

OPINNÄYTETYÖ

JOONAS VARTIO 2013

**ORTOPEDISEN JA TRAUMATOLOGISEN POLIKLIINISEN
FYSIOTERAPIAN KEHITYSNÄKÖKULMIA KAINUUN
KESKUSSAIRAALASSA**



**Rovaniemen
ammattikorkeakoulu**
University of Applied Sciences
LUC

TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUSOHJELMA



ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU

TERVEYS JA LIIKUNTA-ALA

YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

ORTOPEDISEN JA TRAUMATOLOGISEN POLIKLIINISEN FYSIOTERAPIAN KEHITYSNÄKÖKULMIA KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA

Joonas Vartio

2013

Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Ohjaaja Kaisa Turpeenniemi

Hyväksytty _____ 2013 _____

Työ on Theseus-verkkokirjastossa.

Tekijä	Vartio Joonas	Vuosi	2013
Toimeksiantaja Työn nimi	Kainuun maakunta -kuntayhtymä Ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehitysnäkökulmia Kainuun keskussairaalassa		
Sivu- ja liitemäärä	42 + 16		

Tutkimuksen tavoitteena oli kerätä tietoa ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisen tarpeesta Kainuun keskussairaalassa erikoistuvan lääkärin ja erikoislääkärin kuvaamina. Tutkimuksen tarkoituksena oli hyödyntää tutkimustietoa fysioterapeutin polikliinisten työtehtävien määrittämisessä Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian ja sen laajennettujen tehtävänkuvien sekä tehtävänsiirtojen mahdollisuuksien tarkastelussa. Tutkimusaineisto kerättiin helmikuussa 2013 täsmäryhmähaastattelulla (focus group interview) Kainuun keskussairaalassa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Haastateltavat suhtautuivat myönteisesti ortopediseen ja traumatologiseen polikliiniseen fysioterapiaan ja kokivat sen kehittämisen tarpeelliseksi Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Erityisesti haastateltavat kokivat, että olkapää-, jalkaterä- ja polvipotilaiden konservatiivista fysioterapiaa tulisi kehittää systemaattisemmaksi leikkaushoidon vähentämiseksi.

Tutkimustulosten perusteella myös tehtävänsiirto ortopediltä fysioterapeutille on mahdollinen leikattujen lanneselkä- ja olkapääpotilaiden kliinisten kontrolloiden osalta. Lääkärin ja fysioterapeutin työnjaon kehittäminen ortopediassa ja traumatologiassa voisi johtaa resurssien tarkoituksenmukaisempaan käyttöön. Lisäksi tehtävänsiirto voi hyödyttää potilasta, koska hän saisi edellä mainittujen kontrolloiden yhteydessä myös fysioterapiaohjausta.

Avainsanat: ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia, erikoissairaanhoido, laajennetut tehtävänkuvat ja tehtävänsiirrot, Kainuun keskussairaala, Kainuun maakunta -kuntayhtymä

Author	Vartio Joonas	Year	2013
Commissioned by	Joint Authority of Kainuu Region		
Subject of thesis	Assessment And Development of Outpatient Orthopaedics And Traumatology Physiotherapy in The Kainuu Central Hospital.		
Number of pages	42 + 16		

The aim of this thesis was to gather information about the needs of development in the orthopaedic and traumatology physiotherapy in the Kainuu Central Hospital as described the specialist doctor and a specialising doctor. The purpose of this thesis was that the hospital physiotherapy would benefit from the results while specifying the tasks in out-patient physiotherapy in the surgical ward in hospital. The results of this research can be of help when considering a physiotherapist's tasks in trauma and orthopaedic and also when planning tasks transfer between a doctor and a physiotherapist. The research data was collected in February 2013 using a focus group interview in the Kainuu Central Hospital. The data was analysed by using content analysis.

The informants had a positive attitude towards orthopaedic and traumatology physiotherapy. They also found it important to develop the physiotherapy in Kainuu Central Hospital. The informants said that the shoulder-, foot- and knee patients' conservative physiotherapy should be more systematic to avoid surgery in some cases.

Based on this study a task transfer would also be possible in clinical postoperative controls of the low back and shoulder patients between an orthopedist and a physiotherapist. The task transfer would benefit patients, because they can get also physiotherapy during the controls. Also the whole public organisation in Kainuu would benefit the orthopedists could resource their tasks again.

Key words: orthopaedics and traumatology outpatient physiotherapy, specialized medical care, task description and task transfer, Kainuu Central Hospital, Joint Authority of Kainuu Region

SISÄLTÖ

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO	1
1 JOHDANTO	2
2 ORTOPEDINEN JA TRAUMATOLOGINEN FYSIOTERAPIA	4
2.1 FYSIOTERAPEUTIN TYÖNKUVA	4
2.2 FYSIOTERAPEUTIN LAAJENNETUT TEHTÄVÄNKUVAT JA TEHTÄVÄNSIIRROT	5
3. ORTOPEDISEN JA TRAUMATOLOGISEN POLIKLIINISEN FYSIOTERAPIAN NYKYTILA POHJOISEN ERITYISVASTAUALUEEN ESIMERKKISAIRAALOISSA JA KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA	7
3.1 ESIMERKKISAIRAALOIDEN VALINTAPERUSTEET	7
3.2 OULUN YLIOPISTOLLISEN SAIRAALAN ORTOPEDINEN JA TRAUMATOLOGINEN POLIKLIININEN FYSIOTERAPIA	7
3.3 LAPIN KESKUSSAIRAALAN ORTOPEDINEN JA TRAUMATOLOGINEN FYSIOTERAPIA .	8
3.4 KAINUUN KESKUSSAIRAALAN ORTOPEDINEN JA TRAUMATOLOGINEN POLIKLIININEN FYSIOTERAPIA	9
3.5 KAINUUN KESKUSSAIRAALAN ERIKOISSAIRAANHOIDON JA KAINUUN KUNTIEN PERUSTERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖ ORTOPEDISESSA JA TRAUMATOLOGISESSA POLIKLIINISESSA FYSIOTERAPIASSA	10
3.6 YHTEENVETO	14
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	15
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	16
5.1 TUTKIMUSMENETELMÄ	16
5.2 TIEDONKERUUMENETELMÄ JA TUTKIMUSJOUKKO	16
5.4 ANALYYSI	18
5.5 LUOTETTAVUUS	20
5.6 ETIIKKA	21
6 TULOKSET	23
6.1 FYSIOTERAPEUTIN TEHTÄVÄNKUVAN MUODOSTUMINEN	23
6.2. FYSIOTERAPEUTIN TEHTÄVÄNSIIRROT ORTOPEDILTÄ	25
7 POHDINTA	27
7.1 POHDINTAA TUTKIMUSTULOKSISTA	27
7.1.1 Fysioterapeutin tehtäväkuvat	27
7.1.2 Fysioterapeutin tehtävänsiirrot	28
7.1.3 Yhteenveto	28
7.2 POHDINTAA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDESTA	31
7.3 POHDINTAA TUTKIMUKSEN ETIIKASTA	33
7.4 POHDINTAA TUTKIMUKSEN TEKEMISESTÄ	34
7.5 POHDINTAA JATKOTUTKIMUSAIHEISTA	36
LÄHTEET	37
LIITTEET	42

TAULUKKO- JA KUVIOLUETTELO

Taulukko 1: Kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien ja lääkäreiden tehtävänkuvaesimerkkejä Oulun yliopistollisessa sairaalassa.	8
Taulukko 2: Kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien ja lääkäreiden tehtävänkuvaesimerkkejä Lapin keskussairaalassa.....	9
Taulukko 3: Kainuun perusterveydenhuollon fysioterapeuttien ja Kainuun keskussairaalan lääkäreiden tehtävänkuvaesimerkkejä.	12
Kuvio 1. Kainuun kunnat.	11
Kuvio 2. Kainuun ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian toiminnallinen kokonaisuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.	13
Kuvio 3. Tutkimuksen aineiston analyysin eteneminen.....	20
Kuvio 4. Fysioterapeutin työnkuvan ja työtehtävien muodostuminen tutkimustulosten mukaisesti.....	30

1 JOHDANTO

Päädyin tähän aiheeseen, koska haluan tarkastella ja edistää kainuulaisten potilaiden terveyttä polikliinisen fysioterapian kehittämisen näkökulmasta. Henkilökohtainen motivaatio opinnäytetyölleni nousee ammatillisesta kokemuksestani fysioterapeuttina sekä Anna Kukan selvityksestä (2009) fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa.

Aiheeni on paikallisesti ajankohtainen, sillä Kainuun keskussairaalaan suunnitellaan saneeraus- ja uudisrakentamista, joka luo uusia toimintamahdollisuuksia ja -valmiuksia myös poliklinikatyöhön (Ahopelto 2011,1). Tulevaisuudessa Kainuun keskussairaalan tavoitteena on vähentää vuodeosastohoittoa potilaiden toimintakykyä edistämällä, jolloin kuntouttavien toimenpiteiden merkitys on nykyistä keskeisempää (Juvonen 2012, 1). Lisäksi kokonaisvaltainen toiminta edellyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kehittämistyön jatkamista ja toiminta olisikin ulotettava koko pohjoisen erityisvastuualueelle (Ahopelto 2011, 2). Yhdessä nämä asiat muodostavat kokonaisuuden, jossa koen mielekkääksi tarkastella Pohjoisen erityisvastuualueen sekä erityisesti Kainuun keskussairaalan erikoissairaanhoidon ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa ja sen yhteistyötä Kainuun kuntien perusterveydenhuoltoon.

Tutkimukseni liittyvää tietoa on pääsääntöisesti runsaasti saatavilla. Poikkeuksen muodostaa kuitenkin pohjoisen erityisalueen erikoissairaanhoidon ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian tehtävänkuvat, joista en löytänyt julkaistua tietoa. Tämän vuoksi kartoitan Pohjoisen erityisvastuualueen Lapin ja Kainuun keskussairaalan sekä Oulun yliopistollisesta sairaalan kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien tehtävänkuvia puhelimitse ja sähköpostin avulla. Kartoituksen perusteella muodostan osaltaan teoreettisen viitekehyksen, jossa tarkastelen Kainuun keskussairaalan erikoissairaanhoidon ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehitysnäkökuksia.

Varsinaisen tutkimuksen tavoitteena on kerätä tietoa ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisen tarpeesta Kainuun keskussairaalassa erikoistuvan ja erikoislääkärin kuvaamana. Tutkimuksen tarkoituksena on hyödyntää tutkimustietoa fysioterapeutin polikliinisten työtehtävien määrittämisessä ortopediassa ja traumatologiassa Kainuun keskussairaalassa. Tutkimuksessa pyrin selvittämään miten ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa voisi kehittää Kainuun keskussairaalassa erikoistuvan ja erikoislääkärin kuvaamana.

2 ORTOPEDINEN JA TRAUMATOLOGINEN FYSIOTERAPIA

2.1 Fysioterapeutin työnkuva

Fysioterapeutin tehtävänä on edistää ja vahvistaa yhteiskunnassa sekä yksilön että väestön tasolla terveyttä, liikkumis- ja toimintakykyä, työkykyä sekä hyvinvointia (Arkela-Kautiainen – Ylinen – Arokoski 2009, 394). Ortopediassa ja traumatologiassa fysioterapeutti toimii yhteistyössä esimerkiksi ortopedin sekä fysiatriin kanssa ja on oman alansa asiantuntija moniammatillisissa työryhmissä. (Atkinson 2005, 2; Rokkanen – Avikainen – Tervo – Hirvensalo – Kallio – Kankare – Kiviranta – Pätiälä 2003, 33; Apperley – Ross 1983; 477.)

Ortopediassa ja traumatologiassa fysioterapiaa voidaan toteuttaa ennen leikkausta (preoperatiivinen fysioterapia) ja leikkauksen jälkeen (postoperatiivinen fysioterapia). Leikkauspotilaiden fysioterapia edellyttää potilaan, lääkärin ja fysioterapeutin hyvää yhteistyötä. Onkin tärkeää, että kuntoutuksen tavoite ja aikataulu on yhdessä sovittu parhaan tuloksen saavuttamiseksi. (Talvitie – Karppi – Mansikkamäki 2006, 344; Alaranta 1995, 700.)

Fysioterapian sisältö ja ajoitus määräytyy leikkauksen suoritustavan ja siitä aiheutuvien rajoitusten mukaisesti. Fysioterapiaan vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa leikkauksen aiheuttamien kudonvaurioiden laajuus ja sijainti sekä leikkauksesta johtuvan liikkumattomuuden tarve ja kesto. Ennen leikkauksista annettavan fysioterapian tavoitteena on valmistaa potilasta leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutukseen. Leikkauksen jälkeisellä fysioterapialla on vastaavasti tavoitteena nopeuttaa potilaan toipumista leikkauksesta (Adams, J. 1976, 19). Fysioterapialla onkin keskeinen rooli auttaa potilasta tuntemaan kuntoutuksen vaiheet ja omat mahdollisuudet edistää toipumista. Tämän vuoksi potilas tarvitsee henkilökohtaiset harjoitusohjeet ja hänellä tulee olla mahdollisuus ottaa tarvittaessa yhteyttä fysioterapeuttiin. Lisäksi potilaan tulisi aina tavata fysioterapeutti, kun harjoitusohjelmaa muutetaan. (Talvitie ym. 2006, 344–347.)

Ortopedinen ja traumatologinen fysioterapia eivät kuitenkaan aina liity leikkaushoitoon. Esimerkiksi erilaiset ja eriasteiset pehmytkudosvammat ja -

sairaudet, luiden murtumat sekä ikääntymisestä johtuvia tuki- ja liikuntaelin muutoksia voidaan hoitaa myös konservatiivisesti. (Atkinson 2005, 72–73; Rokkanen ym. 2003, 33; Kannus, P. 2012, 470–471.) Tällöin fysioterapia voi olla osa potilaan hoitoa, jolla pyritään edistämään potilaan terveyttä ja toimintakykyä. Fysioterapian menetelmiä ovat esimerkiksi ohjaus ja neuvonta (Sparague. – McCune 1994, 467) terapeutin harjoittelu (Pohjolainen, T. 2005, 17), manuaalinen terapia (Johnson 1994, 697), fysikaalinen terapia sekä akupunktio ja lymfaterapia. (Arkela-Kautiainen ym. 2009, 395–403; Rokkanen ym. 2003, 33).

2.2 Fysioterapeutin laajennetut tehtäväkuvat ja tehtävänsiirrot

Ortopediassa ja traumatologiassa kansainväliset tehtävänsiirrot fysioterapeuteille liittyvät yleisemmin polven- ja lonkantekonivelpotilaiden seurantaan. Esimerkiksi Kanadassa tätä tehtävänsiirtoa on perusteltu ortopedin ajan käytön tehostamisessa. Samalla on pystytty varmistamaan hoidon korkea laatu ja potilaiden tyytyväisyys fysioterapeuttien tekemään seurantaan. (Sawka 2010, 306; Kennedy - Robarts – Woodhouse 2010, 298–302, 304.)

Myös Suomessa fysioterapeuttien tehtäväkuvien laajentaminen ja tehtävänsiirrot ovat mahdollisia. Tämä perustuu lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöstä (28.6.1994/559). Turusen (2010) Muutoksia työnjaossa-artikkelin mukaan tehtävänsiirroilla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aikaisemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkin toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. Tehtävänsiirron hallitseminen kuuluu jo henkilön ammattikoulutukseen, joskin tehtäväkuvasta muuttuu osa. Vastaavasti laajennetussa tehtäväkuvassa tehtävät eivät sisälly henkilön peruskoulutukseen, vaan se edellyttää lisä- ja täydennyskoulutusta. (Turunen, V. 2010, 35.)

