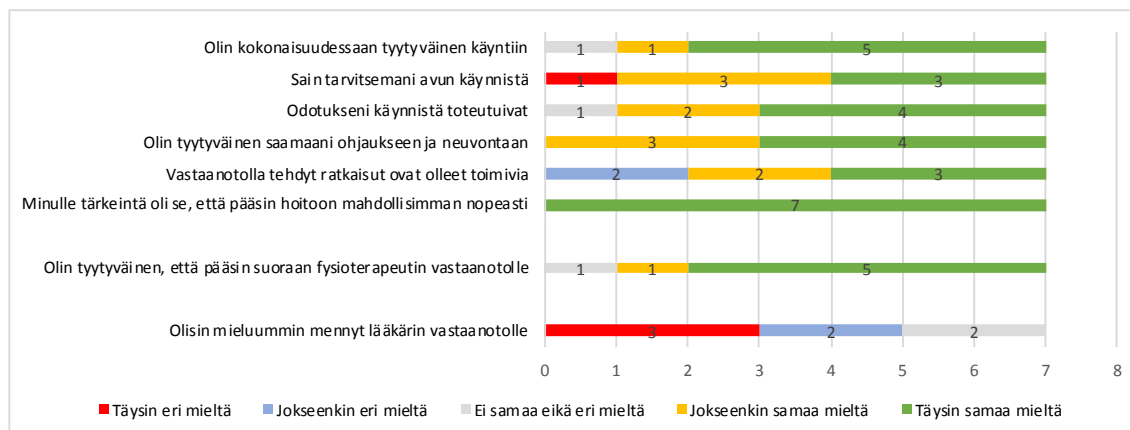
Kuvio 10: Muutos kielteisissä tuntemuksissa

Toimintakyvyn muutoksen merkitsevyyden määrittämiseksi teimme vielä Wilcoxonin testin, jonka mukaan toimintakyvyn muutoksen erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

### 7.3 Asiakkaiden kokemukset suoravastaanotosta

Pyysimme asiakkaita arvioimaan suoravastaanottokokemustaan kyselyn toisessa vaiheessa Likert-väittämillä. Väittämät oli määritelty asteikolla 1-5 (täysin eri mieltä - täysin samaa mieltä).

Kaikki asiakkaat olivat täysin samaa mieltä siitä, että tärkeintä on päästä mahdollisimman nopeasti hoitoon. He olivat myös tyytyväisiä, että he pääsivät suoraan fysioterapeutin vastaanotolle, eikä käyntiä lääkärin luona koettu tarpeelliseksi. Asiakkaat olivat myös tyytyväisiä käyntiin ja saamaansa neuvontaan ja ohjaukseen. Odotukset käynnistä toteutuivat. Vastaanotolla tehdyt ratkaisut koettiin pääsääntöisesti toimiviksi, mutta kaksi vastaajaa oli jokseenkin eri mieltä. Suurin osa koki myös saaneensa tarvitsemansa avun käynnistä, mutta yksi vastaaja oli täysin eri mieltä.



Kuvio 11: Asiakkaiden kokemukset suoravastaanottokäynnistä

Kysymme avoimella kysymyksellä, olivatko asiakkaiden odotukset suoravastaanottokäynnistä ylittyneet tai alittuneet. Asiakkaat vastasivat odotuksiensa ylittyneen, sillä:

”Kipu on vähentynyt huomattavasti”

”Sain ajan niin pian. Tuntui, että minusta ja kivusta oltiin kiinnostuneita ja siihen paneuduttiin huolella. Sain minulle sopia liikkeitä ja ohjeita, jotka ovat auttaneet. Sain myös stimulaattorin lainaan, joka on myös auttanut. Myös terapeutti itsessään oli todella mukava.”

”Ajan sai nopeasti. Ohjaus oli asiantuntevaa. Osasin hänen ohjeistuksestaan hakea akuutissa tilanteessa helpottavia ratkaisuja, joskaan ne eivät lopulta riittäneet. Lääkäriltä sain vahvat lihasrelaksantit, kipulääkkeet jne. Kiropraktikon nikamannaksautus korjasi tilanteen kaikista parhaiten.”

Toisen kyselyn kahteen viimeiseen kysymykseen ”Odotukseni fysioterapian suoravastaanottokäynnistä alittuivat” sekä ”Miten kehittäisit suoravastaanottoa?” ei saatu vastauksia.

Kyselyn toisessa vaiheessa kysymme myös, olivatko asiakkaat saaneet suoravastaanottokäynnillä toimintaohjeita fysioterapeutilta ja olivatko he toimineet niiden mukaan. Kaikki vastaajat olivat saaneet ohjeita, joista kaikki muut paitsi yksi oli toiminut niiden mukaan.

