

Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaan- otolle ohjautuminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä

LAB-ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti (YAMK), Sairaanhoitaja (YAMK)

2021

Elisa Nieminen, Emmi Ojasti

Tiivistelmä

Tekijä(t) Nieminen, Elisa Ojasti, Emmi	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika 2021
	Sivumäärä 63	
Työn nimi Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautuminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä		
Tutkinto Fysioterapeutti (YAMK), Sairaanhoidaja (YAMK)		
Ohjaavan opettajan nimi, titteli ja organisaatio Kari Kauranen, Yliopettaja, FT, Dosentti		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri		
Tiivistelmä Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat ohjautuvat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle perusterveydenhuollossa. Toteutus tehtiin yhteistyössä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) kanssa ja opinnäytetyö tuotti tietoa Tulvaisuuden Sote keskus -hankkeelle, joka on osa Sote-uudistusta. Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen poikkitutkimus, jossa hankittiin tietoa kyselyn ja haastattelun avulla. Kysely suoritettiin hoidon tarpeen arviointia tekeville Eksoten työntekijöille (n=48) Webropolin kautta ja haastattelu suoritettiin suoravastaanotolle ohjautuneille asiakkaille (n=6). Kyselyn aineisto analysoitiin SPSS Statistics ver. 28.0 ohjelman avulla, analyysin apuna käytettiin jatkuvien muuttujien osalta Mann-Whitneyn U-testiä ja Kruskal Wallisin testiä. Luokitellut muuttujat analysoitiin ristiintaulukoinnin ja Khiin neliötestin avulla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin $p < .05$. Kyselytutkimuksen avoimia vastauksia ja asiakkaiden haastattelun tuloksia analysoitiin induktiivisen aineiston analyysin avulla. Tulosten perusteella voitiin todeta, että asiakkaiden hoitopolku suoravastaanotolle oli monimutkainen. Hoidon tarpeen arvioijat arvostivat mahdollisuutta tarjota asiakkaille suoravastaanottoaikoja, mutta kokivat hoidon tarpeen arvioinnin haastavaksi puhelimitse. Asiakkaiden tietämättömyys suoravastaanottotoiminnasta, toiveet ja asenteet korostuivat tutkimustuloksissa. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan, jolloin konsultoinnin mahdollisuutta korostettiin ja lääkärin ja asiantuntijafysioterapeutin yhteisvastaanottoa ideoitiin. Hoidon tarpeen arvioijien perehdytystä ja kouluttamista tulee vaalia, jolloin voitaisi lisätä tietoisuutta tule-sairauksista ja antaa työkaluja moniongelmaisen asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Kulttuurimuutoksella voidaan pyrkiä vaikuttamaan ihmisten toiveisiin ja asenteisiin sekä lisäämään tietoisuutta. Keinona voidaan käyttää markkinointia suoravastaanottotoiminnasta.		
Asiasanat asiantuntijafysioterapeutti, suoravastaanotto, ohjautuminen, hoidon tarpeen arviointi		

Abstract

Author(s) Nieminen, Elisa Ojasti, Emmi	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 63	Published 2021
Title of Publication Access to an authority physiotherapist Care evaluation in South Karelia Social and Health Care District		
Name of Degree Physiotherapist; Registered nurse, Master of Health Care		
Name, title and organization of the supervising teacher Kari Kauranen, Principal lecturer, PhD, Adjunct professor		
Name, title and organization of the client South Karelia Social and Health Care District		
Abstract The purpose of this thesis was to find out how clients with musculoskeletal diseases access directly to an authority physiotherapist. The thesis was done with South Karelia Social and Health Care District (Eksote) and it gave information for the Future Social and Health Care center project. This was a quantitative and qualitative cross study and the information was collected by an inquiry in Webropol from 48 triage professionals of Eksote and by interviews from 6 clients who had led directly to authority physiotherapists. The material was analyzed with SPSS Statistic V28 program. There was used Mann-Whitney's U-test and Kruskal Wallis –test when analyzing continual variables. Cross-tabulation and χ^2-tests was used when analyzing categorized variables. Statistical significance was considered at $p < .05$. The open answers from the inquiry and interviews were analyzed by inductive material analyse. The results showed that clients path directly to an authority physiotherapist was complicated. The triage professionals respected the opportunity to offer direct audience to an authority physiotherapist for clients. The triage professionals experienced it difficult to triaging on the phone. There was evidence that clients didn't know about the direct reception of an authority physiotherapist. Clients' wishes and attitudes made place in the study. There is a need for multi-professional cooperation where consultation is possible. Co-reception by a doctor and an authority physiotherapist was introduced. The triage professionals need to have training so their knowledge about musculoskeletal diseases increases and they get tools for dealing with multi-diseased people. There is a need for a cultural change where effecting people's wishes and attitudes as well as knowledge about the direct reception of an authority physiotherapist. Marketing about the direct reception could be one solution.		
Keywords Authority physiotherapist, direct audience, triage		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto	2
2.1	Asiantuntijafysioterapeutti	2
2.2	Suoravastaanotto	3
2.3	Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset suoravastaanotosta	5
2.4	Yleisimmät suoravastaanotolla hoidettavat sairaudet.....	6
3	Ohjautuminen asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle kansainvälisesti ja Suomessa.....	8
3.1	Ohjautumista edistävät tekijät	8
3.2	Ohjautumista heikentävät tekijät	10
3.3	Muut ohjautumiseen vaikuttavat tekijät	12
4	Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden organisaatio	17
4.1	Organisaatio	17
4.2	Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden organisaatiossa	18
4.3	Sote-uudistuksen vaikutus suoravastaanottotoimintaan.....	18
5	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	19
6	Opinnäytetyön toteutus	20
6.1	Tutkimusaineisto.....	20
6.2	Tutkimusasetelma.....	22
6.3	Tiedonkeruumenetelmät	23
6.4	Eettiset näkökohdat	24
6.5	Aineiston analyysi.....	24
7	Tutkimustulokset.....	26
7.1	Ohjautumista edistävät tekijät	26
7.2	Ohjautumista heikentävät tekijät	30
7.3	Muut ohjautumiseen vaikuttavat tekijät	36
7.4	Asiakkaiden kokemukset suoravastaanottotoiminnasta	46
8	Pohdinta	53
8.1	Aineisto.....	53
8.2	Menetelmät.....	53
8.3	Tulokset.....	55
8.4	Jatkotutkimusaiheet.....	58
9	Yhteenveto	59

Lähteet	60
---------------	----

Liitteet

Liite 1. Suostumuslomake

Liite 2. Haastattelun saatekirje

Liite 3. Yhteydenottolomake

Liite 4. Kyselyn saatekirje

Liite 5. Haastattelun kysymykset

Liite 6. Kyselyn kysymykset

Liite 7. Tietosuojailmoitus

1 Johdanto

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat suuri sairausryhmä Suomessa ja maailmalla. Ne kuormittavat paljon terveydenhuoltoa ja aiheuttavat vuosittain Suomessa yhteiskunnalle arviolta noin 3–4 miljardien eurojen kustannukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteena on vahvistaa palvelujärjestelmää kustannusvaikuttavaan toimintaan sekä parantaa palveluiden saatavuutta, laatua ja tehokkuutta. Uudistus vaatii henkilöstön osaamisen kehittämistä ja uudenlaista työnjakoa, jotta kaikkien osaaminen hyödynnettäisiin parhaalla mahdollisella tavalla ja päällekkäisyyksiä poistettaisiin. Asiantuntijafysioterapeuttien suoravastaanotot vastaavat tähän tarpeeseen.

Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto mahdollistaa tule-sairaalle nopean ja tehokkaan reitin saada apua vaivoihinsa. Hoitoon pääsyn on todettu lisääntyneen ja sairauspoissaolojen vähentyneen suoravastaanottojen myötä. Asiantuntijafysioterapeutilla on aikaa asiakkaalle yleensä 60 minuuttia ja asiakkaat ovat olleet systeemiin tyytyväisiä. Asiantuntijafysioterapeuttien on todettu olevan vähintään yhtä päteviä tule-sairauksien hoidossa, kuin yleislääkärien. Suoravastaanoton myötä lääkärit vapautuvat hoitamaan muita asiakkaita. Vaikka kokemukset suoravastaanotosta ovat positiivisia, asiakkaat eivät ohjautu vastaanotolle tehokkaasti.

Avainasemassa asiakkaan suoravastaanotolle ohjautumisessa on hoidon tarpeen arviointi. Hoidon tarpeen arviointia tekee terveydenhuollon ammattilainen, kuten sairaanhoitaja. Oikein ohjautumisen kannalta merkittäviksi tekijöiksi on todettu hoidon tarpeen arvioijien saama perehdytys työnjakoon ja ohjaukseen sekä kiinnostus ja rohkeus sovittujen mallien toteuttamiseen. Mikäli hoidon tarpeen arvioijat tunnistavat asiakkaat, jotka voivat ohjautua ennemmin fysioterapiaan kuin lääkäriin, voidaan tarjota asianmukaista hoitoa ilman viivettä.

Idea opinnäytetyöhön on työelämälähtöinen. Toive asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottotoiminnasta tuli Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin, Eksoten fysio- ja toimintaterapian palvelupäälliköltä. Tämän jälkeen Eksoten Tulevaisuuden Sote keskus -hankkeen parissa työskenteelijät toivoivat saavansa opinnäytetyöstä tietoa, jonka avulla voidaan kehittää asiakkaiden oikein ohjautumista.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat ohjautuvat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle perusterveydenhuollossa Eksoten alueella. Tutkimus on kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen poikittaistutkimus. Tutkimus tehdään yhteistyössä Eksoten kanssa. Tavoitteena on tuottaa tietoa Eksoten Tulevaisuuden Sote keskus -hankkeelle.

2 Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto

2.1 Asiantuntijafysioterapeutti

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (tule-sairaudet=tules) kuormittavat paljon terveydenhuoltoa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021a, 2). Samaan aikaan kuntien taloustilanne on heikko ja terveydenhuollossa kärsitään lääkärivajesta. Tämä johtaa siihen, että työn uudelleen jakoa on lisättävä. (Kangas 2017, 15.) Lääkärien tehtäviä on siirretty muun muassa tehtävään koulutetuille fysioterapeuteille (Lautamäki ym. 2016). Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä asiantuntijafysioterapeutti. Asiantuntijafysioterapeutti hoitaa asiakkaita, jotka aiemmin olisivat ohjautuneet lääkärin vastaanotolle ja sieltä tarvittaessa myöhemmin lähetteellä fysioterapeutille (Lautamäki ym. 2016).

Fysioterapeutin tulee käydä täydennyskoulutus, jotta hän voi toimia asiantuntijafysioterapeutina. Suomessa koulutus järjestetään yleensä sairaanhoitopiiriin ja ammattikorkeakoulun yhteistyönä (Töytäri 2018, 15). Koulutuksen laajuus vaihtelee 8–55 opintopisteen välillä, yleensä se on kuitenkin yli 15 opintopistettä (Aalto ym. 2018a, 9). Suomen Fysioterapeutit suosittavat koulutuksen laajuudeksi vähintään 15 opintopistettä. Suoravastaanotto vaatii fysioterapeutilta ydinosaamisen syventävää tietoa tule-sairauksista, fysioterapeuttista tutkimista, kliinistä päättelyä ottaen huomioon erityisesti vakavat sairaudet, fysioterapeuttista johtopäätöstä, asiakkaan itsehoidon ja harjoitteiden ohjausta, jatkotutkimusten, terapiatarpeen ja lääkärin konsultaatiotarpeen arviointia sekä moniammatillista yhteistyötä. (Ylinen ym. 2017, 6.) Vuonna 2018 Suomessa 470 fysioterapeuttia julkiselta sektorilta oli käynyt täydennyskoulutuksen suoravastaanotto toimintaan (Aalto ym. 2018a, 9).

Asiantuntijafysioterapeutit kuvaavat asiakkaan toimintakykyä kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen ICF:n (engl. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) mukaisesti. ICF kuvaa, miten vamma vaikuttaa yksilön elämään. Kokonaisvaltaisuuden vuoksi ICF huomioi biopsykososiaalisen näkökulman. Biopsykososiaalisessa mallissa tarkastellaan asiakkaan toimintarajoitteiden vaikutusta terveyteen ja kokonaisvaltaisen elämäntilanteen vaatimuksiin. Jotta toimintarajoitteet eivät olisi epäsuhteessa terveyden ja elämäntilanteen vaatimusten kanssa, otetaan huomioon myös yksilö- ja ympäristötekijät, kuten esimerkiksi apuvälineet ja työolosuhteet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021b.) Suoravastaanotolla kohdataan asiakas kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon biopsykososiaalinen näkökulma.

Tutkimuksissa on todettu, että asiantuntijafysioterapeutit pystyvät arvioimaan ja hoitamaan tule-sairaita itsenäisesti ja vaikuttavasti eikä potilasturvallisuus ole vaarantunut (Thorn ym. 2010; Boissonnault ja Ross 2012; Lautamäki ym. 2016; Moffat ym. 2017; Kangas ym. 2018,

23; Downie ym. 2019). Boissonnaultin ja Rossin (2012) toteuttaman tapausraporttien katsauksen perusteella fysioterapeutit tunnistavat omat ammatilliset rajat ja lähettävät asiakkaan lääkäriin, mikäli heille herää epäily asiakkaan perusterveyteen liittyen, asiakkaan tila huononee, oireet herättävät huolta tai mikäli hoitoon reagointi koetaan riittämättömäksi. Fysioterapeutit tunnistavat hyvin punaiset liput eli vakavien patologisten tilojen merkit (Moffat ym. 2017).

Pieni osa fysioterapeuteille ohjautuneista asiakkaista tarvitsee jatkokäyntiä lääkärille (Holdsworth & Webster 2004; Thorn ym. 2010; Lautamäki ym. 2016; Moffat ym. 2017; Karvonen ym. 2017; Kangas ym. 2018, 23; Downie ym. 2019; Karppinen ym. 2020). Suoravastaanoton myötä yleislääkärit vapautuvat hoitamaan moniongelmaisia asiakkaita, jotka tarvitsevat heitä eniten (Igawesi-Chidobe ym. 2020). Bishop ym. (2020) kuitenkin ilmoittivat luonnollisen kokeilututkimuksensa olevan ensimmäinen tutkimus, jonka perusteella fysioterapian suoravastaanotto ei vähentänyt lääkäreiden kuormitusta tule-sairauksien konsultoinnin suhteen, kun taas Downie ym. (2019) totesivat kahden vuoden mittaisessa tutkimuksessaan, että fysioterapeuttien ottama vastuu vähentää lääkäreiden työkuormaa. Paikassa A lääkärille ohjaaminen vähentyi 36 % ja paikassa B 67 %. Fysioterapeutit pyysivät lääkärin tukea 1 %:lle asiakkaista. Myös Suomessa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Suoravastaanotolla käynti on riittävä noin 41 %:lle asiakkaista ja 7 % asiakkaista tarvitsee jatkokäyntiä lääkärille (Kangas ym. 2018, 23; Karppinen ym. 2020). Ruotsalaisessa hankkeessa kokeiltiin puoli vuotta fysioterapeuttien laajennettua roolia, joka sisälsi asiakkaan röntgenkuvaukseen lähettämisen. Tällä vähennettiin lääkärin kuormaa. Kaikki röntgenläheteet osoittautuivat kliinisesti asianmukaisiksi eikä haittavaikutuksia raportoitu. (Peterson ym. 2021.)

2.2 Suoravastaanotto

Suoravastaanottoa kutsutaan Suomessa monella eri nimellä. Yleisimpänä terminä käytetään akuuttivastaanottoa, mutta myös suoravastaanotto, asiantuntijafysioterapeutin vastaanotto, tule-vastaanotto, alaselkävastaanotto ja ensikäyntitoiminta ovat käytettyjä termejä. (Kangas ym. 2015, 5.) Tässä opinnäytetyössä käytetään suoravastaanotto termiä.

Suoravastaanotto tarkoittaa, että tule-sairas ohjautuu suoraan asiantuntijafysioterapeutin vastaanotolle ilman lähetettä. Suoravastaanottokäynti on yleensä asiakkaan ensimmäinen käyntikerta. Käytännöistä riippuen myös yhdestä kolmeen kontrollikäyntiä voidaan kirjata suoravastaanotoksi. Jatkoseurantakäynnit ja asiakkaan itse varaamat käynnit tai lääkärin läheteellä toteutuvat fysioterapian käynnit ovat normaalia fysioterapian vastaanottoa. Ohjautuminen suoravastaanotolle tapahtuu yleensä hoidon tarpeen arvion kautta. Hoidon tarpeen arvioijina voivat toimia sairaanhoitajat, fysioterapeutit, psykologit, terveyden-

hoitajat, sosiaalityöntekijät ja vastaanottoavustajat. Ohjautuminen voi tapahtua myös moniammatillisen tiimin toimesta tai asiakkaat voivat hakeutua suoravastaanotolle itse. (Aalto ym. 2018a, 8; Töytäri 2018, 18; Kangas ym. 2018, 20–23)

Suoravastaanoton kesto on keskimäärin 60 minuuttia (Aalto ym. 2018a, 8; Töytäri 2018, 18). Vastaanotolla asiantuntijafysioterapeutti tekee asiakkaalle yleensä klinisen tutkimuksen, informoi ja ohjaa lääkkeettömään kivun hoitoon, omatoimiseen harjoitteluun sekä tukien ja muiden apuvälineiden käyttöön. Tavoitteena on käynnistää kuntoutustoimet nopeasti. (Ylinen ym. 2017, 6.) Lähes kaikissa kunnissa tai kuntayhtymissä asiantuntijafysioterapeutti voi kirjoittaa sairauslomaa 1–5 päivää ja suositella käsikaupasta saatavaa kipulääkitystä. Asiantuntijafysioterapeutti arvioi lääkärin ja muiden jatkotutkimusten tarvetta. Asiantuntijafysioterapeuteilla on myös yleensä mahdollisuus konsultoida lääkäriä. (Aalto ym. 2018a, 8; Töytäri 2018, 17; Karppinen ym. 2020.)

Ensimmäinen maininta fysioterapeuttien suoravastaanotoista löytyy vuodelta 1957 Yhdysvalloista (Boissonnault ym. 2010). Suomessa suoravastaanottotoimintaa on toteutettu vuodesta 2006 julkisella sektorilla (Aalto ym. 2018a, 5). Suoravastaanotto on aloitettu useassa paikassa alaselkäkipuisista asiakkaista. Positiivisten kokemusten myötä suoravastaanotto toiminta on laajentunut muihinkin tule-sairauksiin. (Kangas ym. 2018, 23.) Vuonna 2018 suoravastaanottotoimintaa toteutettiin 151 kunnassa ja 48 kunnassa suunniteltiin toiminnan käynnistämistä. Suoravastaanottotoiminta toteutuu pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. (Aalto ym. 2018a, 5.) Toiminnan käynnistämistä kunnissa ja kuntayhtymissä on perusteltu toiminnan tehostamisella, oikea-aikaisuudella ja nopeammalla hoitoon pääsillä, lääkäriaikojen vapautumisella ja työn suuntautumisella muualle, fysioterapeutin osaamisen hyödyntämisellä, tuki- ja liikuntaelinvaivojen kroonistumisen ehkäisemisellä, asiakaspalvelun parantamisella sekä kustannustehokkuudella ja -säästöillä. (Aalto ym. 2018a, 6; Aalto ym. 2018b, 24.)

Fatoyen ym. (2020) kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että fysioterapia alaselkäkivun hoidossa on kustannustehokasta. Alaselkäkivut vaihtelivat kolmesta viikosta vuoteen. Kankaan (2018, 202) mukaan on arvioitu, että palveluiden oikea-aikaisuus ja oikean ammattihenkilön toteutus tuovat kansantaloudellisia säästöjä. Suoravastaanottojen kustannustehokkuutta on arvioitu kuitenkin Suomessa vähän (Aalto ym. 2018a, 11; Töytäri 2018, 19; Karppinen 2020) ja lisätutkimusta tarvitaan (Lautamäki ym. 2016). Ongelmana kustannustehokkuuden arviolle on potilastietojärjestelmien riittämättömät tiedot. Jatkossa potilastietojärjestelmiä kehittäessä on panostettava siihen, että järjestelmät antavat vastauksia vaikuttavuuteen ja erityisesti kustannustehokkuuteen. (Kangas ym. 2018, 24.)

2.3 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset suoravastaanotosta

Suoravastaanottotoimintaa on tutkittu Suomessa vielä melko vähän. Siitä huolimatta tutkimuksissa korostuu asiakkaiden ja ammattilaisten tyytyväisyys toimintaa kohtaan. (Latvala-Kaataja 2016; Karvonen ym. 2017; Aalto ym. 2018a; Kangas ym. 2018, 24; Paukkunen ym. 2018; Töytäri 2018; Karppinen ym. 2020). Hoitoon pääsy on nopeutunut (Latvala-Kaataja 2016; Aalto ym. 2018a, 11; Karppinen ym. 2020). Suurimmassa osassa Suomen kunnista tai kuntayhtymistä asiakas pääsee vastaanotolle samana tai seuraavana päivänä (Aalto ym. 2018a, 8; Töytäri 2018, 18). Asiakkaat ovat kokeneet saavansa apua vastaanotolta (Karvonen ym. 2017) ja toiminnan on myös nähty lyhentävän sairauslomien pituutta (Karppinen ym. 2020).

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia suomalaiseen tutkimukseen verraten. Kokemukset suoravastaanotosta ovat olleet positiivisia, sairauspoissaolot ovat vähentyneet suoravastaanottojen myötä ja asiakkaat ovat kokeneet saaneensa apua vaivoihinsa suoravastaanotolta (Holdsworth & Webster 2004; Holdsworth ym. 2006a; Webster ym. 2008; Thorn ym. 2010; Moffat ym. 2017; Bornhöft ym. 2019; Downie ym. 2019).

Websterin ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että fysioterapeuteille itseohjautuneet asiakkaat olivat tyytyväisempiä palveluun kuin lääkärin läheteellä tai lääkärin suosituksesta fysioterapiaan ohjautuneet ($p<.001$). Itseohjautuneista asiakkaista 79 % oli joko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä palveluun, vaikka myös valtaosa lääkärin läheteellä (74 %) tai lääkärin suosituksesta ohjautuneista (73 %) olivat joko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä palveluun.

Holdsworth & Webster (2004) totesivat pilottitutkimuksessaan, että 7 % suoravastaanotolla kävijöistä ilmoitti olevansa pois töistä, kun puolestaan 42 % lääkärin lähettämistä asiakkaista oli poissa työstä ($p<.001$). Holdsworth ym. (2006a) havaitsivat sairauspoissaolojen olevan lyhempiä suoravastaanotolla käyneiden keskuudessa. Suoravastaanotolle ohjautuneiden ryhmässä poissaolopäivät olivat yli puolet vähäisempiä (2.5vrk) verrattuna lääkärin läheteellä (6vrk) tai lääkärin suosituksesta (6vrk) fysioterapeutilla käyneisiin. Bornhöft ym. (2015) huomasivat, että asiakkaat, jotka ohjautuivat suoraan fysioterapiaan, välttyivät todennäköisemmin sairauslomalta verrattuna tule-sairaisiin, jotka olivat ohjautuneet yleislääkärille ($p<.001$).

Bornhöft ym. (2019) tutkivat käytännöllisen satunnaisen metodiikan avulla, vaikuttaako tuki- ja liikuntaelinsairaiden suora ohjautuminen perusterveydenhuollon fysioterapeuteille eri tavalla terveyteen kuin perinteisesti lääkärille ohjautuminen. Tutkimuksen toisena tarkoituksena oli tutkia, vaikuttaako fysioterapeuteille suoraan ohjautuminen asiakkaan asenteisiin

tuki- ja liikuntaelinsairauksien vastuunottamisessa ja tätä verrattiin myös perinteiseen tapaan eli yleislääkärille ohjautumiseen. 12 viikon kohdalla fysioterapian ryhmässä havaittiin taipumusta positiivisiin vaikutuksiin. Vuoden kohdalla regressioanalyysi näytti suurempia positiivisia vaikutuksia ($p < .01$) fysioterapian ryhmälle elämänlaatumittarilla (HRQoL). Tutkimuksen perusteella tuki- ja liikuntaelinsairaana asiakkaan ohjautuminen suoraan fysioterapeutille johtaa vähintään yhtä myönteisiin terveysvaikutuksiin kuin lääkärille ohjautuminen ja fysioterapeutille ohjautumista voidaan suositella vaihtoehtoiseksi reitiksi tule-sairailla asiakkailla.

Suurin huoli on ollut, että fysioterapeuttien vastaanotto ylikuormittuu suoravastaanottotoiminnan myötä. Skotlannissa tehdyn tutkimuksen mukaan kuitenkin alle 20 % kaikista tutkimukseen osallistuneista vastaanotoista ($N=29$) ilmoitti, että he olivat kokeneet lähetyksenteen nousun itseohjautumisen käyttöönoton jälkeen ja 8 % oli huolissaan liiallisesta noususta. (Holdsworth ym. 2006b.) Suomessa ohjautumista on tutkittu Lautamäen (2016) tutkimuksessa, jossa käytiin läpi lääkärin avovastaanottojen ja fysioterapeuttien suoravastaanottojen käyntitiedot vuodelta 2014. Tulosten mukaan suoravastaanotolla käyneiden asiakkaiden määrä oli 5 % perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanotolla käyneiden tules-asiakkaiden määrästä.