Leikkausta edeltävää tehtävänsiirtoa ortopediltä fysioterapeutille on tutkinut muun muassa Ulla Teppo (2011). Tässä kotimaisessa tutkimuksessa todetaan konservatiivisen hoitolinjan pääsääntöisesti auttavan polven nivelrikon oireiden hoidossa. Tässä hoitolinjassa ortopedi voi lähetteen ja röntgenkuvausten perusteella määrätä potilaan fysioterapiaan ilman erikoislääkärin vas-

taanottokäyntiä. Tehtävänsiirrolla erikoissairaanhoidossa saatiin vähennettyä ortopedin vastaanottokäyntejä, joka tutkimuksen mukaan paransi kustannustehokkuutta ja lyhensi operaatioon jonotusaikoja. Tutkimuksen mukaan 56 % potilaista oli tyytyväisiä tehtävänsiirtoon ja kokivat hyötyvänsä fysioterapiasta. 14 % potilaista operoitiin tutkimuksen aikana.

Vastaavasti leikkauksen jälkeiset tehtävänsiirrot ortopediltä fysioterapeutille Suomessa liittyvät leikkausten jälkeisiin kontroleihin polven- ja lonkan tekonivelpotilailla sekä selkäpotilailla. Myös ortopedisesta seurantapolikliinisestä tehtävänsiirrosta on kokemuksia polven- ja lonkan tekonivelpotilaiden sekä olkapääleikattujen potilaiden osalta. (Langinen 2011, 20; Taura-Jokinen 2010, 7.)

3. ORTOPEDISEN JA TRAUMATOLOGISEN POLIKLIINISEN FYSIOTERAPIAN NYKYTILAN POHJOISEN ERITYISVASTAUALUEEN ESIMERKKISAIRAALOISSA JA KAINUUN KESKUSSAIRAALASSA

3.1 Esimerkkisairaaloiden valintaperusteet

Varsinaista tutkimusta varten halusin kartoittaa (liite 3) Pohjoisen erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa. Valitsin pohjoisen erityisvastuualueen, koska Kainuun maakunta –kuntayhtymä on osa sitä (Kuntaliitto 2012). Kartoituksen avulla voidaan vertailla eri sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian yhtäläisyyksiä ja eroja. Mielestäni tämä luo mielekkään perustan tutkimukselle, jossa tarkastelen kehitysnäkökuilma Kainuun keskussairaalaassa.

Arvannon perusteella kartoitin Oulun yliopistollisen sairaalan ja Lapin keskussairaalan kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien kontrollikäytäntöjä. Samalla selvitin nykytilan lääkäreiden kontrollikäytännöistä samoille potilasryhmille. Kartoituksen suoritin puhelimitse ja sähköpostin avulla, johon vastasivat kyseisten sairaaloiden kirurgian poliklinikan osastonhoitajat tai fysioterapeutit. Näitä tietoja käytän tutkimustehtävänä toteuttamisessa, jotka olen esittänyt taulukkomoodoissa (Taulukko 1; Taulukko 2).

3.2 Oulun yliopistollisen sairaalan ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia

Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan neljän fysioterapeutin työtehtävät ortopedisessa ja traumatologisessa fysioterapiassa sisältävät osittain ennalta sovittuja leikkauksen jälkeisiä ohjauksia ja kontrolleja (Taulukko 1). Osa kontrolleista taas liittyy konservatiiviseen hoidon fysioterapiaan. Lääkärien mielestä fysioterapian tarve on jatkuvassa kasvussa, tosin tilojen puute on ongelmallista. Polikliinisen ortopedisen ja traumatologisen fysioterapian lisääntymisen myötä osa lääkärien jälkitarkastuksista on vähentynyt esimerkiksi ranteen, nilkan ja kyynärpään mobilisaatioiden osalta. (Lindgren 2012.)

Taulukko 1: Kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien ja lääkäreiden kontrollikäytäntöjä eri potilasryhmille Oulun yliopistollisessa sairaalassa. (Lindgren 2012)

Operaatio/Konservatiivinen hoito	Fysioterapia-aika	Lääkärin aika
Olkapään kiertäjäkalvosin oireyhtymä	viikolla 3	viikolla 6-8 lääkäri
<i>Polvilumpion sijoiltaanmeno</i>	Konsultointi tarvittaessa	
<i>Akillesjännerepeämä</i>	Viikolla 3,5	Viikolla 1, 7
Akillesjännerepeämä	Ohjaus	
Lonkan ja polven tekonivelleikkaus	Ei yhtenäistä käytäntöä	Ei yhtenäistä käytäntöä
<i>Polviartroosituki</i>	Ohjaus	Viikolla 4

3.3 Lapin Keskussairaalan ortopedinen ja traumatologinen fysioterapia

Lapin keskussairaalan kirurgian poliklinikan kahden fysioterapeutin ortopedisen ja traumatologisen fysioterapian työtehtävät koostuvat potilaiden omaoimisen kuntoutumisen ohjauksesta, seurannasta (Taulukko 2) ja tarvittaessa jatkofysioterapian järjestämisestä. Kirurgian poliklinikan fysioterapeutit vastaavat myös ensiavun fysioterapiatarpeesta, esimerkiksi polvituen asentamisesta trauman jälkeen. Päivittäisiin tehtäviin kuuluu tiivis, moniammatillinen yhteistyö poliklinikan muun henkilökunnan kanssa, kuten lääkintävahtimestarin, lääkäreiden, sairaanhoitajien sekä osastosihteerien kanssa. (Davidila - Turpeinen 2012.)

Taulukko 2: Kirurgian poliklinikan fysioterapeuttien ja lääkäreiden kontrollikäytäntöjä eri potilasryhmille Lapin keskussairaalaissa. (Davidila - Turpeinen 2012)

Operaatio/Konservatiivinen hoito	Fysioterapia-aika	Lääkärin aika
Kiertäjäkalvosin oireyhtymä, olkapään avarrusleikkaus solisluun pään lyhennysleikkaus	Viikolla 3,6 ja 8 Suuri osa fysioterapiasta toteutetaan perusterveydenhuollossa	Viikolla 8
Olkapään sijoiltaanmenon leikkaushoito	Viikolla 3,6 ja 8	Viikolla 8
Lonkan ja polven tekonivelleikkaus	Viikolla 6 ja 12	Viikolla 12
Eturistiside korjausleikkaus ja polvilumpion stabiloivat korjausleikkaukset	Viikolla 3 ja 8-9	6
Akillesjännerepeämä	Viikolla 4, 6,8 ja tarvittaessa 10 ja 12	Viikolla 4 ja 8
Jalkateräoperaatiot	Viikolla 6 ja tarvittaessa lisäkontrollit	Viikolla 6
<i>Murtumakontrollit (kuten ranne-, sääri-, polvilumpio- ja olkaluumurtumat)</i>	Mobilisaation alkaessa ja tarvittaessa lisäkontrollit	

3.4 Kainuun keskussairaalan ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia

Varsinaista tutkimusta varten halusin kartoittaa myös Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikan ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa. Haastattelin Kainuun keskussairaalan fysioterapeutteja, koska kirurgian poliklinikalla ei ole fysioterapeuttia, joka systemaattisesti toteuttaa fysioterapiaa.

Kainuun keskussairaalan Kirurgian vuodeosaston 7 fysioterapeutti vastaa yleensä myös kirurgian poliklinikan ortopedisten- ja traumatologisten potilai-

den fysioterapiasta ja sen suunnittelusta. Yleisten operaatioiden kuten olkapään avarrusleikkauksen, akillesjännerepeämän korjausleikkauksen sekä selkäkirurgian jälkeinen fysioterapia aloitetaan vuodeosastolla ja fysioterapia jatkuu tarvittaessa perusterveydenhuollossa. Lisäksi potilaiden leikkauksien jälkeisten lääkärikontrollien yhteydessä on tarvittaessa mahdollista konsultoida fysioterapeuttia. (Syvävirta 2012.)

Kirurgian poliklinikalla työskentelee myös tekonivelkoordinaattori, joka vastaa polven ja lonkan tekonivelleikkausten jälkeisestä kolmen kuukauden kontrollista ja tarvittaessa fysioterapiaan ohjauksesta (Fomin 2012). Tässä vuonna 2007 toteutuneessa tehtävänsiirrossa ortopediltä fysioterapeutille kokenut fysioterapeutti on saanut endoproteesihoitajan lisäkoulutuksen ja tehtävänimikkeen tekonivelkoordinaattori. Lisäksi tekonivelkoordinaattori koordinoi tekonivelleikattujen potilaiden määrävuotisseurantaa terveystasemille Implant dp tietojärjestelmän avulla. Hallinnollisesti tekonivelkoordinaattori kuuluu operatiiviselle vastuualueelle kirurgian poliklinikan tulosityksikköön, kun perinteisesti Kainuun keskussairaalan fysioterapeutit kuuluvat konservatiiviseen vastuualueeseen. (Ruotsalainen 2013.)

3.5 Kainuun keskussairaalan erikoissairaanhoidon ja Kainuun kuntien perusterveydenhuollon yhteistyö ortopedisessa ja traumatologisessa polikliinisessä fysioterapiassa

Kainuun maakunta -kuntayhtymä toteuttaa osan erikoissairaanhoidon ortopedisesta ja traumatologisesta polikliinisestä fysioterapiasta perusterveydenhuollossa. Yhteistyön mahdollistaa terveydenhoitolaki (30.12.2010/1326/33§), jolloin sairaanhoitopiiri voi tarjota erikoissairaanhoidon palveluita myös perusterveydenhuollon yhteydessä (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2012). Lisäksi Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut alueellaan (Kuvio 1).

Yhteistyötä voidaan lähestyä myös uuden yhteisen tietojärjestelmän näkökulmasta: Kesäkuusta 2011 lähtien erikoissairaanhoidon Kainuun keskussai-

raalassa sekä kuntien perusterveydenhuolto terveyskeskuksissa ovat toimineet samassa Effica-potilastietojärjestelmässä. Yhteinen potilastietojärjestelmä tukee terveydenhuollon toimintoja organisaatioiden ylittävissä palveluketjuissa, sillä samaa kirjausalustaa voidaan käyttää sekä erikoissairaanhoidossa, että perusterveydenhuollossa, mikäli se on potilaan hoidon kannalta järkevää. (Taskinen 2011, 1-2.)



Kuvio 1. Kainuun kunnat. (Kainuun kunnat 2009.)

Leikkausta edeltävä ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia toteutetaan perusterveydenhuollossa (Kuvio 2). Toisaalta useasti voidaan puhua konservatiivisesta fysioterapiasta, koska onnistuneen fysioterapian avulla voidaan jopa välttää leikkaustarve tai ainakin siirtää sitä tulevaisuuteen (Ahtonen – Koskinen – Kemppainen – Tolonen 2012). Lisäksi yhteistyössä potilaan kannalta on tärkeää huomioida, että heillä on mahdollisuus fysioterapeutin ohjaukseen perusterveydenhuollossa ilman lääkärin lähetettä, joka sisältää tarvittaessa myös apuvälinearvion (Fomin 2012).

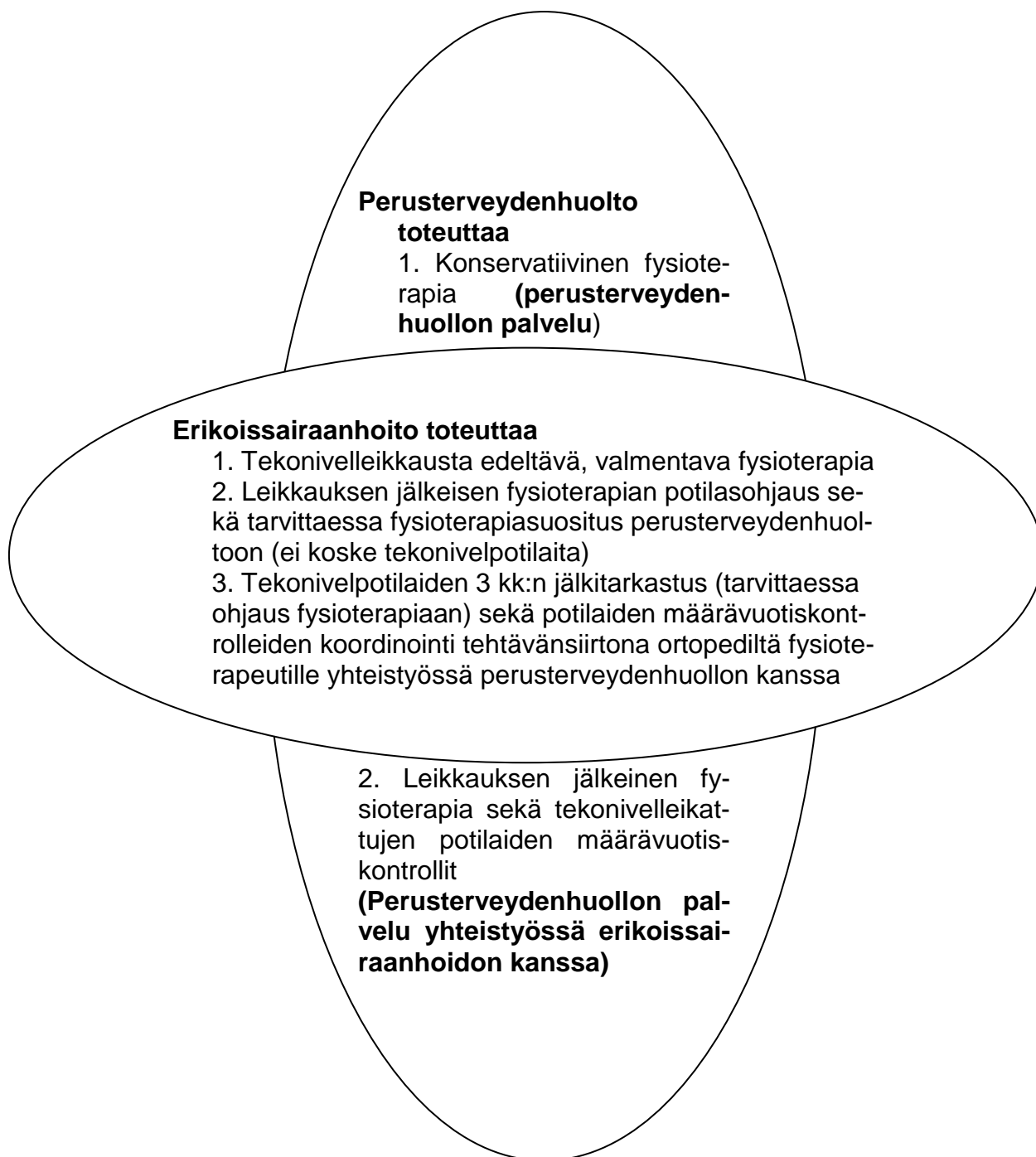
Polven ja lonkan tekonivelleikkausta edeltävä valmentava ja ohjaava fysioterapiakäynti järjestetään noin kaksi viikkoa ennen operaatioita erikoissairaanhoidossa keskussairaalassa (Kuvio 2; Fomin 2012). Fysioterapiakäynti sisältää muun muassa fysioterapeuttisen tutkimuksen sekä toimintakykyarvion ja – pisteytyksen Harris Hip Score tai Knee Society mittaristolla. Potilastiedot

kirjataan sähköisesti Implant db järjestelmään. Lisäksi fysioterapia sisältää ohjauksen leikkauksen jälkeisestä terapeuttisesta harjoittelusta, perusliikku- misesta sekä apuvälineiden käytöstä. (Ruotsalainen 2013.) Keskussairaalan kirurgian osastolla työskentelevät fysioterapeutit ja hoitajat kokevat tämän käytännön lisänneen tekonivelpotilaiden tietoisuutta harjoittelun merkitykses- tä. Käytännössä leikkausta edeltävän fysioterapian saaneet tekonivelpotilaat ovat usein aktiivisia kuntoutujia osastolla, joilla on realistiset odotukset omas- ta kuntoutumisesta. (Fomin 2012.)