Lisäksi kysymme, olivatko asiakkaat käyneet suoravastaanottokäynnin jälkeen jollain muulla asiantuntijalla. Kolme vastaajaa kertoi käyneensä muilla asiantuntijoilla, joita olivat kiropraktikko, urheiluhieroja, lääkäri ja jäsenkorjaaja.

## 8 Johtopäätökset

Tutkimuksemme tarkoituksena oli etsiä vastaukset seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

- Kokivatko asiakkaat suoravastaanottokäynnillä olevan vaikutusta koettuun kipuun ja toimintakykyyn?
- Kokivatko asiakkaat suoravastanottotoiminnan hyödyllisenä?

Suoravastaanottokäynnin jälkeen koettu kipu oli vähentynyt sekä välittömästi että kolme viikkoa käynnin jälkeen. Välittömästi vastaanoton jälkeen koettu kipu oli laskenut NRS-asteikolla 1,0 yksikköä. Kolme viikkoa vastaanottokäynnin jälkeen koettu kipu oli laskenut 3,7 yksikköä. Tulos on T-testin mukaan tilastollisesti merkitsevä. T-testin tuloksen luotettavuuden arvioinnissa tulee kuitenkin olla varovainen, koska otoskoko jäi pieneksi (N=11). Tulos on myös osittain odotettu, sillä kipu voi vähentyä ajan kuluessa itsestään ilman erillisiä toimenpiteitä. Koska muutos kivun kokemisessa on kuitenkin suuri ja asiakkaat kokivat myös välitöntä kivun lieventymistä, tulokset ovat kannustavia suoravastaanoton vaikuttavuuden kannalta.

Kivulla koettiin olevan vaikutusta toimintakykyyn, erityisesti liikkumiseen. Tulosten perusteella koetussa toimintakyvyssä ei ollut kuitenkaan tapahtunut merkittävää muutosta, vaikka koetussa kivussa muutos oli huomattava. Tämä voi johtua siitä, että toisen vaiheen kyselyssä vastaajia oli vain seitsemän. Otannan pienuudesta johtuen sillä ei ollut riittävästi voimaa, jotta olisimme voineet löytää mahdollisen eron muutoksessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö eroa oikeasti olisi. Vastaajien vastauspäivän tuntemukset voivat vaikuttaa toimintakyvyn arvioimiseen, jolloin absoluuttista toimintakykyä on vaikea arvioida.

Lakka (2008b) vertaili pro gradu -tutkielmassaan lääkäreiden ja fysioterapeuttien akuuttivastaanotolle hakeutuvien selkäkipupotilaiden hoidon vaikuttavuutta Oswestryn toimintakykyindeksillä. Tulokset osoittivat, että fysioterapeutin akuuttivastaanotolla käyneiden selkäkipuasiakkaiden kokema kipu ja siitä aiheutunut toiminnallinen haitta oli vähentynyt enemmän kuin lääkärin vastaanotolla käyneiden. Koska tutkimusasetelmamme on erilainen, Lakan saamat tulokset eivät ole suoraan verrattavissa tutkimuksemme kanssa.

Asiakkaat kokivat suoravastaanottotoiminnan hyödyllisenä ja olivat kokonaisuudessa tyytyväisiä käyntiin ja fysioterapeutin asiantuntevuuteen. Asiakkaat pääsivät nopeasti fysioterapeutin suoravastaanotolle ja olivat siitä erityisen tyytyväisiä. Tulos on kannustava, sillä suoravastaanottotoiminnan keskeisin tavoite on nopea hoitoonpääsy, koska sillä on oleellinen merkitys oireiden pitkittymisen ehkäisemisessä (Kukka 2009, 10). Suoravastaanottotoiminnan jatkuvuuden kannalta oleellinen tieto oli myös se, että yksikään vastaanotolla käyneistä ei kokenut, että olisi halunnut suoravastaanoton sijaan mennä lääkärin vastaanotolle. Tutkimuksemme tulokset ovat yhteneväisiä aikaisemman tutkimuksen kanssa. Lakan (2008b) ja Latvala-Kaatajan (2016) fysioterapeutin suoravastaanottoa käsittelevissä pro gradu -tutkielmissa ilmeni, että asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja neuvontaan, fysioterapeutin taitoihin, saatavuuteen sekä vastaanoton toteutukseen.