Vaikka kokemukset suoravastaanotoista ovat positiivisia, asiakkaat eivät ohjaudu vastaanotolle tehokkaasti. Asiakkaat ohjautuvat edelleen lääkärille fysioterapeuttin sijaan tai suoravastaanotolle ohjautuu asiakkaita, joiden optimaalinen hoitopaikka ei ole suoravastaanotolla. (Aalto ym. 2018a, 11.) Lisäksi osa suoravastaanotolle tulevista asiakkaista on jo käynyt lääkärin vastaanotolla (Lautamäki ym. 2016). Väärä hoitoon ohjautuminen hidastaa palveluprosessia ja lisää jonotusaikoja (Kylänen ym. 2015, 64–72). Jotta suoravastaanottotoiminnasta saataisiin mahdollisimman suuri hyöty, on kiinnitettävä huomioita asiakkaiden oikein ohjautumiseen (Aalto ym. 2018a, 11; Karppinen ym. 2020).

2.4 Yleisimmät suoravastaanotolla hoidettavat sairaudet

Suomalaisista noin miljoonalla on jokin pitkäaikainen tule-sairaus ja jokaisella on jossain elämänsä vaiheessa joko akuutti tai krooninen tule-ongelma. Useat tule-sairaudet ovat akuutteja vammoja, synnynnäisiä tai perinnöllisiä sairauksia, aineenvaihdunnan häiriöitä, kasvaimia tai ikääntymiseen liittyviä rappeumia. (Kauranen 2021, 46.)

Tule-sairauksista yleisimpiä ovat niskakivut, selän oireet ja nivelsäryt. Yleisiä riskitekijöitä tule-sairauksille ovat ylipaino, tupakointi, liikunnan vähyys, työstä aiheutunut kuormitus ja runsas autolla ajo. Näiden lisäksi tule-sairauksien oireita ja kipua lisäävät kiire ja stressi.

Tule-sairauksien ennuste on hyvä. Monet tule-sairaudet paranevat levolla sekä syyksi epäilyn toiminnon välttämällä eikä yleensä erityistä lääketieteellistä hoitoa tarvita. (Kauranen 2021, 46.)

Vuonna 2020 tule- ja sidekudossairauksien pääryhmä oli yleisin terveyskeskuslääkärin kirjaama käyntisyys (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021a, 2). Avohoidon lääkärikäynneistä noin 20 % johtuu tule-sairauksista ja sairaalahoidossa olevista asiakkaista 10 %:lla on tule-sairaus. Kivun takia hoitoon hakeutuvista yli 40 %:lla on taustalla tule-ongelma. Tule-sairaudet aiheuttavat joka neljännen työkyvyttömyyseläkkeen ja joka toisen yksilöllisen varhaiseläkkeen. (Kauranen 2021, 46.) Vuonna 2019 Kela maksoi sairauspäivärahoja 4,2 miljoonaa päivää tule- ja sidekudossairauksien takia. Sairauspäivärahojen kustannukset nousivat 239 miljoonaan euroon. Tule- ja sidekudossairaudet olivat toiseksi eniten sairauspäivärahojen korvauspäiviä ja kustannuksia aiheuttanut sairausryhmä heti mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden jälkeen. (Kelan tilastollinen vuosikirja 2019, 190–192.)

Tule-sairaudet ovat myös maailmanlaajuisesti suuri sairausryhmä. Niiden aiheuttama kuormitus on kasvanut maailmassa paljon. DALY (engl. *Disability-adjusted life years*) mittasi ennenaikaisen kuoleman vuoksi menetetyn elämän ja vamman kanssa eletyn elämän kasvaneen 26 % vuosien 2000 (80 225 635) ja 2015 (107 885 833) välillä ($p < .001$). Menetettyt vuodet tule-sairauden aiheuttaman vamman vuoksi kasvoivat lähes kolmanneksen 15 vuoden aikana ($p < .05$). Tule-sairaudet vaikuttavat erityisesti toimintakykyyn ja ne aiheuttavat toiseksi eniten invaliditeettia maailmassa. Ne ovat yleisiä erityisesti varakkaissa maissa. Ennenaikaisen kuoleman vuoksi menetettyä elämää ja vamman kanssa elettyä elämää mitaavalla summamittarilla (DALY) ja asukasta kohden lasketulla bruttokansantuotteella havaittiin korrelaatio ($r = 0,85$, $p < .001$) vuonna 2015. (Sebbag ym. 2019.)

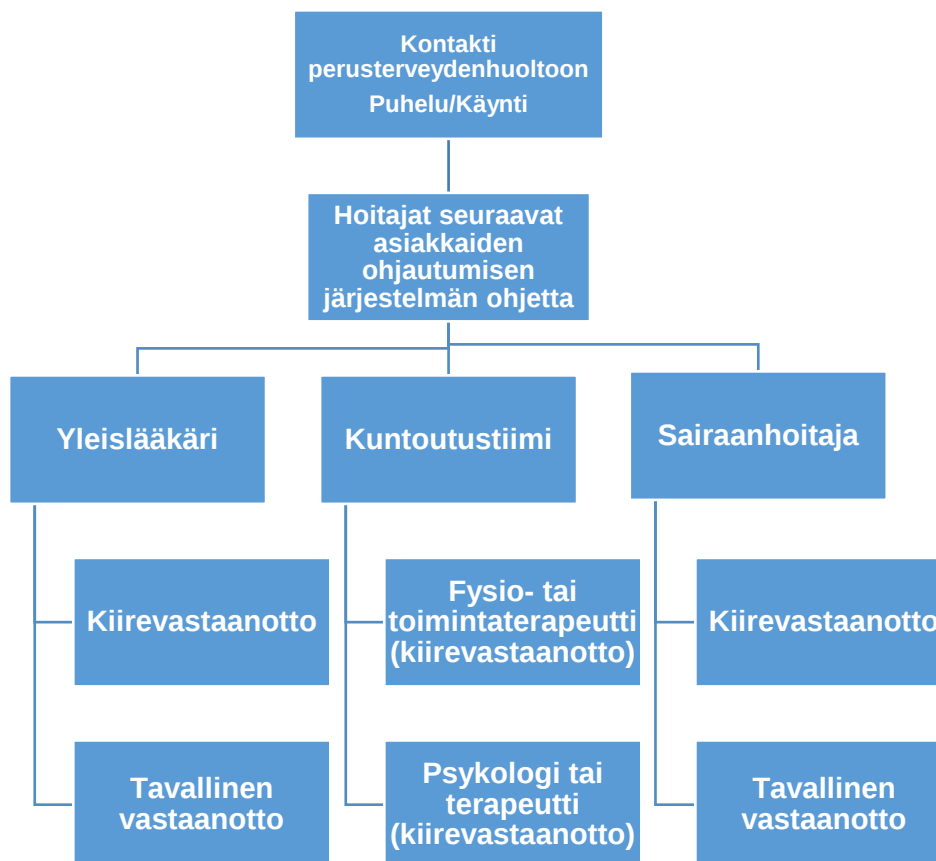
Tule-sairauksien ensisijainen hoitolinja on aina konservatiivinen lukuun ottamatta akuutteja traumoja. Konservatiivinen hoitolinja sisältää sanallista ohjausta, terapeutista harjoittelua, venyttelyä, kipuhoitoja kipulääkkeiden avulla, kylmä- tai lämpöhoitoja, lepoa, liikunnan lisäämistä sekä lisäksi kalsiumin ja D-vitamiinin saannin varmistamista luuston hyvinvoinnin tukemiseksi. (Kauranen 2021, 46.)

3 Ohjautuminen asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle kansainvälisesti ja Suomessa

3.1 Ohjautumista edistävät tekijät

Avainasemassa asiakkaan oikein ohjautumisessa suoravastaanotolle ovat hoidon tarpeen arvioijat (Aalto ym. 2018a, 11; Moffat ym. 2017; Karppinen ym. 2020). On tärkeää, että hoidon tarpeen arvioijat ovat saaneet perehdytyksen työnjakoon ja ohjaukseen liittyviin asioihin (Kangas 2017, 119; Ylinen ym. 2017, 5). Asiakkaan ohjautuminen oikein on lähtöisin myös hoidon tarpeen arvioijan kiinnostuksesta ja rohkeudesta toteuttaa sovittuja malleja (Kangas 2017, 119). Moffatin ym. (2017) tutkimuksen mukaan hoidon tarpeen arvioijat arvostavat mahdollisuutta tarjota vaihtoehtoisia vastaanottoaikoja. Mikäli hoidon tarpeen arvioijat pystyvät tunnistamaan asiakkaat, jotka tarvitsevat enemmän fysioterapeutin hoitoa kuin yleislääkärin, voidaan lieventää asiakkaan kärsimystä, lyhentää odotusaikaa ja tarjota asianmukaista hoitoa ilman tarpeetonta viivettä (Bornhöft ym. 2019). Goodwinin ym. (2020) tutkimukseen haastateltu fysioterapeutti totesi, että ohjautuminen suoravastaanotolle riippuu pitkälti vastaanoton hallinto henkilöstöstä. Jos he ovat sitoutuneita työhönsä, he ymmärtävät, mistä fysioterapian palveluissa on kyse ja mitkä tavoitteet ovat. Tällöin henkilöstöllä on kyky ja varmuus kysyä asiakkaalta, mitä he tulivat hakemaan ja näin fysioterapian palveluja käytetään tehokkaammin.

Asiakkaiden ohjautumista on pyritty edistämään järjestelmällä, joka auttaa hoidon tarpeen arvioijia asiakkaiden ohjaamisessa. Thornin ym. (2010) tutkimuksessa pyrittiin nopeuttamaan asiakkaiden hoitoon pääsyä perusterveydenhuoltoon kehittämällä ohjausta helpottava järjestelmä (Kuvio 1). Järjestelmä perustuu Manchesterin hoidon tarpeen arvioinnin malliin, joka on mukautettu perusterveydenhuollon tarpeisiin. Koko henkilökunta oli mukana uuden toimintamallin toteutusprosessissa ja osallistui säännöllisesti poikkitieteellisiin työryhmiin. Työryhmätilaisuuksien tavoitteena oli muun muassa motivoida henkilöstöä uuden toimintamallin käyttöönottoon. Uusi toimintamalli piti sisällään sen, että asiakkaat, joilla oli suhteellisen tavallisia ja yksinkertaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja ohjattiin fysioterapeutille tai toimintaterapeutille yleislääkärin sijaan. Jos asiakas tarvitsi lääkäriä käynnin jälkeen, hän pääsi yleislääkärin arvioon. Tilannetta arvioitiin hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden osalta kuuden kuukauden kuluttua käyttöönotosta ja kuntoutustyöryhmän osalta 10 kuukauden jälkeen käyttöönotosta. Perusterveydenhuollon kokonaiskäyttöaste nousi 27 % ja käynnit fysioterapeutilla lisääntyivät 54 %. Tutkimuksessa tehdyt havainnot viittaavat siihen, että alussa pidetyt henkilöstön työryhmätapaamiset sekä säännöllinen palaute tuloksista auttoivat motivoimaan henkilöstöä uuden toimintamallin käyttöönottoon.



Kuvio 1. Asiakkaiden ohjautumisen järjestelmä (mukailtu Thorn ym. 2010)

Suomessa hoidon tarpeen arvioijilla on usein suoravastaanotolle ohjaamisen tukena tarkastuslista. Töytärin (2018, 18) pääluottamusmiehillä suunnatussa kyselyssä kuntasektorin pääluottamusmiehistä 27 (84 %) ilmoitti, että ajanvarauksen tukena oli tarkastuslista. Myös Aallon ym. (2018a, 7) mukaan Suomessa useimmissa yksiköissä on tehty lista poissulkukriteereistä, joiden avulla hoidon tarpeen arvioija ohjaa asiakkaan joko suoravastaanotolle tai lääkärille. Yleisimpiä mainittuja syitä (punalippuoireet) ohjata asiakas lääkärille olivat akuutti trauma tai tapaturma, kuume, alle 18 vuoden ikä, muut sairaudet (muun muassa syöpä, osteoporoosi, vaikea dementia) ja virtsan tai ulosteen pidätyskyvyttömyys. Suoravastaanottokoulutuksessa punalippuoireet käydään läpi. Töytäri (2018, 15) totesi, että organisaatioissa oli tehty myös suoravastaanottojen valmisteluvaiheessa lukuisia käynnistämisiä tukevia toimia, kuten lisä- ja täydennyskoulutusta (91 %), vastuukysymysten selvitystä (94 %), palkasta neuvottelua (91 %), kirjallisia toimintaohjeita (91 %), muun henkilöstön koulutusta toiminnan käynnistymisestä (88 %) ja kansalaisten tiedottamista toiminnan käynnistymisestä (66 %).

Babatunden ym. (2015) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella todettiin, että on olemassa johdonmukaisia, joskin rajoittuneita todisteita, että tule-sairaiden kiireellisuuden luokittelu hoidon tarpeen arvioinnissa ja suoraan ohjautuminen fysioterapiaan johtavat ver-rannollisesti klinisiin tuloksiin. Tällöin terveydenhuollon palveluita kulutetaan vähemmän ja yleislääkärin työkuorma vähenee. Kuitenkaan suoraan ohjautumisen palvelut eivät näytä vielä tulosta pitkäaikaisista terveyshyödyistä ja sosioekonomisista hyödyistä, sillä vahvat tutkimusnäytöt puuttuvat.

Myös asenteet ja uskomukset ovat keskeisiä fysioterapiaan ohjautumisen kannalta. Websterin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että fysioterapiaan itseohjautuneet asiakkaat luottivat todennäköisemmin kykyynsä arvioida, milloin fysioterapia on tarkoituksenmukaista ($p<.001$). Itseohjautuvat asiakkaat kokivat, että itseohjautuminen voi säästää heidän aikaansa ($p<.001$) ja he voisivat käyttää palvelua uudelleen ($p<.001$). He luottivat fysioterapeuttien kykyyn tehdä päätöksiä asiakkaan työ- ja toimintakyvystä. Sen lisäksi, että itseohjautuneet asiakkaat olivat tyytyväisempiä kuin lääkärin läheteellä ja lääkärin suosituksesta ohjautuneet, heillä oli myös suurempi luottamus fysioterapian tehokkuuteen rajoitetulla tiedolla ja he kannattivat itseohjautumista voimakkaasti. He olivat halukkaita hakeutumaan itse fysioterapiaan, ja heillä oli positiivinen asenne fysioterapiapalveluja kohtaan.

3.2 Ohjautumista heikentävät tekijät

Hoidon tarpeen arvioijien ja lääkäreiden jatkuva vaihtuminen ja siitä aiheutunut jatkuva perehtyminen on nähty syynä heikkoon ohjautuvuuteen (Kangas 2017; Aalto ym. 2018a, 11). Moffat ym. (2017) nostivat esille, että erityisesti alussa hoidon tarpeen arvioijat olivat varovaisia asiakkaiden ohjaamisesta suoraan fysioterapeutille, koska he kokivat vastuuta ja pelkäsivät virheiden tekemistä. Igwesi-Chidoben ym. (2020) mukaan asiakkaat ja yleislääkärit kokivat polun suoravastaanotolle epäselväksi. Käytännön ongelmakohdiksi nimettiin ristiriitainen kommunikointi ammattilaisten ja asiakkaiden välillä.

Myös eri ammattiryhmien välinen tietämys toistensa työn sisällöstä on heikkoa. Hoitajien ja lääkäreiden tietämättömyys normaalin fysioterapiavastaanoton ja suoravastaanoton välillä on johtanut siihen, että kaikki tule-sairaat ohjataan herkästi suoravastaanotolle. Joskus hoidon tarpeen arvioija pyrkii selviytymään puheluista mahdollisimman nopeasti tai kehittää omia toimintatapoja vastoin sovittuja linjauksia ja tämä johtaa väärin ohjautumiseen. Osa lääkäreistä ei ole myöskään valmis luopumaan tule-sairaista, koska pitävät heitä helppoina asiakkaina. Osa olisi ollut taas valmis laittamaan melkein mitä vain fysioterapeutille. Toisaalta osa fysioterapeuteista eivät olleet valmiita ottamaan lisää vastuuta. Uuden toiminta-

mallin käyttöönottoa ja yhteistyötä jarruttaa myös se, että asiantuntijat arvioivat toimintamallin riskejä ja hyötyjä vain omasta näkökulmasta. Heikko vuorovaikutus ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä nousevat keskiöön. (Kangas 2017, 112–122.)

Suoravastaanottoaikojen riittämättömyys on nähty toiminnan haasteena (Aalto ym. 2018a, 11). Myös resurssien puute ja asiakkaiden monimutkaiset vaivat heikentävät suoravastaanotolle ohjautumista. Yleislääkäri koettiin ykkösvaihtoehdoksi monimutkaisten vaivojen kanssa kamppaillessa. (Moffat ym. 2017; Igwesi-Chidobe ym. 2020.)

Myös asiakkaiden toiveet ja odotukset voivat vaikuttaa negatiivisesti ohjautumiseen (Moffat ym. 2017; Oikarainen ym. 2018; Goodwin ym. 2020). Oikarainen ym. (2018) nostivat laadullisessa tutkimuksessaan esille, että hoitajat käyttivät vaativan päätöksenteon, kuten hoidon tarpeen arvion, tukena asiakkaan ja omaisten tuottamaa tietoa, kuten asiakkaan omia toiveita. Vastaajat kokivat, että päätöksentekoa vaikeuttaa se, että käytössä saattaa olla useita vaihtoehtoisia hoitomuotoja, ja hoitaja joutuu perustelemaan asiakkaalle niistä parhaimman vaihtoehdon. Goodwinin ym. (2020) tutkimuksen haastatteluissa asiakkaat pitivät yleislääkärinä ensimmäisenä vaihtoehtonaan. Eräs asiakas totesi, että lääkärikeskeisyys on tiiliseinä, jonka läpi fysioterapian on painettava. On muutettava ihmisten ajattelutapa, mutta kyseinen asiakas ei usko tämän tapahtuvan hetkeen. Yksi haastateltu johdon henkilö epäili ihmisten haluavan ottaa vastuuta omasta terveydestään. Myös Moffat ym. (2017) nostivat esiin, että asiakkaiden odotukset, erityisesti yleislääkärin pätevyyden vaaliminen, perusterveydenhuollon palveluista on nähty suoravastaanotolle ohjautumisen esteenä. Kaikki ammattiryhmät tunnustivat tarpeen käsitellä tätä ennakkoluuloa uuden palvelun onnistumisen varmistamiseksi.

Monet asiakkaat ovat kokeneet tietämättömyyttä suoravastaanotosta. Lääkärin läheteellä ohjautuneista 26 % ja lääkärin suosituksesta ohjautuneista asiakkaista 34 % olivat tietoisia palvelusta, kun puolestaan kaikki (100 %) itseohjautuneet asiakkaat olivat tietoisia palvelusta. 63 % itseohjautuneista asiakkaista ilmoitti, että oli saanut tiedon palvelusta paikallisen median tai kuulopuheen kautta. (Webster ym. 2008.) Myös Goodwin ym. (2020) totesivat, että asiakkaat saavat tietoa fysioterapian suoravastaanotosta useista eri lähteistä, mutta tieto vastaa harvoin todellisuutta. Asiakkaiden tietoisuus ja ymmärrys fysioterapian suoravastaanotosta olivat huonot. Suoravastaanottoa tulee tuoda näkyväksi ja tiedottaa toiminnasta ja sen hyödyistä (Aalto 2018a, 11–13; Igwesi-Chidobe ym. 2020). Goodwinin ym. (2020) tutkimuksessa ilmeni hämmennystä fysioterapeuttien ammatista ja se sekoitettiin esimerkiksi osteopaattiin ja kiropraktikkoon. Tällöin asiakkaita hämmensi esimerkiksi se, ettei julkisen puolen fysioterapeutti tarjonnutkaan manuaalisia käsittelyitä. Asiakkaiden vää-

rinymmärretyt odotukset näyttäytyivät pettymyksinä, mikä heijastui haitallisesti suoravastaa-
taottojen käyttöasteeseen. Tutkimuksen mukaan markkinoinnilla voidaan parantaa asi-
akkaan tietoisuutta ja ymmärrystä suoravastaaotosta. Perinteiset mainontamenetelmät to-
dettiin kuitenkin tehottomiksi tietoisuuden lisäämisessä.

Goodwinin ym. (2020) tutkimukseen haastateltu fysioterapeutin mielestä tarvitaan kulttuu-
rimuutosta. Jos katsotaan mediaa, siellä neuvotaan hakeutumaan ensisijaisesti lääkärille
esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinvaivojen kanssa. Kulttuurimuutoksen mahdollistamiseksi tar-
vitaan aikaa. Moffatin ym. (2017) mukaan hoidon tarpeen arvioijat kokivat, että heidän am-
matillinen auktoriteettinsa puute teki kulttuurimuutoksen toteuttamisen vaikeaksi, sillä lää-
kärin sanaa kunnioitettiin enemmän. Yleislääkärit ja fysioterapeutit pitivät keskeisenä teki-
jänä kulttuurimuutoksen aikaansaamiseksi sitä, että perusterveydenhuolto nähtäisiin enem-
mänkin tiimityönä.

Kyläsen ym. (2015, 64–72) mukaan Eksotessa suoravastaaotolle ohjautumisen esteeksi
todettiin vuonna 2015 olevan liian tiukat ohjautumiskriteerit. Tämän myötä hoidon tarpeen
arvioijat taipuvat kunnioittamaan asiakkaan toiveita lääkärille pääsystä. Ohjaako lääkäri asi-
akkaan fysioterapeutille vai ei, vaikuttaa riippuvan siitä, miten hyvin lääkäri tietää fysiotera-
peutin osaamisen. Kyseisistä haasteista huolimatta Eksotessa on pyritty kehittämään työn-
jakoa niin, että asiakaspalvelumalli olisi toimiva. Myös itsehoidollisuuden lisääntymistä ta-
voitellaan.

3.3 Muut ohjautumiseen vaikuttavat tekijät

Lääkäreiden tapa lähettää vähän asiakkaita fysioterapiaan voi vaikuttaa myös asiakkaiden
suoraan ohjautumiseen fysioterapian vastaanotolle. Ohjaamiseen voi vaikuttaa se, missä
palveluja tarjotaan ja kuinka helposti palvelut ovat saatavissa. (Holdsworth ym. 2006b.)
Holdsworthin & Websterin (2004) pilottitutkimuksessa vertailtiin vastaanotolle suoraan oh-
jautuneita asiakkaita ja lääkärin läheteellä saapuneita asiakkaita. Eroja nähtiin sukupuol-
lessa ($p<.01$) ja ikäryhmissä ($p<.05$). Suoraan ohjautuneista asiakkaista 56 % oli miehiä ja
suoraan ohjautuneiden keski-ikä oli 51 vuotta. Lääkärin läheteellä ohjautuneiden keski-ikä
oli 52 vuotta ja läheteellä ohjautuneista 37 % olivat miehiä. Suoravastaaoton asiakkaat
olivat todennäköisemmin nuoria miehiä. Sittenmin Holdsworth ym. (2006a) kuitenkin tote-
sivat, että ohjautumisen tyylin ja sukupuolen tai iän välillä ei ollut yhteyttä. Itseohjautuneista
asiakkaista 38 %, lääkärin suosituksesta ohjautuneista 40 % ja lääkärin läheteellä ohjau-
tuneista 42 % oli miehiä. Itseohjautuneiden keski-ikä oli 53 vuotta, lääkärin suosituksesta
ohjautuneiden 51 vuotta ja lääkärin läheteellä ohjautuneiden 53 vuotta. Vaikka onkin esi-

tetty huolta iäkkäiden ihmisten itseohjautumisesta, vaikuttaa siltä, että yli 75-vuotiaat ohjautuvat itsenäisesti fysioterapeutille saman verran tai hieman enemmän kuin lääkärin suosituksesta.

Skotlantilaisessa tutkimuksessa tutkittiin, onko maantieteellisellä sijainnilla ja sosiaalekonomisilla tekijöillä vaikutusta fysioterapiaan ohjautumiseen. Tutkimuksessa huomattiin, että maaseudulta ohjaututtiin herkemmin fysioterapiaan, kuin kaupungista ($p < .001$), jolloin maaseudulla lähetysaste oli 66/1000, kun taas kaupungissa 45/1000 ja taajamassa 49/1000. Ihmiset ohjautuivat itse fysioterapiaan sosioekonomisesta taustastaan riippumatta ($p < .001$). Maaseudulla suurempi osuus fysioterapiaan ohjautuneista asiakkaista oli yli 65-vuotiaita (18 %) verrattuna taajamaan (17 %) ja kaupunkiin (14 %) ($p < .01$). Maaseudulla asuvista asiakkaista 52 % joutuivat matkustamaan fysioterapiaan enemmän kuin 15 minuuttia ($p < .001$). 61 % terveysasemista tarjosi fysioterapiapalvelun ”saman katon alla”. Todennäköisyys kuitenkin pieneni maaseudulle mentäessä. Maaseudulla itseohjautuminen oli korkeampaa (26 %) verrattuna taajamaan (19 %) ja kaupunkiin (23 %). Yli 65-vuotiaiden ohjaaminen ja itseohjautuminen oli suurempaa maaseudulla (29 %) verrattuna taajamaan (24 %) ja kaupunkiin (22 %). On mahdollista, että maaseudulla mainostetaan enemmän fysioterapiaa, jolloin yhteisö on tietoisempi itseohjautumisen mahdollisuudesta. Maaseudulla lääkärit myös suosittelivat asiakkaiden ohjautumaan fysioterapiaan enemmän (32 %), kun vastaavasti taajamassa lääkärin suosituksesta fysioterapiaan ohjautuneiden määrä oli paljon pienempi (7 %) ($p < .001$). (Holdsworth ym. 2006b.)

