

# **Suoravastaanoton fysioterapeuttien koke- muksia kliinisten mittareiden käytöstä Päijät- Hämeen hyvinvointialueella**

LAB-ammattikorkeakoulu  
Fysioterapeutti (YAMK)  
Sosiaali- ja terveysalan digiasiantuntija  
2023  
Noora Koskinen

## Tiivistelmä

Tekijä Noora Koskinen	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 62	Valmistumisaika 2023
Työn nimi <b>Suoravastaanoton fysioterapeuttien kokemuksia kliinisten mittareiden käytöstä Päijät-Hämeen hyvinvointialueella</b>		
Tutkinto ja koulutusala Fysioterapeutti (YAMK), sosiaali- ja terveystieteiden digiasiantuntija		
Toimeksiantajaorganisaatio Päijät-Hämeen hyvinvointialue, aikuisten kuntoutus		
Tiivistelmä <p>Laadullisen soveltavan tutkimuksen yhteistyökumppanina toimi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutus. Tarkoituksena oli selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä. Mittareita olivat kipujanat VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numerical Rating Scale), käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilaskohtainen toiminnallinen asteikko) sekä red flags -oireisto. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää rakenteista kirjaamista, vahvistaa mittareiden käyttöä asiakasta tutkittaessa ja mittareiden kirjaamista rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Ammattilaisen tulee ymmärtää yksittäisen kirjauksen vaikutukset tilastointiin, johtamiseen ja tutkimus- ja kehittämistyöhön. Rakenteisesta kirjaamisesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää tietojohtamisen avulla toiminnan kehittämisessä, päätöksenteon tukena ja resurssien kohdentamisessa. Tutkimusaineisto kerättiin kahden fokusryhmähaastattelun avulla ja analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia.</p> <p>Tulosten mukaan mittareiden käytön hyötyjä olivat niiden rakenteinen kirjaaminen, kuntoutuksen seuranta ja tavoitteenasettelu sekä toimintatapojen yhtenäistyminen asiakasta tutkittaessa ja kirjaamisen osalta. Haasteita mittareiden käytölle aiheuttivat potilastietojärjestelmän tekniset rajoitteet, mittareiden käytön muistaminen ja mittareiden sisältö. Ammattilaisten osaamisen varmistamisessa voidaan hyödyntää mittareiden käytöstä saatavaa tietoa esihenkilön työpöytä -seurantajärjestelmästä sekä tietojohtamista. Myös tulosten perusteella laadittujen kehittämissuositusten mukaan tärkeimmäksi nousi kertauskoulutus, jolla voidaan tukea mittareiden käyttöön liittyvää osaamisen varmistamista.</p>		
Asiasanat fysioterapeutin suoravastaanotto, kliininen mittari, osaamisen varmistaminen, rakenteinen kirjaaminen, tiedolla johtaminen		