## 9 Pohdinta

Saimme opinnäytetyöllämme tuotettua hyödyllistä tietoa Nikkilän terveysaseman fysioterapeuteille. Tämän tutkimuksen perusteella, vaikka otoskoko on pieni, voidaan sanoa että fysioterapeutin suoravastaanotto toiminta on toimiva palvelu asiakkaille. Lisäksi se näyttäisi täyttävän sille asetetut odotukset, sillä hoitoon pääsy on nopeaa ja hoito on laadukasta ja asi-  
antuntevaa. Vastaanotolla käyneet eivät kaivanneet vanhaa mallia, jossa mennään ensin lää-  
kärin vastaanotolle. Suoravastaanotto toiminta virtaviivaistaa TULE-sairauksien kiireellistä hoi-  
toa, sillä se karsii yhden vaiheen hoitoprosessista pois.

Koettu kipu väheni tarkastelujaksolla, mutta ilman vertailuryhmää emme voi varmuudella sa-  
noa, olisiko se vähentynyt ajan kuluessa muutenkin ilman interventiota. Toisaalta asiakkaat  
kokivat kivun lieventyneen välittömästi vastaanoton jälkeen.

Merkittävää muutosta koetussa toimintakyvyssä ei kyselyjen välillä havaittu, vaikka koettu  
kipu väheni. Avoimissa vastauksissa vastaajat toivat kuitenkin esiin kivun vaikutuksen toimin-  
takykyyn, kuten liikkumiseen ja työkykyyn. Tämä voi johtua siitä, että vastaajat eivät välttä-  
mättä osanneet yhdistää kipua ja toimintakykyä. Lisäksi vastaajat eivät välttämättä osanneet  
vastata toimintakyvyn kysymyksiin kyselyn toisessa vaiheessa alkuperäisen käyntisyyn poh-  
jalta. Vastauspäivän mieliala sekä fyysinen olotila voivat vaikuttaa vastauksiin. Toisin sanoen,  
päivittäiset vaihtelut toimintakyvyssä voivat olla merkittäviä, jolloin toimintakyvyn muutosta  
on hankala mitata. Pohdimme myös oliko valittu mittari, WHOQOL-BREF: Maailman terveys-  
järjestön elämänlaatumittari, sopiva tutkimukseemme. Mietimme olisiko jokin muu mittari,  
kuten esimerkiksi Oswestryn toimintakykyindeksi sopinut paremmin tarkoitukseemme.

Kyselymme perusteella vastaajat olivat tyytyväisiä suoravastaanotto toimintaan ja fysiotera-  
peuttien asiantuntijuuteen. Toiminnan jatkuvuuden kannalta laatuun tulee jatkossakin panos-  
taa. Toiminnan tulisi olla tasalaatuisia ja asiantuntijoiden koulutuksen yhdenmukaista. Tämä  
asettaa haasteita esimerkiksi koulutukseen hakevien lähtötason yhdenmukaistamisesta. Tulisi  
myös pohtia pitäisikö suoravastaanoton pätevyyskoulutuksen sekä siihen liittyvän näytön olla  
pakollinen jokaiselle suoravastaanottoa tekeväälle fysioterapeutille. Tehyn tekemän selvityk-  
sen mukaan näin ei vielä Suomessa toimita (Töytäri 2018, 15). Syynä ei-yhdenmukaiseen toi-  
mintaan on lainsäädännön puuttuminen. Onkin jo ehdotettu, että suoravastaanotolle pääsystä  
tulisi säätää lakisääteinen oikeus (Ahtokivi 2017). Toimiin ei olla kuitenkaan vielä ryhdytty.

Keskustelua suoravastaanotto toiminnasta käydään vain julkisen terveydenhuollon osalta eikä  
siinä huomioida yksityistä sektoria ollenkaan. Yksityiset toimijat ovat harjoittaneet suoravas-  
taanottoa jo ennen kuin asia on noussut ajankohtaiseksi. Yhteisten toimintamallien vuoksi  
mahdollisen lain suoravastaanotosta tulisi koskea myös yksityisiä ammatinharjoittajia. SOTE-

uudistus osaltaan vaikuttaa lainsäädännön tarpeellisuuteen sekä ylipäätään suoravastaanotto-toiminnan tulevaisuuteen.

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta ja laatua eli reliabiliteettia ja validiteettia on tärkeä pohtia tutkimusprosessin eri vaiheissa. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Toisin sanoen, jos sama tutkimus toistettaisiin, saataisiin samat tulokset, jolloin tulokset eivät johdu sattumasta. Validiteetilla tarkoitetaan puolestaan sitä, että valitut mittarit tai tutkimusmenetelmät mittaavat sitä, mitä on tarkoitus mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä, mitä tutkija itse on ajatellut. Esimerkiksi kyselomakkeessa vastaajat saattavat ymmärtää kysymykset eri tavalla kuin mitä tutkija on ajatellut. Jos tutkija käsittelee ja analysoi saadut tulokset oman alkuperäisen ajattelun mukaan, tuloksia ei voida pitää valideina. (Kananen 2011, 22, 118-119; Hirsijärvi ym. 2013, 231-232.)