Kankaan (2017, 119–122) mukaan on erityisen tärkeää, että myös hoidon tarpeen arvioijat ja lääkärit pääsisivät jollain tavalla osallistumaan fysioterapeuttien lisäkoulutuksiin. Myös uusien työntekijöiden rekrytoijat ja perehdyttäjät ovat tärkeä tekijä, jotta uusi toimintamalli nousee esille ja siihen sitoudutaan. On myös tärkeää arvioida säännöllisesti toimintaa, jotta toiminta pysyy yhdessä asetettujen tavoitteiden suuntaisena. Uusi toimintamalli rapistuu vähitellen, mikäli sovitut asiat unohtuvat. On myös ehdotettu yhteistyökumppaneiden nimeämistä fysioterapeuteille hoidon tarpeen arvioijien ja lääkäreiden keskuudesta. Uusien roolien sisäistämisen ja sujuvamman yhteistyön edellytyksenä voidaan siis pitää esimerkiksi toiminnan arviointia sekä avainhenkilöiden nimeämistä, joiden tehtävänä on tiedon ja ymmärryksen levittäminen uusista rooleista.

Myös hoitajien työkokemus, ikä ja koulutus on nähty vaikuttavan hoidon tarpeen arviointiin, päätöksentekoon ja asiakkaiden ohjautumiseen (Kaakinen ym. 2016; Nibbelink & Brewer 2018; Oikarainen ym. 2018). Nibbelink & Brewer (2018) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että hoitajana vietetty aika vaikuttaa positiivisesti päätöksentekoon. Kokemus lisäsi

esimerkiksi itseluottamusta. Itseluottamus lisäsi hoitajien luottamusta omaan osaamiseensa hoitotyössä, kykyynsä kysyä kysymyksiä, harkita eri hoitovaihtoehtoja ja toteuttaa interventioita. Itseluottamuksen hyödyt päätöksenteossa ovat kuitenkin osin ristiriitaiset, luottamus ei aina johda parempaan päätöksentekoon.

Myös Oikaraisen ym. (2018) laadullisessa kyselytutkimuksessa nousi esille työkokemuksen hyödyntäminen päätöksenteon tukena. Tutkimuksessa tutkittiin hoitotyössä käytettyjä tiedonlähteitä vaativassa päätöksenteossa. Kysely toteutettiin hoitohenkilökunnalle (N=134), jotka työskentelivät eri terveydenhuollon sektoreilla. Vaativana päätöksentekona pidettiin muun muassa itsenäistä päätöksentekoa vaativia tilanteita, kuten asiakkaan hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointia. Erityisen vastuulliseksi tehtäviksi nähtiin puhelinneuvonnassa työskentely ja hoidon tarpeen arviointi. Tutkimuksessa hoitajat käyttivät päätöksentekonsa tukena näyttöön perustuvaa ja muuta toiminnasta saatua tietoa, kuten organisaation toimintaohjeita ja ammattilaisten asiantuntijuuteen perustuvaa tietoa, kuten työkokemusta. Tutkimuksen mukaan joka kolmannes vastanneista hoitotyöntekijöistä perustavat päätöksentekoa intuitioon ja työkokemukseen. Kysymykseen vastanneista 125 henkilöstä 41 (33 %) ilmoitti hyödyntävänsä päätöksenteossaan työkokemuksensa antamaa tietopohjaa. Kaakinen ym. (2016) toivat tutkimuksessaan erilaisen näkökulman esille työkokemukseen liittyen. Heidän puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviointiin keskittyvän kyselytutkimuksen tuloksien mukaan lyhemmän ajan työskennelleet hoitajat kokivat heidän tietonsa ja taitonsa paremmaksi kuin pidempään työskennelleet.

Kaakisen ym. (2016) tutkimus suuntautui päivystykseen ja se tehtiin Pohjois-Suomessa. Tutkimuksessa tutkittiin hoidon tarpeen arvion laatua ennen ja jälkeen hoitajille annetun koulutusintervention. Lähtötilanteessa tutkimuksessa oli mukana 28 hoitajaa ja jälkitettiin osallistui 26 hoitajaa. Työkokemus vaikutti jälkitestissä hoitajien tietämykseen ($p<.05$) ja taitoihin ($p<.05$) hoidon tarpeen arviossa. Kaikki ne, jotka olivat työskennelleet viisi vuotta tai vähemmän terveydenhuollossa ilmoittivat tietämyksensä ja taitojensa puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvion olevan hyvää. Kuitenkin 10 % viidestä kymmeneen vuotta terveydenhuollossa työskennelleistä hoitajista ilmoittivat, että heidän tietonsa ja taitonsa puhelimesta tapahtuvasta hoidon tarpeen arvion olivat hyvät. Työkokemus vaikutti myös hoitajien näkemyksiin hoidon tarpeenarvioinnin hyödyistä lähtötilanteessa ($p<.01$). Ne, jotka olivat työskennelleet viisi vuotta tai vähemmän terveydenhuollossa arvioivat puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvion hyödyt hyviksi, mutta ne, jotka olivat työskennelleet yli viisi vuotta, arvioivat ettei puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvion hyödyt olleet riittäviä.

Nibbelinkin & Brewerin (2018) mukaan kokemuksen arvo hoitajan päätöksenteossa on kuitenkin korkea. Itse asiassa hoitajat käyttivät tiedonlähteenä mieluummin kokeneita kollegoita tai omaa kokemusta kuin muita tiedonlähteitä. Kollegoilta saadut tiedot olivat sovellettavampia kuin protokollien tiedot. Protokollien käyttö oli myös hankalaa aikarajoitetussa tilanteessa. Kokeneiden kollegoiden neuvoja arvostetaan ja lisäksi kollegat voivat olla hoitajien tavoitettavissa paremmin ja asiakaskohtaisemmin vaativassa päätöksenteossa. Hoitajat kuvailivat päätöksentekoa sosiaalisesti kokemukseksi. He toivat esille, että sosiaalinen näkökanta neuvoja pyytäessä oli kannustavaa ja tärkeää päätöksentekoprosessissa.

Oikarainen ym. (2018) nostivat myös esille kollegan konsultoinnin vaativissa päätöksentekotilanteissa erityisesti silloin, kun tunnistettiin oman tiedon tai osaamisen puutetta ja haluttiin saada varmistusta oman toiminnan tai arvioinnin vahvistamiseksi. Kysymykseen vastanneista 125 henkilöstä 26 (21 %) hyödynsi kollegan ammattitaitoon tai kokemukseen pohjautuvaa tietoa päätöksenteossa. Kollegaa konsultoitin erityisesti epävarmoissa ja mieltä askarruttavissa tilanteissa. Päätöksenteossa epävarmuus korostui, jos toimintaohjeet olivat epäselvät tai kyseessä oli uusi käytäntö ja toimintatapa. Kollegan konsultointi nähtiin tärkeäksi tilanteissa, joissa hoitajat joutuivat tekemään vastuullisia, itsenäisiä päätöksiä, kuten asiakkaan hoidon tarpeen arviointia. Sellaista kollegaa, jolla oli pitkä työura, työhistoria ja -suhde pidettiin luotettavana tiedonlähteenä. Kollegan iän mukana tuomaa kokemusta arvostettiin. Myös Kaakinen ym. (2016) nostivat esille iän vaikutuksen hoidon tarpeen arvioinnissa. Iän vaikutusta vertailtiin tutkimuksessa, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei muodostunut ryhmien välillä. Tutkimuksen mukaan 30-vuotiaat tai sitä nuoremmat eivät pitäneet hoidon tarpeen arviota tavoitteellisempana kuin vanhempien hoitajien ryhmä ($p > .05$). Lähtötilanteessa eri ikäryhmien arvio vuorovaikutuksesta puhelimesta tapahtuvassa hoidon tarpeen arvioinnissa ei eronnut toisistaan ($p > .05$).

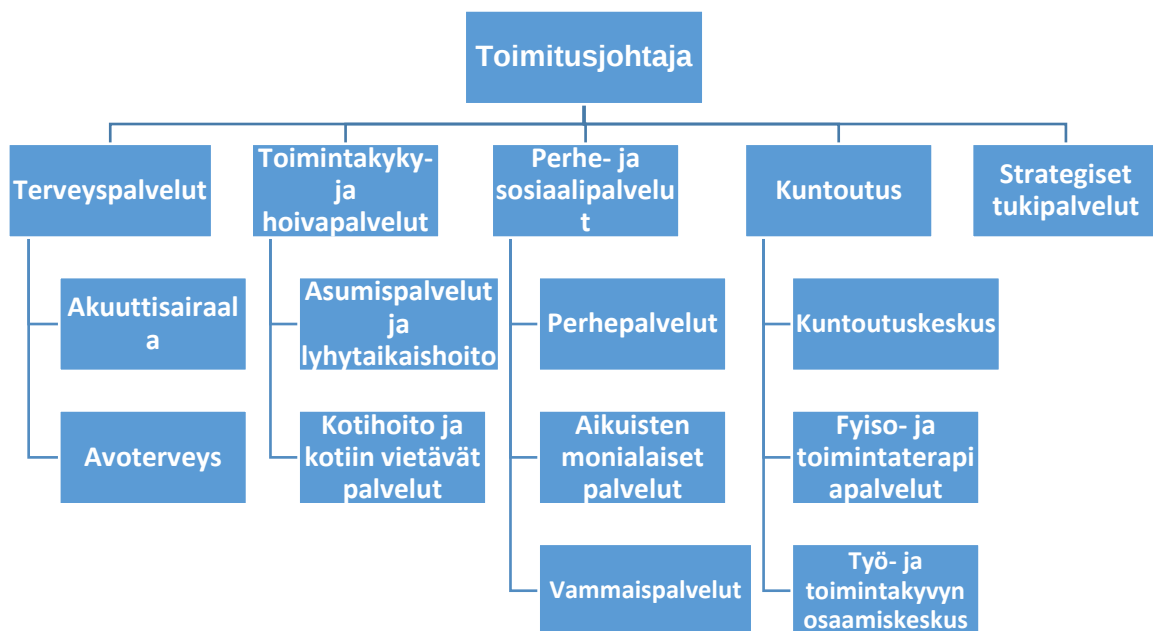
Nibbelink & Brewer (2018) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että koulutus vaikuttaa positiivisesti päätöksentekoon. Myös Kaakinen ym. (2016) nostivat koulutuksen esille koulutusinterventioon keskittyvässä tutkimuksessaan. Tulokset osoittivat, että hoitajien tiedoissa ($p < .01$), taidoissa ($p < .01$) ja asenteissa ($p < .01$) oli eroja lähtötestin ja jälkitestin välillä. Heidän tietonsa, taitonsa ja asenteensa paranivat intervention aikana. Hoitajat kokivat myös resurssit parempina jälkitestissä ($p < .05$). Puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvion perustan, esimerkiksi eettisen ja oikeudellisen perustan, ja hoitajien koulutuksen välillä oli ero ($p < .05$). Erityisesti ensiapuun koulutetut sairaanhoitajat pitivät puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvion perustaa huonona verrattuna hoitajiin, jotka eivät olleet käyneet tämänlaista koulutusta. Terveystieteiden puhelimesta tapahtuvan hoidontarpeen arvioinnista vastaavan henkilöstön tulisi saada jatkuvaa koulutusta ammatin ylläpitämiseksi.

ja osaamisen vahvistamiseksi. Toiseksi, jos soittajat ovat tyytyväisiä puhelimesta tapahtuvaan hoidon tarpeen arviontiin, tämä saa heidät noudattamaan heille annettuja ohjeita. Hoitajien pitäisi olla enemmän tietoisia siitä, miten ne voivat vaikuttaa terveyteen ja väestön hyvinvointiin puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvion avulla.

4 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminnan organisaatio

4.1 Organisaatio

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta (Eksote) tuottaa julkiset sosiaali- ja terveystoiminnat noin 129 000 eteläkarjalaiselle. Palveluita tuotetaan yhdeksässä kunnassa noin sadalla toimipisteellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio kuntien välillä on toteutunut vuodesta 2010. Eksoten palveluita ovat avoterveydenhuolto, laboratorio- ja kuvantamispalvelut, kuntoutus, lääkehoito, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, aikuisten sosiaalipalvelut, vammaispalvelut, perhepalvelut sekä vanhustenpalvelut. Erikoissairaanhoidosta vastaa Etelä-Karjalan keskussairaala. Eksote on Etelä-Karjalan suurin työnantaja ja Eksotessa työskentelee noin 5000 työntekijää. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta.) Sote-uudistus pyrkii uudistamaan koko julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (Sote-uudistus). Eksotessa toteutetaan Tulevaisuuden Sote keskus -hanketta, joka on osa sote-uudistusta. Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautumisen ja hoidon tarpeen arvioinnin kehittämisessä hyödynnetään tätä opinnäytetyötä. Organisaatiokaavio on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Eksoten organisaatio (mukailtu Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta 2021)

4.2 Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä

Eksotessa asiantuntijafysioterapeuttien suoravastaanotot alkoivat alaselkävastaanotoilla vuonna 2010. Ensimmäisen kerran tarve uudentyyppiselle työnjaolle nähtiin jo vuonna 2003, kun Etelä-Karjalan keskussairaalan fysiatrian poliklinikalla oli resurssipulaa fysiatrian erikoislääkäreistä. Vuonna 2006 uuden työnjaon takia alettiin edellyttää täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutusta on toteutettu yhden kerran 30 opintopisteen laajuisena asiantuntijafysioterapeuttien oppisopimuskoulutuksena ja tämän jälkeen kertaalleen normaalina täydennyskoulutuksena. Tavoitteena on vastata työelämän muutoksiin ja osaamistarpeisiin sekä korostaa asiantuntija- ja kehittämistehtäviä ja tätä kautta tuoda työyhteisön ja työntekijöiden osaamisresurssit tehokkaasti käyttöön. Jokainen asiantuntijafysioterapeutti on vastannut omalla hyvinvointiasemallaan toiminnan esittelystä ja joillakin hyvinvointiasemilla hoidon tarpeen arvioitsijat ovat saaneet koulutusta asiantuntijafysioterapeuttien suoravastaanottokäytännön sisällöstä. (Kangas 2017, 24–25.) Vuonna 2014 suoravastaanotot ovat laajentuneet koskemaan kaikkia tule-sairauksia. Vuosien saatossa suoravastaanotolle ohjautumisen kriteerejä on muutettu niin, että lääkärille tulisi ohjata vain ne asiakkaat, joilla on trauma tai oireeseen liittyy kuumetta. (Valjakka ym. 2017, 39.)

4.3 Sote-uudistuksen vaikutus suoravastaanottotoimintaan

Sote-uudistuksen myötä muodostetaan sote-keskuksia, joilla pyritään turvaamaan laadukkaat ja tasavertaiset palvelut sekä kaventamaan hyvinvointieroja (Sote-uudistus). Sosiaali- ja terveysministeriön (2020, 77–95) mukaan Marinin hallituksen sote-uudistuksen peruspalveluiden tavoitteina on palveluiden yhdenvertaisuus, laadun ja vaikuttavuuden parantuminen, ennaltaehkäisevä toiminta, kustannustehokkuus ja monialainen yhteistyö. Tulevaisuuden sote-keskuksissa työskentelee lääketieteen ja hammaslääketieteen, hoitotyön, sosiaalityön ja sosiaalihuollon sekä erityistyöntekijöitä eri aloilta kuten fysioterapeutteja. Avokuntoutuspalvelut ovat suunniteltu olevan osa sote-keskusten tarjoamia palveluja. Sote-uudistuksen kehittämiseen osallistuneet asiantuntijat ovat esittäneet toiveensa, että tulevaisuuden sote-keskuksissa tarjottaisi fysioterapiapalvelut lyhytkestoisena, matalan kynnyksen terapiapalveluna. Sote-keskuksien on tarkoitus olla laaja-alaista, jossa näkyy uudenlaiset työnjaot, eri ammattilaisten konsultaatio ja digitalisointi. Näiden suunnitelmien ja tavoitteiden perusteella voidaan todeta, että suoravastaanotto tulee olemaan osa tulevaisuuden sote-keskuksia, sillä suoravastaanottotoiminta vastaa Marinin hallituksen esittämiin tavoitteisiin.

5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat ohjautuvat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle Eksoten alueella, jolloin pää- ja alaongelmiksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat tuki- ja liikuntaelinsairaiden ohjautumiseen asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle Eksoten alueella?

1.1 Mitkä tekijät edistävät tuki- ja liikuntaelinsairaiden ohjautumista asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle?

1.2 Mitkä tekijät heikentävät tuki- ja liikuntaelinsairaiden ohjautumista asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle?

1.3 Mitkä muut tekijät vaikuttavat tuki- ja liikuntaelinsairaiden ohjautumiseen asiantuntijafysioterapeutin vastaanotolle?

2. Miten tuki- ja liikuntaelinsairaat kokevat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottotoiminnan Eksoten alueella?

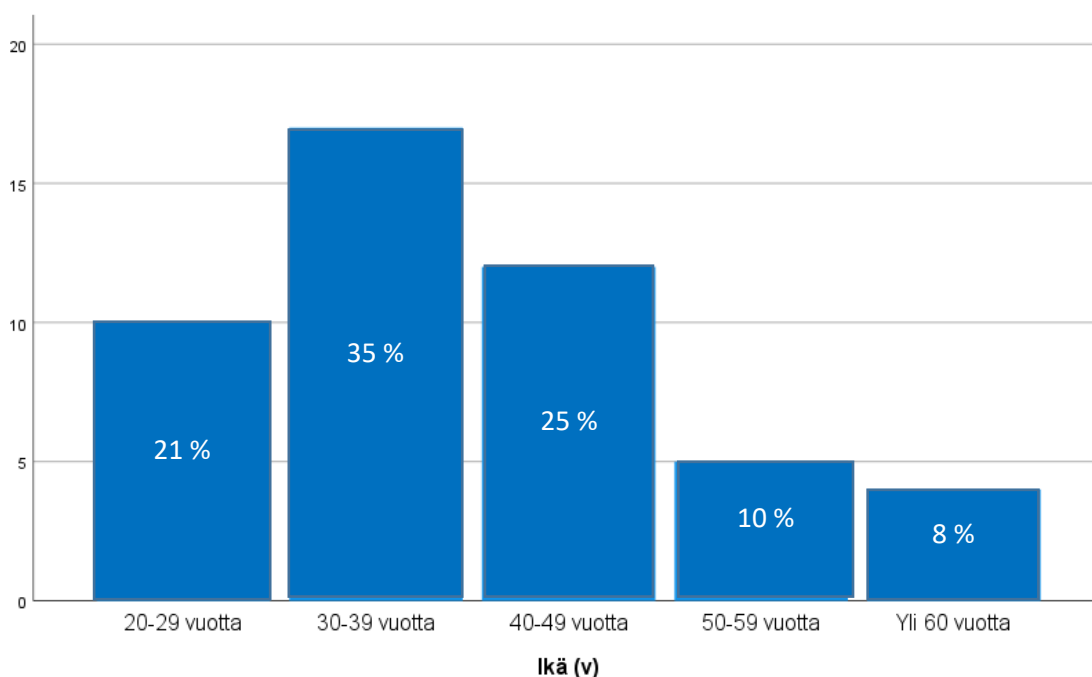
2.1 Miten tuki- ja liikuntaelinsairaat kokevat ohjautumisen vastaanotolle?

2.2 Miten tuki- ja liikuntaelinsairaat kokevat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäynnin?

6 Opinnäytetyön toteutus

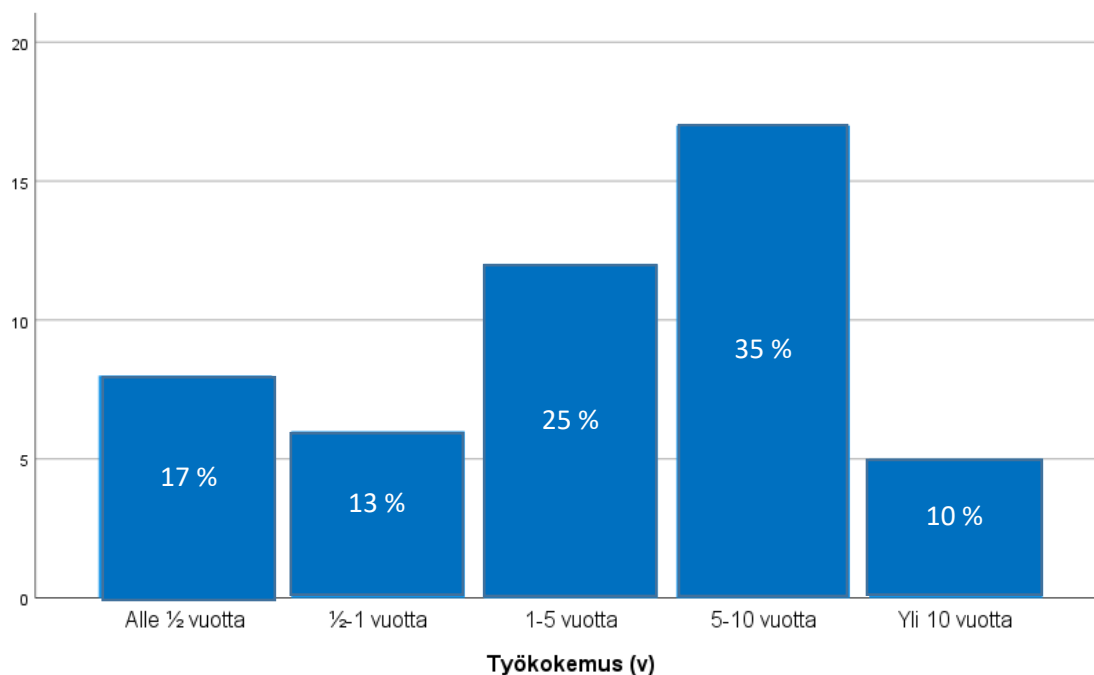
6.1 Tutkimusaineisto

Kyselytutkimuksen perusjoukko oli Eksoten perusterveydenhuollossa hoidon tarpeen arvioita tekevä henkilökunta. Mukaanottokriteereinä oli, että tutkittavien oli oltava terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja työskenneltävä hoidon tarpeen arvion parissa Eksoten perusterveydenhuollossa. Poissulkukriteerejä ei ollut. Tutkittavat valikoituivat otokseen, koska he työskentelivät opinnäytetyön aiheen parissa. Tutkimuksessa pyrittiin saamaan tiedot kaikista perusjoukon jäsenistä eli kyseessä oli kokonaistutkimus. Kyselyyn vastasi 48 hoitajaa, joista 46 oli naisia ja 2 miehiä. Vastaajista 34 (71 %) oli sairaanhoitajia ja 14 (29 %) terveydenhoitajia. Vastaajista 27 (56 %) oli alle 40-vuotiaita. Vastaajien ikäjakauma on esitetty kuviossa 3.



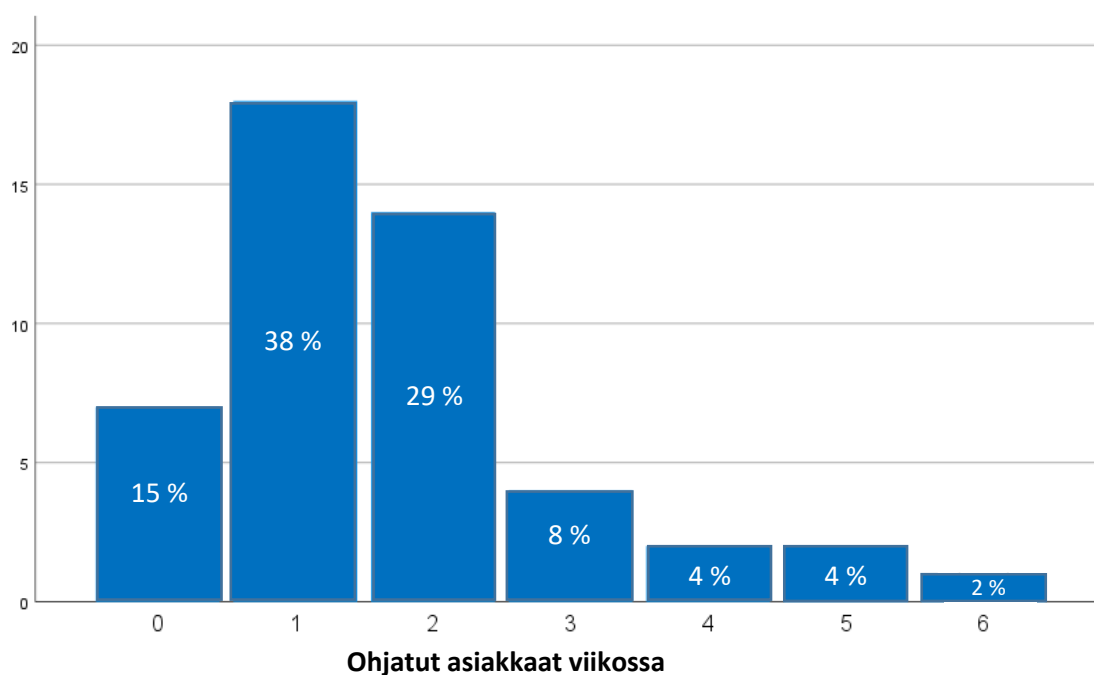
Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma

Työkokemus oli jakautunut kyselytutkimuksessa vastaajien kesken siten, että 26:lla (54 %) vastaajista oli työkokemusta alle viisi vuotta ja 22:lla (46 %) yli viisi vuotta. Työkokemuksen jakautuminen vastaajien kesken on kuvattu tarkemmin kuviossa 4.