## Abstract

Author Noora Koskinen	Type of Publication Master's Thesis	Published 2023
	Number of Pages 62	
Title of Publication <b>Experiences of direct access physiotherapists on the use of clinical measures in the wellbeing services county of Päijät-Häme</b>		
Degree, Field of Study Master of Health care, Digital expert of Social and Health Care Services		
Organisation of the client (if the thesis work is commissioned by another party) Wellbeing services county of Päijät-Häme, adults rehabilitation unit		
<p>Abstract</p> <p>The client for this qualitative applied research was the Wellbeing services county of Päijät-Häme adults rehabilitation unit. The aim was to explore the experiences of physiotherapists working in direct access settings and using measures such as VAS (Visual Analogue Scale), NRS (Numeral Rating Scale), grip strength, STarT Back questionnaire, Örebro pain questionnaire, PSFS (patient-specific functional scale) and red flags symptoms in client work and the electronic patient record system. The research aimed to promote structured documentation, enhanced use of measures during client assessments, and structural measure documentation in the electronic patient record system. The professional must understand the effects of a single entry on statistics, management and research and development work. The information obtained from structured documentation can be used with the help of information management in the development of operations, as a support for decision-making and in resource allocation. The research material was collected by a focus group interview and analyzed by inductive content analysis.</p> <p>The results indicate that the measures offer advantages, such as structured documentation, enhanced rehabilitation monitoring, enhanced goal setting, and standardized practices in client assessments and documentation. Challenges related to measure usage were identified as technical limitations of the electronic patient record system, remembering the use of measures, and lack of understanding of the measure content. Based on the findings, physiotherapists' competence related to these measures can be supported by training.</p>		
<p>Keywords</p> <p>direct access to physiotherapy, clinical measure, competence assurance, structured documentation, knowledge management</p>		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Yhteistyökumppanin ja lähtötilanteen kuvaus.....	3
3	Rakenteinen kirjaaminen .....	6
3.1	Kirjaaminen terveydenhuollossa .....	6
3.2	Rakenteisen kirjaamisen hyödyt .....	9
4	Fysioterapian suoravastaanotto ja toimintakykymittarit .....	12
4.1	Fysioterapian suoravastaanoton hyvät kokemukset.....	12
4.2	Suoravastaanoton kliiniset mittarit.....	14
4.3	Toimintakyvyn arvioiminen.....	21
5	Tiedolla johtaminen.....	25
6	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	27
7	Tutkimuksen toteutus.....	28
7.1	Soveltava tutkimus.....	28
7.2	Aineiston keruu .....	28
7.3	Aineiston analyysi.....	30
8	Tulokset.....	33
8.1	Fysioterapeuttien käyttämät mittarit .....	33
8.2	Mittareiden hyödyt ja motivaatio niiden käyttöön .....	36
8.3	Haasteet mittareiden käytölle ja osaamisen kehittäminen .....	38
9	Kehittämis ehdotukset aikuisten kuntoutukselle .....	42
10	Pohdinta ja arviointi .....	44
10.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	44
10.2	Luotettavuuden tarkastelu ja eettisyys .....	48
10.3	Jatkotutkimusehdotukset .....	50
	Lähteet.....	51
	Liite 1. Tutkimuslupa	
	Liite 2. Tietosuojailmoitus	
	Liite 3. Saatekirje	
	Liite 4. Fokusryhmähaastattelun runko ja teemat	

## 1 Johdanto

Kuntoutusjärjestelmää on uudistettu vuodesta 2016 saakka, jolloin sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö asetti parlamentaarisen komitean arvioimaan kuntoutuksen lainsäädännön ja rahoituksen muutostarpeita. Tavoitteena on ollut, että kuntoutuksen kehittäminen integroidaan osaksi laajempaa sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistä. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelman vuosille 2020–2022 mukaan kuntoutuksen tietopohjaa tulee kehittää tavoitteena yhteiset työ- ja toimintakyvyn mittarit ja seurantajärjestelmät. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2020, 4, 13.) Myös Kansallisen Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman kuntoutuksen yhdyshenkilöt ovat työstäneet ja arvioineet kuntoutustarpeen arviointiin liittyvien mittareiden käyttöä (Valkeinen 2022).

Sosiaali- ja terveyspalveluissa syntyy paljon tietoa ja käytössä on useita erilaisia työ- ja toimintakyvyn mittareita, lisäksi näitä kirjataan moniin eri tietojärjestelmiin. Tämän vuoksi kansalaisten työ- ja toimintakykyä kuvaava tieto on hajanaista. Yhtenäisyyden ja rakenteisuuden puute vaikeuttaa tiedon välittämistä toimijalta toiselle ja estää tiedon jatkohyödyntämisen, esimerkiksi tiedon toisiokäytön ja tietojohdantamisen. Tieto tulisi valjastaa paremmin hyötykäyttöön. (Sukula & Kanto-Ronkainen 2022, 28; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2023a, 20.) Tietojohdantaminen mahdollistaa toiminnan kehittämisen, tiedon hyödyntämisen päätöksenteon tukena ja resurssien tehokkaamman kohdentamisen (Päijät-sote d). Tiedonhallintakeinojen vahvistamisen avulla on mahdollista kehittää kuntoutusjärjestelmää ja palveluprosesseja. Lisäksi niiden avulla on mahdollista kehittää työ- ja toimintakykypalvelujen vaikuttavuuden, hoitoon pääsyn ja laadun seuranta- ja arviointia. (Kauvo & Virkkunen 2022, 13; Sukula & Kanto-Ronkainen 2022, 122.) Sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden osuus tietojohdantamisessa on merkittävä, sillä tietokokonaisuus kertyy ammattilaisten rakenteisten kirjausten perusteella (Lumme 2022). Potilastietojen kirjaamisella on vaikutusta myös tilastointiin, johtamiseen ja tutkimus- ja kehittämistyöhön (Vuokko 2022).