Leikkauksen jälkeisessä ortopedisessä ja traumatologisessa polikliinisessä fysioterapiassa potilaat tulevat Kainuun Keskussairaalan leikkaavan lääkärin tai tarvittaessa tekonivelkoordinaattorin ohjaamina perusterveydenhuoltoon. Fysioterapia toteutetaan potilaan kotikunnan terveysasemalla ohjeistuksen ja tarpeen mukaan. (Taulukko 3; Kuvio 2; Ruotsalainen 2013.)

Taulukko 3: Kainuun perusterveydenhuollon fysioterapeuttien ja Kainuun keskussai- raalan lääkäreiden kontrollikäytäntöjä eri potilasryhmille. (Ahtonen ym. 2013.)

Operaatio/Konservatiivinen hoito	Fysioterapia-aika	Lääkärin aika
Kiertäjäkalvosin oireyhty- mä, olkapään avarrusleikkaus	Viikolla 2 ja 4	Viikolla 8
Selkäleikkaukset	Viikolla 3	Tapauskohtaisesti
Lonkan ja polven te- konivelleikkaus	Tarvittaessa	Tekonivelkoordinaattori Viikolla 12
Eturistiside korjausleikka- us	Tarvittaessa	Tapauskohtaisesti
Akillesjännerepeämä	Tapauskohtaisesti	Tapauskohtaisesti
<i>Murtumakontrollit (kuten ranne-, sääri-, polvilumpio- ja olkaluumurtumat)</i>	Mobilisaation vii- västyessä tapaus- kohtaisesti	perusterveydenhuollon lääkäri tapauskohtaisesti



Kuvio 2. Kainuun ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian toiminnallinen kokonaisuus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Mukaillen Ahtonen ym. 2012; Ahtonen ym. 2013; Fomin 2012; Syvävirta 2012; Ruotsalainen 2013).

3.6 Yhteenveto

Tekemäni kartoituksen perusteella ainoastaan Kainuun perusterveydenhuolto tuottaa pääsääntöisesti leikkauksen jälkeistä fysioterapiaa perusterveydenhuollossa (Kuvio 2). Myös Lapin keskussairaalan olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeinen fysioterapia toteutetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa (Taulukko 2.). Muilta osin Lapin keskussairaalan ja kokonaisuudessaan Oulun yliopistollisen sairaalan leikkauksen jälkeisen fysioterapia toteutetaan erikoissairaanhoidossa (Taulukko 1; Taulukko 2).

Lisäksi kartoituksen perusteella ainoastaan Kainuun keskussairaalassa työskentelee tekonivelkoordinaattori, joka toteuttaa tehtävänsiirtoa ortopediltä (Kuvio 2). Toisaalta Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikalla ei työskentele systemaattisesti fysioterapeuttia, kun taas Lapin keskussairaalan kirurgian poliklinikalla työskentelee kaksi fysioterapeuttia ja Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikalla työskentelee neljä fysioterapeuttia. (Syvävirta 2012; Lindgren 2012; Davidila - Turpeinen 2012.) Myös Lapin keskussairaalan ja Oulun yliopistollisen sairaalan erikoissairaanhoidon leikkauksen jälkeisissä fysioterapiakontrollien ajankohdissa on eroja esimerkiksi polven ja lonkan tekonivelleikkauksen osalta (Taulukko 1; Taulukko 2).

Kartoituksen lisäkysymyksen (Liite 3) perusteella tulevaisuudessa Kainuun keskussairaalan ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen potilaan fysioterapian kehityksessä voisi olla mukana fysioterapeutti. Tällöin fysioterapeutti toimisi linkkinä hoitoketjua valittaessa sekä osallistuisi ohjatusti potilaiden konservatiivisen hoidon vaikuttavuuden seurantaan. (Ruotsalainen 2013.) Lisäksi fysioterapeutti voisi osallistua systemaattisesti operaatioiden jälkikontrolleihin (Syvävirta 2012). Tämän lisäksi fysioterapian tarvetta olisi myös pehmytkudosvammojen hoidolle ja jälkikontrolleille esimerkiksi nivelsidevammojen yhteydessä. Tällaisilla tehtävänsiirrolla lääkäreillä voisi jäädä enemmän aikaa muuhun työhön, joten sillä olisi myös taloudellisia vaikutuksia. (Fomin 2012.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tavoitteena on kerätä tietoa ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisen tarpeesta Kainuun keskussairaalassa erikoistuvan lääkärin ja erikoislääkärin kuvaamana.

Tutkimuksen tarkoituksena on hyödyntää tutkimustietoa fysioterapeutin polikliinisten työtehtävien määrittämisessä ortopediassa ja traumatologiassa Kainuun keskussairaalassa.

Tutkimustehtävänä on kartoittaa miten ortopedista ja traumatologista polikliinistä fysioterapiaa voi kehittää Kainuun keskussairaalassa erikoistuvan ja erikoislääkärin kuvaamana? Tutkimustehtävä muodostuu kahdesta teemasta.

1. Millainen tehtäväkuva fysioterapeutille muodostuu?
2. Millainen tarve on laajennetulle tehtäväkuvalle tai tehtävänsiirrolle?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa puhutaan usein uskottavuudesta, vastaavuudesta, siirrettävyydestä, luotettavuudesta, varmuudesta, riippuvuudesta ja esimerkiksi vakiintumisesta. Mitä vähemmän ilmiöstä tiedetään, sitä todennäköisemmin laadullinen tutkimus soveltuu sen tutkimiseen. (Tuomi 2007, 150; Kananen, 2008, 30; Kananen 2011; 36–37.) Valitsin laadullisen tutkimusmenetelmän, koska haastattelun avulla voin selvittää tutkimuskohderyhmän ammatillisia näkemyksiä ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisen tarpeesta ja sen perusteluista. Tutkijana pyrin säilyttämään tutkittavan ilmiön sellaisena kun se on, jolloin voidaan puhua pyrkimyksestä tavoittaa tutkittavien oma näkökulma.

Tutkimukseni on tapaustutkimus (case study), koska tutkin tietoa yksittäisestä toiminnasta rajatussa sairaalaympäristössä. Tapaustutkimukselle on myös tyypillistä, että se kohdistuu ajankohtaisiin asioihin niiden luonnollisessa ympäristössä. Samalla se mahdollistaa erilaiset havainnoinnin ja haastattelun keinot. (Yin 1987, 23; Hirsjärvi - Hurme 2001, 58; Kananen 2008, 84.) Yhdessä nämä asiat soveltuvat mielestäni tähän ajankohtaiseen aiheeseen, jossa pyrin lisäämään ymmärrystä ortopedisesta ja traumatologisesta polikliinisestä fysioterapiasta, tekemättä siitä kuitenkaan yleistyksiä.

5.2 Tiedonkeruumenetelmä ja tutkimusjoukko

Haastattelu on joustava menetelmä ja se sopii moniin erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, joten tilanne luo mahdollisuuden suunnata tiedonhankintaa vielä tutkimustilanteessa. Tieteellinen haastattelu on aina päämäärähaakuista ja suunnitelmallista informaation keräämistä. Haastattelun erot syntyvät lähinnä strukturointiasteen perusteella, eli miten kiinteästi kysymykset on muotoiltu ja missä määrin haastattelija jäsentää tilannetta. Tutkimuksessani käytän puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tällöin haastatteluni teemat ja

aihepiirit ovat valittu, joskin voin muotoilla ja muuttaa kysymysten järjestystä. (Hirsjärvi ym. 2001, 34, 42, 47; Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009, 204–205, 208; Ruusuvuori – Tiittula 2005, 11; Kananen 2011, 50.) Teemahaastattelun avulla pystyn suunnittelemaan aihepiirit tutkimustehtävän pohjalta ja toisaalta säilytän mahdollisuuden muuttaa ja hienosäätää haastattelun kysymysten asettelua tarvittaessa spontaanisesti.

Täsmäryhmähaastattelu (focus group interview) soveltuu haastattelumenetelmäksi, kun halutaan selvittää, miten henkilöt muodostavat yhteisen kannan johonkin ajankohtaiseen kysymykseen. Laadullisessa tutkimuksessa ryhmän jäsenet ovat tarkasti valittu ja he ovat oman alan asiantuntijoita, joilla on mahdollisuuksia saada aikaan muutoksia. Ryhmädynamiikka vaikuttaa siihen miten ryhmässä puhutaan ja kuka on äänessä. Tällöin haastattelijan ohjausvastuu haastattelussa korostuu. (Hirsjärven ym. 2001, 62–63; Ruusuvuori ym. 2005, 12; Hennink–Hutter–Bailey 2011, 136; Tuomi - Sarajärvi 2002, 88.) Mielestäni ryhmähaastattelu luo selkeän ja osin haasteellisen mahdollisuuden lääkäreiden kokonaisvaltaisen näkökulman kartoittamiseen tutkimuksessani. Näen myös, että tämän tyyppinen näkökulma on tärkeä, kun pyritään kehittämään ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa Kainuun keskussairaalassa.

Tutkimukseni kohderyhmä muodostuu Kainuun keskussairaalan neurokirurgian sekä ortopedian ja traumatologian erikoislääkärinä sekä kirurgiaan erikoistuvasta lääkäristä. Kohderyhmän valinnan perusteena on lääkäreiden näkemysten tutkiminen Kainuun keskussairaalan ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisessä. Näkemysten kartoituksella on mielestäni taas suuri merkitys yhteistyön mahdollisessa syventymisessä ja työnjaon kehittämisessä.

Hirsjärven ym. (2001, 135; 2009, 205) mukaan haastateltavien pieni määrä ei automaattisesti kuitenkaan tarkoita aineiston vähyyttä, sillä myös haastattelun pituus vaikuttaa aineiston määrään. Teemahaastattelun aineisto on yleensä runsas, sillä mitä syvällisempi dialogi on, sitä rikkaampi on tallennettu aineisto. Aineiston analysointia onkin syytä miettiä jo ennen haastatteluja. Toisaalta myös puhutaan laadullisen tutkimuksen aineiston kylläntymisestä

eli saturaatiosta. Tällöin vastauksia tarvitaan juuri se määrä, kun aiheen kannalta on välttämätöntä. Aineiston saturaatiota ei kuitenkaan voida aina tunnistaa, joten joskus aineiston rajaaminen täytyy tehdä teoreettista kattavuutta silmällä pitäen. Kaikki nämä laadullisen tutkimuksen aineiston erityispiirteet asettavat haastattelijan ammattitaidon ja pätevyuden suuren haasteen eteen - haastattelijan täytyy tietää, mitä hän aineistostaan hakee. On mahdollista, että vasta lukemalla aineisto, siitä alkaa nousta esille jokin teema. Siksi minulta haastattelijana vaaditaan erityisen vankkaa perehtyneisyyttä tutkimusaiheeseen. (Eskola ym. 1998, 62–63 ; Kananen 2008, 61–62, 73–74.)

5.4 Analyysi

Parhaimmillaan aineiston purkamista eli litterointia voidaan pitää haastattelurungon ohjenuorana. Litteroinnissa haastattelija kirjoittaa puhtaaksi haastattelun tai esimerkiksi tiettyjä teemoja siitä. Näin haastattelija pyrkii selvittämään aineistosta oleellisen ja välttymään turhalta työltä. Silti tutkijoiden mielestä litterointi on sitkeyttä vaativaa ja erityisesti aikaa vievää haastattelututkijan työssä, joten sen suunnitteluun tulee kiinnittää huomiota jo varsin aikaisessa vaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2001, 135; Hirsjärvi ym. 2009, 222; Kananen 2008, 88–89; Kananen 2011; 136–137.) Litteroinnilla pyrin selkeyttämään tutkimukseni aineistoa, koska kysymyksessä on osin tutkimaton näkökulma, joten tutkimukseni aineistoa on varsin vaikea ennakoida etukäteen. Lisäksi litteroinnin avulla pystyn myös palaamaan ja tarkastamaan aineistoani systemaattisesti yhä uudelleen ja uudelleen.

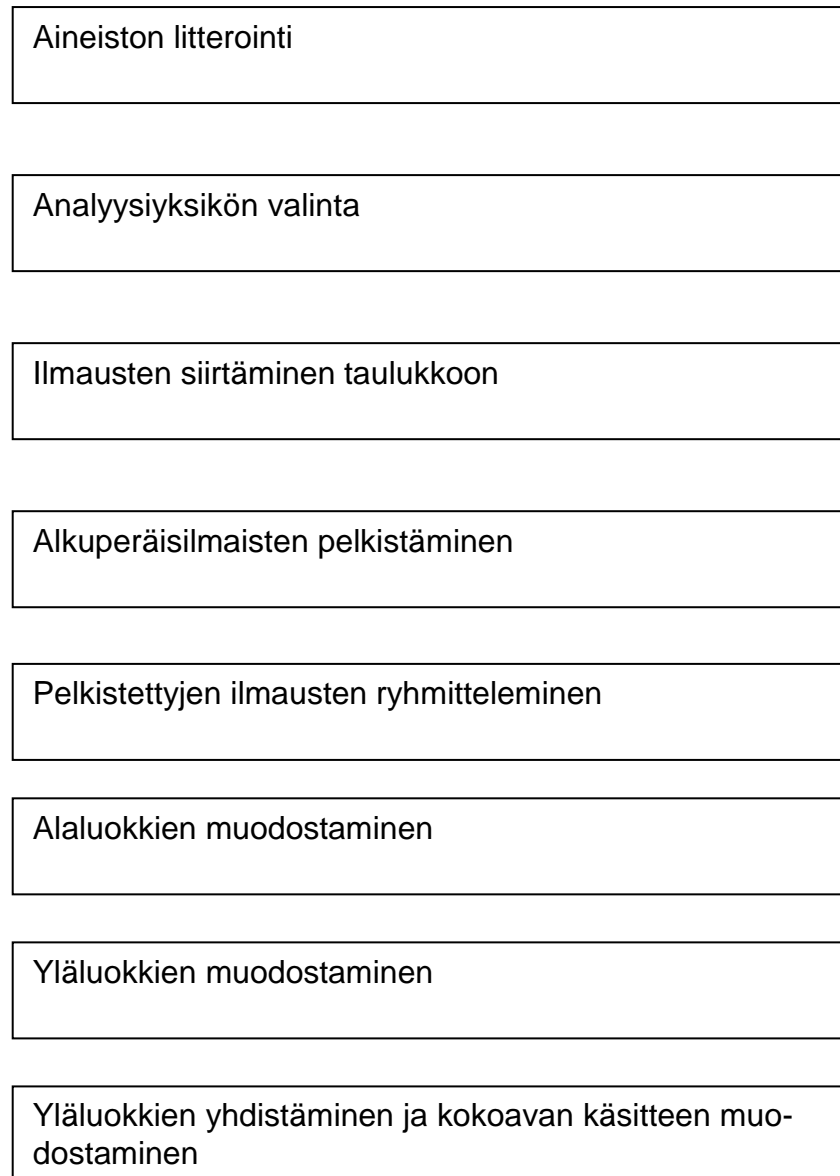
Laadullinen tutkimus mahdollistaa pienen tutkimuskohderyhmän perusteellisen analyysin. Tieteellisyyden kriteeri ei näin ollen ole määrä vaan laatu. (Eskola – Suoranta 1998, 15.) Tutkimukseni aineistoa lähestyn sisällönanalyysin näkökulmasta, koska sillä voidaan analysoida menetelmiä järjestelmällisesti ja objektiivisesti (Dey 1995, 8; Tuomi – Sarajärvi 2002, 105).

Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen, jolloin sen ilmaukset nousevat aineistosta. Ilmaisut voivat olla selkeästi ilmaistuja tai piilossa olevia viestejä. (Dey 1995, 30; Tuomi ym. 2006, 110; Kylmä – Juvakka 2007, 113.) Valitsemalla tämän analysointimenetelmän pyrin varmistamaan lääkäreiden

näkemyksien ja ajatuksien korostumisen ja vastaavasti omien näkemyksieni minimoitumisen tutkimuksessani.