Kuvio 4. Työkokemuksen jakautuminen vastaajien kesken

Vastaajat ohjasivat suoravastaanotolle keskimäärin 1.7 asiakasta viikossa (SD 1.4). Määrä vaihteli nolasta asiakkaasta kuuteen asiakkaaseen. Suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä viikossa on kuvattu tarkemmin kuviossa 5.

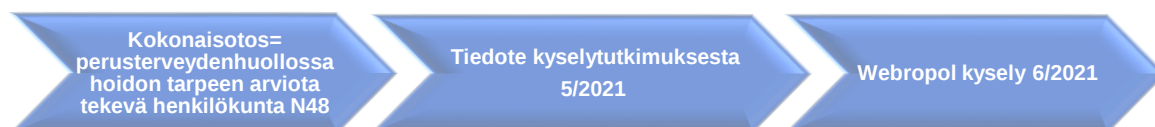


Kuvio 5. Suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä viikossa

Haastattelun perusjoukko oli Eksoten asiantuntijafysioterapeuttien suoravastaanotolla käyneet asiakkaat. Mukaanottokriteerinä tutkimuksessa haastateltaville oli, että heidän hoitopolun asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle tuli olla kulkenut hoidon tarpeen arvioinnin kautta. Poissulkukriteerinä tutkimuksen haastatteluun oli alle 18 vuoden ikä ja yli 80 vuoden ikä. Asiakkailta pyrittiin saamaan tietoa heidän kokemuksistaan suoravastaanotolle ohjautumisesta ja suoravastaanottokäynnistä. Haastatteluun osallistui kuusi asiakasta, joista neljä oli naisia ja kaksi oli miehiä. Haastateltavat olivat työikäisiä ja eläkeläisiä.

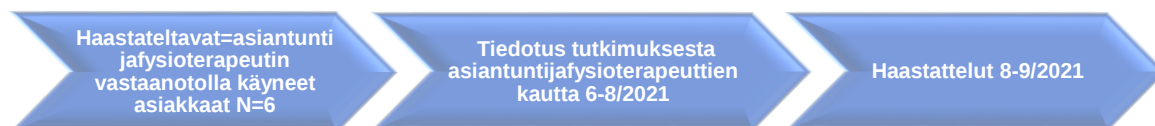
6.2 Tutkimusasetelma

Tutkimus oli määrällinen ja laadullinen poikittaistutkimus. Toteutus sisälsi kyselytutkimuksen ja haastattelun. Ennen kyselytutkimusta toteutettiin kirjallisuuskatsaus, jonka perusteella muodostettiin kyselytutkimuksen kysymykset ja luotiin pohjaa haastattelukysymyksille. Kyselytutkimuksesta tiedotettiin hoidon tarpeen arviota tekevää henkilökuntaa ennen kyselytutkimusta toukokuussa 2021. Webropol-kysely toteutettiin kesäkuun 2021 aikana. Tutkimusasetelma näkyy kyselytutkimuksen (Kuvio 6) osalta alla.



Kuvio 6. Tutkimusasetelma, kyselytutkimus

Haastatteluista tiedotettiin asiakkaita asiantuntijafysioterapeuttien kautta kesä- ja elokuun välisenä aikana ja haastattelut toteutettiin elo- ja syyskuun aikana 2021. Tutkimusasetelma näkyy haastattelun (Kuvio 7) osalta alla.



Kuvio 7. Tutkimusasetelma, haastattelut

6.3 Tiedonkeruumenetelmät

Kyselytutkimukseen koottiin suljettuja sekä avoimia kysymyksiä (Liite 6). Kysymykset muodostettiin yksinkertaiseksi, jotta vastaajan oli helppo ymmärtää, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Kysely testattiin viidellä hoidon tarpeen arvion parissa työskentelevällä vastaajalla (N=5), jotta saatiin palautetta ennen varsinaista kyselytutkimusta.

Hoidon tarpeen arvioijille toteutettiin kysely Webropolin kautta. Eksoten hoidon tarpeen arvioijia informoitiin saatekirjeellä tutkimuksen yhteyshenkilöiden (esimiehet) kautta. Saatekirjeessä (Liite 4) kerrottiin tutkimuksesta ja sisäänottokriteeristä. Yhteyshenkilöt lähettivät saatekirjeen ohessa linkin Webropol-kyselyyn. Yhteyshenkilöiden kautta lähetettiin myös yhteensä kolme muistutusta vastaajille kyselytutkimuksesta. Kyselyn vastauksista kaikki, jotka täyttivät sisäänottokriteerin, analysoitiin.

Eksoten asiantuntijafysioterapeutteja tiedotettiin haastatteluista sähköpostitse yhteyshenkilön toimesta. Asiakkaille toteutettiin haastattelu puolistrukturoituna haastatteluna (Liite 5). Haastattelu toteutettiin puhelinhaastatteluina ja yhden haastateltavan asiakkaan kohdalla Teams-haastatteluna.

Ensimmäiseen tutkimusongelmaan saatiin tiedot pääasiassa kyselytutkimuksen avulla. Lisäksi haastattelu tarjosi vahvistavaa tietoa ensimmäiseen tutkimusongelmaan. Toiseen tutkimusongelmaan saatiin tarvittava tieto haastattelun avulla. Tutkimusongelmien ja tiedonkeruumenetelmien vastaavuus on kuvattu taulukossa 1.

	Haastattelu	Kysely
Tutkimusongelma 1	X	XX
Tutkimusongelma 2	XX	
XX = ensisijainen tiedonkeruumenetelmä		
X = toissijainen tiedonkeruumenetelmä		

Taulukko 1. Tutkimusongelmien ja tiedonkeruumenetelmien vastaavuus

6.4 Eettiset näkökohdat

Eettiset näkökohdat otettiin huomioon koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa otettiin huomioon haastateltavien asiakkaiden sekä kyselyyn vastaajien hoidon tarpeen arvioitsijoiden yksityisyydensuoja ja vapaaehtoinen osallistuminen. Haastateltaville (Liite 2) ja hoidon tarpeen arvioitsijoille (Liite 4) annettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastattelijoiden osalta painotettiin, ettei haastattelu vaikuttanut asiakkaan muuhun mahdolliseen hoitoon millään tavalla. Haastateltavat asiakkaat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (Liite 1), jolla taattiin asiakkaalle vapaaehtoinen osallistuminen ja oikeus tutkimuksen keskeyttämiseen missä vaiheessa tahansa.

Tutkimukselle haettiin tutkimuslupa Eksotelta ja hankittiin puoltava lausunto Eksoten eettiseltä työryhmältä. Haastateltavien ja hoidon tarpeen arvioitsijoiden henkilöllisyys ei ilmennyt tutkimustuloksista. Tutkimusaineistoa käsiteltiin ainoastaan opinnäytetyötä tekevien toimesta ja tiedot säilytettiin salasanojen takana. Opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen Webropol tiedot tuhottiin, nauhoite poistettiin ja muistiinpanot silputtiin 25.11.2021. Myös tietosuojailmoitus (Liite 7) annettiin tiedoksi.

6.5 Aineiston analyysi

Webropolista saatu aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics ver. 28.0 ohjelmalla. Aineiston jakauman normaalius testattiin Shapiro-Wilk-testillä otoksen ollessa alle 50. Koska aineisto oli vinosti jakautunut, sen tarkemmassa analysoinnissa käytettiin Mann Whitney U-testiä ja Kruskal Wallis-testiä jatkuvien muuttujien kohdalla. Ryhmien välistä vertailua tehtiin myös ristiintaulukoinnin avulla ja analyysin apuna käytettiin Khiin-neliö testiä. Analyysissä ryhmiä yhdistettiin luotettavuuden parantamiseksi. Tutkimuksessa tilastollisen merkitsevyyden rajaksi asetettiin $p < .05$. Kyselytutkimuksen avoimet kysymykset analysoitiin laadullisen tutkimuksen sisältöanalyysin menetelmin.

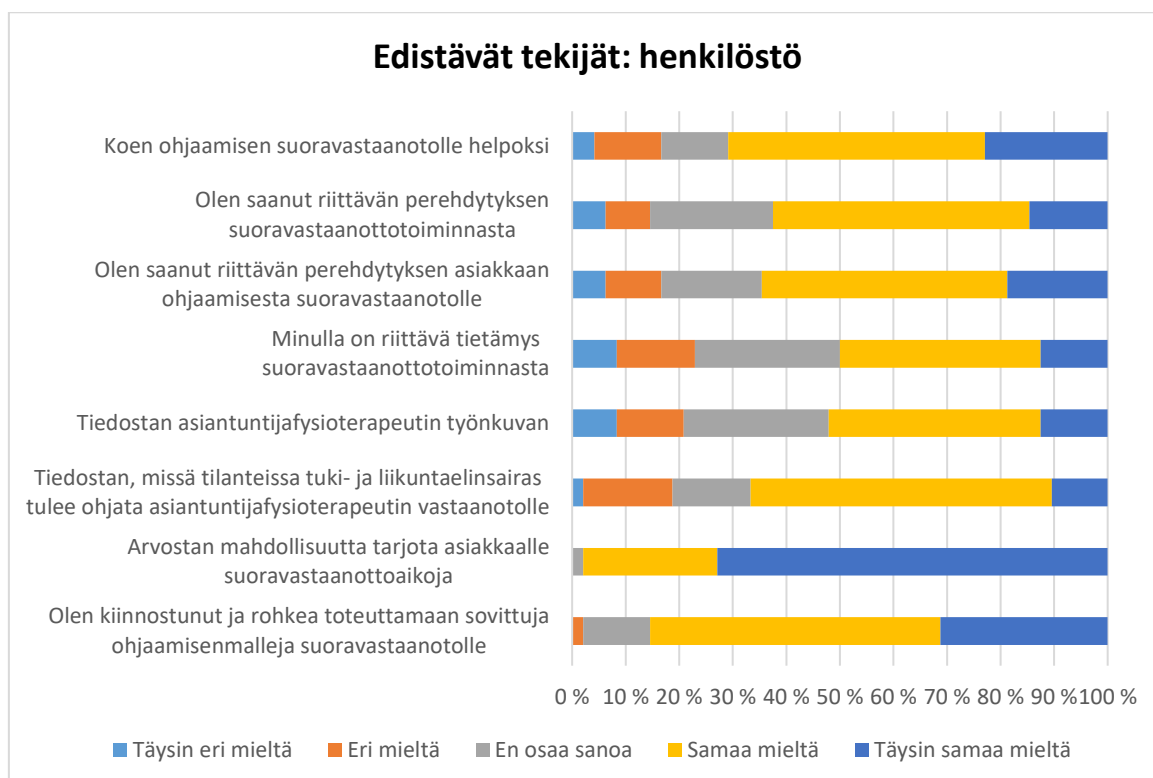
Haastattelun avoimelle aineistolle suoritettiin induktiivinen aineistoanalyysi. Tutkimukseen valittiin kyseisen analyysitapa, koska haluttiin edetä aineiston ehdoilla. Tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää haastateltavien kokemuksia. Analyysissä haettiin myös syvää ymmärrystä tutkittavaa ilmiötä kohtaan aineistoa kuunnellen. Analyysin avulla oli tarkoitus saada tiivistetty kuvaus aineistosta ilman, että aineiston informaatioarvoa menetettiin. Haastattelun aineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla aineisto useaan otteeseen. Tämän jälkeen aineisto litteroitiin sanatarkasti. Litteroinnin jälkeen aineisto kuunneltiin uudelleen ja tehtiin muistiinpanoja haastattelusta heränneistä havainnoista. Tämän jälkeen aineisto redusointiin ja koodattiin. Koodauksessa käytettiin apuna muun muassa käsitekarttaa. Ilmauksia ver-

tailtiin ja haettiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samankaltaisista ilmaisuista ryhmiteltiin luokkia, joista ilmeni aineiston teemat. Teemojen mukaisesti muodostettiin yleiskäsitteet, joiden avulla esitettiin haastattelusta saatu tieto.

7 Tutkimustulokset

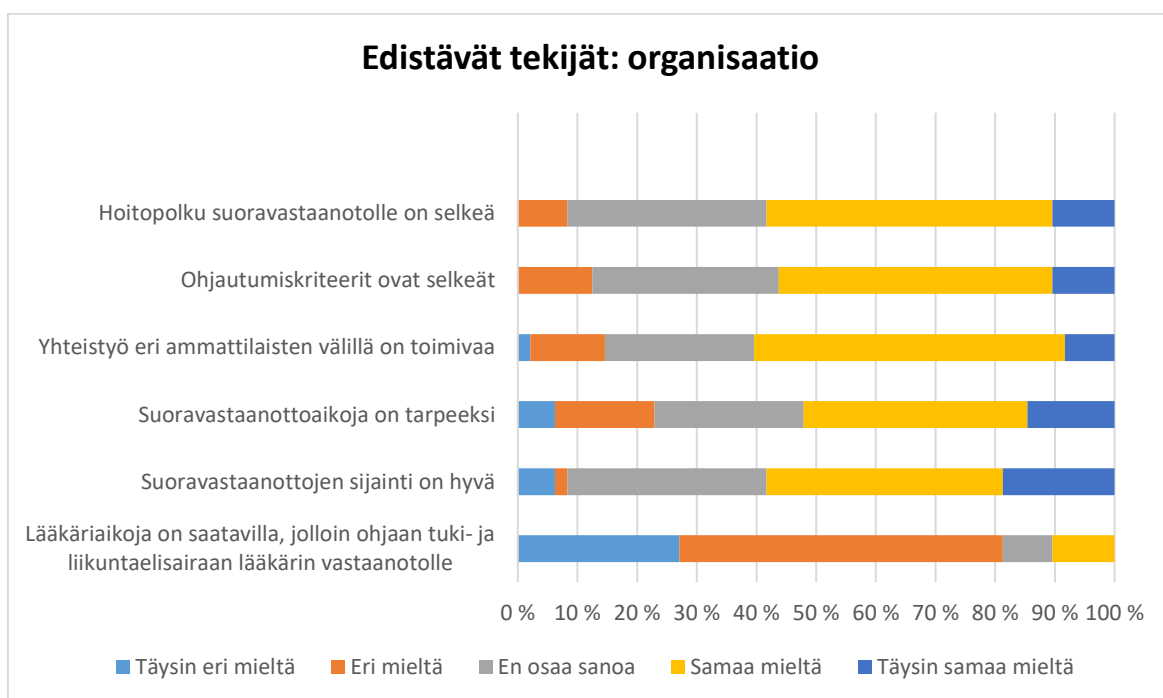
7.1 Ohjautumista edistävät tekijät

34 (71 %) kyselytutkimuksen vastanneista hoidon tarpeen arvioijista koki, että asiakkaan ohjaaminen suoravastaanotolle oli helppoa. 30 (63 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että he olivat saaneet riittävän perehdytyksen suoravastaanottotoiminnasta ja 31 (65 %) koki saaneensa riittävän perehdytyksen asiakkaan ohjaamisesta suoravastaanotolle. 24 (50 %) vastanneista hoidon tarpeen arvioijista oli sitä mieltä, että heillä oli riittävä tietämys suoravastaanottotoiminnasta ja 25 (52 %) tiedosti asiantuntijafysioterapeutin työnkuvan. 32 (67 %) vastanneista tiedosti, milloin tuki- ja liikuntaelinsairas tuli ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle. 41 (85 %) vastaajaa koki olleensa kiinnostunut ja rohkea toteuttamaan sovitut ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle. Vastauksissa korostui erityisesti se, että 47 (98 %) kyselytutkimukseen vastanneista hoidon tarpeen arvioijista arvosti mahdollisuutta tarjota asiakkaalle suoravastaanottoaikoja. Vastausten jakautuminen väittämien suhteen on esitetty tarkemmin kuviossa 8.



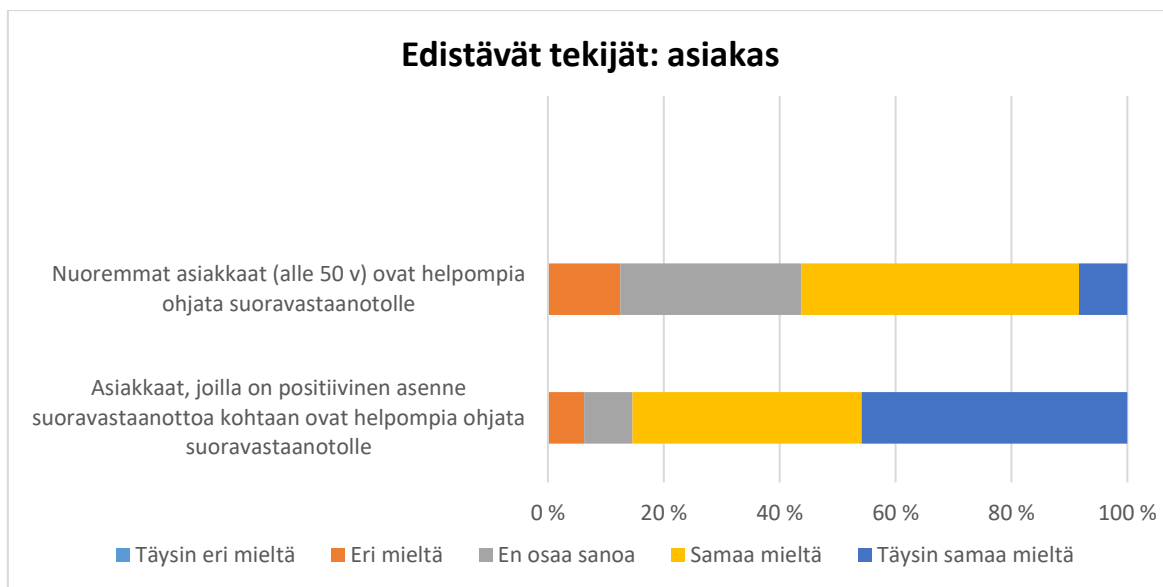
Kuvio 8. Henkilöstöön liittyvät ohjautumista edistävät tekijät Eksotessa

28 (58 %) vastanneista hoidon tarpeen arvioijista oli sitä mieltä, että hoitopolku suoravastaanotolle oli selkeä ja 27:n (56 %) mielestä ohjautumiskriteerit olivat selkeät. 29 (60 %) vastaajaa koki yhteistyön eri ammattilaisten välillä toimivaksi. 25 (52 %) hoidon tarpeen arvioijaa oli sitä mieltä, että suoravastaanottoaikoja oli tarpeeksi ja 28:n (58 %) mielestä suoravastaanottojen sijainti oli hyvä. 39:n (81 %) vastaajan mielestä lääkäriaikojen saatavuus ei heikentänyt asiakkaiden ohjaamista suoravastaanotolle. Vastausten jakautuminen väittämien suhteen on esitetty tarkemmin kuviossa 9.



Kuvio 9. Organisaatioon liittyvät edistävät tekijät Eksotessa

27 (56 %) vastanneista koki, että nuoremmat asiakkaat (alle 50 v) olivat helpompia ohjata suoravastaanotolle kuin vanhemmat asiakkaat. Myös asiakkaiden positiivinen asenne suoravastaanottoa kohtaan edisti vastaajien mielestä asiakkaan ohjaamista suoravastaanotolle, jolloin samaa tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 41 (85 %) vastanneista hoidon tarpeen arvioijista. Vastausten jakautuminen väittämien suhteen on esitetty tarkemmin kuviossa 10.



Kuvio 10. Asiakkaisiin liittyvät ohjautumista edistävät tekijät Eksotessa

Pieni osa hoidon tarpeen arvioijista vastasi avoimeen kysymykseen, joka koski tekijöitä, jotka vaikuttivat edistävästi asiakkaan ohjautumiseen suoravastaanotolle. Edistävien tekijöiden vastauksia kirjattiin yhteensä yhdeksän, joista muodostettiin kolme yhdistävää luokkaa: henkilöstö, organisaatio ja asiakas. Näistä tyypiteltiin viisi eri yläluokkaa aihepiireittäin. Edistävät tekijät ovat esitetty luokittain taulukossa 2.

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Vastauksien määrä N	Osuus %
Henkilöstö	Hoidon tarpeen arvioijan positiivinen oma asenne	2	22
	Kertaus suoravastaanottotoiminnasta	2	22
Organisaatio	Lyhyt odotusaika	1	11
Asiakas	Asiakkaan aiempi positiivinen kokemus	2	22
	Selkeä vaiva	2	22

Taulukko 2. Edistävät tekijät

Henkilöstö

Edistäviksi tekijöiksi nostettiin hoidon tarpeen arvioijan perustelun tärkeys, jolloin esiin nousi hoidon tarpeen arvioijan tietoisuus fysioterapeutin osaamisesta. Suoravastaanotolle ohjautumisen edistävänä tekijänä nähtiin myös se, että hoidon tarpeen arvioijan oma asenne oli avoin ja hän motivoi asiakasta ohjautumisessa.

Hoidontarpeenarvioinnin yhteydessä ammattilaisen tulee osata perustella fysioterapeutin käynnistä saatava hyöty. Kun perustelee, että fysser osaa tehdä taidokkaasti tilannearvion, joka helpottaa myös lääkärin arviota, jos lääkärikäynnille tulee tarvetta.

Motivointi ja oma asenne. Riittävä perustelu miksi asiantuntivastaanotto olisi juuri nyt se paras vaihtoehto.

Hoidon tarpeen arvioijat kokivat säännöllisen kertauksen ja muistuttelun suoravastaanotosta edistäväksi tekijäksi. Kun suoravastaanottoa markkinoitiin ammattilaisten kesken, oli hoidon tarpeen arvioijan helpompi tarjota asiakkaalle suoravastaanottoa.

Ajoittainen muistuttelu vastaanoton olemassaolosta.

Säännöllinen esim. 6kk-12kk välein kertaus millaisia asiakkaita/potilaita ohjataan suoravastaanotolle.

Organisaatio

Suoravastaanotolle ohjautumisen edistävänä tekijänä koettiin myös se, että vastaanotolle pääsi usein jo samana päivänä. Näin hoidon tarpeen arvioijalla oli heti tarjota asiakkaalle apua.

Asiakas

Asiakkaiden positiiviset kokemukset suoravastaanotosta helpottivat puhelimitse tehtävää hoidon tarpeen arviointia ja edistivät ohjautumista suoravastaanotolle. Se, että asiakas oli aiemmin saanut apua suoravastaanotolta, helpotti hoidon tarpeen arviointia.

Monilta asiakkailta on tullut positiivista palautetta.

Aiemmin saatu hyvä apu.

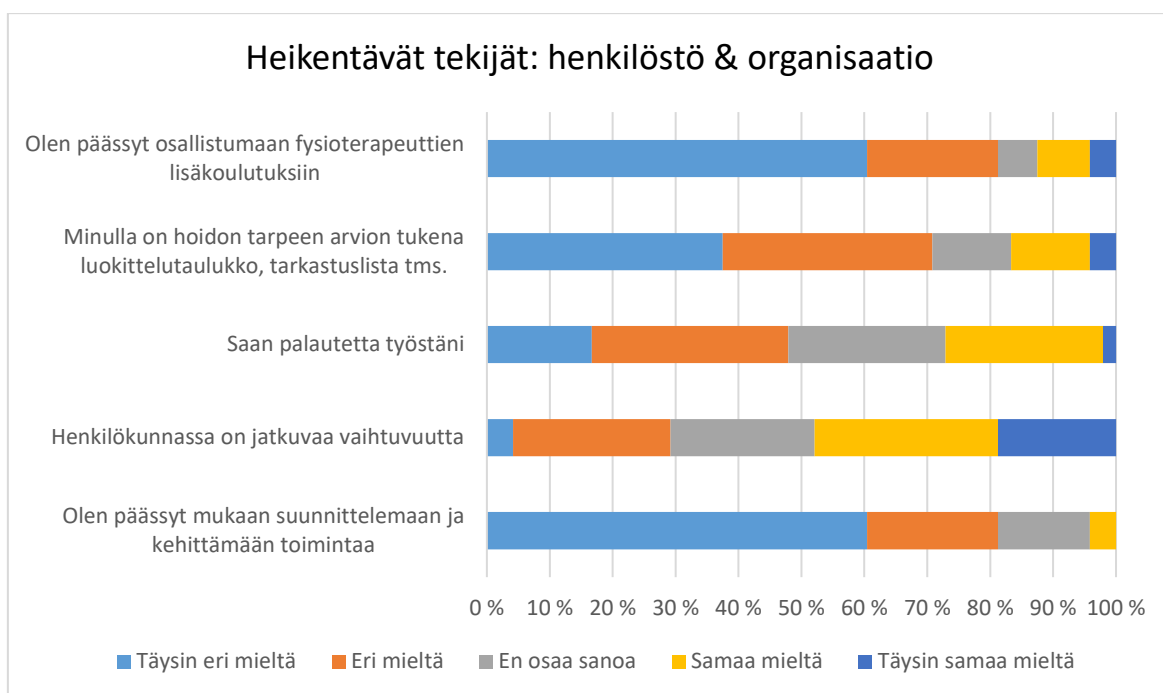
Hoidon tarpeen arvioijat nimesivät asiakastyyppejä, jotka koettiin helpommiksi ohjata suoravastaanotolle. Asiakkaat, joilla oli selkeä tule-vaiva ja asiakkaat, jotka olivat fyysisesti aktiivisia, koettiin helpoiksi ohjata suoravastaanotolle.