Jotta tiedon kattavampi kerääminen on saavutettavissa, tulee käytössä olla kansallisesti ja yhdessä sovitut mittarit sekä yhteneväiset käytännöt. Lisäksi tiedot tulee kirjata rakenteisessa muodossa. Nämä tukevat myös kertakirjaamisen periaatteita. Populaatiotasoisista tietoa terveyskäytännöstä ja muutoksista on mahdollista kerätä rakenteisista tiedoista ja näistä muodostaa kansallisia, alueellisia ja organisaatiotasoisia tilastoja ja raportteja. Nämä osaltaan mahdollistavat toimintakykytiedon kansallisen tietopohjan. (Valkeinen ym. 2020; Kauvo & Virkkunen 2022, 14, 81.) Fysioterapian suoravastaanotolla käytettävistä klinisistä eli asiakkaiden tutkimiseen liittyvistä mittareista on laadittu suositukset (HYKS-Erva sotyöryhmä 2022).

Tämän soveltavan tutkimuksen yhteistyökumppanina toimi Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutus. Soveltavan laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä. Mittareita olivat kipujanat VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numeral Rating Scale), käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilaskohtainen toiminnallinen asteikko) sekä red flags -oireisto. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää rakenteista kirjaamista, vahvistaa mittareiden käyttöä asiakasta tutkittaessa ja mittareiden kirjaamista rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Työn avulla kirjaaminen yhdenmukaistuu, kuntoutuksen seuranta helpottuu, ja potilastietojärjestelmä Lifecaren tarjoamia mahdollisuuksia pystytään hyödyntämään paremmin. Mittareiden rakenteista käyttöä tehostamalla edesautetaan valtakunnallista tilasto- ja rekisteritietojen tuottamista. Lisäksi kerättyä tietoa voidaan tietojohdamisen näkökulmasta hyödyntää ammattilaisten mittareiden käytön osaamisen varmistamisessa ja koulutuksen ja perehdytyksen suunnittelussa.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin fokusryhmähaastattelua. Kahteen fokusryhmähaastatteluun osallistui yhteensä yhdeksän Päijät-Hämeen hyvinvointialueen suoravastaanottoa tekevää fysioterapeuttia ja heillä kaikilla oli kokemusta suoravastaanotolla käytettäväksi suositeltujen mittareiden rakenteisesta käytöstä. Tulosten perusteella laadittiin neljä jatkokehittämisehdotusta aikuisten kuntoutukselle, jossa niitä voidaan hyödyntää myös muiden mittareiden käyttöönotossa tai muissa yksiköissä, sekä perehdytystä ja koulutuksia suunniteltaessa.

## 2 Yhteistyökumppanin ja lähtötilanteen kuvaus

Kohdeorganisaatio Päijät-Hämeen hyvinvointialue järjestää sosiaali- ja terveystalvet sekä pelastustoimen palvelut yli 200 000 päijäthämäläiselle (Päijät-Sote e) Asikkalan, Hartolan, Heinolan, Hollolan, Iitin, Kärkölan, Lahden, Orimattilan, Padasjoen ja Sysmän alueella (Päijät-Hämeen hyvinvointialue a). Päijät-Hämeen hyvinvointialueella työskentelee noin 7 600 sote- ja pelastustoimen ammattilaista (Päijät-Sote e).

Päijät-Hämeen hyvinvointialuestrategian 2023–2025 mukainen missio on tukea päijäthämäläisten hyvinvointia ja järjestää laadukkaat palvelut vastuullisesti ja joustavasti. Yksi kolmesta päätavoitteesta on vaikuttavat, kustannustehokkaat ja saavutettavat palvelut sekä erinomainen asiakaskokemus. Palveluiden tulee olla oikea-aikaisia ja laadukkaita, jotta niillä saadaan positiivisia vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn ja terveyteen. Tavoitteita toteuttavan hallintomallin ja johtamisen taustalla on vahva tietojohdaminen. (Päijät-Hämeen hyvinvointialue b.)