Induktiivisessa sisällön analyysissä määritetään aluksi analyysin yksikkö, jota ohjaa varsinainen tutkimustehtävä. Yksikön määrittämisen jälkeen aineistoa luetaan useita kertoja ja taulukoidaan pohjustaen varsinaista analyysiä. Seuraavaksi aineistoa pelkistetään eli redusoidaan tutkimustehtävän näkökulmasta. Pelkistämisen jälkeen käsitteet ryhmitellään eli klusteroidaan ja niistä muodostetaan ala- ja yläkategorioita. Tällöin samaa tarkoittavat sisällöt yhdistetään samaan kategoriaan ja se nimetään. Tälle vaiheelle on tunnusomaista aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Lopuksi yläkategoriat nimetään ja tarvittaessa yhdistetään niin kauan kuin se on sisällön kannalta mielekästä. (Kyngäs – Elo – Pölkki – Kääriäinen – Kanste 2011, 139–142; Tuomi ym. 2002, 111–115; Kylmä – Juvakka 2007, 113.)

Tutkimukseni aineiston redusointi, klusterointi sekä abstrahointi on kokonaisuudessaan esitetty liiteosiossa (Liite 4). Käytännössä suoritin sisällön analyysin vaihe vaiheelta käyttämäni lähteiden ohjeistuksen mukaisesti. Koen erityisen tärkeäksi, että aineiston pelkistäminen noudattaa tutkimustehtävän mukaista asettelua, sillä varsin helposti aineistosta löytyy myös muuta mielenkiintoista tietoa, joka valitettavasti ei tutkimustehtävän näkökulmasta ole oleellista. Vastaavasti klusteroinnissa poimin aineistosta käsitteitä, jotka muodostivat erilaisia kategorioita. Näistä kategorioista muodostin ylä- ja aläkäsitteet. Vastaavasti aineiston abstrahointi kokosi aikaisemmat vaiheet ja antoi mielestäni yllättävän selkeän ja rationaalisen käsitteen suhteessa tutkimustehtävään. (Kuvio 2.) Yllättävää sisällön analyysin tekemisessä oli sen loogisuus ja systemaattisuus, jolla pystyin nostamaan aineistosta esille asioita, joita tutkimustehtävässä olin asetellut.



Kuvio 3. Tutkimuksen aineiston analyysin eteneminen. (Mukaillen Tuomi – Sarajärvi 2002, 111.)

5.5 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden yhteydessä puhutaan usein aineiston kattavuudesta, jolla tarkoitetaan aineiston kokoa, analyysin ja tulkinnan onnistumista sekä tutkimustekstin kokonaisuutta (Eskola ym. 1998, 61). Vastaavasti Hirsjärven ym. (2009, 232–233) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan tavoitella ennen tutkimusta, tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Ennen tutkimusta hyvän haastattelurungon tekeminen on laadun kannalta tär-

keää. Tällöin on tärkeää miettiä miten haastatteluteemoja voidaan syventää lisäkysymyksillä. Toisaalta on hyvä tiedostaa, ettei kaikkeen pysty varautumaan etukäteen. Haastattelun aikana tallentamismateriaalin toimivuuteen on hyvä kiinnittää huomiota, jotta aineiston laatuun voidaan luottaa. Lisäksi haastattelupäiväkirjan merkinnät esimerkiksi erityisen hyvistä kysymyksistä voivat tuoda tutkimukselle lisäarvoa. Toisaalta myös haastavat kysymysmuodot niin haastattelijalle kuin haastateltavalle voivat tuoda myös tärkeää lisäarvoa tutkimukseen. Näihin merkintöihin tutkija voi palata tarvittaessa esimerkiksi epäselvän tulinnan kohdalla. Haastattelun jälkeen tutkimuksen laatua voidaan parantaa suorittamalla litterointi niin nopeasti kuin mahdollista. Lisäksi aineiston luotettavuus riippuu luonnollisesti sen laadusta kuten litteroinnin luokittelun järjestelmällisyydestä.

Tutkimukseni luotettavuuden pyrin varmistamaan aineiston ja analyysin sujuvalla vuoropuhelulla suhteessa aiheen teoriaan ja omiin havaintoihini. Tavoitteeni on kunnianhimoinen ja se vaatii useiden osa-alueiden osin samanaikastakin onnistumista. Koen tällaisen tutkimuksen tekemisen projektimaiseksi, joka vaatii tutkijalta moninaista osaamista ja varsin moniulotteista ajatteluprosessia. Esimerkiksi haastattelun teemat ja teoreettinen viitekehys ovat kuukausien kuluessa hioutuneet ja osittain muuttuneet. Kanasen (2011) mukaan samantyyppinen prosessi odottaa minua tutkimuksen aineiston analysoinnissa ja sen pohdinnan teossa.

5.6 Etiikka

Tutkija tukeutuu muiden tutkijoiden tutkimuksiin, kuten minäkin omassa tutkimuksessani. Kanasen (2008, 134–135) mukaan on eettisesti tärkeää selkeästi erotella mikä on omaa tuotosta ja ajattelua ja mikä lainattua. Ammatillisen osaamiseni ja kokemukseni kautta olenkin ollut etuoikeutetussa asemassa, kun olen oivaltanut näiden asioiden tarkastelun eri näkökulmista, jossa jo osittain valmista tietoa sovelletaan erilaisiin tilanteisiin. Toisaalta koen, että yhdistelen toisten fysioterapeuttien ajatuksia paikallisen fysioterapian kehittämisestä. Nämä tutkimukseni taustatyöt olenkin merkinnyt haastattelulähteeksi. Vastaavasti omat ajatukset nousevat vahvemmin esille pohdinta-

osiossa, jossa sovellan tutkimukseni tuloksia suhteessa toisiin tutkimuksiin ja omaan henkilökohtaiseen näkemykseeni.

Tutkimuksessa tulee aina pyrkiä totuuteen. Tämän vuoksi erityistä huomiota tulee kiinnittää tutkimusaiheen valintaan, tutkimusmenetelmien valintaan sekä tutkimuksen tavoitteisiin. (Kananen 2008, 133.) Tähän olen pyrkinyt pitkäaikaisella tutkimuksen suunnittelulla sekä laaja-alaisella keskustelulla eri ammattihenkilöiden kanssa. Olen tarkastellut tutkimuksen etiikkaa myös seurausten kannalta, johon sisältyy yhteiskunnallinen näkökulma: tutkimustiedolla voi olla vaikutuksia erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjakoon tai fysioterapeuttien työtehtäviin - puhumattakaan potilaiden kuntouttamisesta.

Myös haastatteluaineiston kerääminen ja analysointi sisältävät eettisen näkökulman. Muun muassa aineistojen avoimuus ja luotettavuus sekä asiantuntijahaastattelujen mahdollinen anonymisuus on otettava huomioon (Kuula – Tiitinen 2010, 446; Tiittula – Ruusuvuori 2005, 17). Tämän vuoksi olen suunnitellut, että tutkimukseni aineisto on avoin ja julkinen, joskin olen varmistanut haastateltavien anonymiyden. Tällä tavoittelen niin haastateltavien kuin lukijoiden luotettavuutta suhteessa tutkimukseen ja sen tuloksiin. Uskon, että avoin ja luotettava tutkimus on vahvasti eettinen.

6 TULOKSET

6.1 Fysioterapeutin tehtävänkuvan muodostuminen

Haastateltavien lääkäreiden kuvaamina Kainuun keskussairaalan ortopedistä ja traumatologista poliklinista fysioterapiaa tulisi kehittää osittain Oulun yliopistollisen sairaalan suuntaisesti.

”..Oys:n kirurgian poliklinikalla on jatkuvasti paikalla fysioterapeutit. Esimerkiksi traumapolia pidettäessä fysioterapeutti on lääkärin kanssa samassa huoneessa ja vaikkapa kipsinpoiston jälkeen katsotaan, että ranteen asento on hyvä ja aloitetaan fysioterapia.”

Lisäksi Haastateltavat kokivat, että fysioterapeutin systemaattinen työskentely poliklinikalla helpottaisi lääkärin työtä ja potilaiden läpivienti nopeutuisi Kainuun keskussairaalassa. Tällaisesta systemaattisen työskentelyotteen vaikutukset ylettyisivät myös potilaalle, jolloin hän saisi mahdollisimman oikea-aikaisesti mahdollisimman oikeanlaista hoitoa.

”Fysioterapeutti voisi antaa potilaalle strukturoidut ohjeet mukaan ja näyttää miten liikkeet tehdään. Tämä helpottaa huomattavasti lääkärin käytännön työtä ja potilaiden läpivienti aika on melko lyhyt.”

”Tällä hetkellä täällä ei ole fysioterapeuttia joten lääkäri sanoo minkä tyyppisiä liikkeitä kannattaa ruveta tekemään ja antaa potilaalle fysioterapialähetteen ja sanoo, että mene jonnekin, en osaa sanoa mikä on paras paikka, niin olo on vähän orpo.”

”Fysioterapiakäynnistä, joka on strukturoitu auttaa meitä arvioimaan tuloksia ja indikaatio asetteluja, että millä me sitte lähetään tekemään.”

Lisäksi haastateltavat kokivat, että erityisesti olkapääpotilaat hyötyisivät keskussairaalassa toteutettavasta konservatiivisesta fysioterapiasta: olkapääongelmat vaativat usein pitkäjänteistä ja hyvää yhteistyötä, jossa korostuu potilaan sitoutuminen fysioterapiaan. Haastateltavat arvioivat myös, että onnistuneella konservatiivisella fysioterapialla voidaan joskus välttää jopa operatiivinen hoito kokonaan.

”..Ensin pitäis ainaki puolivuotta toteuttaa aktiivisesti fysioterapiaa degeneratiivisessa olkapääongelmassa, ennen kuin lähetään harkitsemaan operatiivista hoitoa. Tällä hetkellä käytännön kokemus on se, että se ei toteudu kunnolla.”

”Fysioterapia toteutetaan avoterveydenhuollon puolella tai sitten täällä meillä kirurgian polilla. Tämmöinen aktiivinen kiertäjäkalvosimen pikkulihaksia vahvistava ohjelma, johon ne potilaat saataisiin sitoutettua. Tällä tavoin lääkäriellä säilyisi kokonaisnäkemys miten kuntoutus on toteutunut.

*”Ja mä kuitenkin uskon, että tehokkaalla fysioterapialla me pystytään välttämään joitakin acromioplastioita, jopa tällaisia acriompi-
lastioita, joihin yhdistetään sitten kiertäjäkalvosimen ompelu. Etenkin kun tällä hetkellä kiertäjäkalvosimen ompeluun yhdistetyllä acromioplastilla ei oo oikein hyvää näyttöä.”*

Lisäksi haastateltavat kokivat, että myös polvi- ja jalkaterä- ja käsipotilaat hyötyisivät konservatiivisesta fysioterapiasta murtumien ja pehmytkudosvammojen jälkitilojen hoidossa. Vastaavasti leikkauksenjälkeisestä fysioterapiasta hyötyisivät lanneselkäpotilaat.

Haastattelun perusteella kaikessa fysioterapiassa tulisi kiinnittää huomiota potilasturvallisuuteen ja työnlaatuun. Fysioterapian vaikuttavuus tulisikin varmistaa esimerkiksi strukturoiduilla harjoitteilla, laadukkailla fysioterapiasuunnitelmillä, lääkäreiden konsultointimahdollisuudella sekä perustellulla päätöksenteolla.

Lisäksi haastateltavat kokivat, että ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittäminen voisi tuoda mukanaan myös taloudellisia säästöjä. Perusteena heillä olivat operatiivisen hoidon kallis hinta sekä rajallinen kapasiteetti operatiivisen hoidon toteuttamisessa.

”Mä uskon että säästöt tulee lähinnä siitä, että se operatiivinen hoito joittenkin potilaiden kohdalla pystytään välttämään hoitamalla se asia konservatiivisesti.”

”Konservatiivinen hoito on tehokkaastikin toteutettuna niin paljon halvempaa kuin leikkaushoito.”

6.2. Fysioterapeutin tehtävänsiirrot ortopediltä

Haastateltavat kokivat, että fysioterapeutti voisi tehdä tehtävänsiirtona rajatusti lanneselkä- ja olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeisiä kliinisiä kontrolloita. Lisäksi fysioterapeutin lausuntoja voitaisiin hyödyntää myös lääkärin toimintakykyarviossa. Sitä vastoin jalkaterän leikkauksen jälkeiset kontrollit sekä työkyvyttömyyden arvioit suorittaa aina lääkäri.

”Selkä- ja olkapotilaiden postoperatiiviset kliiniset kontrollit, joihin ei liity kuvantamisia ja joiden suurin merkitys on varmistaa, että toipuminen on sujunut toivotulla tavalla.”

”Mää uskon, että fysioterapeutilla olisi paljon annettavaa siinä vaiheessa kun lanneselkäpotilaat tulevat postoperatiivisiin kontroleihin. Voitas jopa tehdä sillä tavalla, että tämmöset rutiininaomaiset kontrollit kuten tekonivelillä tällä hetkellä on siirretty fysioterapeutille, niin siirrettäs niitä perus selkäkontrolleita fysioterapeutille, jolloin sitte pystyttäs antaa ne liikkeistysohjeet.”

Haastateltavat perustelivat edellä mainittujen tehtävänsiirtojen tarpeellisuutta ja hyötyä erityisesti potilaan näkökulmasta, jolloin potilas saisi mainittujen kontroleiden yhteydessä fysioterapiaohjausta. Vastaavasti mahdollisena ris-

kinä he mainitsivat lääkäreiden ja fysioterapeutin yhteistyön epäonnistumisen.

Mahdollisten laajennettujen tehtävänkuvien tai tehtävänsiirtojen toteutuessa haastateltavat kokivat tärkeäksi potilaiden pisteytyksen ja potilastietojärjestelmän kehittämisen potilaiden seurannan ja hoidon laadun arvioinnin kannalta. Haastateltavat mainitsivat myös, että potilaan pisteytys mahdollistaisi systemaattisen seurannan leikkauksen jälkeen ja myös konservatiivisen fysioterapian vaikuttavuuden osalta.

”Implant di tyyppinen järjestelmä auttaisi arvioimaan meidän hoidon tasoa eri tavalla kun mitä me tällä hetkellä pystytään.”

”Hoidon laatua mitattaessa se ongelma on se, että me ei tiedetä tällä hetkellä mikä se meidän hoidon laatu on.”

”Pisteytykset kun potilas tulee ja silloin kun potilas lopettaa olemasta meidän erikoissairaanhoidon piirissä.”

”Tärkeintä on, että tieto on helposti ulos saatavissa.”

7 POHDINTA

7.1 Pohdintaa tutkimustuloksista

Tutkimustulokset antavat arvokasta tietoa Kainuun keskussairaalan ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehittämisen tarpeesta (Kuvio 4). Tutkimuksen keskeiset tulokset fysioterapian systemaattisesta kehittämisestä niveltyy hyvin Kainuun keskussairaalan fysioterapeuttien kehittämisenäkemyksiin (Ruotsalainen 2013; Fomin 2012; Syvävirta 2012). Mielestäni fysioterapeuttien ja lääkäreiden näkemyksien samankaltaisuus on erityisen tärkeää yhteistyön onnistumiseksi ja parhaan lopputuloksen takaamiseksi. Myös Kainuun keskussairaalaan saneeraus- ja uudisrakentaminen niveltyy tähän tutkimustulokseen, sillä konservatiivisen poliklinikkatyöskentelyn kehittämisessä täytyy huomioida aina fyysiset tilat (Ahopelto 2011, 1).

7.1.1 Fysioterapeutin tehtäväkuvat

Tutkimustuloksen mukaan systemaattisen olkapään, polven ja jalkaterän konservatiivisen fysioterapian kehittämisen avulla voitaisiin välttää joidenkin potilaiden leikkaushoito. Myös australialainen ja kotimainen tutkimus on päätynt samansuuntaiseen tulokseen (Oldmeadow – Bedi – Burch – Smith – Leahy – Goldwasser 2007, 625–628.; Teppo 2011, 45–46). Myös käypähoito- suositukset ja fysioterapiasuositukset polven nivelrikon osalta tukevat tutkimukseni tuloksia (Suomen fysioterapeutit 2013; Käypä hoito 2012). Fysioterapiasuosituksessa mainitaan muun muassa ”terapeuttinen harjoittelu ja potilaan ohjaaminen aktiiviseen ja säännölliseen liikuntaan ovat tärkein osa konservatiivista hoitoa”. Olkapään ja jalkaterän osalta en löytänyt käypähoito-, enkä fysioterapiasuosituksia.