Asiakas on helpompaa ohjata suoravastaanotolle, jos hänellä on selkeä vaiva, joka viittaisi olevan tules-vaiva.

Urheilijat ja säännöllisesti harrastavat nuoret mielellään menevät fysioterapeutille, omaan tekemiseen motivoituneet.

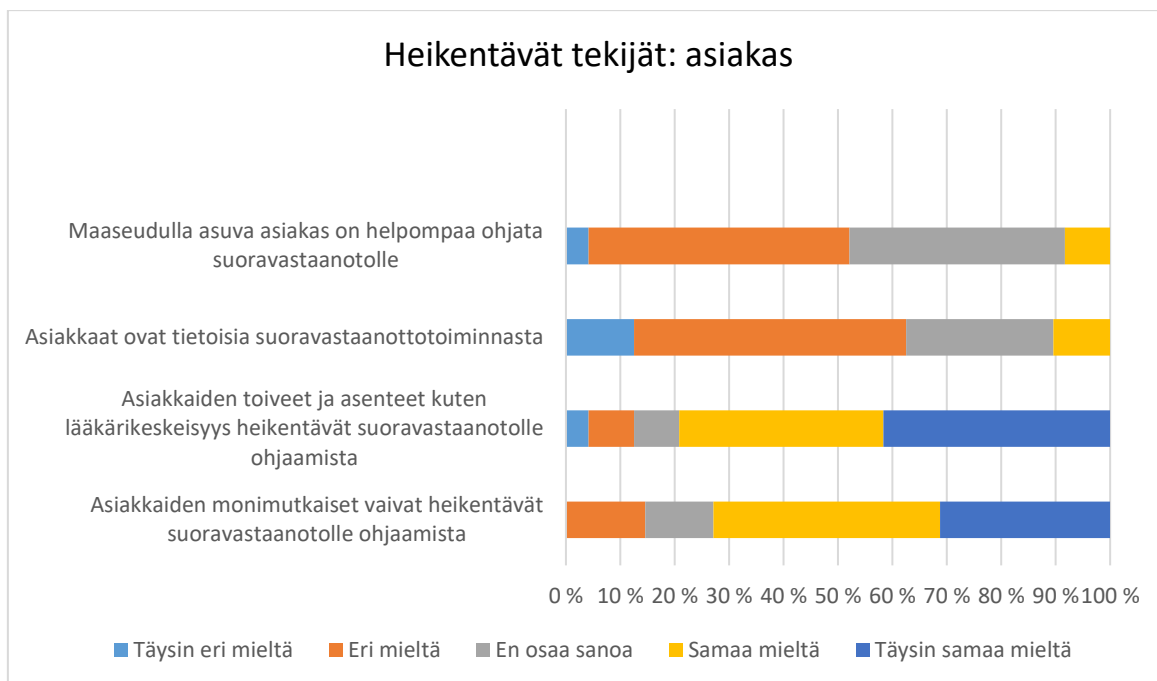
7.2 Ohjautumista heikentävät tekijät

Kyselytutkimukseen vastanneista hoidon tarpeen arvioijista kuusi (13 %) oli päässyt osallistumaan fysioterapeuttien lisäkoulutuksiin. Loput vastaajista eivät olleet osallistuneet lisäkoulutuksiin tai eivät osanneet vastata kysymykseen. 34 (71 %) vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut hoidon tarpeen arvion tukena luokittelutaulukkoa, tarkastuslistaa tai vastaavaa. 23 (48 %) hoidon tarpeen arvioijaa koki, etteivät he olleet saaneet palautetta työstään ja, että henkilökunnassa oli jatkuvaa vaihtuvuutta. Kaksi (4 %) vastaajista ilmoitti, että oli päässyt mukaan suunnittelemaan ja kehittämään toimintaa. Vastaavasti 39 (81 %) vastaajista oli sitä mieltä, etteivät he olleet päässeet mukaan toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen. Vastausten jakautuminen väittämien suhteen on esitetty tarkemmin kuviossa 11.



Kuvio 11. Henkilöstöön ja organisaatioon liittyvät ohjautumista heikentävät tekijät Ekso-
tessa

Kyselyyn vastanneista hoidon tarpeen arvioijista 25 (52 %) koki, ettei maaseudulla asuvan asiakkaan ohjaaminen vastaanotolle ollut helppoa. 30 (63 %) vastaajista oli sitä mieltä, etteivät asiakkaat olleet tietoisia suoravastaanottotoiminnasta. Vastaajista 38 (79 %) oli sitä mieltä, että asiakkaiden toiveet ja asenteet, kuten lääkärikeskeisyys heikensivät suoravastaanotolle ohjaamista ja 35 (73 %) vastaajaa koki, että asiakkaiden monimutkaiset vaivat vaikuttivat heikentävästi suoravastaanotolle ohjaamiseen. Vastausten jakautuminen väittämien suhteen on esitetty tarkemmin kuviossa 12.



Kuvio 12. Asiakkaisiin liittyvät ohjautumista heikentävät tekijät Eksotessa

Kyselyn avoimista kysymyksistä aktiivisimmin hoidon tarpeen arvioijat vastasivat kysymykseen, jossa haluttiin tietää, mitkä tekijät heikensivät asiakkaiden ohjautumista suoravastaanotolle. 48 vastaajasta vain noin puolet vastasivat kysymykseen, mutta he ketkä vastasivat, listasivat useampia heikentäviä tekijöitä, jolloin vastauksia kirjattiin 48. Vastauksista muodostettiin kolme yhdistävää luokkaa: henkilöstö, organisaatio ja asiakas. Näistä tyypiteltiin 10 eri yläluokkaa. Taulukossa 3 nähdään esiin nousseet asiat aihepiireittäin.

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Vastauksien määrä N	Osuus %
Henkilöstö	Hoidon tarpeen arvioinnin haastavuus puhelimitse	8	17
Organisaatio	Lääkärin konsultoinnin puutteellisuus	5	10
	Liian vähän suoravastaanottoaikoja	3	6
	Perehdytyksen puute	5	10
	Fysioterapian vastaanoton hankala sijainti	2	4
	Tarkistuslista puuttuu	3	6
Asiakas	Henkilökemiat asiantuntijafysioterapeutin ja asiakkaan välillä	5	10
	Moniongelmaiset asiakkaat	4	8
	Lääkärin auktoriteetti	6	13
	Asiakkaan epäluottamus fysioterapeuttia ja/tai hoidon tarpeen arvioijaa kohtaan	7	15

Taulukko 3. Heikentävät tekijät

Henkilöstö

Eniten ohjautumista heikentäviä tekijöitä kirjattiin hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen. Vastauksissa nousi esiin hoidon tarpeen arvioinnin haasteellisuus puhelimitse, hoidon tarpeen arvioijan oma asenne, kriteerien tiukkuus, fysioterapeuttien kriittisen palautteen vaikutus hoidon tarpeen arvioijien asenteeseen, palveluverkoston laajuus ja ajanvarauksen monimutkaisuus.

Puhelimessa hoidon tarpeen arvion tekeminen tule asiakkaasta on todella vaikeaa.

Ohjeistus suoravastaanotolle ohjaamisesta on mustavalkoisempi kuin todellisuus: asiakkailla monimutkaisia tautitiloja ja esim. kivun voimakkuus puhelimitse voi olla hyvin vaikea arvioitava.

Itse henk. koht. en jaksa väitellä enää ihmisten kanssa ja siksi usein tarjoan ensisijaisesti lääkärin vastaanottoa. Useasti fysioterapeutin vastaanotto täytyy "kaupata" asiakkaalle ja siksi se on henkisesti aika työlästä.

Kriteereitä tulisi väljentää.

Fysioterapeuteilta tulee välillä ikävää kommenttia, " Miksi tämä on laitettu?" ym, niin ei paljon lisää halua ohjata asiakkaita suoravastaanotolle.

Palveluverkosto on laaja, joten hankalaa hahmottaa kaikkia tarjolla olevia palveluja.

Ajanvaraussysteemi on vaikea, suorituspaikkalyhenteet on vaikeita muistaa, henkilöitä ei muista.

Organisaatio

Hoidon tarpeen arvioijat kokivat omassa päätöksenteossään haasteelliseksi sen, että mikäli he ohjasivat asiakkaan suoravastaanotolle, tämän jälkeinen lääkärin konsultointi oli mahdollisesti haastavaa. Konsultoinnin puute nähtiin jopa potilasturvallisuutta vaarantavana tekijänä.

Epäselvissä tilanteissa, esim. kova kiputila (lääkäri vai as-ft) lääkärin saatavuus tarvittaessa voi olla hankalaa jos ohjaakin asiakkaan suoravastaanotolle.

Asiantuntiafysioterapeutin konsultaatio ja lääkärin taustatukea tulisi kehittää enemmän. Nyt jos arvioinnissa tulee virhe ja ei saada asiakasta fysioterapiasta lääkärille se tuottaa erittäin suuria ongelmia ja vaarantaa potilasturvallisuuden.

Suoravastaanotolle ohjautumisen heikentävänä tekijänä nähtiin myös se, että asiantuntijafysioterapeutilla oli oikeus kirjoittaa yhdestä viiteen päivää sairauslomaa.

Monesti pätkittäinen si koetaan huonoksi. Asiakkaan toive olisi saada kerralla pidempi se todistus.

Heikentäviksi tekijöiksi ilmoitettiin, että suoravastaanottoaikoja tulisi olla enemmän. Epätietoisuus suoravastaanottoinnasta, perehdytyksen puute ja henkilökunnan vaihtuvuus nähtiin ohjautumista heikentävinä tekijöinä. Ohjeistuksen ja tarkistuslistan puute koettiin heikentävinä tekijöinä. Lisäksi suoravastaanoton sijainti muualla, kuin hyvinvointiasemalla,

nähtiin moniammatillisen yhteistyön, konsultoinnin sekä asiakkaan siirtymisen kannalta heikentävänä tekijänä.

Aikoja on liian vähän.

Henkilökohtaisesti kuulen nyt ensimmäistä kertaa suoravastaanotolle ohjautumista. En tiedä mitä termillä "suoravastaanotto" tarkoitetaan, olen lähinnä ohjannut asiakkaan tarpeen mukaan fyysisen kiirevoimien.

En ole saanut asiaan juurikaan mitään perehdytystä eli en tiedä esim. miltä kirjalta aika varataan tai mitkä asiakkaat vastaanotolle kuuluu. [...] Toivoisin perehdytystä asiaan, koska tuki- ja liikuntaelinsairauksia on paljon.

Olen uusi eksotelainen. En ole aiemmin kuullut toimintamallista ohjata asiakas fysioterapeutin suoravastaanotolle.

Fys.vastaanoton sijainti, moni kokee paikan hankalaksi, mennä sinne, jos ei autokyytiä.

Fysioterapeuttien vastaanotot tulisi olla hyvinvointi- ja terveysasemilla. Mikäli näin on, ohjaaminen ja yhteistyö on sujuvaa ja konsultointi helpompaa.

Ja jos on olemassa joku check-list, niin olisi kiva tietää mistä sellaisen saa....

Osasta vastauksista näkyi hoidon tarpeen arvioijien perehtymättömyys asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottotoimintaan.

Asiakas

Hoidon tarpeen arvioijat raportoivat henkilökemiasta asiakkaan ja asiantuntijafysioterapeutin välillä, jolloin ohjaustilanteessa hoidon tarpeen arvioija koki tyrmäyksen tarjotessaan suoravastaanottoaikaa.

Aikaisemmin suoravastaanotolla käyneet asiakkaat eivät aina halua palata sinne väkijoukossa: henkilökemiat?

Potilas ei halua mennä vastaanottajan takia.

Yksittäisen asiantuntijafysioterapeutin tapa kohdata asiakas ei miellytä asiakkaita ja sana kiertää.

Hoidon tarpeen arviointia haastoivat asiakkaat, joilla oli useita sairauksia, korkea ikä, kroonistunut vaiva tai motivaation puute vaivan parantamista kohtaan.

Asiakkaat, jotka eivät itse ole valmiita tekemään vaivojensa eteen mitään.

Jos ongelma on moninainen tai kauan kestänyt, ei ole oikein helppoa arvioida, tarvitseeko lääkäriä vai fysioterapeuttia.

Luottamus lääkäriä ja epäluottamus fysioterapeuttia ja hoidon tarpeen arvioijaa kohtaan korostuivat useissa vastauksissa. Useilla asiakkailla kerrottiin olevan oma halu päästä lääkäriin, kun taas fysioterapeutin apuun oltiin skeptisiä. Ratkaisuna nähtiin lääkärikäynti, jolloin lääkäri tekisi asiakkaalle linjauksen fysioterapian aloituksesta, jolloin kyseessä olisi normaali fysioterapian vastaanotto eikä asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto.

Kipulääkitysasiat; asiakkaat kokevat, etteivät pärjää kivun kanssa ja haluavat mieluummin lääkehoitoon.

Asiakkaan useasti pyrkivät mieluiten lääkäriin ja toivovat vaivaansa jonkin vaivattoman ratkaisun. Monet valittavat kun eivät pysty tai jaksa tehdä fysioterapeutin jump-paliikkeitä jolla vaivoihin saisi helpotusta. Ihmiset myös tietävät mitä puhelimesta pitää sanoa jotta lääkäriin pääsee, vaikka oikeampi paikka olisi asiantuntijafysioterapeutti. [...] Mielestäni monesti eri tulesvaivojen kanssa voisikin mennä ensin lääkäriin. Lääkäri voisi linjata että jatkossa vaivan kanssa mennään fysioterapiaan ja painottaa ettei lääkäri välttämättä pysty vaivalle kamalasti mitään enempää tekemään.

Joidenkin ihmisten mielipide fysioterapeuttien ja sairaanhoitajien ammattitaidon aliarvioimisesta saa aikaan mielipiteiden vaihtoa hoidonvaraajan ja asiakkaan välillä.

"Mitä se fysioterapeutti pystyy tekemään, kun ei voi määrätä lääkkeitäkään", "käyn salilla ja tiedän kyllä mitä pitää tehdä".

Vastauksissa näkyi asiakkaiden odotukset, toiveet ja asenteet.

7.3 Muut ohjautumiseen vaikuttavat tekijät

Sekä hoidon tarpeen arvioijien ammatti, ikä, että työkokemus vaikuttivat asiakkaiden ohjautumiseen suoravastaanotolle.

Ammatin ja suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrän välillä oli ero ($p < .01$). Sairaanhoitajat ohjasivat suoravastaanotolle keskimäärin kaksi asiakasta viikossa ja terveydenhoitajat keskimäärin yhden asiakkaan viikossa. Taulukossa 4 on esitetty suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä ammatin mukaan jaettuna.

Ammatti	N	Kes- kiarvo	Keski- hajonta	Medi- aani	Minimi	Maksimi	Vaihte- luväli	Mann Whitney U- testi
Sairaanhoitaja	34	2.0	1.3	2	0	6	6	p<.01
Terveydenhoitaja	14	1.1	1.3	1	0	5	5	

Taulukko 4. Suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä viikossa vastaajien ammatin mukaan

Sairaanhoitajat kokivat asiakkaan ohjaamisen suoravastaanotolle helpommaksi kuin terveydenhoitajat ($\chi^2 = 11.8$, $p<.01$). Sairaanhoitajat tiedostivat myös terveydenhoitajia paremmin, missä tilanteessa tuki- ja liikuntaelinsairas tuli ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ($\chi^2 = 7.8$, $p<.05$). Terveydenhoitajat kokivat sairaanhoitajia useammin, että henkilökunnassa oli jatkuvaa vaihtuvuutta ($\chi^2 = 9.5$, $p<.01$). Sairaanhoitajat kokivat puolestaan terveydenhoitajia useammin, että suoravastaanottoaikoja oli saatavilla tarpeeksi ($\chi^2 = 8.8$, $p<.05$) ja, että positiivisen asenteen suoravastaanottoa kohtaan omaava asiakas oli helpompaa ohjata suoravastaanotolle ($\chi^2 = 7.1$, $p<.05$). Ammatin ja muiden väittämien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja. Vastausten jakautuminen ammatin suhteen on esitetty tarkemmin taulukossa 5.

Ammatti	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	
Koen asiakkaan ohjaamisen suoravastaanotolle helpoksi							
Sairaanhoitaja	0 (0 %)	3 (9 %)	2 (6 %)	19 (56 %)	10 (29 %)	34	
Terveystenhoitaja	2 (14 %)	3 (21 %)	4 (29 %)	4 (29 %)	1 (7 %)	14	p<.01
Tiedostan, missä tilanteissa tuki- ja liikuntaelinsairas tulee ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle							
Sairaanhoitaja	0 (0 %)	3 (9 %)	5 (15 %)	22 (65 %)	4 (12 %)	34	
Terveystenhoitaja	1 (7 %)	5 (36 %)	2 (14 %)	5 (36 %)	1 (7 %)	14	p<.05
Henkilökunnassa on jatkuvaa vaihtuvuutta							
Sairaanhoitaja	2 (6 %)	12 (35 %)	5 (15 %)	10 (29 %)	5 (15 %)	34	
Terveystenhoitaja	0 (0 %)	0 (0 %)	6 (43 %)	4 (29 %)	4 (29 %)	14	p<.01
Suoravastaanottoaikoja on tarpeeksi							
Sairaanhoitaja	3 (9 %)	4 (12 %)	5 (15 %)	15 (44 %)	7 (21 %)	34	
Terveystenhoitaja	0 (0 %)	4 (29 %)	7 (50 %)	3 (21 %)	0 (0 %)	14	p<.05
Asiakkaat, joilla on positiivinen asenne suoravastaanottoa kohtaan, on helpompi ohjata suoravastaanotolle							
Sairaanhoitaja	0 (0 %)	1 (3 %)	1 (3 %)	12 (35 %)	20 (59 %)	34	
Terveystenhoitaja	0 (0 %)	2 (14 %)	3 (21 %)	7 (50 %)	2 (14 %)	14	p<.05

Taulukko 5. Vastausten jakautuminen ammatin mukaan

Vastaajien iän ja suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrän välillä oli ero ($p<.05$). 20–29-vuotiaiden ryhmässä suoravastaanotolle ohjattiin keskimäärin yksi asiakas viikossa. Vastaava luku yli 60-vuotiaiden ryhmässä oli kolme. Tarkemmat tiedot on esitetty taulukossa 6.

Ikä	N	Kes- kiarvo	Keski- hajonta	Medi- aani	Minimi	Mak- simi	Vaihte- luvalli	Kruskal Wallis- testi
20-29	10	0.9	0.7	1	0	2	2	p<.05
30-39	17	1.5	1.5	1	0	6	6	
40-49	12	2.5	1.5	2	1	5	4	
50-59	5	1.2	0.4	1	1	2	1	
yli 60	4	2.8	1.0	2.5	2	4	2	

Taulukko 6. Suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä ikäryhmittäin

Tietämys tuki- ja liikuntaelinsairauksista ($\chi^2 = 7.8$, $p < .05$), suoravastaanottotoiminnasta ($\chi^2 = 10.3$, $p < .01$) ja asiantuntijafysioterapeutin työnkuvasta ($\chi^2 = 9.7$, $p < .01$) kasvoivat vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä. Vanhemmat ikäluokat tiedostivat nuorempia ikäluokkia paremmin myös asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton eron ($\chi^2 13.8$, $p = .001$). Vanhemmat ikäluokat olivat myös nuorempia ikäluokkia kiinnostuneempia ja rohkeampia toteuttamaan sovittuja ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle ($\chi^2 = 6.4$, $p < .05$). Tulokset on esitetty taulukossa 7. Ikäluokat tiedostivat yhtä hyvin, missä tilanteessa tuki- ja liikuntaelinsairas tuli ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ($\chi^2 = 5.0$, $p > .05$). Ikäryhmien välille ei syntynyt eroa riittävän perehdytyksen saamisesta suoravastaanottotoiminnasta ($\chi^2 = 3.8$, $p > .05$) ja asiakkaan ohjaamisesta suoravastaanotolle ($\chi^2 = 2.6$, $p > .05$). Myöskään koulutuksen saamisessa suoravastaanotolle ohjaamiseen ei muodostunut eroja ikäryhmien välille ($\chi^2 = 5.2$, $p > .05$). Kokemus suoravastaanotolle ohjaamisen helppoudesta ei muuttunut myöskään ikäryhmien välillä ($\chi^2 4.6$, $p > .05$). Nuoremmat ikäluokat eivät kokeneet vanhempia ikäluokkia enempää vastuuntuntoa ja pelkoa virheiden tekemisestä ($\chi^2 0.3$, $p > .05$) tai ammatillisen auktoriteetin puutetta ($\chi^2 = 3.3$, $p > .05$).

Ikä	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	
Minulla on riittävä tietämys tuki- ja liikuntaelinsairauksista							
20–29 vuotta	1 (10 %)	6 (60 %)	2 (20 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	10	p<.05
30–39 vuotta	2 (12 %)	4 (23 %)	5 (29 %)	6 (35 %)	0 (0 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	3 (25 %)	2 (17 %)	5 (42 %)	2 (17 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	2 (40 %)	1 (20 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	4	
Minulla on riittävä tietämys suoravastaanottotoiminnasta							
20–29 vuotta	2 (20 %)	3 (30 %)	4 (40 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	10	p<.01
30–39 vuotta	2 (12 %)	2 (12 %)	6 (35 %)	7 (41 %)	0 (0 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	1 (8 %)	3 (25 %)	6 (50 %)	2 (17 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4	
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin työnkuvan							
20–29 vuotta	2 (20 %)	4 (40 %)	2 (20 %)	2 (20 %)	0 (0 %)	10	p<.01
30–39 vuotta	1 (6 %)	2 (12 %)	7 (41 %)	7 (41 %)	0 (0 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (33 %)	6 (50 %)	2 (17 %)	12	
50–59 vuotta	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	2 (40 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4	
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton eron							
20–29 vuotta	3 (30 %)	5 (50 %)	1 (10 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	10	p=.001
30–39 vuotta	2 (12 %)	2 (12 %)	9 (53 %)	4 (23 %)	0 (0 %)	17	
40–49 vuotta	1 (8 %)	2 (17 %)	2 (17 %)	5 (42 %)	2 (17 %)	12	
50–59 vuotta	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (75 %)	1 (25 %)	4	
Olen kiinnostunut ja rohkea toteuttamaan sovittuja ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle							
20–29 vuotta	0 (0 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	6 (60 %)	1 (10 %)	10	p<.05
30–39 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (24 %)	9 (53 %)	4 (24 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	7 (58 %)	5 (42 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	2 (40 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	3 (75 %)	4	

Taulukko 7. Henkilöstöön liittyvät tekijät ikäryhmittäin

Vanhemmat ikäluokat kokivat ohjautumiskriteerit selkeämpinä ($\chi^2 = 8.4$, $p<.05$) ja yhteistyön eri ammattilaisten välillä toimivampana kuin nuoremmat ikäluokat ($\chi^2 = 10.0$, $p<.01$). Alle 40-vuotiaat kokivat useammin, että henkilökunnassa oli jatkuvaa vaihtuvuutta, kuin yli 40-vuotiaat ($\chi^2 = 6.3$, $p<.05$). Ryhmien välille syntyi myös tilastollisesti merkitsevä ero koskien mielipidettä suoravastaanottojen sijaintia kohtaan ($\chi^2 = 7.5$, $p<.05$). Tulokset ovat esitetty tarkemmin taulukossa 8.

Ikä	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	
Ohjautumiskriteerit ovat selkeät							
20–29 vuotta	0 (0 %)	2 (20 %)	5 (50 %)	3 (30 %)	0 (0 %)	10	p<.05
30–39 vuotta	0 (0 %)	1 (6 %)	8 (47 %)	6 (35 %)	2 (12 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	3 (25 %)	1 (8 %)	7 (58 %)	1 (8 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (75 %)	1 (25 %)	4	
Yhteistyö eri ammattilaisten välillä on toimivaa							
20–29 vuotta	1 (10 %)	1 (10 %)	4 (40 %)	4 (40 %)	0 (0 %)	10	p<.01
30–39 vuotta	0 (0 %)	4 (24 %)	6 (35 %)	6 (35 %)	1 (6 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (17 %)	9 (75 %)	1 (8 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	4 (80 %)	0 (0 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4	
Henkilökunnassa on jatkuvaa vaihtuvuutta							
20–29 vuotta	1 (10 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	4 (40 %)	2 (20 %)	10	p<.05
30–39 vuotta	1 (6 %)	1 (6 %)	5 (29 %)	6 (35 %)	4 (24 %)	17	
40–49 vuotta	0 (0 %)	5 (42 %)	3 (25 %)	2 (17 %)	2 (17 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	1 (20 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	1 (20 %)	5	
Yli 60 vuotta	0 (0 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4	
Suoravastaanottojen sijainti on hyvä							
20–29 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (40 %)	5 (50 %)	1 (10 %)	10	p<.05
30–39 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (47 %)	5 (29 %)	4 (24 %)	17	
40–49 vuotta	2 (17 %)	1 (8 %)	2 (17 %)	4 (33 %)	3 (25 %)	12	
50–59 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	3 (60 %)	0 (0 %)	5	
Yli 60 vuotta	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	1 (25 %)	4	

Taulukko 8. Organisaation liittyvät tekijät ikäryhmittäin

Työkokemuksen suoravastaanotolle ohjaamisesta ja suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrän välillä oli merkitsevä ero ($p<.05$). Alle puoli vuotta suoravastaanotolle ohjaamisen parissa työskennelleet ohjasivat viikossa keskimäärin 0.6 asiakasta suoravastaanotolle. Vastaava luku puolesta vuodesta yhteen vuoteen työskennelleiden ryhmässä oli 1.2, vuodesta viiteen vuotta työskennelleiden ryhmässä 1.5, viidestä kymmeneen vuotta työskennelleiden ryhmässä 2.5 ja yli 10 vuotta työskennelleiden ryhmässä 2.0. Tulokset on esitetty tarkemmin taulukossa 9.