Kyselylomakkeen avulla saimme vastaukset tutkimusongelmiimme, joten tutkimuksemme on siltä osin validi. Pyrimme lisäämään kyselylomakkeen validiutta esitestaamalla ne, jotta vastaajat ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla kuin me. Tosin mietimme tuloksia analysoitaessa kahden kysymyksen kohdalla, olivatko vastaajat ymmärtäneet sen. Kyselyn ensimmäisen osion kysymys ”Oletteko aiemmin käyneet fysioterapeutin suoravastaanotolla?” on voitu ymmärtää tavallisena fysioterapeutin vastaanotona. Se, onko aikaisemmin käynyt suoravastaanotolla, voi vaikuttaa asiakkaan kokemuksiin suoravastaanotosta. Toinen kysymys, jossa saattoi olla virheymmärryksen mahdollisuus, oli kyselyn ensimmäisen osion avoin kysymys ”Miten kipu rajoittaa toimintakykyänne?” Vastausten perusteella suurin osa vastaajista oli ymmärtänyt toimintakyvyn ruumiin/kehon toimintoina ja ruumiin rakenteina. Suorituksiin tai osallistumiseen liittyvistä rajoitteista mainittiin vain yhdessä vastauslomakkeessa. Jos olisimme avanneet toimintakyvyn käsitettä tai käyttäneet jotain toista käsitettä kuten arjen toiminnot tai työkyky, olisimme kenties saaneet monipuolisempia vastauksia.

Kyselyyn vastasi 11 henkilöä, joten otoskoko jäi pieneksi. Kun otoskoko on näin pieni, on todennäköistä, että se ei ole edustava otos todellisesta kohderyhmästä, eikä tutkimuksen tulos ole yleistettävissä. Kyselyn puolivälissä kysyimme Nikkilän fysioterapeuteilta mahdollista syytä heikkoon vastausinnokkuuteen. Syiksi mainittiin kunnan kaksikielisyys. Osa ruotsinkielisistä asiakkaista koki, että he eivät kykene vastaamaan suomenkieliseen kyselyyn. Jotta olisimme saaneet suuremman otoskoon, olisimme voineet tehdä kyselyn myös ruotsiksi.

Toinen syy oli se, että osa asiakkaista oli käynyt edeltävästi lääkärin vastaanotolla, jolloin he eivät olleet varsinaisia suoravastaanoton asiakkaita. Tämä oli ikävää kyselytutkimuksemme kannalta, mutta toisaalta se oli tärkeä huomio Nikkilän fysioterapian suoravastaanottotoimin-

nan kannalta. Tämän tiedon pohjalta hoidon tarpeen arviointia voidaan tarkentaa, jolloin asiakkaat ohjautuvat jatkossa paremmin oikeille asiantuntijoille. Koska emme pyytäneet fysioterapeutteja pitämään kirjaa varsinaisista suoravastaanoton asiakkaista, emme tiedä kuinka monelle tarjottiin mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Tämän vuoksi vastausprosentti 14,1 ei ole todenmukainen, sillä sen laskemisessa käytettiin kaikkien suoravastaanotolla käyneiden määrää tutkimusjaksolla.

Tutkimuksessa eettisyys on huomioitu siten, että tutkimus ei vaikuttanut fysioterapeutin suoravastaanotolla käyneiden asiakkaiden hoitoon. Kyselyyn osallistumista tarjottiin vasta käynnin lopuksi ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Jouduimme keräämään henkilötietoja kyselyyn vastanneista, jotta pystyimme yhdistämään saman henkilön vastaukset kyselyn ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa. Valmiissa raportissa tulokset on julkaistu täysin anonymisti ilman että yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa vastauksista. Saatuja henkilötietoja on käytetty vain tässä opinnäytetyössä ja ne on hävitetty aineiston analyysin jälkeen.

## 9.2 Kehittämisehdotukset

Jatkossa olisi mielenkiintoista jos sama tutkimus tehtäisiin suuremmalla otoksella ja vertailuryhmällä. Vertailuryhmänä olisi ensin lääkärin vastaanotolla ja vasta sen jälkeen fysioterapeutin vastaanotolla käyneet asiakkaat. Toinen kehittämissuositus olisi selvittää kuinka monella suoravastaanotolla käyneellä asiakkaalla kipu kroonistuu. Tämän selvittämiseksi tutkimusta voisi jatkaa vielä yhdellä kyselyllä, joka lähetettäisiin noin kahden kuukauden kohdalla ensikäynnistä.