Leikkaushoidon välttämiseksi taas voisi olla useita liittämissuhteita niin potilaalle, henkilökunnalle kuin taloudelle (Ylinen 2011, 5-7). Tämä tutkimustulos liittyy siten myös Kainuun keskussairaalan tavoitteeseen vähentää vuodeosastohoitoa potilaiden toimintakykyä edistämällä (Juvonen 2012, 1). Tällä hetkellä leikkausta edeltävää ja konservatiivista fysioterapiaa toteutetaan perusterveydenhuollossa tekonivelleikkauksia lukuun ottamatta (Ahtonen ym.

2012; Fomin 2012). Tutkimustulosten perusteella systemaattisen konservatiivisen fysioterapian toteuttaminen olisi perusteltua toteuttaa osin myös erikoissairaanhoidossa Kainuun keskussairaalassa esimerkiksi kipsauksen jälkitilojen ja pitkittyneiden olkapään ongelmien osalta. Oulun yliopistollisessa sairaalassa ja Lapin keskussairaalassa fysioterapiaa toteutetaan osin jo tämäntyyppisesti (Lindgren 2012; Davidila - Turpeinen 2012).

7.1.2 Fysioterapeutin tehtävänsiirrot

Tutkimuksen toinen keskeinen tulos liittyy tehtävänsiirtojen toteuttamiseen ortopediltä fysioterapeutille Kainuun keskussairaalassa (Kuvio 4). Tehtävänsiirto koski leikkausten jälkeisten olkapää- ja lanneselkäpotilaiden kliinisiä kontroleita. Myös tämän tutkimustuloksen kannalta on tärkeää, että se niveltyy hyvin Kainuun keskussairaalan fysioterapeuttien kehittämisenäkemyksiin (Syvävirta 2012). Lisäksi aikaisemmat kansainväliset tutkimukset antavat rohkaisevia tuloksia tehtävänsiirroista ortopediassa ja traumatologiassa (Daker - White – Carr – Harvey – Woolhead – Bannister – Nelson – Kammerling 1999, 643–650; Sawka 2010, 306; Kennedy - Robarts – Woodhouse 2010, 298–302, 304).

Tutkimustulosten perusteella tehtävänsiirron toteuttamisessa keskeistä on potilastietojärjestelmän (Kuvio 4) hyödynnettävyys tekonivelkoordinaattorin tehtävänsiirron tapaan, jossa potilas muun muassa pisteytetään (Kuvio 4). Tällöin potilastiedot kirjataan sähköisesti Implant db järjestelmään, joka on osa Kainuun erikoissairaanhoidon ja Kainuun kuntien perusterveydenhuollon effica-potilastietojärjestelmää (Ruotsalainen 2013; Taskinen 2011, 1).

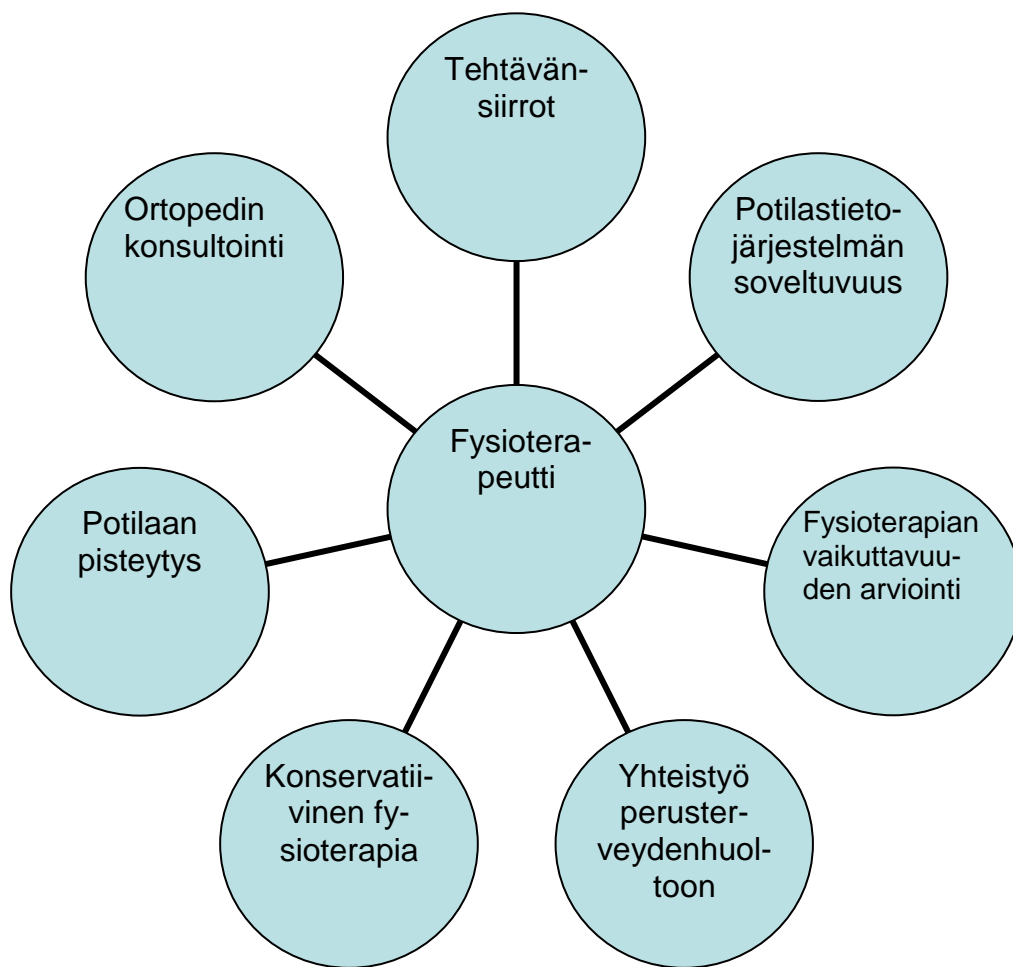
7.1.3 Yhteenveto

Tehtävänsiirron toteutuessa tulee myös pohtia Kainuun erikoissairaanhoidon ja Kainuun kuntien perusterveydenhuollon leikkauksen jälkeisen fysioterapian työnjakoa (Kuvio 2; Kuvio 4). Tällä hetkellä esimerkiksi leikatun lanneselkä-

tai olkapääpotilaan fysioterapia toteutetaan tarvittaessa perusterveydenhuollossa (Syvävirta 2012). Tämä tutkimustulos liittyy siten myös Kainuun maakuntavaltuuston vuoden 2011 päätökseen, jossa erikoissairaanhoidon kehittäminen laadun, tehokkuuden ja talouden näkökulmista potilaan palvelevaa kokonaisuutta kehittäen (Ahopelto 2011, 2). Myös Nurmela (2007, 104) korostaa yhteistyön merkitystä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä teoksessa saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon

Tutkimustulosten perusteella voidaan myös varovaisesti pohtia kokonaisuudessaan pohjoisen erityisvastuualueen ortopedista ja traumatologista poliklinista fysioterapian kehittämistyötä, joka olisi osa kokonaisvaltaista toimintaa (Ahopelto 2011, 2). Kuitenkin pohdinnassa tulee huomioida pohjoisen erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon erilaiset käytännöt eri paikkakunnilla, jotka vaikuttavat myös ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian toteuttamiseen (Taulukko 1; Taulukko 2; Taulukko 3). Keskeistä olisi miettiä miten eri paikkakuntien parhaat puolet saataisiin laajempaan käyttöön ja minkälaisia toimintoja kannattaa ottaa käyttöön koko pohjoisen erityisvastuualueella. Esimerkiksi Oulun yliopistollisessa sairaalassa lääkäreiden mielestä ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian tarve on jatkuvassa kasvussa, mutta tilojen puute on ongelmallista (Lindgren 2012). Vastaavasti Lapin keskussairaalassa kirurgian poliklinikan fysioterapeutit vastaavat ensiavun fysioterapian toteuttamisesta (Davidila – Turpeinen 2012). Kainuun keskussairaalassa on taas toteutettu tehtävänsiirto ortopediltä fysioterapeutille (Ruotsalainen 2013) ja tutkimustulosten perusteella tämän tyyppistä toimintaa voitaisiin edelleen laajentaa.

Kokonaisuudessaan tutkimustulosten keskeinen osa on fysioterapeutin työn korkea laatu ja potilasturvallisuus (Kuvio 4). Tämän vuoksi on syytä kiinnittää huomiota henkilön ammattitaitoon, sen ylläpitämiseen sekä henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, jotta saavutettaisiin kuntoutuksen paras mahdollinen lopputulos (Rokkanen ym. 2003, 33; Talvitie ym. 2006, 344). Lisäksi mahdollisten tehtävänsiirtojen osalta on syytä myös muistaa, että se edellyttää aina työntekijän lisä- ja täydennyskoulutusta (Turunen 2010, 34).



Kuvio 4. Fysioterapeutin työnkuvan ja työtehtävien muodostuminen tutkimustulosten mukaisesti.

Kokonaisuudessaan tämä opinnäyteyö on osa ylemmän ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen koulutusohjelman opintoja. Terveyden edistäminen on osa sairaanhoitopiirien strategiaa (terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013), jonka osana on myös ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia. Opinnäytetyön perimmäisenä ajatuksena on ollut hyödyntää sen tuloksia, niin organisaation, kuin henkilökunnan ja ennen kaikkea potilaan näkökulmasta. Kokonaisuudessaan opinnäytetyön tekeminen on lisännyt henkilökohtaista tietoa ja ymmärrystä tutkimusaiheesta sekä kehittänyt minua tutkijana tässä prosessissa. Tutkimuksen tekeminen alkoi tammikuussa 2012 ja päättyi kesäkuussa 2013.

7.2 Pohdintaa tutkimuksen luotettavuudesta

Hirsjärven ym. (2009, 232–233) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan tavoitella ennen tutkimusta, tutkimuksen aikana ja sen jälkeen. Ennen haastattelututkimusta arvioin kriittisesti useaan kertaan tutkimuksen teoreettista viitekehystä. Teoreettisen viitekehukseen perustuen suunnittelin tutkimuksen haastattelurungon, jossa hahmottelin keskeiset haastatteluteemat. Vastavasti haastattelun aikana kiinnitin huomiota tallentamisvälineisiin, jotta aineiston äänenlaatu on tarpeeksi selkeä. Tallensin haastattelun varmuuden vuoksi kahdella nauhurilla, jotka olin sijoittanut haasteltavien molemmille puolille. Lisäksi tein haastattelupäiväkirjaa, jonka perusteella esitin spontaanisti kaksi lisäkysymystä haastattelutilanteessa.

Kanasen (2008, 88) mukaan litteroinnissa haastattelija kirjoittaa puhtaaksi haastattelun tai esimerkiksi tiettyjä teemoja siitä, jolla hän pyrkii selvittämään aineistosta oleellisen tiedon. Suoritin litteroinnin seuraavien päivien aikana, jolla pyrin osalta varmistamaan aineiston laadun mahdollisimman korkeana. Seuraavaksi aloitin tutkimusaineiston sisällön alustavan jäsentelyn ja järjestyksen, jota voidaan jo pitää laadullisen tutkimuksen merkitysten tulkintana (Hirsjärvi ym. 2009, 11). Tulkinnan näkökulma on mielestäni tärkeä muistaa niin tutkijana kuin tutkimusten lukijana, sillä tutkimustulokset ovat aina yhden tai useamman henkilön asioiden esille tuomista.

Tutkimukseni aineiston analyysin luotettavuuden pyrin takaamaan aineiston ja analyysin sujuvalla vuoropuhelulla suhteessa aiheen teoriaan sekä omiin havaintoihini sekä kokemuksiini. Koen onnistuneeni melko hyvin varsinaisen analyysin tekemisessä, jonka suoritin sisällön analyysin teorian mukaisesti (Dey 1995, 8; Tuomi ym. 2002, 105). Tulokset osiossa esittelen analyysin yhdistäviä luokkia, joista muodostuu myös vastaus tutkimustehtäviini. Tosin vastauksien ja kysymyksien paikkoja oli perusteltua järjestää uudelleen. Kyseinen ilmiö oli myös yksi perusteista, jonka vuoksi päädyin laadulliseen tutkimukseen – ilmiön vähäinen tuntemus (Tuomi 2007, 150; Kananen 2008, 30; Kananen 2011; 36–37).

Toisaalta laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden näkökulmista. Uskottavuus pyrkii varmistamaan, että tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Vahvistettavuus tarkoittaa, että tutkimustulokset perustuvat aineistoon, eivät tutkijan käsityksiin. Refleksiivisyys tarkoittaa, että tutkijan on oltava tietoinen itsestään tutkimuksen tekijänä ja sen vaikutuksista tutkimukseen. Siirrettävyys taas tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin vastaavanlaisiin tutkimuksiin. (Kylmä - Juvakka 2007, 128, 129.)

Tutkimuksen analyyttinen läpinäkyvyys ja tulkintojen ankkuroiminen aineistoon parantavat laadullisen tutkimuksen validiteettia eli laatua (Nikander 2010, 432). Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt korostamaan uskottavuutta tuomalla esille avoimesti ja sellaisenaan tutkittavien mielipiteet ja käsitykset tutkittavasta aiheesta. Lisäksi olen pyrkinyt korostamaan uskottavuutta mahdollisuudella alkuperäisilmaisujen tarkasteluun tutkimuksen liiteosiossa. Vastaavanlaisesti olen toiminut myös pelkistettyjen ilmaisujen ja eri ala- ja yläkategorioiden muodostamisessa. Selkeyden vuoksi analyysiprosessi on kokonaisuudessaan liitteenä. Lisäksi olen pyrkinyt säilyttämään aineiston tutkimuksen tulosten perustana. Tosin omia käsityksiä on ollut paikoitellen haastavaa huomata, koska oma ammatillinen tausta vaikuttaa lähes huomaamattomasti. Tätä virhettä olen pyrkinyt välttämään työn jatkuvalla objektiivisellä tarkastelulla. Tutkimuksen tekijänä olen mielestäni tietoinen omasta kokemattomuudestani tutkijana sekä sen vaikutuksista kokonaisuuksien hallintaan. Toisaalta kokemattomuus voi mielestäni myös edesauttaa tutkimuksen säilymistä tutkimustulosten mukaisena.

Tutkimuksen siirrettävyyttä pohdittaessa tulee huomioida eri sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoitojen erilaisuudet ja poikkeavuudet. Tähän olen pyrkinyt yksityiskohtaisella tiedolla tutkimusaiheesta sekä tärkeistä tekijöistä, jotka tulee ottaa huomioon tutkimusympäristössä. Omassa tutkimuksessa siirrettävyyden näkökulma on osaltaan luotettavuuden kulmakivi. Tähän arvioon päädyin jo teoreettista viitekehystä tehdessäni, sillä Oulun yliopistollinen sairaala, Lapin ja Kainuun keskussairaala toimivat kaikki osin omalla tavallaan ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian järjestämisessä.

Tutkimuksen lähteinä olen pyrkinyt käyttämään koti- ja ulkomaista mahdollisimman uutta kirjallisuutta. Tutkimuksia fysioterapian vaikuttavuudesta löytyi runsaasti, mutta tietoa fysioterapeuttien tehtävänkuvista en löytänyt. Tämän vuoksi jouduin käyttämään julkaisemattomia lähteitä fysioterapeuttien tehtävänkuvien osalta. Toisaalta julkaisemattomat lähteet toimivat mielestäni hyvin tuoreena ja paikallisena tiedonlähteenä. Tehtävänsiirtojen osalta tietoa taas löytyi useista artikkeleista ja aihetta on tutkittu viimeisten vuosien aikana eri puolilla maailmaa, myös ortopedian ja traumatologian näkökulmasta.