Työko- kemus (v)	N	Kes- kiarvo	Keski- hajonta	Medi- aani	Minimi	Maksimi	Vaihte- luväli	Kruskal Wallis- testi
Alle ½	8	0.6	0.9	0	0	2	2	p<.05
½-1	6	1.2	0.4	1	1	2	1	
1-5	12	1.5	1.2	1	0	4	4	
5-10	17	2.5	1.6	2	1	6	5	
yli 10	5	2.0	1.0	2	1	3	2	

Taulukko 9. Suoravastaanotolle ohjattujen asiakkaiden määrä viikossa työkokemuksen mukaan esitettyinä

Yli viisi vuotta suoravastaanotolle ohjaamisen parissa työskennelleet kokivat alle viisi vuotta työskennelleitä enemmän saaneensa koulutusta suoravastaanotolle ohjaamiseen ($\chi^2 = 9.6$, $p < .01$). Ryhmien välillä oli myös ero fysioterapeuttien lisäkoulutuksiin osallistumisessa ($\chi^2 = 9.2$, $p < .01$). Kukaan alle viisi vuotta työskennelleistä ei ilmoittanut, että olisi päässyt osallistumaan koulutuksiin. Sen sijaan yli viisi vuotta työskennelleistä noin neljännes oli päässyt osallistumaan koulutuksiin. Tietoisuus asiantuntijafysioterapeutin työkuvasta ($\chi^2 = 11.3$, $p < .01$) ja asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton erosta ($\chi^2 = 12.3$, $p < .01$) kasvoivat työkokemuksen kasvaessa. Tulokset on esitetty taulukossa 10. Sen sijaan tilastollisesti merkitsevää eroa ei syntynyt ryhmien välillä tietämyksessä tuki- ja liikuntaelinsairauksista ($\chi^2 = 3.1$, $p > .05$) ja suoravastaanottotoiminnasta ($\chi^2 = 5.4$, $p > .05$). Työkokemus ei myöskään vaikuttanut tietoisuuteen siitä, missä tilanteessa tuki- ja liikuntaelinsairas tuli ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ($\chi^2 = 2.6$, $p > .05$). Kokemus suoravastaanotolle ohjaamisen helppoudesta ei muuttunut työkokemuksen muuttuessa ($\chi^2 = 2.5$, $p > .05$). Lyhemmän työkokemuksen omaavat olivat yhtä kiinnostuneita ja rohkeita toteuttamaan sovittuja ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle kuin pidempään työskennelleet ($\chi^2 = 1.4$, $p > .05$). He eivät myöskään kokeneet vastuuntuntoa ja pelkoa virheiden tekemisestä hoidon tarpeen arviota tehdessäni enempää kuin pidempään työskennelleet ($\chi^2 = 0.3$, $p > .05$). Työkokemus ei myöskään vaikuttanut riittävän perehdytyksen saamiseen suoravastaanottotoiminnasta ($\chi^2 = 3.5$, $p > .05$) ja asiakkaan ohjaamisesta suoravastaanotolle ($\chi^2 = 3.0$, $p > .05$).

Työkokemus	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	
Olen saanut koulutusta suoravastaanotolle ohjaamiseen							
Alle ½ vuotta	3 (38 %)	4 (50 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8	p<.01
½-1 vuotta	3 (50 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (17 %)	6	
1-5 vuotta	0 (0 %)	4 (33 %)	3 (25 %)	5 (42 %)	0 (0 %)	12	
5-10 vuotta	1 (6 %)	3 (18 %)	5 (29 %)	6 (35 %)	2 (12 %)	17	
Yli 10 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	3 (60 %)	5	
Olen päässyt osallistumaan fysioterapeuttien lisäkoulutuksiin							
Alle ½ vuotta	6 (75 %)	1 (13 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8	p<.01
½-1 vuotta	5 (83 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	6	
1-5 vuotta	9 (75 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	12	
5-10 vuotta	8 (47 %)	4 (24 %)	2 (12 %)	2 (12 %)	1 (6 %)	17	
Yli 10 vuotta	1 (20 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	1 (20 %)	5	
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin työnkuvan							
Alle ½ vuotta	1 (13 %)	4 (50 %)	1 (13 %)	2 (25 %)	0 (0 %)	8	p<.01
½-1 vuotta	1 (17 %)	2 (33 %)	1 (17 %)	1 (17 %)	1 (17 %)	6	
1-5 vuotta	1 (8 %)	0 (0 %)	7 (58 %)	3 (25 %)	1 (8 %)	12	
5-10 vuotta	1 (6 %)	0 (0 %)	4 (24 %)	10 (59 %)	2 (12 %)	17	
Yli 10 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	2 (40 %)	5	
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton eron							
Alle ½ vuotta	3 (38 %)	2 (25 %)	2 (25 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	8	p<.01
½-1 vuotta	1 (17 %)	4 (67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (17 %)	6	
1-5 vuotta	2 (17 %)	1 (8 %)	6 (50 %)	3 (25 %)	0 (0 %)	12	
5-10 vuotta	1 (6 %)	2 (12 %)	4 (24 %)	8 (47 %)	2 (12 %)	17	
Yli 10 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (80 %)	1 (20 %)	5	

Taulukko 10. Henkilöstöön liittyvät tekijät työkokemuksen perusteella

Yli viisi vuotta suoravastaanotolle ohjaamisen parissa työskennelleet kokivat ohjautumiskriteerit tiukempina kuin alle viisi vuotta työskennelleet ($\chi^2 = 6.9$, $p < .05$). Toisaalta alle viisi vuotta työskennelleiden ryhmässä oli paljon epätietoisuutta aihetta kohtaan. Alle viisi vuotta työskennelleet olivat myös epävarmempia siitä, millaiset asiakasryhmät olivat helpompia ohjata vastaanotolle. Tulokset ovat esitetty taulukossa 11.

Työkokemus	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä	
Ohjautumiskriteerit ovat liian tiukat							
Alle ½ vuotta	0 (0 %)	1 (13 %)	7 (88 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	8	p<.05
½-1 vuotta	0 (0 %)	4 (67 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	6	
1-5 vuotta	1 (8 %)	7 (58 %)	3 (25 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	12	
5-10 vuotta	1 (6 %)	6 (35 %)	4 (24 %)	5 (29 %)	1 (6 %)	17	
Yli 10 vuotta	0 (0 %)	2 (40 %)	2 (40 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	5	
Nuoremmat asiakkaat (alle 50 v) ovat helpompia ohjata suoravastanotolle							
Alle ½ vuotta	0 (0 %)	1 (13 %)	4 (50 %)	3 (38 %)	0 (0 %)	8	p<.01
½-1 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (67 %)	2 (33 %)	0 (0 %)	6	
1-5 vuotta	0 (0 %)	2 (17 %)	5 (42 %)	3 (25 %)	2 (17 %)	12	
5-10 vuotta	0 (0 %)	3 (18 %)	1 (6 %)	12 (71 %)	1 (6 %)	17	
Yli 10 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	5	
Naiset ovat helpompia ohjata suoravastanotolle							
Alle ½ vuotta	0 (0 %)	2 (25 %)	5 (63 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	8	p<.05
½-1 vuotta	0 (0 %)	0 (0 %)	5 (83 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	6	
1-5 vuotta	0 (0 %)	2 (17 %)	9 (75 %)	1 (8 %)	0 (0 %)	12	
5-10 vuotta	0 (0 %)	7 (41 %)	6 (35 %)	4 (24 %)	0 (0 %)	17	
Yli 10 vuotta	2 (40 %)	0 (0 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	0 (0 %)	5	

Taulukko 11. Organisaatioon ja asiakkaaseen liittyvät tekijät työkokemuksen perusteella

Hoidon tarpeen arvioijat, jotka ohjasivat viikossa kaksi tai useamman asiakkaan suoravastanotolle, kokivat ohjaamisen suoravastanotolle helpompana kuin he, jotka ohjasivat yhden tai ei yhtään asiakasta suoravastanotolle viikossa ($\chi^2 = 6.2$, $p < .05$) (Taulukko 12). Sen sijaan suoravastanotolle viikon aikana ohjattujen asiakkaiden määrä ei vaikuttanut muihin hoidon tarpeen arvioijien kokemuksiin. Ryhmien välillä ei ollut eroa riittävän perehdytyksen saamisessa suoravastanottoiminnasta ($\chi^2 = 1.3$, $p > .05$) tai asiakkaan ohjaamisesta suoravastanotolle ($\chi^2 = 2.1$, $p > .05$). Hoidon tarpeen arvioijat, jotka ohjasivat kaksi tai useamman asiakkaan suoravastanotolle viikossa olivat päässeet osallistumaan hiukan useammin fysioterapeuttien lisäkoulutuksiin kuin muut, mutta tilastollisesti merkitsevää eroa ei syntynyt ryhmien välillä ($\chi^2 = 5.8$, $p > .05$)

Asiakasmäärä/vko	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Yhteensä
Koen ohjaamisen suoravastaanotolle helpoksi						
0	0 (0 %)	3 (43 %)	2 (29 %)	2 (29 %)	0 (0 %)	7
1	2 (11 %)	2 (11 %)	2 (11 %)	8 (44 %)	4 (22 %)	18
2	0 (0 %)	1 (7 %)	2 (14 %)	9 (64 %)	2 (14 %)	14
3	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	2 (50 %)	4
4	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	1 (50 %)	2
5	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (100 %)	2
6	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	0 (0 %)	1

p<.05

Taulukko 12. Ohjattujen asiakkaiden määrän vaikutus kokemukseen ohjaamisen helpoudesta

Avoimissa kysymyksissä haluttiin tietää myös kehityskohteita, jotka vaikuttivat asiantuntija-fysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautumiseen. Vastauksista muodostettiin kaksi yhdistävää luokkaa: henkilöstö ja organisaatio. Näistä tyypiteltiin 4 eri yläluokkaa aihepiireittäin. Taulukossa 13 on nähtävissä esiin nousseet asiat aihepiireittäin, joissa korostui tietoisuuden jakamisen, kouluttamisen sekä ihmisille suoravastaanoton markkinoinnin tärkeys.

Yhdistävä luokka	Yläluokka	Vastauksien määrä N	Osuus %
Henkilöstö	Palaverit ammattilaisten välillä	7	39
	Suoravastaanoton markkinointi ihmisille	3	22
Organisaatio	Kouluttaminen suoravastaanotto-toimintaan	4	17
	Toiminnan kehittäminen	4	22

Taulukko 13. Muut tekijät

Henkilöstö

Hoidon tarpeen arvioijat toivoivat enemmän tiedottamista suoravastaanotosta sekä palautetta tekemästään työstä. Koettiin epäselvyyttä, oliko hoidon tarpeen arviointi toteutunut onnistuneesti. Yhteisten palaverien tärkeyttä korostettiin.

Tietoa vastaanotosta voisi tulla ja olla enemmän, eli tietoisuuden ja tiedon lisääminen olisi paikallaan.

Haluaisin uutena hoitajana selkeän palaverin/ fysioterapeuttien kiirevastaanottotoiminnasta. Nyt lähinnä vanhemmat kollegat maininneet tästä ja neuvoneet että sinne voi laittaa, jos traumaa ei ole taustalla ja että tarvittaessa lääkäriä voi fysioterapeutti konsultoida. Muuta en tästä vastaanotosta tiedäkään enkä tiedä mistä ohje löytyy.

Olisi tarpeellista saada palautetta, onko vastaanotolle ohjattu oikeissa asioissa.

Markkinoinnin tärkeyttä korostettiin vastauksissa. Hoidon tarpeen arvioijat kokivat ohjaamisen suoravastaanotolle helpommaksi, mikäli asiakkaat olisivat tietoisia fysioterapeuttien toiminnasta.

Asiakkaille voisi tätä palvelua enemmän markkinoida / mainostaa / kertoa mitä se on, ketä auttaa ja miten.

Organisaatio

Hoidon tarpeen arvioijat toivoivat lisää koulutusta ohjaamiseen liittyen. Yhteistyötä kehittäväksi ideaksi nostettiin vierailu eri työpisteissä. Tällöin ohjaaminen koettiin helpommaksi, kun tietäisi, mihin asiakas konkreettisesti ohjautuu ja millaista toimintaa paikassa tarjotaan.

Tutustuminen eri työyksiköissä/pisteissä, jotta pystyisi paremmin hahmottamaan eri työpisteiden ja ammattiryhmien toimintaa.

Hoidon tarpeen arvioijat toivoivat toiminnan kehittämistä sujuvammaksi. Esiin tuotiin muun muassa se, että asiantuntijafysioterapeutti voisi laittaa asiakkaan tarvittaessa itse suoraan lääkärin pikavastaanotolle. Tulevaisuuden ideana nähtiin myös fysioterapeutin ja lääkärin yhteisvastaanotto.

Pikavastaanottoa fys+lääkäri samalla tavalla kuin sh+pikavastaanotto sairaanhoitajilla.

7.4 Asiakkaiden kokemukset suoravastaanottotoiminnasta

Haastattelu toteutettiin kuudelle asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolla käyneelle asiakkaalle. Kaksi haastateltavaa oli työssäkäyviä ja neljä eläkeläisiä. Haastateltavista yksi

ohjautui asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle 26 vuoden takaisen rintasyöpäleikkauksen aiheuttaneen yläraajan turvotuksen vuoksi, kaksi haastateltavaa akuutin selkäkivun vuoksi, yksi haastateltava puoli vuotta kestäneen olkapääkivun vuoksi, yksi haastateltava kaksi vuotta kestäneen niskakivun vuoksi ja yksi haastateltava akuutin polvikivun vuoksi. Viisi kuudesta haastateltavasta koki, että vaiva vaikutti merkittävän haittaavasti elämään. Turvonneen yläraajan kanssa 26 vuoden ajan kamppaillut haastateltava ei kokenut vaivan vaikuttaneen merkittävästi elämään. Kaksi haastateltavista ohjautui asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle saman päivän aikana ja neljä viikon sisällä.

Haastatteluista nousi esiin opinnäytetyössä tutut pääteemat: henkilöstö, organisaatio ja asiakas. Henkilöstöteemassa esiintyi vahvasti kohtaaminen ja osaaminen, organisaatioteemassa näyttäytyi kirjavat käytänteet ja monimutkaiset hoitopolut sekä asiakasteemassa esiin nousi erityisesti luottamus ammattilaisia kohtaan sekä omat toiveet ja asenteet. Haastateltavien vastaukset toivat esiin, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat kokivat ohjautumisen asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ja miten he kokivat suoravastaanottokäynnin.

Henkilöstö

Kaksi haastateltavaa koki saaneensa hoidon tarpeen arviosta hyvää palvelua. He kertoivat tulleen kohdatuksi asiantuntevasti, heiltä oli kyselty paljon tarkentavia kysymyksiä ja heille oli perusteltu ohjautumista. Toisessa tapauksista hoidon tarpeen arvioija oli pohtinut kriittisesti ohjautumista asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle, sillä hän oli kokenut haastateltavan tarvitsevan enemmän lääkäreitä. Hoidon tarpeen arvioija oli kuitenkin päättänyt ohjaamaan haastateltavan asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle perustellen sen olevan Eksoten käytänteen mukaista.

Muistaakseni kyseltiin aika paljon tarkentavia kysymyksiä.

Tilanne oli miusta ihan, asia otettiin vakavasti. Kerrottiin, että tilanne on tää, että toki vaivani selitettyä ja oireet ja mitä se aiheuttaa, niin oli sitä mieltä, että se ei välttämättä se fysioterapia sinällään ole se oikea paikka. Mutta käytäntö on se, että se lähtee sieltä kautta ja fysioterapeutti tekee arvion ja näin sitten edettiin. Kyllä se siellä asiantuntevasti miusta se asia selitettiin.

Yksi haastateltavista ihmetteli, ettei hänelle kerrottu hoidon tarpeen arviossa ohjautuvansa asiantuntijafysioterapeutille. Hän oli aiemmin käynyt fysioterapian vastaanotolla ja ajatteli, että taas siellä olisi uusi fysioterapeutti, kunnes suoravastaanotolla hänelle selvisi, että kyseessä oli asiantuntijafysioterapeutti.

Ei mulle silloin siinä vaiheessa selvinnyt se, että mä olen menossa tällaisen erikoisfysioterapeutin luokse.

Viisi kuudesta haastateltavasta koki tulleen kohdatuksi kokonaisvaltaisesti hoidon tarpeen arviossa. He olivat tyytyväisiä hoidon tarpeen arvion palveluun ja kokivat tulleen kuulluiksi.

Joo, kyllä ja kuunteli kyllä tarkkaan sitten, mitä sanoin.

Yksi haastateltava ei kuitenkaan kokenut tulleen kohdatuksi hoidon tarpeen arviossa. Haastateltava koki myös tämän vaikuttaneen ohjautumiseen. Hän kertoi hoidon tarpeen arviossa haluavansa lymfaterapiaan. Hänen mielestään hoidon tarpeen arvioijan olisi hyvä tietää, mitä asiantuntijafysioterapeutin käynti pitää sisällään. Suoravastaanotolla haastateltava muisti, ettei julkisella puolella tarjota manuaalista käsittelyä. Hän olisi toivonut hoidon tarpeen arvioijan ohjausta lääkärille, jotta hän olisi saanut lähetteen lymfaterapiaan, jotta hän saisi Kelan korvauksen.

Ei ollu sillälaila. Vastaanotolla oli vasta sitten kohtaaminen. Yleensä niin ei ne noita ajanvarauksia kun ne antaa niin ei hirvee.. No, tietysti kyselevät, jos on vaka- vempaakin, mut ei ne sen paremmin sit kyselleet. [...] En tiä sitten, selvitinkö ite- kään niin tarkkaan sille hoitajallekaan sitten, kun tuota soitin, että ymmärsikö hän mi- nun tarkoitusperäni, mitä minä yleensä sillä tarkotin, että sais (lymfaterapiaa).

Neljä kuudesta haastateltavasta koki tulleen kuulluksi hoidon tarpeen arviossa ja kaksi haastateltavaa koki saaneen apua hoidon tarpeen arvion kautta. Kolme haastateltavaa koki suoravastaanotolle ohjautumisen hyväksi asiaksi, yksi oli harmissaan. Hän olisi halunnut ohjautua ennemmin lääkäriin.

Pikkuisen tietysti harmitti, koska ne kivut olivat kovat. Tuntui, että siihen pitäisi jotain helpotusta saada. Olen tässä itsekseni tätä asiaa monesti miettinyt, niin kenenkään henkilön palvelussa ei ole ollut mitään vikaa. Koen, että systeemissä on vikaa, koska sitä joudutaan niin orjallisesti noudattamaan. [...] Miusta hänellä (hoidon tarpeen ar- vioija) oli ammattitaito arvioida tämä tilanne, muttei ollut mahdollisuutta laittaa sinne, minne kuulun.

No, itseasiassa se oli ihan hyvä juttu. Kun usein käy niin, että jos menee kivun ja säryn takia lääkärille, niin saa vaan lääkkeen, eikä sitten oikein tutkita, mistä se johtuu. Niin sen vuoksi tuo (asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautuminen) oli ihan hyvä juttu.

Kaikki kuusi haastateltavaa kokivat tulleen kohdatuksi kokonaisvaltaisesti asiantuntijafy- sioterapeutin suoravastaanotolla. Esiin nousi myös biopsykososiaalinen lähestymistapa, jota asiantuntijafysioterapeutit toteuttivat. Suoravastaanotolla huomioitiin muun muassa yhtä haastateltavaa mietityttänyt patti.

Kyllä ne asiat mitä kerroin, niin hän katteli.

Kyllä se hyvin hoiti sen asian.

Aika paljon puhuttiin kaikista erilaisista asioista; minkälainen elämäntilanne ja minkälaista työtä tekee.

Kyllä se oli hyvin tällainen mukava tapaaminen, et siinä käytiin pitkään asioita läpi ja tutkittiin perinpohjin. Tutkittiin sitä jalkaa ja niitä liikeratoja, et kyl mä koen et se, että ei se sen paremmin ois kukaan voinut tutkia, et kyl se siellä käytiin tarkasti läpi.

Yksi haastateltavista oli kokenut aluksi vähättelyä tilanteestaan asiantuntijafysioterapeutin toimesta, mutta suoravastaanoton edettyä hän oli kokenut, että asiantuntijafysioterapeutti oli ottanut vaivan vakavasti.

Ehkä ensi alkuun pikkuisen oli sellaista, voisko sanoa, että tuntui, että epäillään, että onko se niin kipeä kun mie kerroin. Mutta kyllä se sitten kävi ilmi, että se oli (kipeä) ja kyllä se otettiin sitten vakavasti.

Haastattelussa ilmennyt kehitystoive oli, että asiantuntijafysioterapeutti referoisi asioita. Haastateltava oli kokenut asiantuntijafysioterapeutin niin puheliaaksi, ettei ollut meinannut jaksaa kuunnella.

Jos on kauhean kipeä, niin ei ihan niin perusteellisia selityksiä jaksaa kuunnella.

Muuten haastateltavat eivät nostaneet esille suoria kehitystoiveita. Kaksi haastateltavaa kokivat saaneensa hyvää palvelua.

Minua kohtaan ovat ainakin toimineet (fysioterapiapalvelut).

Henkilöstön osalta haastatteluissa huokui kohtaaminen, joka oli koettu monella eri tavalla, pääasiassa kuitenkin positiivisesti. Haastatteluissa ilmeni tyytyväisyys hoidon tarpeen arvioijan ja asiantuntijafysioterapeutin osaamista kohtaan. Toisaalta hoidon tarpeen arviointi oli koettu eri tavoin riippuen haastateltavasta; osa koki saaneensa hyvää palvelua, osa koki palvelun epäselväksi. Myös asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäyntiin suhtauduttiin vaihtelevasti riippuen asiakkaan toiveista ja asenteista.

Organisaatio

Yksi haastateltavista päätti mennä suoraan hyvinvointiasemalle vaivansa vuoksi, sillä hän kertoi aiemman kokemuksensa ja tuttaviansa kokemusten perusteella, että puhelimesta joutui jonottamaan puoli tuntia. Hyvinvointiasemalla haastateltavalle oli tehty hoidon tar-

peen arvio, josta hän pääsi 10 minuutin kuluttua terveydenhoitajan vastaanotolle. Vastaanotolle oli liittynyt myös lääkäri, johon haastateltava oli erityisen tyytyväinen. Tästä ohjaus tapahtui asiantuntijafysioterapeutille, jonne hän pääsi kahden tunnin kuluessa.

En mie soittanut, kun sinne on niin pitkät jonot, että pitää odottaa puoli tuntia. [...] Luukulle ja siitä sitten asiasta keskusteltiin.

Yksi haastateltavista oli käynyt aiemmin näytillä toisen kunnan hyvinvointiasemalla, ja tämän jälkeen soittanut vielä uudelleen eri kunnan hyvinvointiasemalle, josta hänet oli sitten ohjattu asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle. Toisen haastateltavan kohdalla ohjautuminen oli alun perin tapahtunut lääkärille ja ennen lääkäriaikaa toiselta hyvinvointiasemalta oli soitettu ja ilmoitettu, että oikea paikka olikin asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotto. Näin ollen asiakkaan aika lääkärille peruutettiin ja annettiin aika asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle seuraavalle päivälle.

Mä varmaan niinku aika hyvin hyväksyin tavallaan sitten sen, että näin toimitaan, että täällä (asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolla) katsotaan ensiksi, että onko tarpeellista mennä (lääkəriin).

Tämä herätti kuitenkin haastateltavassa huolta, oliko lääkäriajoista pulaa. Hänellä oli aieman kokeman perusteella ollut ongelmia päästä lääkəriin.

Mulle tuli sellanen fiilis tiettenki, et tässähän käytetään nyt taas lääkäriaika, et tääl on taas lääkäriaajat tiukilla.

Kirjavat käytännöt ja moninaiset hoitopolut nousivat selkeästi esille organisaation osalta. Haastateltavilla oli ollut mitä monimutkaisempia reittejä suoravastaanotolle. Ohjautuminen suoravastaanotolle tapahtui ihanteellisesti ainoastaan yhden haastateltavan kohdalla.

Asiakas

Neljällä kuudesta haastateltavasta ei ollut ennen suoravastaanottokäyntiä tietoa suoravastaanottotoiminnasta. Neljä kuudesta haastateltavasta olivat tyytyväisiä asiantuntijafysioterapeutin käyntiin, kun taas kaksi kuudesta haastateltavasta olisi mieluummin ohjautunut lääkärille. Terveystenhoitajan ja lääkärin kautta asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautunut haastateltava olisi ollut asiantuntijafysioterapeutin käyntiin tyytyväinen ilman lääkärin tarkastustakin.

Mie kyllä ajattelen, että asiantuntijafysioterapeutti on niin osaava, että se tietää sen. Luotan häneen.