Päijät-Soten (nykyinen Päijät-Hämeen hyvinvointialue) datastrategian 2021–2023 mukaan asiakaslähtöinen ja kustannustehokas toiminta varmistetaan oikea-aikaisen ja laadukkaan tiedon avulla. Se auttaa hahmottamaan muuttuvaa ympäristöä ja sen vaatimuksia, sekä tuottamaan arvoa asukkaille. Tietojohdamisen visio vuodelle 2026 on tuottaa oikealla tiedolla parempia palveluita ja päätöksiä päijäthämäläisten hyväksi. (Päijät-Sote c.) Myös Päijät-Hämeen hyvinvointialueen kuntoutuksen toimintasuunnitelma 2023–2024 käsittää tiedolla johtamisen kehittämisen. Tavoitteena on saada mallinnettua tulosalue/tulosyksikkö, vastuuyksikkö ja työntekijätasoinen tiedolla johtamisen malli. (Hakanen 2022.)

Yhteistyökumppanina toimi ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus -toimialan kuntoutuksen tulosalueen tulosyksikkö terapia- ja apuvälinepalvelut. Sen alla toimii aikuisten kuntoutus, joka tuottaa fysio-, toiminta- ja puheterapiaa jakaantuen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. (Päijät-Sote a.) Tämän tutkimuksen haastateltavina toimivat aikuisten kuntoutuksen perusterveydenhuollon suoravastaanottoa tekevät fysioterapeutit Asikkalassa, Heinolassa, Hollolassa ja Orimattilassa. Tämän työn ulkopuolelle jäivät Harjun terveyden suoravastaanottoa tekevät fysioterapeutit Lahdessa, Nastolassa, Kärkölässä ja Iitissä (Päijät-Sote 2022a, 1).

Päijät-Hämeen hyvinvointialueella fysioterapeutin suoravastaanotto on tarkoitettu 16 vuotta täyttäneille asukkaille, joilla on ilman traumaa tai kuumeilua alkanut äkillinen tuki- ja liikuntaelimestöön liittyvä oire. Oireet ovat kestäneet enintään kuusi viikkoa. Lisäksi seuraavat kriteerit tulee täyttyä, jotta aika voidaan varata: kahden viimeisen kuukauden aikana ei ole tehty isoja leikkauksia, vaivaan ei liity yleistilan merkittävää heikentymistä (pahoinvointi,

hengenahdistus), asiakkaalla ei ole nivelen kuumotusta/punoitusta liittyen kipuun, vaivaan ei liity virtsaamisen tai ulostamisen ongelmaa, laajaa pakara-alueiden puutumista tai alaraajaheikkoutta, asiakkaalla ei ole aktiivista syöpätautia eikä asiakas ole parhaillaan syövän vuoksi hoidoissa, tai jos asiakas on raskaana: raskauteen ei liity poikkeavuuksia kuten supistuksia tai verenvuotoa. Vastaanotolle voi ohjautua sote-keskusten tiimien sairaanhoitajan tai päivystysavun tekemän hoidon tarpeen arvion kautta tai asiakas voi itse täyttää Omaolossa tuki- ja liikuntaelinoirearviokyselyn, joka ohjaa suoravastaanotolle. (Päijät-Sote b; Tiitinen 2023a.) Myös Päijät-Hämeen ensihoito- ja päivystyskeskuksen, Akuutti24, hoidon tarpeen arvion tai Päijät-Soten digiklinikan kautta voi ohjautua suoravastaanotolle (Tiitinen 2023e).

Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutus tuottaa suoravastaanottopalvelut laajan palvelun sote-keskuksissa Asikkalassa, Heinolassa, Hollolassa ja Orimattilassa (Päijät-Sote 2022a, 1). Vastaanottoa varten on varattu 75 minuuttia, joka sisältää asiakkaan vastaanotolla oloajan sekä fysioterapeutin suorittaman kirjaamisen. Vain ensimmäinen käynti suoravastaanoton fysioterapeutin luona lasketaan suoravastaanotoksi ja tätä seuraavat käynnit ovat normaalia fysioterapian vastaanottotoimintaa (Karppinen ym. 2020, 263). Fysioterapeutti varaa jatkokäynnin tai kontrollisoiton 1–2 viikon päähän (Päijät-Sote 2022a, 11). Vuonna 2022 alueella toteutettiin 784 suoravastaanottokäyntiä (Tiitinen 2023c).