7.3 Pohdintaa tutkimuksen etiikasta

Kanasen (2008, 135) mukaan on eettisesti tärkeää selkeästi erotella mikä on omaa tuotosta ja ajattelua ja mikä lainattua. Vastaavasti tutkimuseettisen lautakunnan mukaan (2012) hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon. Olen pyrkinyt avoimesti esittämään lainatut ajatukset asianmukaisilla lähdemerkinnöillä. Tutkimuksen viitekehyksen luomisessa olen käyttänyt useamman kerran julkaisemattomia lähteitä. Myös näissä tapauksissa olen mahdollisimman tarkasti ilmaissut haastateltavan ajatukset ja varmistanut, että tarkoitamme varmasti samaa asiaa. Tarvittaessa olen tarkistanut ilmaisujen merkityksen jälkikäteen.

Tutkijan tulee pyrkiä myös aina totuuteen tutkimuksessaan (Kananen 2008, 133; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tämän pyrkimyksen suhteen olen varsin itsekriittinen, sillä tutkimukseni mahdolliset vaikutukset ulottuvat käytännön potilastyöhön asti. On siis varsin eettistä laadullisen näkökulman lisäksi varmistaa, että tutkimus kokonaisuudessaan on totuuden mukainen. Totuuden mukaisuuteen olen pyrkinyt tutkimuksen aineiston avoimuudella ja luotettavuudella sekä haastateltavien anonyymiudella (Kuula ym. 2010, 446; Tiittula ym. 2005, 17). Lisäksi tutkimukseni eettisyyttä olen pyrkinyt parantamaan avoimella kaikkien tutkimuksessani mukana olleiden henkilöiden kanssa käydylle keskustelulla ja sisällön tarkastelulla. Olen toistanut tämän toiminnan teoreettisen viitekehyksen sekä sisällönanalyysin tekemisen eri vaiheissa. Myös Hirsjärvi ym. (2001, 20) mukaan tärkeimpiä eettisiä periaatteita

ihmisiin kohdistuvassa tutkimuksessa ovat informointiin perustuva tutkimus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys.

Tutkijana olen lupautunut, että hävitän tutkimukseen liittyvän aineiston tutkimuksen valmistuttua, jotta tutkimustietoa ei käytetä sellaisenaan toisiin tutkimuksiin. Tällä varmistan haastateltavien henkilöiden anonyymiyden myös tulevaisuudessa, joka on eettisesti tärkeää ja perusteltua (Ruusuvuori - Tiittula 2005, 41; Kuula 2006, 201–203). Tutkimuksen valmistuttua se tallennetaan ammattikorkeakoulujen sähköiseen verkkokirjastoon, joka on julkinen elektroninen tietokanta.

7.4 Pohdintaa tutkimuksen tekemisestä

Kun mietin tutkimuksen tavoitetta ja tarkoitusta pohdin luonnollisesti myös miten niiden toteutus onnistuisi parhaiten. Päädyin tapaustutkimukseen (case study), koska halusin tutkia ajankohtaista asiaa sen luonnollisessa ympäristössä. Lisäksi varmistin, että voin käyttää haastattelua tiedonkeruumenetelmänä. (Yin 1987, 23; Hirsjärvi - Hurme 2001, 58; Kananen 2008, 84.) Mielestäni onnistuin tutkimuksessa, jossa tarkastelin Kainuun keskussairaalan ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian kehitysnäkökuilma. Tällöin myös tapaustutkimuksen valinta on ainakin osin onnistunut. Myös Kainuun erityispiirteet maantieteellisenä alueena vaikuttivat valintaani, sillä yleistyksiä on haastava tehdä saaduista tuloksista.

Tiedonkeruumenetelmän osalta harkitsin pitkään yksilö- ja ryhmähaastattelun vaihtoehtoja ja seurauksia. Päädyin täsmäryhmähaastatteluun (focus group interview), koska halusin selvittää, minkälaisen yhteisen kannan haastateltavat asiantuntijat muodostivat tähän ajankohtaiseen aiheeseen. Olin myös varsin tietoinen, että haastattelijana minun ohjausvastuu korostuu tällaisessa haastattelussa, koska ryhmädynamiikka vaikuttaa aina tutkimuksen tuloksiin asti. (Hirsjärven ym. 2001, 62–63; Ruusuvuori ym. 2005, 12; Hennink-Hutter-Bailey 2011, 136.) Mielestäni yhteisen mielipiteen kartoittaminen oli erityisen arvokasta, jolloin henkilökohtaiset mielipiteet eivät voi liikaa vaikuttaa tutkimustuloksiin, vaan siitä muodostui yhteinen näkemys. Lisäksi koen

onnistuneeni ainakin kohtalaisesti haastattelijana, sillä haastattelutilanne oli mielestäni luonnollinen, tasapuolinen ja vapautunut. Sitä vastoin haastattelun sopivan ajankohdan löytäminen oli haastavaa, joka on huomioitava erityisesti ryhmähaastattelua tehtäessä. Haastattelun teemojen käyttö tuntui luontevalta jo teoreettista viitekehystä tehtäessä. Tällä varmistin, että haastattelussa on selkeä runko, joskin niiden muotoilu ja järjestys muuttui hivenen haastattelutilanteessa.

Neurokirurgian sekä ortopedian ja traumatologian erikoislääkäriin sekä kirurgiaan erikoistuvan lääkärin valinta haastateltaviksi oli mielestäni onnistunut (ks. Tuomi - Sarajärvi 2002, 88). Haastateltavien valinnalla tavoittelin mahdollisimman laajaa ja syvällistä näkemystä tutkimukseen. Käytännön realiteetit vaikuttivat siihen, etten voinut haastatella useampaa lääkäriä samaan aikaan. Toisaalta pohdin, että toisten lääkäreiden erillisellä haastattelulla en olisi välttämättä saanut arvokasta lisätietoa, sillä toisten lääkäreiden erikoisalat olivat haastateltavien kaltaisia. Lisäksi tutkimukseni työmäärä olisi kasvanut huomattavasti ja tutkimuksen aikataulu olisi todennäköisesti viivästynyt. Myös Eskola ym. (1998, 62–63) puhuvat aineiston kylläntymisestä eli saturaatiosta.

Tutkimusta tehdessäni aiheen rajaus oli paikoitellen haastavaa. Koko ajan pidin mielessäni työn selkeyden ja tietynlaisen yksinkertaisuuden, sillä aiheeseen liittyvää tietoa oli paljon. Tästä syystä en ole tutkimuksessani kiinnittänyt huomiota muun muassa yksityisiin fysioterapiapalveluiden tuottajiin enkä työterveshuoltoon. Työn selkeyden lisäksi perustelen tätä ihmisten tasa-arvon näkökulmasta: kaikilla potilailla ei ole varaa maksaa yksityisen sektorin palveluiden hintaa ja toisaalta kaikki potilaat eivät ole työelämässä (Ylinen 2011, 5-7). Myös Pietilän (2010, 3) mukaan terveyden edistämisen työssä korostetaan, että terveys on tärkeää sekä yksilölle, että yhteiskunnalle. Näin ollen terveys ja sen edistäminen on sekä yksilön, että yhteiskunnan asia, jota lopulta ohjaa ihmisten arvot (Seedhouse 2004, 97).

Tutkimukseni ollessa kesken Kainuun maakunta –kuntayhtymä kokeilu loppui vuoden 2012 lopussa. Vuoden 2013 alusta lähtien alueella on toiminut Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Muutoksen myötä Puolan-

gan kunta tuottaa osan terveydenhuollon palveluista itse. Kuitenkin erikoissairaanhoidon toteutus toteutuu kuitenkin aikaisemmin. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelut 2013.) Tutkimuksen kannalta en nähnyt tarpeelliseksi korostaa tätä muutosta.

7.5 Pohdintaa jatkotutkimusaiheista

Tämän tutkimuksen perusteella Kainuun keskussairaalan ortopedista ja traumatologista polikliinista fysioterapiaa tulee kehittää sekä konservatiivisen fysioterapian, että tehtävänsiirtojen osalta. Jatkotutkimuksessa olisi mielenkiintoista tutkia pohjoisen erityisvastuualueen muita keskussairaaloita. Esimerkiksi Lapin keskussairaalaan voisi tehdä vastaavanlaisen tutkimuksen jo tämän tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen pohjalta.

Toisaalta olisi mielenkiintoista tutkia Oulun yliopistollisen sairaalan käytäntöjä ortopedisen ja traumatologisen polikliinisen fysioterapian osalta. Tutkimuksen perusteella voisi olla mahdollista kehittää sekä määrittää fysioterapian protokollia koko pohjoisen erityisvastuualueen käytäntöinä.

Kainuussa olisi tärkeää jatkaa keskussairaalan erikoissairaanhoidon ja kuntien perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämistä. Tämän vuoksi olisi arvokasta tutkia potilaan hoitoketjun hyödyntämisen mahdollisuuksia eri näkökulmista.

Tulevaisuudessa tulisi myös tutkia miten yksityisen sektorin ortopedinen ja traumatologinen polikliininen fysioterapia soveltuu julkisen sektorin fysioterapiaan ja sen käytäntöihin.

Lisäksi olisi arvokasta kartoittaa asiakkaiden (eri potilasryhmien) kehitysnäkökulmia ortopedisessä ja traumatologisessa polikliinisessä fysioterapiassa

LÄHTEET

- Adams, J. 1976. Outline of orthopaedics. 8. painos. New York: Churchill Livingstone,
- Ahopelto, M. 2011. Uutiskirje. Lokakuu. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Sosiaali- ja terveystoimiala. Osoitteessa http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Artikkelit/Uutiskirje_8_2011_lokakuu/ESHn_kehittaminen_uutiskirje_lokakuu.pdf 24.11.2012
- Ahtonen, R. – Koskinen, T. – Kemppainen, M. – Tolonen, P. 2013. Kainuun kuntien perusterveydenhuollon fysioterapian johtoryhmän haastattelu. 29.8.2012, 3.1.2013
- Alaranta, H. 1995. Tapaturmapotilaan kuntoutus teoksessa traumatologia (toim. Rokkanen, P – Slätis, P. – Alho, A. – Ryöppy, S. – Huittinen, V-M). Helsinki: Kandinaattikustannus.
- Apperley, C. – Ross, E. 1984. Fractures – 2. Physiotherapy and Charts of Fracture Management teoksessa Cash's Textbook of Orthopaedics and Rheumatology for Physiotherapists (toim. Downie, P.). London: Faber and faber.
- Arkela-Kautiainen M. – Ylinen, J. – Arokoski, J. 2009 Fysioterapia teoksessa Fysiatría (toim. Viikari-Juntura, E.). 3., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Atkinson, K. 2005. Decision making and clinical reasoning in orthopedics teoksessa Physiotherapy in orthopaedics. 2nd edition. China: Churchill Livingstone.
- Atkinson, K. 2005. Introduction: How to use this book teoksessa Physiotherapy in orthopaedics. 2nd edition. China: Churchill Livingstone.
- Daker-White, G. – Carr, A. – Harvey, I. – Woolhead, G. – Bannister, G. – Nelson, I. – Kammerling, M. 1999. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. Journal of epidemiology & community health 53, 643–650. Osoitteessa <http://jech.bmj.com/content/53/10/643.short> 26.3.2013.
- Davidila, J. – Turpeinen K. 2012. Lapin keskussairaalan kirurgian poliklinikan fysioterapeutin haastattelu 27.10.2012
- Dey, I. 1995. Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientist. London: Routledge.
- Fomin, K. 2012. Kainuun keskussairaalan fysiatrian poliklinikan osastonhoitajan haastattelu 29.8.2012

- Eskola, J. – Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Hirsjärvi, S. – Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hennink, M. – Hutter, I. – Bailey, A. 2011. Qualitative Research Methods. Cornwall: TJ International Ltd.
- Johnson, G. 1994. Soft tissue mobilisation teoksessa Orthopaedic physical therapy (toim. Donatelli, R. – Wooden, M.). New York: Churchill Livingstone.
- Juvonen, J. 2012. Sairaalasunnittelu etenee Kainuussa. Osoitteessa: http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Artikkelit/Uutiskirje_5_2012/2_Jukka_Juvonen_Sairaalasunnittelu_etenee_Kainuussa.pdf 27.11.2012
- Kainuun kunnat 2009. Osoitteessa http://www.kainuu.fi/index.php?mid=2_18_101&la=fi 27.11.2012
- Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän palvelut 2013. Osoitteessa <http://maakunta.kainuu.fi/index.asp> 27.3.2013
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Yliopistopaino.
- Kananen, J. 2011. Rafting through the thesis process. Step by step guide to thesis research. Tampere: University print – Juvenes print.
- Kannus, P. 2012. Ikääntyminen ja ortopediset ongelmat teoksessa Ortopedia (toim. Kiviranta, I. – Järvinen, M.). Helsinki: Kandinaattikustannus.
- Kukka, A. 2009. Selvitys fysioterapeuttien laajennetuista tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen fysioterapeutit.
- Kennedy, D.M - Robarts, S. – Woodhouse, L. 2010. Patients are satisfied with advance practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiotherapy Canada* 62, (4), 298–305. Osoitteessa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958073/pdf/ptc-62-298.pdf> 4.12.2012.
- Kuntaliitto 2012. Osoitteessa <http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/Sivut/default.aspx> 20.6.2012

- Kuula, A. – Tiitinen, S. 2010. Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö teoksessa Haastattelun analyysi (toim. Ruusuvuori, J. – Nikander, P. - Hyvärinen, M.). Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, J. – Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. – Elo, S. – Pölkki, T. – Kääriäinen, M. – Kanste, O. 2011. Sisälönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148.
- Käypä hoito 2012. Lonkan ja polven nivelrikko. Osoitteessa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054?hakusana=lonkka%20ja%20polvi> 30.4.2013
- Langinen, T. 2011. Tehtävien siirto lääkäreiltä fysioterapeuteille Suomen keskussairaaloissa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Osoitteessa https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36534/Langinen_Tanja.pdf?sequence=1. 23.11.2012
- Lindgren, R. 2012. Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgian poliklinikan osastonhoitajan haastattelu 24.9.2012
- Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti teoksessa Haastattelun analyysi (toim. Ruusuvuori, J. – Nikander, P. - Hyvärinen, M.). Tampere: Vastapaino.
- Nurmela, T. 2007. Haasteellinen yhteistyö teoksessa Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon – selviytymisapua tekonivelpotilaille koko hoitoketjun ajan (toim. Nurmela, T.). Tampere: Juvenes Print.
- Pietilä, A-M 2010. Lukijalle teoksessa terveyden edistäminen: teorioista toimintaan (toim. Pietilä A-M). Helsinki: WSOYpro Oy.
- Pohjolainen, T. 2005. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyys ja kustannukset teoksessa Tules Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (toim. Lindgren, K-A). Helsinki: Duodecim.
- Oldmeadow, L. – Bedi, H. – Burch, H. – Smith, J. – Leahy, E. – Goldwasser, M. 2007. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *The medical journal of Australia* 186, (12), 625–628. Osoitteessa <https://www.mja.com.au/journal/2007/186/12/experienced-physiotherapists-gatekeepers-hospital-orthopaedic-outpatient-care> 26.3.2013
- Rokkanen, P. – Avikainen, V. – Tervo, T. – Hirvensalo, E. – Kallio, P. – Kankare, J. – Kiviranta, I. – Pätiälä, H. 2003. Ortopedia. Käytännön ortopediää. Helsinki: Kandinaattikustannus.