Yhteensä kolme haastateltavaa oli päätnyt käynnin jälkeen lääkäriin, joista kaksi hakeutui lääkäriin itse ja yksi ohjautui sinne asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolta lähteneen prosessin myötä.

Kolme kuudesta haastateltavasta koki suoravastaanottokäynnin vastanneen omia odotuksia. Yksi heistä koki käynnin huojentavaksi, sillä kivut todettiin lihasperäisiksi.

Ehkä juuri se, että sai tietää, että nämä kivut ja säryt ovat lihasperäisiä eikä ole varsinaista vikaa, niin se oli tietysti huojentavaa.

Kaksi kuudesta taas totesi, ettei suoravastaanottokäynti vastannut odotuksia. Yksi heistä oli kyseinen lymfaterapiaa halunnut ja toinen olisi halunnut lääkäriin. Lisäksi yksi haastateltava koki asian menneen oman aktiivisuutensa avulla eteenpäin, kun hän hakeutui itse käynnin jälkeen lääkärille kipujen vuoksi.

Ei se siinä mielessä, etten heti saanut lääkärin aikaa. Että siinä mielessä se (asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäynti) ei vastannut (odotuksia). Siinäkin tavallaan vierähti kuukausi hukkaan. Pitäisi muistaa, kuka niiden kipujen kassa joutuu sen kuukauden olemaan.

Hänen tapauksessaan asiantuntijafysioterapeutti oli suoravastaanotolla konsultoinut lääkäriltä kipulääkkeet ja kahden viikon kuluttua tästä asiantuntijafysioterapeutti oli ollut haastateltavaan asiakkaaseen yhteydessä, jolloin oli todettu, että kiputilanne ei ollut mahdollistanut kuntoutuksen aloitusta. Tästä haastateltava oli ohjautunut röntgeniin ja ultraääneen asiantuntijafysioterapeutin konsultoinnin kautta. Terveystenhoitaja oli sitten ilmoittanut haastateltavalle lääkärin lausunnon, jonka perusteella kuntoutusta olisi jatkettu. Asiakas ei kuitenkaan ollut tilanteeseen tyytyväinen vaan halusi lääkäriin, jolloin terveydenhoitaja oli asiakkaan sinne ohjannut.

Kaksi kuudesta ei kokenut saaneensa apua asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolta, sillä toinen heistä olisi halunnut lymfaterapiaa ja toinen oli aiemmin mainittu kivulias asiakas, joka myöhemmin ohjautui lääkäriin.

Tietysti miulla ei sen suhteen ollut hirveitä odotuksia, odotin enemmänkin, että saan ajan lääkärille. Siellä käytiin ihan hyviä asioita läpi, ei sinällään huono juttu, mutta miusta vaan ajoitettu huonosti.

Kaikki haastateltavat saivat harjoitusohjeita suoravastaanotolta, mutta yksi heistä ei enää muistanut, mitä ohjeita sai. Hän oli kokeillut ohjattuja kotiharjoitteita, mutta kertoi, ettei niitä sen enempää tullut tehtyä. Haastateltavista neljä, jotka olivat toteuttaneet harjoitusohjeita, kokivat myös tilanteensa menneen parempaan suuntaan tai oireiden kokonaan hellittäneen.

Yksi haastateltavista oli kokenut suoravastaanotolla eteentaivutuksen kivuliaaksi ja haastattelun aikaan hän sai kädet lattiaan.

Otti niin kovasti ettei pystynyt laittamaan käsiä maahan, niin kuin yleensä laitetaan kädet maahan. Ei pystynyt sitä, kun jäi tuohon polvien kohdille, kun seiso. Nyt mie saan jo kädet maahan. [...] Voimistelua. Olen tehnyt voimisteluliikkeitä.

Sain muita ohjeita myös (asiantuntijafysioterapeutilta), mutta silloin ei tiedetty vauriota, niin en ole niiden ohjeiden mukaan uskaltanut tehdä.

Neljällä kuudesta ei ollut odotuksia suoravastaanottokäynnille ja kaksi heistä odotti ohjautuvansa asiantuntijafysioterapeutilta lääkärin vastaanotolle.

Minä vaan ajattelin, että hän antaa minulle ohjeet, mitä käyn tekemään ja saan helpotusta siihen kipuun. Ja olen saanut apua niistä hänen ohjeista.

Mulla oli ehkä ajatus, että hän (asiantuntijafysioterapeutti) toteaa sen, että tarvitaanko tässä lääkäriä ja hänhän tavallaan totesi, että ei tässä lääkäriä tarvita ja hän osasi tehdä diagnoosin.

Haastatteluista huokui asiakkaiden luottamus ammattilaisia kohtaan. Erityisesti lääkärikeskeisyys korostui. Haastatteluista oli tulkittavissa epäluottamusta asiantuntijafysioterapeuttia kohtaan ennen käyntiä, mutta kaikista haastateltavista pystyi aistimaan haastattelun aikana luottamusta asiantuntijafysioterapeutteja kohtaan suoravastaanottokäynnin jälkeen.

8 Pohdinta

8.1 Aineisto

Tutkimuksen aineisto oli sisäisesti validi, sillä kaikki tutkittavat täyttivät sisäänottokriteerit. Kyselytutkimuksessa tavoiteltiin 50 vastausta ja vastaajia oli intervention päättyessä 48. Vastaukset lisääntyivät yhteyshenkilöille lähetettyjen muistutusten myötä. Kyselyn vastaamisen oli aloittanut 61 vastaajaa. Vastauksien määrään saattoi vaikuttaa kyselytutkimuksen sijoittuminen kesään ja lomakauteen. Tällöin osa henkilökunnasta ei välttämättä päässyt vastaamaan kyselyyn lomiansa takia.

Haastateltavien rekrytointi lopetettiin kuuden haastattelun jälkeen, sillä tämän jälkeen aineiston arvioitiin saturoituneen. Myös asiantuntijafysioterapeutteja muistutettiin yhteyshenkilön kanssa pariin otteeseen, mikä lisäsi aina haastateltavien rekrytointia. Haastatteluiden toteutuksessa, suoritettiinko se puhelimitse tai videoyhteydellä, ei nähty eroa. Teams-palvelun kautta toteutetun videohaastattelun ei nähty tuovan lisäarvoa. Haastatteliijoilla oli haastattelun aikana videokuvaus päällä, haastateltavalla ei. On mahdollista, että haastateltavan nähdessä haastattelijat, haastateltava koki tilanteessa luottamusta. Haastatteluissa validiutta haastoi se, että monet haastateltavista joutui muistelemaan hoidon tarpeen arviointia, sillä haastattelun hetkellä siitä oli kulunut monien kohdalla useampi viikko. Toisaalta hoidon tarpeen arviointi puhelimitse voi olla asiakkaalle jännittävä kokemus, jolloin se ei jää niin hyvin mieleen. Verrattuna myös suoravastaanottokäyntiin, hoidon tarpeen arviointi kestää paljon lyhemmän aikaa, jolloin muistikuvat voivat jäädä niukoiksi.

Saatekirjeet lähetettiin kyselyyn vastanneille hoidon tarpeen arvioijille ja haastateltaville asiakkaille. Saatekirjeiden avulla varmistettiin tutkittavan henkilön tietoisuus tutkimuksen sisällöstä sekä oikeuksistaan. Kyselyn saatekirjeessä käytettiin tässä opinnäytetyössä sovittua termiä ”suoravastaanotto”. Yhdessä kyselyn avoimessa vastauksessa ilmeni, ettei hoidon tarpeen arvioija ollut koskaan kuullut kyseistä termiä, vaan käytti suoravastaanotosta termiä ”kiirevastaanotto”. Tämä on voinut vaikuttaa kyseisen yksittäisen hoidon tarpeen arvioijan vastauksiin heikentämällä validiutta.

8.2 Menetelmät

Opinnäytetyöprosessi alkoi yhteistyökumppanin eli Eksoten kanssa järjestetyllä palaverilla. Tämän jälkeen määriteltiin tutkimusongelmat, joiden perusteella alettiin muodostaa kirjallisuuskatsausta. Tutkimusongelmien avainsanoilla tehtiin hakuja pääasiassa PubMedista, PEDrosta ja LAB Primosta. Löydetty tutkimusartikkelit arvioitiin laadullisesti tarkkailemalla

validiutta ja tilastollista merkitsevyyttä. Tutkimuksista poimittiin oleelliset asiat opinnäytetyön tutkimusongelmiin peilaten. Kirjallisuuskatsauksessa avattiin keskeisimmät käsitteet validiteetin varmistamiseksi.

Yhteistyö Eksoten kanssa oli sujuvaa läpi opinnäytetyöprosessin. Yhteyshenkilöt osallistui-
vat suunnitelmaseminaariin, antoivat palautetta ja tarjosivat ideoita toteutukseen. Opinnäy-
tetyön tekijät ja Tulevaisuuden Sote keskus -hankkeen työntekijät olivat kontaktissa sähkö-
postitse prosessin ajan. Hankkeen työntekijät pidettiin ajan tasalla opinnäytetyön aikatau-
lusta. Ainoastaan opinnäytetyön raportointivaiheessa yhteys hoidon tarpeen arvioijien yh-
teyshenkilöihin katkesi, jolloin muistutusviestistä huolimatta opinnäytetyön tekijät eivät saa-
neet selville, kuinka monelle hoidon tarpeen arvioijalle kysely oli lähetetty ja näin ollen opin-
näytetyössä ei ilmoitettu kyselyn vastausprosenttia.

Kysely valittiin mittariksi, sillä se toi parhaiten samanaikaisesti esille usean hoidon tarpeen
arvioijan mielipiteen suoravastaanotolle ohjautumisen edistävästä, heikentävästä ja muista
tekijöistä. Toteutuksessa nähtiin parhaaksi keinoksi hyödyntää digitaalista menetelmää, jol-
loin Webropol valikoitui kyselyn alustaksi. Kyselytutkimuksessa käytettiin Likertin asteikkoa.
Asteikko asetti haasteen analyysivaiheessa, sillä ”en osaa sanoa” oli asetettu asteikon kes-
kelle. Vasta analyysivaiheessa arvioitiin, että kyseinen kohta olisi ollut järkevämpää asettaa
jompaankumpaan asteikon laitaan, jotta analysointi olisi ollut helpompaa. Tämä olisi myös
todennäköisesti helpottanut hoidon tarpeen arvioijien vastaamista, jolloin asteikko olisi voi-
nut olla loogisempi havainnoida. Kyselytutkimuksessa esitettiin iät asettamalla nuorimmaksi
iäksi alle 20 vuotta. Tähän ei tietenkään saatu vastauksia, sillä on erittäin epätodennäköistä,
että kukaan olisi valmistunut korkeakoulusta alle 20-vuotiaana. Työkokemuksesta kysyttä-
essä validiutta olisi lisännyt myös kysymys kokonaistyökokemuksesta, ei vain työkokemuk-
sesta suoravastaanotolle ohjaamisen parissa. Työkokemus kohdassa myös mitta-asteikko
oli epäselvä, koska siinä oli esitetty työkokemuksen kestoksi vaihtoehdot yhdestä viiteen
vuotta ja viidestä kymmeneen vuotta, jolloin työkokemuksen ollessa viisi vuotta vastaajan
on vaikea valita oikea vaihtoehto. Kyselytutkimuksen aineiston analyysissa huomattiin
avointen vastausten tärkeys tutkittavan ilmiön kannalta. Useat suljetut ja avoimet vastauk-
set olivat ristiriidassa toisiinsa nähden. Tämä voi johtua siitä, että hoidon tarpeen arvioijat
pystyivät tuomaan avoimiin vastauksiin selkeämmin esiin oman näkökulmansa kuin val-
miiksi asetettuihin suljettuihin kysymyksiin vastatessa.

Haastattelu valittiin mittariksi, sillä haluttiin ymmärtää laajasti asiakkaiden näkökulmaa suo-
ravastaanotolle ohjautumisesta ja suoravastaanottokäynnistä. Haastattelut toteutettiin niin,
että sama henkilö haastatteli kaikki haastateltavat, kuunteli aineiston useasti, litteroi,
redusoi ja muodosti käsitteet. Näin varmistettiin aineiston analyysin reliabiliteetti.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi eettisen työryhmän puoltava lausunto. Tutkimuksen harjoja oli saatekirjeen mahdollinen puutteellisuus (käsitteitä ei avattu), kyselytutkimuksen ajoittuminen kesäloma-ajalle, kyselytutkimuksessa esitettyjen väittämien mahdolliset monitulkintaiset sanamuodot ja useamman viikon etäisyys haastateltavien kontaktista Eksotessa ja haastattelun välillä. Kyselytutkimuksesta kerättiin tietoa laajalti hoidon tarpeen arvioijilta, sillä vastauksia saatiin 48. Toisaalta enemmänkin olisi ollut toivottua validiteetin vuoksi. Haastatteluita tehtiin kuusi, joiden jälkeen aineiston todettiin saturoituneen. Haastatteluiden analysoinnissa koettiin syvällistä ymmärrystä tutkittavaa aihetta kohtaan, mikä kertoo siitä, että haastatteluja on suoritettu tarpeeksi. Tutkimus oli sisäisesti validi, sillä kaikkiin tutkimusongelmiin saatiin vastaukset, aineistoa analysoitiin 48 hoidon tarpeen arvioijan vastausten pohjalta ja haastatteluiden aineisto saturoitui.

8.3 Tulokset

Tulokset vastasivat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössä todettiin, että hoidon tarpeen arvioijat todella arvostivat mahdollisuutta tarjota asiakkaille suoravastaanottoaikoja. He olivat kiinnostuneita ja rohkeita toteuttamaan ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle. Hoidon tarpeen arvioijien positiivinen asenne suoravastaanottoa kohtaan edistää asiakkaiden ohjautumista suoravastaanotolle, mutta antaa myös hyvän pohjan toiminnan kehittämiseksi. Kääntöpuolena hoidon tarpeen arvioinnin koettiin olevan haastavaa puhelimitse, minkä vuoksi lisäkoulutusta ja perehdytystä ei turhaan nostettu esiin kyselyn avoimissa vastauksissa. Kouluttamisen ja perehdytyksen avulla voitaisiin lisätä tietoisuutta tule-sairauksista ja antaa työkaluja moniongelmaisen asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen. Hoidon tarpeen arvioinnin haastavuus näkyi myös haastateltavien asiakkaiden kokemuksissa epävarmuutena. Ohjautuminen oli monen asiakkaan kohdalla monimutkaista. Hoidon tarpeen arviointi on pyritty keskittämään, jolloin haastattelussa ilmennyt tilanne, jossa asiakas hakeutui hyvinvointiasemalle paikanpäälle, ei ole tarkoituksenmukaista. Tällöin se, että asiakkaat pääsevät puhelimitse nopeasti ja sujuvasti hoidon tarpeen arvioon, on ensiarvoisen tärkeää ja täten kehityskohde.

Hoidon tarpeen arvioijat eivät olleet päässeet osallistumaan fysioterapeuttien lisäkoulutukseen ja vain harvalla oli hoidon tarpeen arvion tukena tarkastuslista, luokittelutaulukko tai vastaava. Useat vastaajat olivat ihmeissään, mikä tarkastuslista on ja mistä sen saa. Vain harva oli päässyt mukaan suunnittelemaan ja kehittämään toimintaa. Vaikuttaa siltä, että ammattilaisten mukaan ottaminen toiminnan suunnitteluun ja kehittämiseen voisi tuoda suoravastaanottoon tarvittavia kehitysaskleita ja tehdä toimintaa näkyvämmäksi. Myös tarkastuslistan, luokittelutaulukon tai vastaavan käyttöönotto voisi helpottaa hoidon tarpeen arviota. Useat hoidon tarpeen arvioijat toivoivat myös palautetta työstään. Toisaalta esiin

nousi myös hoidon tarpeen arvioijan negatiivinen kokemus asiantuntijafysioterapeutin antamasta kritiikistä ohjaukseen liittyen. Voidaan todeta, että rakentava palaute yhteisissä kokouksissa olisi tarpeellista etenkin, kun henkilökunnassa koettiin olevan jatkuvaa vaihtuvuutta.

Mitä enemmän asiakkaita ohjattiin viikkotasolla suoravastaanotolle, sitä helpommaksi se koettiin. Tähän voi vaikuttaa esiin nostettu hoidon tarpeen arvioijan oman asenteen ja perustelun tärkeys, sillä mitä enemmän ohjausta suoravastaanotolle tekee, sitä varmemmaksi ja kokeneemmaksi hoidon tarpeen arvioija tulee. Myös vastaajien ammatti, ikä ja työkokemus vaikuttivat suoravastaanotolle ohjautumiseen. Sairaanhoitajat ohjasivat viikossa enemmän asiakkaita suoravastaanotolle kuin terveydenhoitajat ja kokivat terveydenhoitajia useammin asiakkaan ohjaamisen suoravastaanotolle helpoksi. On syytä pohtia, johtuuko tämä todella ammatin välisistä eroista, koulutuksesta vai esimerkiksi siitä, että sairaanhoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia enemmän kuin terveydenhoitajat. Vaikuttaa myös siltä, että erityisesti nuoremmat ja lyhemmän työkokemuksen omaavat ammattilaiset tarvitsevat tukea ja tietoa niin tuki- ja liikuntaelisairauksista kuin asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottotoiminnasta. Vanhemmat ja kokeneemmat hoidon tarpeen arvioijat tiesivät enemmän tule-sairauksista, suoravastaanottotoiminnasta, asiantuntijafysioterapeutin työkuvasta ja asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton erosta. Tämän perusteella nuoret ja uudet työntekijät tarvitsevat ohjausta käytäntöihin ja tietoutta tule-sairauksista. Voisi myös olla aiheellista lisätä sairaan- ja terveydenhoitajan koulutuksen opintosuunnitelmaan opintoja tule-sairauksista.

Kyselyssä ilmeni, että hoidon tarpeen arvioinnissa jouduttiin turvautumaan suoravastaanoton ”kauppaamiseen”, mikä oli hoidon tarpeen arvioijalle henkisesti raskasta. Asiakkaiden positiivinen asenne suoravastaanottoa kohtaan koettiin edistävän ohjautumista suoravastaanotolle ja vastaavasti asiakkaiden toiveiden ja asenteiden, kuten lääkärikeskeytyksen koettiin heikentävän suoravastaanotolle ohjautumista. Asiakkaat soittivat yleisesti hoidon tarpeen arvioon lääkärin käynti toiveenaan, mikä heikensi hoidon tarpeen arvioijien mielestä asiakkaiden ohjautumista suoravastaanotolle. Voidaan pohtia, vaikuttaako tähän hoidon tarpeen arvioijien esiin tuoma tekijä, etteivät monet asiakkaat ole valmiita tekemään töitä vaivojensa eteen. Vaikka osa haastateltavista asiakkaista oli ohjautunut suoravastaanoton jälkeen lääkärille täysin syystä, suurin osa oli hakeutunut lääkäriin omien toiveiden ja asenteiden vuoksi. Asiakkaat luottivat lääkäriin ja halusivat hakea varmistusta lääkärin vastaanotolta.

Hoidon tarpeen arvioijien mukaan asiakkaat eivät olleet tietoisia suoravastaanottotoiminnasta. Webster ym. (2008) ovat tutkimuksessaan todenneet, että asiakkaiden tietämys palvelua kohtaan on heikkoa. Asiakkaiden tietoisuuden puute suoravastaanotosta nousi esille myös haastatteluissa, sillä yli puolet haastateltavista ei ollut ennen käyntiään tietoisia suoravastaanotosta. Kuten Goodwinin ym. (2020) totesivat, asiakkaan väärinymmärretyt odotukset näyttäytyivät pettymyksenä. Osa haastateltavista asiakkaista koki pettymystä, sillä odotukset ohjautumisesta olivat olleet erilaiset. Mikäli asiakas oli kiinnostunut ja luottavainen asiantuntijafysioterapeuttia kohtaan, ohjautuminen suoravastaanotolle oli helppoa ja asiakas oli siihen tyytyväinen. Tätä edisti muun muassa asiakkaan aikaisempi positiivinen kokemus suoravastaanotosta. Tule-sairauksien hoidossa asiakkaan asenteen muuttuminen nousee keskeiseksi tekijäksi suoravastaanotolle ohjautumisen helpottumiseksi. Tässä kohtaa todennäköistä on, että kulttuurimuutosta tarvitaan, mihin ratkaisu voisi ehdottomasti olla hoidon tarpeen arvioijienkin esiin nostama markkinointi, jonka avulla asiakkaiden tietoisuus suoravastaanottotoiminnasta lisääntyisi.

Pääosin haastatteluissa korostui kuitenkin asiakkaiden tyytyväisyys saatua palvelua kohtaan. Suurin osa koki tulleen kuulluksi ja kohdatuksi kokonaisvaltaisesti hoidon tarpeen arvioissa. Haastateltavat kokivat, että heille oli esitetty tarkentavia kysymyksiä ja vaivat otettu vakavasti. Mikäli asiakas saa hoidon tarpeen arviosta positiivisen kokemuksen, voi ohjaaminen olla helpompaa. Tällöin asiakas luottaa hoidon tarpeen arvioijaan ja, vaikka asiakkaalla olisi ollut soiton aikana toiveena päästä lääkärille, voi hoidon tarpeen arvioija omalla perustelullaan saada asiakkaan vakuuttuneeksi, että suoravastaanotto on oikea paikka.

Asiantuntijafysioterapeuttien tutkiminen koettiin suoravastaanotolla erityisen hyväksi. Asiantuntijafysioterapeutit kohtasivat asiakkaat kokonaisvaltaisesti ja huomioivat biopsykososiaalisen lähestymistavan. Kaikille haastateltaville oli ohjattu harjoitteita vaivan kuntoutumiseksi. Mikäli haastateltava oli toteuttanut harjoitteita ohjeiden mukaan, tilanne vaivan suhteen oli parempi. Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi ohjautumisen haasteet myös suoravastaanoton jälkeen. Onkin tärkeää, ettei ohjautumisen kehittäminen rajoitu pelkästään hoidon tarpeen arvioon, vaan koulutusta ja perehtymistä tarjotaan myös asiantuntijafysioterapeuteille.

Yhtenä kehitysehdotuksena esiin nostettiin lääkärin ja asiantuntijafysioterapeutin yhteisvastaanotto, joka nousi myös opinnäytetyön tekijöille vahvasti mieleen tutkimustuloksia analysoidessa. On selvää, että asiantuntijafysioterapeutin toiminta on vaikuttavaa ja erittäin tarpeellista, mutta asiakkaiden moninaisiin vaivoihin vaaditaan usein moniammatillista näkemystä. Yhteistyö eri ammattilaisten välillä koettiin sujuvaksi suljetuissa vastauksissa, mutta

avoimissa vastauksissa esitettiin huoli lääkärin konsultoinnin hankaluudesta. Tätä perusteltiin jopa potilasturvallisuuden vaarantumisella. Yhteistyön mahdollistamiseksi suoravastaanottojen sijainti nousee tärkeään rooliin. Suoravastaanottojen sijainti koettiin hyväksi kyselyn suljetuissa vastauksissa, kun taas avoimissa vastauksissa esiin nousi sijainnin hankaluus. Tämä voi johtua siitä, että Eksoten alueella suurin osa suoravastaanotoista sijaitsee hyvinvointiasemilla, mutta ei kuitenkaan kaikki. Yhteisvastaanotolla voitaisi poistaa konsultaation puute. Esimerkiksi sairaanhoitajan ja lääkärin yhteisvastaanotto on koettu toimivaksi, joten onkin pohdittava, voisiko tähän moniammatilliseen tiimiin liittää myös asiantuntijafysioterapeutin. Yhteisvastaanottotoiminta on vastavuoroista, joka mahdollistaa konsultaatioavun lähellä. Näin voitaisi välttyä asiakkaan pompottelulta ja tarjota apua mahdollisimman yksinkertaisesti ja tehokkaasti.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Koska tämä opinnäytetyö käsitteli suoravastaanottotoimintaa hoidon tarpeen arvioijien ja asiakkaiden näkökulmasta, olisi tulevaisuudessa mielenkiintoista saada selville, miten asiantuntijafysioterapeutit ja lääkärit kuvailevat toimintaa. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa asiantuntijafysioterapeuttien mukaanottoa pyöriteltiin ajatuksena, mutta lopulta kyseinen näkökulma rajautui pois. Tietävästi Suomessa ei ole vielä yhtään tutkimusta, joka suuntautuisi lääkäreiden kokemukseen tule-sairaiden hoidosta ja asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottotoiminnasta.

Kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille Manchesterissa tehty tutkimus, jossa otettiin käyttöön toimintamalli, jossa henkilökunta pääsi osallistumaan mukaan toteutusprosessiin ja työryhmiin. Olisi mielenkiintoista nähdä samantyylinen toteutus myös Suomen perusterveydenhuollossa, jossa ajettaisi sisään suoravastaanoton toimintamalli intervention avulla. Intervention alkumittauksena voisi toimia esimerkiksi tämä opinnäytetyö ja loppumittauksena kartoittaa uudelleen hoidon tarpeen arvioijien kokemuksia.

9 Yhteenveto

Opinnäytetyön perusteella voitiin todeta, että hoitopolku suoravastaanotolle Eksotessa oli monimutkainen. Hoidon tarpeen arvioijien oma asenne ja tietoisuus suoravastaanottotoiminnasta vaikuttivat asiakkaiden ohjautumiseen suoravastaanotolle. Puhelimessa tehty hoidon tarpeen arviointi koettiin haastavaksi. Tuloksissa korostuivat asiakkaiden toiveet ja asenteet. Asiakkaat olivat skeptisiä asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäyntiä kohtaan, mutta käynnin jälkeen koettiin tyytyväisyyttä. Kuitenkin lääkärikeskeisyys nousi esiin useissa tilanteissa. Asenteisiin vaikuttamiseen tarvitaan kulttuurimuutosta, joka vaatii aikaa ja suoravastaanottotoiminnasta markkinointia.