## Lähteet

- Ahtokivi, I. 2017. Sari Sarkomaa haluaa fysioterapeutin suoravastaanotosta lakisääteisen oikeuden. Verkkouutiset. Viitattu 11.9.2017.  
[https://www.verkkouutiset.fi/kotimaa/ssarkomaa\\_fysioterapia-69742](https://www.verkkouutiset.fi/kotimaa/ssarkomaa_fysioterapia-69742)
- Akuutin alaselkävivun hoitopolku. 2012. Sipoon avovastaanotot ja fysioterapiaosasto. Sipoo.
- Arokoski, J. & Salminen, J.J. 2015. Kliininen tutkiminen. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría, Helsinki: Duodecim. Viitattu 2.8.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/fys00006/do> (vaatii käyttöoikeuden).
- Childs J, Whitman J, Sizer P, Pugia M, Flynn T, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. BMC Musculoskeletal Disorders 2005;6:32.
- Daker-White, G., Carr, A.J., Harvey, I., Woolhead, G., Bannister, G., Nelson, I. & Kammerling, M. 1999. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. Journal Epidemic Community Health 53/1999, 643-650.
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J-S., Woodhouse, L.J., Lacelle, M., Leroux, M., Girard, S., Feldman, D.E. & Fernandes, J.C. 2013. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. BMC Musculoskeletal Disorders 14/2013, 162-172.
- Elomaa, M. & Estlander, A-M. 2009. Miten kivusta tulee krooninen? Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>
- Gerdt, B & Korkiakoski, K. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus: työkalupakki. Helsinki: Talentum.
- Haanpää, M. & Pohjolainen, T. 2015. Kipu. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatría, Helsinki: Duodecim. Viitattu 31.7.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/fys00005/do> (vaatii käyttöoikeuden).
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing.
- Heikkonen, S. 2005. Työryhmätyöskentely TULES-potilaan hoidon ja kuntoutuksen perustana. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18.painos. Helsinki: Tammi.
- ICF - toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. Ohjeita ja luokituksia 2004. 6. painos. Helsinki: Stakes.
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö.
- Kalso, E. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Nosiseptioista kivun kokemiseen. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>
- Kalso, E. & Kontinen, V. 2009. Voiko kipua mitata? Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>

Kalso, E., Vainio, A. & Haanpää, M. 2009. Kipupotilaan toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>

Kananen, J. 2011. Kvantti: Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kangas, H. 2017a. Fysioterapeuttien ja lääkäreiden välinen luottamus ja työnjako. Fysioterapia 4/2017, 18-23.

Kangas, H. 2017b. Asiantuntijoiden välinen luottamus ja sosiaalinen työnjako julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Fenomenografinen tapaustutkimus fysioterapeuttien ja lääkäreiden luottamus- ja työnjakokäsityksistä kahdessa kuntaorganisaatiossa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveystieteiden tiede.

Kangas, H., Vuori, J., Luoto, S. & Kylänen, M. 2015. Fysioterapeuttien suoravastaanotot - työnjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä. Fysioterapia 6/2015, 4-9.

Kauranen, K. 2017. Fysioterapeutin käsikirja. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 2.8.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50103#K1>

Koho, P. 2015. Fear of movement - Epidemiological and clinical evaluation in the Finnish general population and chronic musculoskeletal pain patients and relevance for rehabilitation. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Konttinen, M. 2017. Selkävaivoja kitketään jo monessa kunnassa ilman lääkärikäyntiä - kansantaudilla miljardimenot. YLE Uutiset. Viitattu 16.8.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9755954>

Koskinen, S., Talo, S., Hokkinen, E-M., Paltamaa, J. & Mustikka-Siirtola, M. 2009. Neljän elämänlaatumittarin sisältöanalyysi ICF-luokituksen viitekehityksessä. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46/2009, 196-207.

Kukka, A. 2009. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtäväsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit.

Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä: Lineaariset ja epälineaariset palveluprosessit fysioterapeuttien ja lääkäreiden työn määrittäjinä. Terveystieteiden ammattien työnjaon johtamisen vaikutus työn mielekkyyteen ja tuottavuuteen -tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kuopio: Työsuojelurahasto.

Lakka, M. 2008a. Kotkan terveyskeskuksen uusi työnjakomalli tukee tehtävänsiirtoajattelua. Fysioterapia 6/2008, 4-7.

Lakka, M. 2008b. Selkäkipupotilas akuuttivastaanotolla. Vaikuttavuuden, käyntikohtaisten kustannusten, kustannusvaikuttavuuden ja asiakastyytyväisyyden vertailu lääkärivastaanoton ja fysioterapeutinvastaanoton välillä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, terveystieteiden tiede.

Latvala-Kaataja, R. 2016. Kuntoutujien näkemyksiä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta. Kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos.

Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. & Ylinen, J. 2016a. Fysioterapeutin suoravastaanotto. Lääkärilehti. 24/2016 vsk 71, 1773-1777. Viitattu 19.7.2017. <http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/fysioterapeutin-suoravastaanotto/> (vaatii käyttöoikeuden).

Lautamäki L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A. & Ylinen, J. 2016b. Fysioterapeutin suoravastaanotto - keino alentaa terveydenhuollon kustannuksia? Fysioterapia 5/2016, 4-9.

Lumley, M.A., Cohen, J.L., Borszcz, G.S., Cano, A., Radcliffe, A.M., Porter, L.S., Schubiner, H. & Keefe F.J. 2011. Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recent Research. J Clin Psychol 67(9)/2011, 942-968.

Lähteenmäki, M-L. & Leppänen, P.R. 2016. Asiantuntijafysioterapeutteja suoravastaanottotoiminnan toteuttajiksi. Tamk journal. Viitattu 19.7.2017. <http://tamkjournal.tamk.fi/asiantuntijafysioterapeutteja-suoravastaanottotoiminnan-toteuttajiksi/>

Mustonen, J. 2012. Palvelukokemus palvelumuotoiluprosessissa. Tapaustutkimuksena päivittäistavarakauppalvelukokemus. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto, taiteiden tiedekunta.

Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. Viitattu 21.7.2017. <http://www.oppiportti.fi/op/ktm00001/do> (vaatii käyttöoikeuden).

Paltamaa, J. & Anttila, H. 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinen, P. (toim.) Toimintakyvyn arviointi ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Salisbury, C., Montgomery, A., Hollinghurst, A., Hopper, C., Bishop, A., Francini, A., Kaur, S., Coast, J., Hall, J., Grove, A. & Foster, N. 2013. Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial. Viitattu 18.7.2017. <http://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f43.full.pdf>

Soinila, S. 2005. Kivun biologiset mekanismit. Teoksessa Lindgren, K-A. (toim) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Suomen Fysioterapeutit & Suomen Fysiatryhdistys. 2017. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta.

Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto ry. 2017. TULE-kustannukset. Viitattu 4.8.2017. <http://tulle.fi/kustannukset/>

THL. 2016. Toimintakyky ICF-luokituksessa. Viitattu 20.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>

TOIMIA. 2011-2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.5.2018 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Torikka, R. 2017. Selkävaivaiset voivat pian päästä Lapissa fysioterapiiaan ilman lääkärikäyntiä. YLE Uutiset. Viitattu 4.8.2017. <https://yle.fi/uutiset/3-9398625>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Talentum.

Töytäri, O. 2018. Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B:1/18. Helsinki: Tehy ry.

Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 4/2014, 4-10.

Vainio, A. 2009. Kiputilojen mekanismiin perustuva luokitus. Teoksessa Kalso, E. Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Duodecim. Viitattu 1.8.2017.  
<http://www.oppiportti.fi/op/kip00001/do>

Westerlund, M. 2017. Opinnäytetyö. S-posti 28.7.2017. Tulostettu 29.7.2017.

## Kuviot

Kuvio 1: Suoravastaanoton hoitopolku Nikkilän terveysasemalla .....	11
Kuvio 2: Kolme erilaista kipumittaria (Kalso & Kontinen 2009) .....	15
Kuvio 3: Kipupiiirros (Haanpää & Pohjolainen 2015) .....	16
Kuvio 4: ICF:n osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (THL 2016) .....	17
Kuvio 5: Kivun kokemisen muutos NRS-asteikolla (0-10 skaala) .....	23
Kuvio 6: Kivun kokemisen muutos vastaajittain NRS-asteikolla (0-10 skaala).....	23
Kuvio 7: Muutokset elämänlaadussa ja jaksamisessa .....	25
Kuvio 8: Muutokset terveydessä, unen laadussa ja työkyvyssä .....	26
Kuvio 9: Muutos kivun vaikutuksesta päivittäisiin toimintoihin .....	26
Kuvio 10: Muutos kielteisissä tuntemuksissa .....	27
Kuvio 11: Asiakkaiden kokemukset suoravastaanottokäynnistä .....	28

## Taulukot

Taulukko 1: Hoitoon ohjautumisen kriteerit (Akuutin alaselkävun hoitopolku 2012)..... 11

## Liitteet

Liite 1: Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kysely.....	40
Liite 2: Tutkimuksen toisen vaiheen kysely .....	43
Liite 3: Saatekirje.....	46
Liite 4: Suostumusasiakirja.....	47

## Liite 1: Tutkimuksen ensimmäisen vaiheen kysely



Ympyröikää oikea vaihtoehto.

1. Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

2. Ikä

1. 18-35 vuotta
2. 36-65 vuotta
3. 66+ vuotta

3. Oletteko aikaisemmin käyneet fysioterapeutin suoravastaanotolla?

1. En
2. Kyllä

4. Kuinka pian saitte ajan suoravastaanotolle?

1. Samalle päivälle
2. Seuraavalle päivällä
3. Myöhemmin

Rastittakaa sopivin vaihtoehto.

5. Kuinka voimakas kipunne oli ennen suoravastaanottokäyntiä? 0=ei kipua ja 10=pahin mahdollinen kipu.

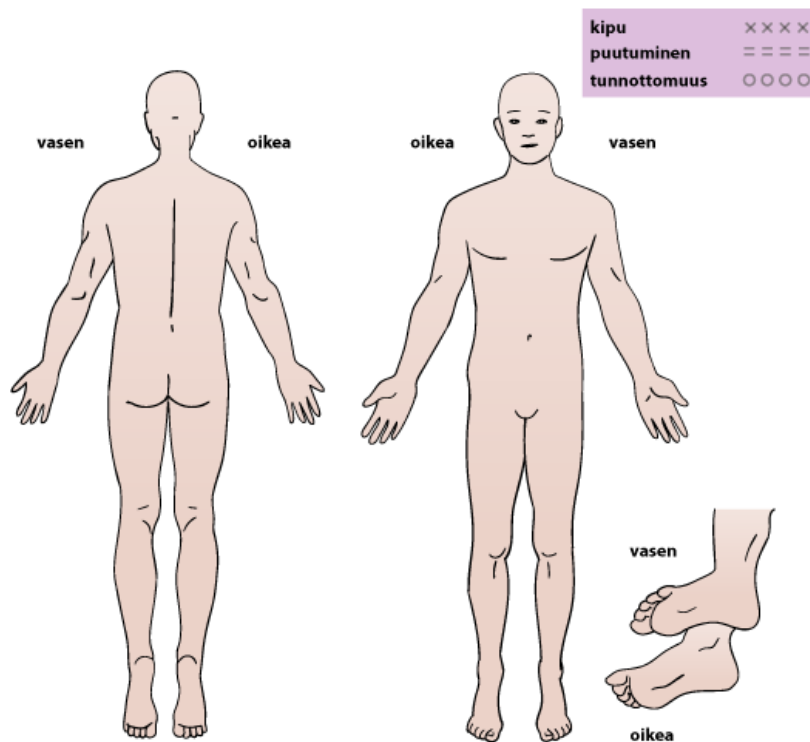
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Kuinka voimakas kipunne oli välittömästi suoravastaanottokäynnin jälkeen? 0=ei kipua ja 10=pahin mahdollinen kipu.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



7. Merkitkää alla olevaan kipupiirroksen kipukohtanne käyttäen seuraavia merkkejä:  
**kipu** xxxx  
**puutuminen** ====  
**tunnottomuus** oooo



8. Miten kipu rajoittaa toimintakykyänne?

---



---



---

9. Vastatkaa seuraaviin kysymyksiin sen syyn kannalta, minkä vuoksi tulitte suoravastaanotolle. Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

	Huono	Melko huono	Ei hyvä eikä huono	Melko hyvä	Hyvä
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5
Millaiseksi arvioitte oman jaksamisenne suoriutua päivittäisistä toiminnoista?	1	2	3	4	5

	Tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5
Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Vähän	Ei vähän eikä paljon	Melko paljon	Paljon
Kuinka paljon fyysinen kipu estää teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5

	Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Jatkuvasti
Kuinka usein teillä on ollut kielteisiä tunteita kuten masennusta, ahdistusta ja alakuloisuutta.	1	2	3	4	5

## Liite 2: Tutkimuksen toisen vaiheen kysely



Rastikaa oikea vaihtoehto.

1. Kuinka voimakas kipunne on tällä hetkellä (syy, jonka vuoksi kävitte suoravastaanotolla)? 0=ei kipua ja 10=pahin mahdollinen kipu.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Arvioikaa seuraavia kysymyksiä sen syyn kannalta (kiputila/ongelma), minkä vuoksi tulitte suoravastaanotolle. Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

	Huono	Melko huono	Ei hyvä eikä huono	Melko hyvä	Hyvä
Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?	1	2	3	4	5
Millaiseksi arvioitte oman jaksamisenne suoriutua päivittäisistä toiminnoista?	1	2	3	4	5

	Tyytymätön	Melko tyytymätön	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	Melko tyytyväinen	Tyytyväinen
Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne?	1	2	3	4	5
Kuinka tyytyväinen olette unenne laatuun?	1	2	3	4	5
Kuinka tyytyväinen olette työkykyynne?	1	2	3	4	5