- Ruotsalainen, T. 2013 Kainuun keskussairaalan tekonivelkoordinaattorin haastattelu 24.1.2013
- Ruusuvuori, J. – Tiittula, L. 2005. Johdanto teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus (toim. Ruusuvuori, J. – Tiittula, L). Tampere: Vastapaino.
- Sawka, C. 2010. Clinician's commentary. *Physiotherapy Canada* 62, (4), 306–307. Osoitteessa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2958068/pdf/ptc-62-306.pdf> 5.12.2012
- Seedhouse, D. 2004. *Health promotion. Philosophy, Prejudice and Practice*. 2nd edition. London: Wiley.
- Sparague, R. – McCune, D. 1994. Use of lumbar rotations in the treatment of low back pain teoksessa *Orthopaedic physical therapy* (toim. Donatelli, R. – Wooden, M.). New York: Churchill Livingstone.
- Suomen fysioterapeutit 2013. Polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia. Osoitteessa http://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00001 30.4.2013
- Syvävirta, H. 2012. Kainuun keskussairaalan kirurgian vuodeosaston fysioterapeutin haastattelu 29.8.2012.
- Taskinen, K. 2011. Kainuun terveydenhuollon potilastieto samassa tietojärjestelmässä. Osoitteessa http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Artikkelit/Uutiskirje_6_2011/ptietojarj.pdf 24.11.2012
- Taura-Jokinen, E. 2010. Laajennettu tehtäväkuva haastaa kouluttautumaan. *Suomen Fysioterapeutit* 1/2010, 4-7.
- Teppo, U. 2011. Tehtävänsiirto ortopediltä fysioterapeutille. Polvioireisten potilaiden konservatiivisesta hoidosta saadut kokemukset, palvelujen käyttö ja terveyden osatekijöiden muutokset vuoden seurannassa. Jyväskylän yliopisto. Osoitteessa <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/36917/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-2011110911648.pdf?sequence=1> 4.5.2012
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012. Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/terveydenhuoltolaki/palvelujen_jarjestaminen 15.10.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013: Osoitteessa http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirjeet/thln_uutiskirje/5_2010_1 25.3.2013

- Tiittula, L. – Ruusuvuori, J. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus (toim. Ruusuvuori, J. – Tiittula, L). Tampere: Vastapaino.
- Turunen, V. 2010. Muutoksia työnjaossa. Tehy 29 (2), 34 - 37.
- Talvitie, U. – Karppi, S-L. – Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. – Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Osoitteessa
http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html.
26.3.2013.
- Yin, R.K. 1987. Case study research. Design and methods. Beverly hills: Sage Publications.
- Ylinen, J. 2011. TULE-sairauksien kuntoutus julkisella sektorilla. Osa kunnista viittaa kintaalla hoitotakuulle. Suomen Fysioterapeutit 4/2011, 5-7.

LIITTEET

Taulukko 4: Päädiagnoosit	Liite 1
Opinnäytetyön lupahakemus ja sopimus	Liite 2
Tutkimuksen viitekehysten kartoittavat kysymykset	Liite 3
Tutkimuksen teemahaastattelu ja sen analysointi	Liite 4

Liite 1

Taulukko 4: Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikan lääkäreiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien päädiagnoosit olkapään, lanneselän, polven (pois lukien kulumasairaudet) ja jalkaterän osalta, aikavälillä 1.1.–5.11.2012.

Kohde	DG:
Olkapää, yhteensä 620 käyntiä	M75.1 Kiertäjäkalvosinoireyhtymä M75.4 Olkapään pinneoireyhtymä S42.2 Olkaluun yläosan murtuma S46.0 Kiertäjäkalvosimeen (rotator cuff) kuuluvan jänteen vamma olkapäässä S43.0 Olkanivelen sijoiltaanmeno M75.0 Olkanivelen kiinnikkeinen nivelpussin tulehdus
Lanneselkä, yhteensä 404 lääkärikäyntiä	M48.0 Selkäranganakanavan ahtaus M51.9 Määrittämätön välilevysairaus M51.1 Nikamavälilevysairaus ja hermojuurioireisto M51.1 Nikamavälilevysairauden aiheuttama iskiaskipu
Polvi, yhteensä 199 lääkärikäyntiä	M23.9 Määrittämätön polvinivelen sisäinen vamma S82.0 Polvilumpion murtuma M22.0 Toistuva polvilumpion sijoiltaanmeno S83.5 Polven eturistiteen/takaristiteen katkeaminen
Jalkaterä, yhteensä 450 lääkärikäyntiä	M20.4 Vasaravarvas M20.1 (Hankinnainen) vaivaisenluu S82.6 Ulkokehräksen murtuma S86.0 Kantajänteen (akillesjänteen) vamma M21.4 Hankinnainen lattajalka S92.3 Yhden tai usean jalkapöydänluun murtuma

Liite 2



Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Sosiaali- ja terveystoimi

HAKEMUS / LUPA

**Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle/
hoitotieteelliselle tutkimukselle**

00.00.0000

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet	Osoite	Puhelin
Joonas Vartio	Sudenpolku 10 A 2 87300 Kajaani	040 771 4606
Oppilaitos Rovaniemen ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma /suuntautumisvaihtoehto Terveystieteiden edistäminen, 90 op, Ylempi (AMK)	
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikan ortopedisten- ja traumatologisten potilaiden fysioterapian tarveanalyysi ja työnjaon tarkoituksenmukaisuuden tarkastelu		
Mihin tulosalueen/ vastualueen/ yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy Operatiivinen vastualue/kirurgia		
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Fysioterapian tarveanalyysi Työnjaon tarkoituksenmukaisuus: Lääkäri, fysioterapeutti Potilaan terveyden edistäminen ja taloudellisuus		
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Aihe: helmikuu 2012, Idea: huhtikuu 2012 Suunnitelma: syys-lokakuu 2012 Tutkimus: tammikuu 2013, Analysoint helmikuu 2012. Viimeistely: maaliskuu 2013		
Kustannuksista vastaa		(pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> Opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> Tulosalue /vastuualue/ tulosyksikkö, josta sovittu kanssa		
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi		Raportoinnin ajankohta
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö toimitetaan ylihoitajalle <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä pidetään osastokokous <input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä		
Työryhmä		
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
<i>Rovaniemi</i>	<i>Kaisa Järpeänmies</i> <i>Kainuun Terveystieteiden FT, KLTH</i>	<i>040 841 7856</i>
Yksikkö / terveysasema	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin
	<i>Marjo Huovinen-Tervolle</i>	<i>044 797 4075</i>
Pvm ja allekirjoitus (hakija / hakijat)		

Päätös



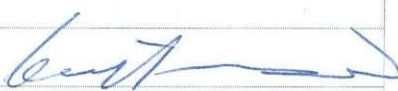
- Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään hakemuksen mukaisesti
- Hakemus palautetaan täydennettäväksi seuraavin muutoksin (lisätilaa kääntöpuolella)
- Hakemus hylätään, miksi _____
- Ei Johtoryhmäkäsittelyä Anomus hyväksytty johtoryhmässä Anomus hylätty johtoryhmässä

Pvm ja allekirjoitus

25/5.12 *Marjo Huovinen-Tervolle*, hall. yh

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään tulosyksikön osastonhoitajalle ja hallintoylihoitaja Marjo Huovinen-Tervolle (Urho Kekkosenkatu 2-4, 87100 Kajaani)

Liite I Opinnäytetyösopimus
Opinnäytetyön aihe

Opiskelija		
Opiskelijan etu- ja sukunimi Joonas Vartio	Opiskelijanumero 1200173	Puhelin 040 771 4606
Osoite Sudenpolku 10 A 2 87300 Kajaani		Sähköposti joonas.vartio@gmail.com
Koulutusohjelma ja suuntautumisvaihtoehto Terveystieteiden edistäminen (ylempi AMK)		
Opinnäytetyön toimeksiantaja		
Yrityksen/Työyhteisön nimi Kainuun keskussairaala, kirurgian polikliniikka		
Opinnäytetyölle nimetyn toimeksiantajaa edustavan ohjaajan yhteystiedot		
Nimi Maarit Lemonen	Osoite	
Puhelin 044 797 4075	Sähköposti maarit.lemonen@kainuu.fi	
Opinnäytetyöstä aiheutuvien kustannusten korvaaminen opinnäytetyön tekijälle (mitä, miten): -		
Mahdollinen korvaus RAMKille (mitä, miten): -		
Opinnäytetyön tavoite ja tavoiteltava hyöty: Kainuun keskussairaalamme kirurgian polikliniikan pedisten ja traumaattologisten potilaiden fysioterapian tarveanalyysi ja työnjaon tarkoituksen mukaisesti on tarkasteltu		
Opinnäytetyön ohjaava opettaja (RAMK)		
Nimi	Osoite	
Puhelin	Sähköposti	
Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, nämä sijoitetaan varsinaisesta työstä erilliseen tausta-aineistoon. Tämä tausta-aineisto jää toimeksiantajalle. Tausta-aineistoa säilytetään RAMK:n koulutusohjelmassa 6 kk opinnäytetyön arvioinnista, minkä jälkeen se tuhoetaan, ellei toimeksiantajan kanssa ole muuta sovittu. Tekijänoikeuksista on sovittava kirjallisesti erikseen.		
Sovimme seuraavaa mahdollisesta luottamuksellisesta tausta-aineistosta		
Kyllä <input type="checkbox"/> opinnäytetyö sisältää luottamuksellista tietoa		
Opinnäytetyön toimeksiantajana pyydän, että seuraavassa perusteltu ja tarkennettu opinnäytetyön tausta-aineisto käsitellään luottamuksellisena, eikä sitä julkaista valmiissa opinnäytetyössä.		
Allekirjoitukset		
Paikka ja aika Kajaani 25.5.2012		
 Työn toimeksiantajan edustaja	 Opiskelija	 RAMK:n koulutusohjelman edustaja / ohjaava opettaja

Tutkimuksen viitekehyksen kartoittavat kysymykset

1. Millaisia ortopedisia ja traumatologisia kontrollikäytäntöjä fysioterapeutilla on kirurgian poliklinikalla eri potilasryhmille?
2. Millaisia ortopedisia ja traumatologisia kontrollikäytäntöjä lääkäriellä on samoille potilasryhmille?

Sekä lisäkysymys Kainuussa

3. Miten kehittäisitte julkisen sektorin ortopedista ja traumatologista poliklinista fysioterapiaa Kainuussa?

Liite 4

Tutkimuksen teemahaastattelu ja sen analysointi

1. Millainen **tehtävänkuva** fysioterapeutille muodostuisi?

1.1 Onko Oulun yliopistollisen sairaalan (taulukko 1) ja Lapin keskussairaalan polikliinisen (taulukko 2) fysioterapeutin tehtävänkuviissa asioita, joita tulisi kehittää myös Kainuun keskussairaalan (taulukko 3) ortopedisessa ja traumatologisessa polikliinisessä fysioterapiassa?

Taulukko 5: 1.1. kysymyksen redusointi ja klusterointi.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>"Oys:n kirurgian poliklinikalla on jatkuvasti paikalla fysioterapeutit."</i>	Oulussa Fysioterapeutti paikalla poliklinikalla	Fysioterapeutti paikalla
<i>"Esimerkiksi traumapolia pidettäessä fysioterapeutti on lääkärin kanssa samassa huoneessa ja vaikkapa kipsinpoiston jälkeen katsotaan, että ranteen asento on hyvä ja aloitetaan fysioterapia."</i>	Oulussa lääkäri ja fysioterapeutti samassa huoneessa	Työnjako
<i>"Fysioterapeutti voi antaa potilaalle strukturoidut ohjeet mukaan ja näyttää miten liikkeet tehdään. Tämä helpottaa huomattavasti lääkärin käytännön työtä ja potilaiden läpivienti aika on melko lyhyt."</i>	Fysioterapia helpottaa lääkärin polikliinista työtä Oulussa	Työnjako
<i>"Tällä hetkellä täällä ei ole fysioterapeuttia joten lääkäri sanoo minkä tyyppisiä liikkeitä kannat-</i>	Kajaanissa fysioterapeutti ei ole paikalla poliklinikalla	Ei fysioterapeuttia

<p><i>taa ruveta tekemään.</i></p> <p><i>”Lääkäri antaa potilaalle fysioterapialähetteen ja sanoo, että mene jonnekin, en osaa sanoa mikä on paras paikka, niin olo on vähän orpo.</i></p> <p><i>” No nimenomaan se on hankalaa, että sitä fysioterapeuttia ei ole siellä polilla.”</i></p>	<p>Kajaanissa fysioterapia ei toteudu poliklininisesti</p> <p>Kajaanissa fysioterapeutti ei ole paikalla poliklinikalla</p>	<p>Ei työnjakoa</p> <p>Ei fysioterapeuttia</p>
---	---	--

Taulukko 6: 1.1 kysymyksen abstrahointi.

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Fysioterapeutti paikalla Yhteistyö Työnjako	Systemaattinen fysioterapia	Fysioterapian suunnitelmallisuus
Ei fysioterapeuttia Ei työnjakoa	Sattumanvarainen fysioterapia	

1.2 Kainuun keskussairaalan kirurgian poliklinikan lääkäreiden tuki- ja liikuntaelinsairauksien päädiagnooseihin perustuen (taulukko 4), onko jokin potilasryhmä, joiden fysioterapiaa tulisi toteuttaa keskussairaalassa?

Taulukko 7: 1.2 kysymyksen redusointi ja klusterointi.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p><i>” Olkapääpotilaat, koska ensin pitäis ainaki puolivuotta toteuttaa aktiivisesti fysioterapiaa degeneratiivisessa olkapää ongelmassa, ennen kuin lähetään harkitsemaankaan operatiivista hoitoa. Tällä hetkellä käytännön ko-</i></p>	<p>Degeneratiiviset olkapääpotilaat tarvitsevat aktiivista fysioterapiaa ainakin ½ vuotta</p>	<p>Olkapään fysioterapia</p>

<p><i>kemus on se, että se ei toteudu kunnolla.”</i></p> <p><i>”Hyvin helposti se potilas tulee kirurgian poliklinikan vastaanotolle ja sitten kysytään ootko tehnyt yhteistyötä fysioterapeutin kanssa. Kyllä mää oon käyny fysioterapiassa kaks kertaa siitä ei ollut mitään hyötyä. No mitä siellä tehtiin? No oli akupunktiota ja sitten hierontaa. Ja siinä kuitenkin ollaan ainakin mun käsityksen mukaan aika lähellä nollaa siinä vaikuttavuudessa jos aletaan hoitaa degeneratiivista olkaongelmaa akupunktiolla ja hieronnalla.</i></p> <p><i>”Kaikista paras protokolla olisi jos se fysioterapia toteutetaan avoterveydenhuollon puolella tai sitten täällä meillä kirurgian polilla. Tämmönen aktiivinen kiertäjäkalvosimen pikkulihaksia vahvistava ohjelma, johon ne potilaat saataisiin sitoutettua. Tällä tavoin lääkärillä säilyisi kokonaisnäkemys miten kuntoutus on toteutunut.</i></p> <p><i>” Osa potilaista on käynyt pari kertaa fysioterapiassa ja sillon on usein annettu kivun hoitoja, eikä liikehoitoja. Usein he ovatkin kokeneet, etteivät ole pystyneet</i></p>	<p>Degeneratiivisen olkaongelman fysioterapian toteutuminen ennen kirurgian poliklinikan vastaanottoa</p> <p>Aktiivisen fysioterapian toteutus avoterveydenhuollossa tai kirurgian poliklinikalla</p> <p>Liikehoidon merkitys olkapään fysioterapiassa</p>	<p>Olkapään fysioterapia</p> <p>Julkisen sektorin fysioterapia</p> <p>Olkapään fysioterapia</p>
--	--	---

<p><i>kuntouttamaan kun se olkapää on niin kipeä. Siihen, kannustavampaa otetta enemmän ja potilasohjetta, että se kipu ei välttämättä ole este sille kuntoutukselle.</i></p> <p><i>”Ja mä kuitenkin uskon, että tehokkaalla fysioterapialla me pystytään välttämään joitakin acromioplastioita, jopa tällaisia acromioplastioita, joihin yhdistetään sitten kiertäjäkalvosimen ompelu. Etenkin kun tällä hetkellä kiertäjäkalvosimen ompeluun yhdistetyllä acromioplastilla ei oo oikein hyvää näyttöä.”</i></p> <p><i>”Mää uskon, että fysioterapautilla olisi paljon annettavaa siinä vaiheessa kun lanneselkäpotilaat tulevat postoperatiivisiin kontroleihin. Voitas jopa tehdä sillä tavalla, että tämmöset rutiinomaiset kontrollit kuten tekonivelillä tällä hetkellä on siirretty fysioterapeutille, niin siirrettäs niitä perus selkäkontrolleita fysioterapeutille, jollonka sitte pystyttäs antaa ne liikkeistysohjeet.</i></p> <p><i>”Tärkeimmät on se olkapää ja polvi ja jonkin verran nilkkojen ulkokehräksien murtumia etenki työikäiselle väestölle.”</i></p>	<p>Tehokkaalla fysioterapialla voidaan vähentää acromioplastiaoperaatioita</p> <p>Lanneselän leikkauksen jälkeisissä kontroleissa voisi hyödyntää nykyistä enemmän fysioterapeutin osaamista</p> <p>Tärkeimmät ovat olkapää, polvi ja nilkka</p>	<p>Olkapään fysioterapia</p> <p>Lanneselän leikkauksen jälkeinen fysioterapia</p> <p>Olkapään, polven ja nilkan</p>
---	--	---

		fysioterapia
--	--	--------------

Taulukko 8: 1.2 kysymyksen abstrahointi.