Potilastietojärjestelmä Lifecaren versiopäivityksen (MR2021) myötä toukokuussa 2022 tuli mahdollisuus mittareiden kattavampaan rakenteiseen käyttöön. Tätä ennen mittareiden tulokset on kirjattu vapaana tekstinä, jolloin niitä ei ole voitu jatkoohjeydyntää. Aikuisten kuntoutuksessa ei ole aikaisemmin ollut ohjetta tai yhtenäistä linjausta mittareiden käytöstä. Tammikuussa 2023 on tehty IMS (Integrated Management System) dokumenttien hallintajärjestelmään ohje mittareiden käytöstä. Lisäksi kuntoutuksen lääkäriseminaarissa ja suoravastaanoton tiimimallin palaverissa on sovittu, että mittareita käytetään aktiivisemmin ja yhdenmukaisesti fysioterapian suoravastaanotolla. Myös kuntoutuksen esihenkilötaso on linjannut, että mittareiden käyttöä yhdenmukaistetaan (Häyrinen 2023) ja Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) suosittaa mittareiden käyttämistä (Kauvo & Virkkunen 2022, 13). Tarkkoja mittareiden käyttömääriä on mahdollista saada esihenkilön työpöytä -seurantajärjestelmästä (Tiitinen 2023b).

Vuonna 2022 touko- ja joulukuun välillä Päijät-Hämeen hyvinvointialueella aikuisten kuntoutuksessa Visual Analogue Scale kipumittari (VAS) oli kirjattu rakenteisessa muodossa 85 kertaa, potilaskohtainen toiminnallinen asteikko (PTA) viisi kertaa ja Örebro-kipukysely kaksi kertaa. STarT Back -selkäkyselyä ei ollut käytetty kertaakaan. (Tiitinen 2023b.) Käden puristusvoiman mittausta käytetään asiakkailla ja se kirjataan rakenteisessa muodossa,



mutta ohjelmistovirheen vuoksi se ei nouse tilastointiin saakka (Rinne 2023a). Osa fysioterapeuteista käyttää VAS-kipujanalan tilalla NRS-mittaria ja kirjaa sen rakenteisesti, mutta sekin ei nouse tilastointiin saakka ohjelmistovirheen vuoksi.

Mittareiden käyttömäärät kuvaavat käytäntöjen ylläpitämistä kuntoutuksen yksiköissä ja niitä voidaan hyödyntää osaamisen kehittämisessä ja varmistamisessa. Jos esihenkilön työpöydältä saatavien tietojen mukaan tietyssä yksikössä mittareiden käyttömäärä on nolla, voidaan pohtia, onko kyseessä kirjaamisen vai mittareiden käytön haaste tai puute osaamisessa. Lisäksi on mahdollista tarkastella mittareiden käyttöajankohtaa kuntoutusjaksolla, eli tehdäänkö mittauksia enemmän ensimmäisellä vastaanottokäynnillä vai kontrollikäynneillä. Tietojohtaminen kehittyy koko ajan kuntoutuksen tulosalueella. Mittareiden rakenteisen kirjaamisen lisääntyessä ja kuntoutuksen tietopohjan valmistuessa myös mittaritietojen hyödyntäminen vahvistuu ja kehittyy. (Tiitinen 2023d.)