Jotta palvelut toimivat, tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, jolloin konsultointi on helposti saatavilla. Tähän ratkaisuna voi olla lääkärin ja asiantuntijafysioterapeutin yhteisvastaanotto. Hoidon tarpeen arvioijien perehdytystä ja kouluttamista tulee vaalia. Mikäli ammattilaiset tiedostavat tarjolla olevat palvelut, voivat he jakaa tietoisuutta myös asiakkaille. Täten ammattilaisten tietoisuutta suoravastaanottotoiminnasta tulee lisätä laajasti.

Lähteet

Aalto, S., Hienonen, J., Katajisto, J., Mäkinen, T., Partanen, K., Pollari, A. & Tuomisto, R. 2018a. Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminnan nykytila Suomessa. Suomen Fysioterapeutit. Viitattu 18.2.2021. Saatavissa <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/12/Suoravastaanotto2018.pdf>.

Aalto, S., Partanen, K. & Svahan, T. 2018b. Fysioterapeuttien suoravastaanotot käytössä lähes koko maassa. Fysioterapia 7/18. Suomen Fysioterapeutit.

Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A., L. & van der Windt, D. A. 2015. A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. Plos one, 15 (7). Viitattu 24.2.2021. Saatavissa DOI: 10.1371/journal.pone.0235364.

Bishop, A., Chen, Y., Protheroe, J., Ogollah R. O., Bailey, J., Lewis, M., Jordan, K. & Foster, N. E. 2020. Providing patients with direct access to musculoskeletal physiotherapy: the impact on general practice musculoskeletal workload and resource use. The STEMS-2 study. Physiotherapy 111, 48–50. Viitattu 28.2.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.006>.

Boissonnault, W., Badke, M. & Powers, J. 2010. Pursuit and Implementation of Hospital-Based Outpatient Direct Access to Physical Therapy Services: An Administrative Case Report. Physical Therapy 90, 100–108. Viitattu 14.2.2021. Saatavissa DOI: 10.2522 / ptj.20080244.

Boissonnault, W. G. & Ross, M. D. 2012. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 5, 446–454. Viitattu 21.3.2021. Saatavissa: <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2012.3890>.

Bornhöft, L., Larsson, M., EH., Nordeman, L., Eggertsen, R. & Thorn, J. 2019. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. Ther Adv Musculoskel 11, 1–13. Viitattu 24.2.2021. Saatavissa DOI: 10.1177/1759720X19827504.

Bornhöft L, Larsson ME & Thorn J. 2015. Physiotherapy in Primary Care Triage—the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. Physiother Theory Pract. Jan ;31 (1), 45–52. Viitattu 15.3.2021. Saatavissa DOI: 10.3109 / 09593985.2014.932035.

Downie, F., McRitchie, C., Monteith, W. & Turner, H. 2019. Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. British Journal of General Practice 69 (682), e314-e320. Viitattu 15.3.2021. Saatavissa DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702245>.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta. Sosiaali- ja terveystoiminta EKSOTESSA. Viitattu 24.2.2021. Saatavissa <https://www.eksote.fi/eksote/Sivut/default.aspx>.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta. 2021. Organisaatio. Organisaatiokaavio (ulkoinen). Viitattu 5.5.2021. Saatavissa <https://www.eksote.fi/tyoeksotessa/tulossa-eksoteen-toihin/Documents/Organisaatiokaavio.pdf>.

Fatoye, F., Wright, M. & Gebrye, T. 2020. Cost-effectiveness of physiotherapeutic interventions for low back pain: a systematic review. Physiotherapy 108, 98-107. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.04.010>.

Goodwin, R., Moffat, F., Hendrick, P., Timmons, S., Chadborn, N. & Logan, P. 2020. First point of contact physiotherapy; a qualitative study. *Physiotherapy* 108, 29–36. Viitattu 10.8.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.02.003>.

Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J. & Bartlam, B. 2020. Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *British Journal of General Practice* 69 (682), e314-e320. Viitattu 31.3.2021. Saatavissa DOI: 10.1016/j.physio.2020.07.002.

Holdsworth, L. & Webster, V. 2004. Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future? *Physiotherapy* 90, 64–72. Viitattu 10.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2004.01.005//>.

Holdsworth, L., Webster, V. & McFadyen, A. 2006a. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92, 26–33. Viitattu 24.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.11.002>.

Holdsworth, L., Webster, V. & McFadyen, A. 2006b. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92, 16–25. Viitattu 25.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.11.003>.

Kaakinen, P., Kyngäs, H., Tarkiainen, K. & Kääriäinen, M. 2016. The effects of intervention on quality of telephone triage at an emergency unit in Finland: Nurses' perspective. *International Emergency Nursing* 26, 26–31. Viitattu 30.9.2021. Saatavissa doi:10.1016/j.ienj.2015.09.002.

Kangas, H., Vuori J., Luoto, S. & Kylänen, M. 2015. Fysioterapeuttien suoravastaanototyönjaolla työhön tuottavuutta ja mielekkyyttä? *Fysioterapia* 6/2015, 4–7. Viitattu 20.2.2021. Saatavissa <https://docplayer.fi/17373116-Fysioterapeuttien-suoravastaanotot.html>.

Kangas, H. 2017. Asiantuntijoiden välinen luottamus ja sosiaalinen työnjako julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Fenomenografinen tapaustutkimus fysioterapeuttien ja lääkäreiden luottamus ja työnjakokäsityksistä kahdessa kuntaorganisaatiossa. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 20.2.2021. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17937/urn_isbn_978-952-61-2470-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Kangas, H. 2018. Asiantuntijoiden välinen luottamus ja sosiaalinen työnjako julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. *Hallinnon tutkimus* 3/2018, 220–223. Viitattu 12.1.2021. Saatavissa <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/100103/57656>.

Kangas, H., Paukkunen, M., Partanen, K., Remes, J. & Karppinen, J. 2018. Fysioterapeuttien suoravastaanotosta myönteisiä kokemuksia. *Fysioterapeutit* 3/2018. Suomen Fysioterapeutit.

Karppinen, J., Kangas, H., Paukkunen, M., Remes, J. & Partanen, K. 2020. Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa. Työnjako ja kokemuksia. *Suomen Lääkärilehti* 75, 263–281. Viitattu 18.2.2021. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/fysioterapeutin-suoravastaanotto-tuki-ja-liikuntaelinpotilaiden-hoidossatyonjako-ja-kokemuksia/>.

Karvonen, E., Paatelma, M. & Heinonen, A. 2017. Asiakkaan kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta selkäkipujen varhaisvaiheessa. Retrospektiivinen kuvaileva kyselytutkimus. *Kuntoutus* 40, 34–44. Viitattu 12.1.2021. Saatavissa <https://issuu.com/kuntoutus-saatio/docs/kuntoutus-3-17-kokolehti>.

Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. 4. painos. Sanoma Pro Oy, Helsinki.

Kelan tilastollinen vuosikirja. 2019. Kelan sairausvakuutusetuudet 2019. Viitattu 10.3.2021. Saatavissa https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/322909/4_KelanSairausvakuutusetuudet_Kelan_tilastollinen_vuosikirja_2019.pdf.

Korhonen T., Siltanen H., Hahtela N. & Holopainen, A. 2018. Toteutuuko näyttöön perustuvan toiminta Suomessa? Raportti nykytilasta hoitotyön edustajien kuvaamana. Hoitotyön tutkimussäätiön ja Sairaanhoidajaliiton julkaisema raportti 1/2018. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/npt_raportti-digi.pdf.

Kylänen, M., Vuori, J., Kangas, H. & Luoto, S. 2015. Työnjaolla tuottavuutta ja työn mielekkyyttä. Grano Oy, Kuopio. Viitattu 20.3.2021. Saatavissa <https://docplayer.fi/68461610-Työnjaolla-tuottavuutta-ja-tyon-mielekkyytta.html>.

Latvala-Kaataja, R. 2016. Kuntoutujien näkemyksiä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnasta. Kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu. Viitattu 18.2.2021. Saatavissa <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/49874/URN-NBN-fi-jyu-201605212647.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Lautamäki, L., Salo, P., Mustalampi, S., Häkkinen, A., & Ylinen, J. 2016. Fysioterapeuttien suoravastaanotto. Suomen lääkärilehti 71 (24), 1773–1777. Viitattu 24.2.2021. Saatavissa <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/67618/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-202001301887.pdf>.

Ludvigsson, M. L. & Enthoven, P. 2012. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 98, 131-137. Viitattu 16.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354>.

Moffat, F., Goodwin, R. & Hendrick, P. 2017. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development*, 1-10. Viitattu 11.3.2021. Saatavissa doi: 10.1017/S1463423617000615.

Nibbelink CW, Brewer BB. 2018. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of Clinical Nursing* Mar;27(5-6):917-928. Viitattu 30.9.2021. Saatavissa DOI: 10.1111/jocn.14151.

Oikarainen, A., Siltanen, H., Korhonen, A. & Holopainen, A. 2018. Hoitotyössä käytetyt tiedonlähteet vaativissa päätöksentekotilanteissa. Hoitotyön tutkimussäätiö. Raportti 2/2018. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/tiedonlahteet-raportti-digi.pdf>.

Paukkunen, M., Kangas, H. & Karppinen, J. 2018. Työfysioterapeuttien suoravastaanotto - totta vai tarua? *Työterveyshoitaja* 2/18.

Peterson, G., Portsrtöm, M. & Frick, J. 2021. Extended roles in primary care when physiotherapist-initiated referral to X-ray can save time and reduce costs. *International Journal for Quality in Health Care*. Volume 33, Issue 3, mzab122. Viitattu 11.11.2021. Saatavissa DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab122>.

Sebbag, E., Felten, R., Sagez, F., Sibilia, J., Devilliers, H. & Arnaud, L. 2019. The worldwide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis* 2019;0, 1–5. Viitattu 18.3.2021. Saatavissa doi:10.1136/annrheumdis-2019-215142.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kuntoutuksen uudistaminen. Helsinki. Viitattu 20.10.2021. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162622/STM_2020_39.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sote-uudistus. Mikä on sote-uudistus? Viitattu 28.2.2021. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/uudistus-lyhyesti->.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2021a. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaiden käyntisyys vuonna 2020. Tilastoraportti 12/2021. Viitattu 30.9.2021. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141582/TR_12_2021_.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2021b. ICF-luokitus. Toimintakyky. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>.

Thorn, J., Maun, A., Bornhöft, L., Kornbakk, M., Wedham, S., Zaffar, M. & Thanner, C. 2010. Increased access rate to a primary health-care centre by introducing a structured patient sorting system developed to make the most efficient use of the personnel: a pilot study. *Health Services Management Research* 23, 166–171. Viitattu 11.3.2021. Saatavissa DOI: 10.1258/hsmr.2010.010005.

Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule Ry 2021. Viitattu 16.3.2021. Saatavissa <https://suomen-tule.fi/tule-kustannukset/>.

Töytäri, O. 2018. Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. *Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 1/18*. Viitattu 21.1.2021. Saatavissa https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b1_fysioterapeuttien_suoravastaanotot_sosiaali-ja_terveydenhuollon_julkisissa_organisaatioissa_id_10636.pdf.

Valjakka, T., Jukkala, S., Matilainen, A., Hokkanen, T., Luoto, S. & Spets, S. 2017. Asian tuntijafysioterapeutti niska-, päänsärky- ja huimauspotilaan hoitoketjussa. *Fysioterapia* 06/2017, 38–45. Viitattu 18.3.2021. Saatavissa <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/151960/Theseukseen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Webster, V., Holdsworth, L., McFadyen, A. & Little, H. 2008. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy* 94, 141–149. Viitattu 24.3.2021. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003>.

Ylinen, J., Partanen, K., Mäkinen, T., Kangas, H., Karppinen, T., Kinnunen, R. & Metsäranta, M. 2017. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. Suomen Fysioterapeutit ry. Viitattu 24.2.2021. Saatavissa <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/02/Suoravastaanottosuositus2017.pdf>.



Suostumus

Asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautuminen

Elisa Nieminen, fysioterapeutti YAMK ja Emmi Ojasti, sairaanhoitaja (YAMK)

Minua on informoitu riittävästi haastattelusta ja olen ymmärtänyt saamani informaation. Olen saanut mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja saanut riittäviä vastauksia. Tiedostan, että osallistumiseni haastatteluun on vapaaehtoista ja minulla on oikeus keskeyttää osallistuminen. Tämä haastattelu ei vaikuta muuhun saamani kuntoutukseen tai hoitoon.

Aika ja paikka

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Asiakas

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Asiantuntijafysioterapeutti

Liite 2. Haastattelun saatekirje



Kutsu haastatteluun

Olemme Elisa Nieminen, fysioterapeutti ja Emmi Ojasti, sairaanhoitaja LAB-ammattikorkeakoulusta. Teemme ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä yhteistyössä Ekso-ten kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat ohjautuvat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle. Tavoitteena on tuottaa tietoa Ekso-ten Tulevaisuuden Sote keskus –hankkeelle, joka kehittää julkisen terveydenhuollon sosiaali- ja terveystalveluja.

Osallistumalla haastatteluun pääset tuomaan esiin kokemuksesi hoidon tarpeen arvioinnista ja ohjautumisesta sekä olemaan osa tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen prosessia. Haastattelu toteutetaan puhelimitse Sinun kanssasi sovittuna ajankoh- tana. Haastattelu vie aikaa Sinulta noin 30 minuuttia.

Haastattelu on vapaaehtoista ja Sinun on mahdollisuus keskeyttää se koska tahansa. Haastattelu ei vaikuta saamaasi kuntoutukseen tai hoitoon.

Vastaamme mielellämme kysymyksiisi

elisa.nieminen@student.lab.fi

emmi.ojasti@student.lab.fi

Ystävällisin terveisin

Elisa ja Emmi



Yhteydenottolomake

Täytähän tietosi tälle lomakkeelle, jotta opinnäytetyön tekijät voivat olla Sinuun yhteydessä haastatteluajan sopimiseksi.

Nimi: _____

Puhelinnumero: _____

Sähköposti: _____

Kiitos!



Tiedote kyselytutkimuksesta

Olemme Elisa Nieminen, fysioterapeutti ja Emmi Ojasti, sairaanhoitaja LAB-ammattikorkeakoulusta. Teemme ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä yhteistyössä Eksoten kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, miten tuki- ja liikuntaelinsairaat ohjautuvat asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle. Tavoitteena on tuottaa tietoa Tulevaisuuden Sote keskus -hankkeelle, joka kehittää julkisen terveydenhuollon sosiaali- ja terveystalveluja.

Toteutamme kyselytutkimuksen Eksotessa hoidon tarpeen arviota tekeville ammattilaisille. Tutkimukseen osallistumalla pääset vaikuttamaan tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Kyselyyn vastaaminen vie ajastasi noin 15 minuuttia. Olisimme kiitollisia, jos vastaisit huolellisesti kysymyksiin, jotka ovat Webropol-sivustolla.

Vastaamme mielellämme kysymyksiin sähköpostitse:

elisa.nieminen@student.lab.fi
emmi.ojasti@student.lab.fi

Kiitos panoksestasi!
Elisa ja Emmi

Liite 5. Haastattelun kysymykset

Haastattelukysymykset:

1. Kerro, minkä vaivan vuoksi ohjauduit asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle? Miten pitkään vaiva oli kestänyt? Miten se vaikutti elämääsi? Kuinka pian pääsit suoravastaanotolle?
2. Millaiseksi koit hoidon tarpeen arvioinnin?
3. Kerro, koitko tullesi kohdatuksi kokonaisvaltaisesti hoidon tarpeen arviossa?
4. Kerro, koitko saaneesi apua vaivaasi hoidon tarpeen arvioinnin avulla? Entä koitko tullesi kuunnelluksi hoidon tarpeen arvioinnissa? Miten?
5. Millaisia tunteita ohjaaminen suoravastaanotolle sinussa herätti?
6. Olitko tyytyväinen ohjautumiseen asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle? Jos et, kenen vastaanotolle olisit mieluummin ohjautunut? Miksi?
7. Oletko joutunut käymään saman vaivan vuoksi myös lääkärissä vai saitko tarvittavan avun asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolta? Millaisia ohjeita/neuvoja sait?
8. Kerro, mitä oletit asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäynnin sisältävän? Millaista hoitoa odotit saavasi?
9. Kuvaile laajasti, vastasiko vastaanottokäynti odotuksiasi?
10. Kerro, koitko tullesi kohdatuksi kokonaisvaltaisesti asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolla?
11. Haluatko kertoa jonkin toiveesi tai kehitysidean suoravastaanotolle ohjautumiseen?
12. Haluatko kertoa jonkin toiveesi tai kehitysidean asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanottokäyntiin liittyen?

Liite 6. Kyselyn kysymykset

Webropol-kysymykset

1. Sukupuoli
Nainen
Mies
2. Ikä
Alle 20 vuotta
20-29 vuotta
30-39 vuotta
40-49 vuotta
50-59 vuotta
Yli 60 vuotta
3. Ammatti
Sairaanhoitaja
Terveystenhoitaja
Muu, mikä? _____
4. Kuinka kauan olet tehnyt hoidon tarpeen arviointia (asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle)?
Alle ½ vuotta
½-1 vuotta
1-5 vuotta
5-10 vuotta
Yli 10 vuotta
5. Kuinka monta asiakasta ohjaat keskimäärin viikossa asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle? (Peilaa vastauksessasi kuluvaan vuoteen 2021) _____

Seuraavaksi sinulle esitetään väittämiä. Valitse parhaiten mielipidettäsi kuvaava vaihtoehto peilaamalla sitä kuluneeseen vuoteen (2021).

6. Tämän osion väittämät koskevat henkilökohtaista osaamistasi ja mielipidettäsi.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin sa- maa mieltä
Koen asiakkaan ohjaamisen suoravastaanotolle helpoksi	1	2	3	4	5
Olen saanut riittävän perehdytyksen suoravastaanottotoiminnasta	1	2	3	4	5

Olen saanut riittävän perehdytyksen asiakkaan ohjaamisesta suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
Olen saanut koulutusta suoravastaanotolle ohjaamiseen	1	2	3	4	5
Olen päässyt osallistumaan fysioterapeuttien lisäkoulutukseen	1	2	3	4	5
Minulla on riittävä tietämys tuki- ja liikuntaelinsairauksista	1	2	3	4	5
Minulla on riittävä tietämys suoravastaanotto toiminnasta	1	2	3	4	5
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin työnkuvan	1	2	3	4	5
Tiedostan asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton ja fysioterapeutin vastaanoton eron	1	2	3	4	5
Tiedostan, missä tilanteissa tuki- ja liikuntaelinsairas tulee ohjata asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
Arvostan mahdollisuutta tarjota asiakkaalle suoravastaanottoaikoja	1	2	3	4	5
Olen kiinnostunut ja rohkea toteuttamaan sovittuja ohjaamisenmalleja suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
Koen kiirettä hoidon tarpeen arviota ja suoravastaanotolle ohjaamista tehdessäni	1	2	3	4	5

Koen vastuuntuntoa ja pelkoa virheiden tekemisestä hoidon tarpeen arvioita ja suoravastaanotolle ohjaamista tehdesäni

1 2 3 4 5

Koen ammatillisen auktoriteetin puutetta verrattuna esimerkiksi lääkäriin

1 2 3 4 5

7. Tämän osion väittämät koskevat Eksoten organisaatioon liittyviä tekijöitä.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Hoitopolku suoravastaanotolle on selkeä	1	2	3	4	5
Ohjautumiskriteerit ovat selkeät	1	2	3	4	5
Ohjautumiskriteerit ovat liian tiukat	1	2	3	4	5
Minulla on hoidon tarpeen arvion tukena luokittelutaulukko, tarkastuslista tms.	1	2	3	4	5
Luokitteluasteikko, tarkastuslista tms. on selkeä	1	2	3	4	5
Yhteistyö eri ammattilaisten välillä on toimivaa	1	2	3	4	5
Saan palautetta työstäni	1	2	3	4	5
Henkilökunnassa on jatkuvaa vaihtuvuutta	1	2	3	4	5

Suoravastaanottoaikoja on tarpeeksi	1	2	3	4	5
Lääkäriaikoja on saatavilla, jolloin ohjaan tuki- ja liikuntaelisairaani lääkärin vastaanotolle	1	2	3	4	5
Suoravastaanottojen sijainti on hyvä	1	2	3	4	5
Suoravastaanottotoimintaa ja sinne ohjautumista on arvioitu organisaatiossamme	1	2	3	4	5
Toimintaa on kehitetty organisaatiossamme	1	2	3	4	5
Olen päässyt mukaan suunnittelemaan ja kehittämään toimintaa	1	2	3	4	5

8. Tämän osion väittämät koskevat asiakkaiden ohjautumista suoravastaanotolle.

	Täysin eri mieltä	Eri mieltä	En osaa sanoa	Samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Nuoremmat asiakkaat (alle 50 v) ovat helpompia ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5

Miehet ovat helpompaa ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Naiset ovat helpompaa ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Maaseudulla asuva asiakas on helpompaa ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Kaupungissa asuva asiakas on helpompaa ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Asiakkaat ovat tietoisia suoravastaanottotoiminnasta	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Asiakkaat, joilla on positiivinen asenne suoravastaanottoa kohtaa ovat helpompia ohjata suoravastaanotolle	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Asiakkaiden toiveet ja asenteet kuten lääkärikeskeisyys heikentävät suoravastaanotolle ohjaamista	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Asiakkaiden monimutkaiset vaivat heikentävät suoravastaanotolle ohjaamista	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

9. Tuleeko mieleesi muita tekijöitä, jotka vaikuttavat edistävästi asiakkaiden ohjautumiseen suoravastaanotolle?

10. Tuleeko mieleesi muita tekijöitä, jotka vaikuttavat heikentävästi asiakkaiden ohjautumiseen suoravastaanotolle?

11. Tuleeko mieleesi joitain kehittämisideoita aiheeseen liittyen?

Liite 7. Tietosuojailmoitus

**OPINNÄYTETYÖTÄ KOSKEVA
TIETOSUOJAILMOITUS**
EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679)
artiklat 13 ja 14

Laatimispäivämäärä: 15.4.2021

Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

Opinnäytetyö tutkii tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaiden ohjautumiseen asiantuntijafysioterapeutin vastaanotolle. Tutkimme myös, miten asiakkaat kokevat ohjautumisen ja asiantuntijafysioterapeutin suoravastaanoton. Keräämme Eksoten hoidon tarpeen arvioijien kokemuksia nimettömällä Webropol kyselyllä asiakkaan ohjaamisesta suoravastaanotolle ja asiakkaiden kokemuksia haastattelun avulla.

Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö

Webropol kyselyssä kysytään henkilökohtaisista tiedoista vain sukupuoli, ikä, ammatti ja työkokemus. Kyselylomakkeessa kysytään kysymyksiä, jotka kartoittavat vastaajien näkemyksiä asiakkaiden suoravastaanotolle ohjautumiseen vaikuttavista tekijöistä Eksoten alueella.

Asiakkaiden haastattelussa kysytään henkilökohtaisista tiedoista vain sukupuoli ja ikä. Haastattelussa pyritään selvittämään asiakkaiden mielipiteitä suoravastaanotosta ja sinne ohjautumisesta.

Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Keräämme tiedot jokaisen kyselyyn ja haastatteluun osallistuvan suostumuksella.

Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet

Tutkimuksen kannalta välttämättömät henkilötiedot. Kyselyssä nämä ovat ikä, sukupuoli ja ammatti. Haastattelussa yhteydenottolomakkeen avulla kerätään nimi, puhelinnumero ja sähköposti ja lisäksi haastattelussa tulee ilmi ikä ja sukupuoli. Tiedot kerätään rekistroidyiltä itseltään.

Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle

Opinnäytetyön tutkimus- ja toteutusvaiheeseen kerättävä tieto säilytetään opinnäytetyön toteuttajien hallussa. Tietoja ei luovuteta eikä siirretä ulkopuolelle kolmansille osapuolille.

Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Kerättyjä henkilötietoja ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet

Kerättyä aineistoa säilytetään lukitussa kaapissa fysioterapeutin työhuoneessa ja suojattujen salasanojen takana. Ainoastaan opinnäytetyön laatijoilla on pääsy aineistoon.

Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

Kerätty aineisto tuhotaan, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Aineisto tuhotaan viimeistään 25.11.2021.

Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen. Tutkimuksen keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoja.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietolainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuojasetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia

- taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
 - e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

Tutkimusrekisterin tiedot

rekisterin nimi: Opinnäytetyön tutkimusrekisteri
Tutkimus on kertatutkimus. Tutkimus kestää 1.1.2021-25.11.2021. Henkilötiedot säilytetään 1.6.2021-25.11.2021.

Rekisterinpitäjän ja yhteyshenkilön tiedot

Rekisterinpitäjinä toimivat tutkimuksen tekijät Elisa Nieminen (elisa.nieminen@student.lab.fi) ja Emmi Ojasti. Yhteyshenkilö Emmi Ojasti (emmi.ojasti@student.lab.fi)

Tutkimuksen suorittajat

Elisa Nieminen ja Emmi Ojasti