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Olkapään fysioterapia Olkapään, polven ja nilkan fysioterapia	Olkapää, polvi ja Nilkka	Yhteistyössä olkapää-, lanneselkä-, polvi- ja nilkkapotilaita
Julkisen sektorin fysioterapia	Yhteistyö	
Lanneselän leikkauksen jälkeinen fysioterapia	Lanneselkä	

1.3 Onko jokin potilasryhmä potilasdiagnoositilastojen (taulukko 4) ulkopuolelta, joiden fysioterapia tulisi toteuttaa keskussairaalassa?

Taulukko 9: 1.3 kysymyksen redusointi ja klusterointi.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>”Käden extensorivammat ja luiden murtumien kuntoutus. Heiläkin on yleensä se nivelten liikkuvuusongelma ja extensorijänteen problematiikka. Fleksori-jänteiden kuntoutus meillä ilmeisesti toimii melko hyvin toimintaterapeutin toimesta.”</i>	Käden jännevammojen ja luiden murtumien jälkitilat	Käden fysioterapia
<i>”Jalkaterä on mun mielestä selanen, että jos me pystytään konservatiivisesti nää peroneuseharjoitteet ohjaaman ja akillesjännevenyttelyt, gastrognemiusvenyttelyt tehokkaasti, niin</i>	Venytysharjoitteet ratkaisevat osan jalkaterän ongelmista	Jalkaterän fysioterapia

<i>pelkästään joitakin ongelmia pystytään ratkaisemaan.</i>		
---	--	--

Taulukko 10: 1.3 kysymyksen abstrahointi.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Käden fysioterapia	Käsi	Käsi- ja jalkateräpotilaita
Jalkaterän fysioterapia	Jalkaterä	

1.4 Miten polikliinisen fysioterapian kehittäminen tulisi toteuttaa mainituissa tapauksissa?

Taulukko 11: 1.4 kysymyksen redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>"Kirjalliset ja kuvalliset hoito-ohjeet riittävän yksinkertaiset, joita potilas pystyy yhdenkin ohjauksen jälkeen toteuttamaan kotona."</i>	Potilaan kotiharjoitteiden ohjaus	Strukturoidut harjoitteet
<i>"Monihan näistä polvi- ja olkapääongelmista ovat sellaisia, että ne tarvitsevat jatkuvan seurannan."</i>	Polvi- ja olkapääongelmien seuranta	Fysioterapiasuunnitelma
<i>"Nilkkatrauman, kädentrauman tai vaikka rannemurtuman liikkeen ja ohjeistuksen ja kannustuksen vähän siihen suuntaan, ettei sitä arkailis käyttää sitä kättä tai nilkkaa."</i>	Nilkka- ja kädentrauman sekä rannemurtuman ohjaus	Strukturoidut harjoitteet

<p><i>”Heille ehkä riittäis se yksi ohjeistus ja sitte vähä fysioterapia harkinnan mukaan joko soittoaika tai käyntiaika.”</i></p>	Ohjeistus ja soitto- tai käyntiaika	Perusteltu päätöksenteko
<p><i>” Monihan näistä on myös sellaisia, jotka tarvitsevat vähän pitempää fysioterapiaa muutenkin.”</i></p>	Pitempää fysioterapiaa	Fysioterapia-suunnitelma
<p><i>”Tehtävänkuva tulisi todennäköisesti olemaan hyvin paljon tällanen ohjaava ja se tulisi olemaan myös verrattavan itsenäinen.”</i></p>	Ohjaava ja itsenäinen tehtävänkuva	Perusteltu päätöksenteko
<p><i>”Jatkuvasti ajattelemaan milloin tämä pysyy mulla näpeissä ja milloin joutuu konsultoimaan lääkäriä.”</i></p>	Lääkäriin konsultointi	Konsultointimahdollisuus

Taulukko: 12 1.4 kysymyksen abstrahointi.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Strukturoidut harjoitteet Fysioterapiasuunnitelma	Ammatillinen osaaminen	Potilasturvallisuus ja työn laatu
Perusteltu päätöksenteko	Potilasturvallisuus	
Konsultointimahdollisuus		

Taulukko: 13 1.kysymyksen abstrahoinnin yhdistävä luokka

Yläluokka	Päälouokka	Yhdistävä luokka
Systemaattinen fysio-	Fysioterapian suunnitelmallisuus	Potilasturvallinen, suunnitelmallinen

rapia Sattumanvarainen fy- sioterapia		ja laadukas fy- sioterapia sisältä- en useita potilas- ryhmiä
Yhteistyö Lanneselkä Olkapää, polvi ja nilkka	Yhteistyössä olkapää-, lanneselkä-, polvi- ja nilkkapotilaita	
Käsi Jalkaterä	Käsi- ja jalkateräpoti- laita	
Ammatillinen osaaminen Potilasturvallisuus	Potilasturvallisuus ja työn laatu	

2. Millainen tarve olisi laajennetulle **tehtävänkuvalle** tai **tehtävänsiirrolle**?

2.1 Onko Oulun yliopistollisen sairaalan (taulukko 1), Lapin keskussairaalan (taulukko 2) tai Kainuun Keskussairaalan (taulukko 3 ja 4) lääkäreiden tehtävissä asioita, joita fysioterapeutti voisi tehdä?

Taulukko 14: 2.1 kysymyksen redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>"Selkä- ja olkapotilaiden postoperatiiviset kliiniset kontrollit, joihin ei liity kuvantamisia ja joiden suurin merkitys on varmistaa, että toipuminen on sujunut toivotulla tavalla."</i>	Selkä- ja olkapotilaiden postoperatiiviset kliiniset kontrollit ilman kuvantamisia	Selkä- ja olkapotilaiden leikkauksen jälkeiset kliiniset kontrollit
<i>"Jalkaterän osalta niihin liittyy melko usein tällainen luutumisen varmistaminen tai piikkien poisto ja joku muu ja se on kontrolli jota ei voi siirtää."</i>	Jalkaterän kontroleita ei voi siirtää	Ei jalkaterän kontroleita
<i>"No osallahan näistä on se ongelma, että he ovat olleet työkyvyttömiä sen vaivan vuoksi ja sitä ei voi sinänsä ryhmänä siirtää"</i>	Työkyvyttömiä ei voi siirtää	Ei Työkyvyttömyyden arvioita

<p><i>”Olkapää potilas kävis fysioterapeutin vastaanotolla etukäteen. Se vois olla apuna ja tukena arvioitaessa sitä työkykyä sitte ja miten toimintakyky on parantunut toimenpiteen jälkeen.”</i></p>	<p>Työ- ja toimintakyky</p>	<p>Tukena olkapääpotilaan toimintakykyarviossa</p>
--	-----------------------------	--

Taulukko 15: 2.1 kysymyksen abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>Selkä- ja olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeiset kontrollit</p> <p>Tukena olkapääpotilaan toimintakykyarviossa</p>	<p>Olkapään Toimintakykyarvioita sekä selkä- ja olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeisiä kontroleja</p>	<p>Selkä- ja olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeisiä kontroleja sekä osittain olkapääpotilaiden toimintakykyarvioita</p>
<p>Ei jalkaterän kontroleita</p> <p>Ei työkyvyttömyyden arvioita</p>	<p>Ei jalkaterän kontroleita eikä työkyvyttömyyden arvioita</p>	

2.2 Mitä mahdollisuuksia laajennettuun tehtävänkuvaan ja tehtävänsiirtoon mahdollisesti liittyisi?

Taulukko 16: 2.2 kysymyksen redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p><i>”Tehtävänsiirron hyöty tulisi enemmän sille potilaalle. Kainuussakin fysioterapia-ajat on vähä kortilla, potilas sais mahdollisimman nopeesti sen mahdollisimman hyvän ohjeistuksen siihen toipumiseen.”</i></p>	<p>Potilaan hyöty nopeasta ohjauksesta</p>	<p>Potilaan hyöty</p>

<p><i>"Mä uskon että säästöt tulee lähinnä siitä, että se operatiivinen hoito joitenkin potilaiden kohdalla pystytään välttämään hoitamalla se asia konservatiivisesti.</i></p>	<p>Joidenkin potilaiden kohdalla voidaan välttää leikkaus</p>	<p>Leikkaushoidon välttäminen</p>
<p><i>"Konservatiivinen hoito on tehokkaastikin toteutettuna niin paljon halvempaa kuin leikkaushoito."</i></p>	<p>Konservatiivinen hoito halvempaa kuin leikkaushoito</p>	<p>Taloudelliset säästöt</p>
<p><i>"Koska resurssit ovat niukat, niin todennäköisesti ensikäynti tulisi olemaan fysioterapeutilla ja se fysioterapeutti saamiensa ohjeiden perusteella suunnittelisi sen konservatiivisen hoidon. "</i></p>	<p>Ohjeiden perusteella fysioterapeutti voisi suunnitella konservatiivisen hoidon</p>	<p>Lääkärin hyöty, potilaan hyöty, leikkauksen välttäminen</p>
<p><i>"Fysioterapiakäynnistä, joka on strukturoitu auttaa meitä arvioimaan tuloksia ja indikaatio asetteluja, että millä me sitte lähetään tekemään."</i></p>	<p>Strukturoitu fysioterapia auttaa lääkäriä</p>	<p>Lääkärin hyöty</p>
<p><i>"Lääkärille hyötyä kokonaiskuvan hahmottamisessa ja potilaan tilannetta arvioitaessa."</i></p>	<p>Lääkärille hyötyä potilaan tilannetta arvioitaessa</p>	<p>Lääkärin hyöty, potilaan hyöty</p>

Taulukko 17: 2.2 kysymyksen abstrahoinnin pääluokitus

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Potilaan hyöty Lääkärin hyöty</p>	<p>Potilaan ja lääkärin hyöty</p>	<p>Potilaan ja lääkärin hyöty sekä taloudelliset säästöt</p>
<p>Leikkaushoidon välttäminen Taloudelliset säästöt</p>	<p>Taloudelliset säästöt leikkaushoidon välttämisellä</p>	

2.3 Mitä mahdollisia riskejä laajennettuun tehtävänkuvaan ja tehtävänsiirtoon liittyisi?

Taulukko 18: 2.3 kysymyksen redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<i>"No tietysti aina riippuu hirveän paljon se onnistuminen, siitä että millainen tyyppi on siihen saatu palkattua."</i>	Millainen tyyppi palkataan	Henkilökohtaiset ominaisuudet
<i>"Kun puhutaan ammattiryhmästä, ei oikeestaan tiedä sen tittelinimikkeen perusteella mitä saa."</i>	Tittelin perusteella ei tiedä	Henkilökohtaiset ominaisuudet
<i>"Ratkaisevaa on miten yhteistyö toimii fysioterapeutin ja kirurgin välillä"</i>	Kirurgin ja fysioterapeutin yhteistyö	Yhteistyön toimiminen
<i>"Riski on, että yhteistyö ei toimi."</i>	Yhteistyö ei toimi	Toimimaton yhteistyö

Taulukko 19: 2.3 kysymyksen abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka
Yhteistyön toimiminen Toimimaton yhteistyö Henkilökohtaiset ominaisuudet	Yhteistyön onnistuminen

2.4 Miten mahdollinen laajennettu tehtävänkuva tai tehtävänsiirto tulisi toteuttaa ja miten sen arviointia seurattaisiin?

Taulukko 20: 2.4 kysymyksen redusointi ja klusterointi

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p><i>"Kuinka monta prosenttia meille lähetetyistä esimerkiksi olkapää potilaista päätyy leikkaushoitoon. Mitä pienempi se prosentti on, niin voidaan sanoa, että sitä vähäisemmät on meidän hoitokustannukset näin karkealla tasolla."</i></p>	<p>Leikkaushoito-prosentti vaikuttaa hoitokustannuksiin</p>	<p>Potilastilastot</p>
<p><i>"Hoidon laatua mitattaessa se ongelma on se, että me ei tiedetä tällä hetkellä mikä se meidän hoidon laatu on."</i></p>	<p>Ei tiedetä hoidonlaatua</p>	<p>Hoidonlaadun seuranta</p>
<p><i>"Meillä ei ole olkapisteytyksiä potilasta siinä kun se potilas meille tulee, eikä siinä vaiheessa kun meillä se hoito päättyy."</i></p>	<p>Ei pisteytyksiä alussa eikä lopussa</p>	<p>Potilaiden pisteytys</p>
<p><i>"Kun leikkaushoito päättyy tai lopetetaan kontrollit."</i></p>	<p>Leikkaushoito ja kontrollit</p>	<p>Potilaiden pisteytys</p>
<p><i>"Implant dp tyyppinen järjestelmä auttaisi arvioimaan meidän hoidon tasoa eri tavalla kun mitä me tällä hetkellä pystytään."</i></p>	<p>Hoidon arviointijärjestelmä</p>	<p>Tietojärjestelmä</p>
<p><i>"Tarvittaessa ohjelmaan voidaan valita erilaisia pisteytyksiä."</i></p>	<p>Eri pisteytykset ohjelmassa</p>	<p>Tietojärjestelmän sovellettavuus</p>
<p><i>"Pisteytykset kun potilas tulee ja silloin kun potilas lopettaa olemasta meidän erikoissairanhoidon piirissä."</i></p>	<p>Pisteytykset erikoissairanhoidossa</p>	<p>Potilaiden pisteytys</p>
<p><i>"Tärkeintä on, että tieto on helposti</i></p>		

<i>ulos saatavissa.”</i>	Tiedonsaannin helppous	Tietojärjestelmä
--------------------------	---------------------------	------------------

Taulukko 21: 2.4 abstrahointi

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Potilastilastot Hoidonlaadun seuranta Potilaiden pisteytys	Tilastoinnilla, seurannalla ja potilaiden pisteytyksellä	Tietojärjestelmä tilastoinnissa, seurannassa ja potilaiden pisteytyksessä
Tietojärjestelmä Tietojärjestelmän sovellettavuus	Tietojärjestelmän sovelluksilla	

Taulukko 22: 2.kysymyksen abstrahoinnin yhdistävä luokka

Pääloukka	Yhdistävä luokka
Selkä- ja olkapääpotilaiden leikkauksen jälkeisiä kontroleja sekä osittain olkapääpotilaiden toimintakykyarvioita	Selkä- ja olkapääpotilaiden sovitut kontrollit hyödyttävät sekä lääkäreitä että potilaita, kun tietojärjestelmää kehitetään
Potilaan ja lääkärin hyöty sekä taloudelliset säästöt	
Tietojärjestelmä tilastoinnissa, seurannassa ja potilaiden pisteytyksessä	