	Ei lainkaan	Vähän	Ei vähän eikä paljon	Melko paljon	Paljon
Kuinka paljon fyysinen kipu estää teitä tekemästä päivittäisen elämänne kannalta tarpeellisia asioita?	1	2	3	4	5

	Ei koskaan	Harvoin	Melko usein	Hyvin usein	Jatkuvasti
Kuinka usein teillä on ollut kielteisiä tunteita kuten masennusta, ahdistusta ja alakuloisuutta.	1	2	3	4	5

## 3. Ympyröikää sopivin vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Olin mieluummin mennyt lääkärin vastaanotolle	1	2	3	4	5
Olin tyytyväinen, että pääsin suoraan fysioterapeutin vastaanotolle	1	2	3	4	5
Minulle tärkeintä oli se, että pääsin hoitoon mahdollisimman nopeasti	1	2	3	4	5
Vastaanotolla tehdyt ratkaisut ovat olleet toimivia	1	2	3	4	5
Olin tyytyväinen saamaani ohjaukseen ja neuvontaan	1	2	3	4	5
Odotukseni käynnistä toteutuivat	1	2	3	4	5
Sain tarvitsemäni avun käynnistä	1	2	3	4	5
Olin kokonaisuudessaan tyytyväinen käyntiin	1	2	3	4	5

Ympyröikää oikea vaihtoehto.

## 4. Oletteko käyneet viimeisen neljän viikon aikana toisen asiantuntijan vastaanotolla?

1. En
2. Kyllä, missä? \_\_\_\_\_

## 5a. Saitteko fysioterapeutilta toimintaohjeita?

1. En
2. Kyllä

## 5b. Toimitteko niiden mukaan

1. En
2. Kyllä



6. Odotukseni fysioterapian suoravastaanotosta ylittyivät, koska

---

---

---

---

---

Odotukseni fysioterapian suoravastaanotosta alittuivat, koska

---

---

---

---

---

7. Miten kehittäisit suoravastaanottoa?

---

---

---

---

---

### Liite 3: Saatekirje



Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Olemme Laurea-ammattikorkeakoulun fysioterapian opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä fysioterapian suoravastaanotto toiminnasta Nikkilän terveysasemalla. Tarkoituksenamme on selvittää suoravastaanoton vaikutuksia ja hyödyllisyyttä asiakkaiden näkökulmasta. Toteutamme opinnäytetyön kaksivaiheisena kyselytutkimuksena. Ensimmäinen vaihe kyselystä on ohessa. Toinen vaihe kyselystä lähetetään teille sähköpostitse noin neljän viikon päästä suoravastaanotolla käynnistäne.

Fysioterapian suoravastaanotto on uusi palvelu, jota on esitetty lakisääteiseksi ja siksi olemme erittäin kiinnostuneita kehittämään palvelua yhdessä asiakkaiden kanssa. Tämän vuoksi haluaisimme kuulla kokemuksianne suoravastaanotto toiminnasta. Lisäksi kyselyssä on kysymyksiä oireistanne ja niiden vaikutuksista toimintakykyyn.

Meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Käytämme saatuja tietoja vain opinnäytetyössämme ja hävitämme palautetut kyselylomakkeet työn valmistuttua. Pyydämme teitä vastaamaan vain kyselyssä esitettyihin kysymyksiin.

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselyyn välittömästi suoravastaanoton jälkeen ja palauttamaan allekirjoittamanne suostumuslomakkeen ja kyselyn terveysaseman vahtimestarin tiskillä sijaitsevaan laatikkoon. Sähköpostitse lähetettävään kyselyyn pyydämme teitä vastaamaan mahdollisimman pian sen saatuanne.

Opinnäytetyömme valmistuu keväällä 2018 ja on sen jälkeen luettavissa Theseus-julkaisuarkistossa (<https://theseus.fi/>).

Mikäli teillä ilmenee kysymyksiä kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme liittyen, vastaamme niihin mielellämme. Voitte ottaa meihin yhteyttä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin

Jutta Heinäaho  
Mika Mäkelä

## Liite 4: Suostumusasiakirja



### SUOSTUMUSASIAKIRJA

Annan suostumukseni siihen, että antamani haastattelun sisältöä voidaan käyttää Laurea-ammattikorkeakoulun fysioterapeuttikoulutuksen opinnäytetyön tekemiseen. Henkilöllisyyteni ei tule muiden kuin tutkijoiden tietoon. Kaikki tutkimuksen henkilötietoja sisältävät vastauslomakkeet tullaan hävittämään heti aineiston tultua analysoiduksi.

Sipoossa \_\_\_ / \_\_\_ 2017

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimenselvennys: \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_