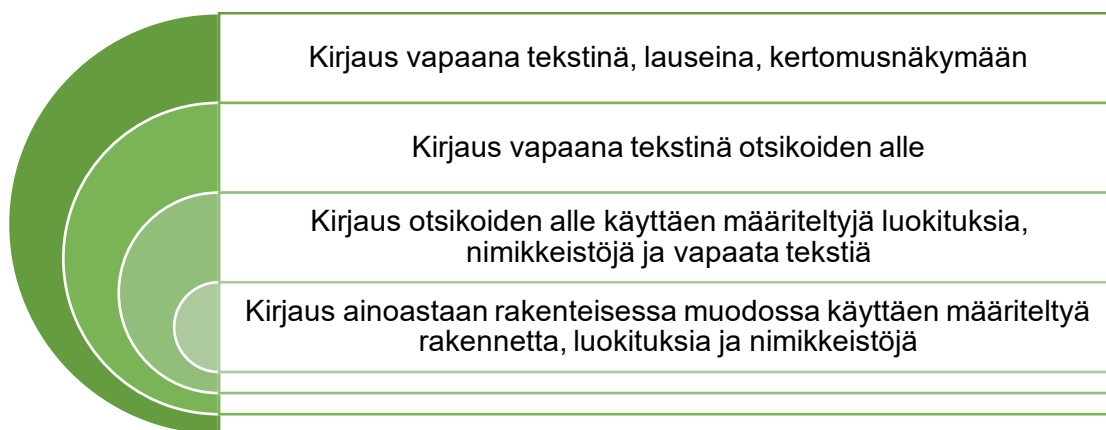
### 3 Rakenteinen kirjaaminen

#### 3.1 Kirjaaminen terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa kirjaaminen ja potilastietojärjestelmän käyttö ovat tärkeä osa ammattilaisten työnkuvaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista mukaan, potilasasiakirjoihin kuuluu potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat. Potilaan hoitoon osallistuvan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata tiedot asiakkaan käynneistä aikajärjestyksessä potilastietojärjestelmään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 1§, 6§.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluiden seuranta ja arviointi (STePS 3.0) -tutkimushankkeen vuonna 2020 suorittaman kyselyn mukaan sähköinen potilaskertomus on ollut vuodesta 2007 saakka käytössä kaikissa julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Käytetyimmät järjestelmät ovat Lifecare 38%, Effica 14%, ESKO 19%, Uranus 19%, Mediatri 5 % ja Abilita 5 %. Kyselyn tekohetkellä Apotin käyttöönotto oli vielä kesken. (Reponen ym. 2021, 39.)

Kirjaamisvelvoite, joka koskee kaikkia ammattihenkilöitä, on voimassa kaikissa hoito- ja palveluprosessin vaiheissa. Terveydenhuollossa kirjaukset potilasasiakirjoihin tulee tehdä mahdollisimman pian käynnin jälkeen, kuitenkin viimeistään viiden vuorokauden kuluessa käynnistä. Asiakkaasta tulee kirjata sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden seurantaan ja diagnostiikkaan liittyvät asiat sekä hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan liittyvät laajuudeltaan riittävät tiedot. Kirjaukset tulee tehdä niin, että ne ovat ammattilaisten lisäksi myös asiakkaan ymmärrettävissä ja niissä tulee käyttää vain tunnettuja ja yleisesti hyväksytyjä lyhenteitä ja käsitteitä. Tiedot arkistoidaan valtakunnalliseen tietojärjestelmäpalveluun eli Kanta-palveluun. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 7§, 8§; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2022a.)

Rakenteinen kirjaaminen tarkoittaa potilastietojen kirjaamista ja tallentamista yhteisesti sovittujen rakenteiden avulla. Kirjausten jäsentämisessä hyödynnetään ammattialakohtaisia näkymiä ja lisänäkymiä, hoitoprosessin vaiheita ja kansallisia otsikoita. Apuna voidaan käyttää yhteisesti sovittuja koodistoja, luokituksia ja termistöjä, joita voidaan täydentää vapaa-  
muotoisella tekstillä eli lauseilla. Kirjaus on mahdollista tehdä myös kokonaan rakenteisten tietojen avulla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2022a, Kauvo & Virkkunen 2022, 27.) Kuviossa 1 on esitelty rakenteisuuden asteet.



Kuvio 1. Rakenteisuuden asteet (mukailtu Kauvo & Virkkunen 2022, 15)

Ammattilaiset kirjaavat eri näkymille, joka tarkoittaa asiayhteyttä tai tietokokonaisuutta, jolla tiettyyn sisältöön, esimerkiksi palveluun tai ammattialaan liittyviä tietoja voidaan yhdistää toisiinsa potilastietojärjestelmässä. Lääkärit kirjaavat pääsääntöisesti erikoisalakohtaiselle näkymälle ja muut terveydenhuollon ammattilaiset kirjaavat palvelukohtaiselle tai ammattilaiselle näkymälle. (Savolainen & Partia 2018, 9; Kauvo & Virkkunen 2022, 30, 33–34.) Lääkäri voi kirjata YLE eli yleislääketieteen näkymälle ja fysioterapeutti FYST eli fysioterapianäkymälle (Kanta, 6).

Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon vaihetta potilaan näkökulmasta. Vaiheita ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Hoitoprosessin vaiheesta tulee olla aina tieto kirjauksessa. Tässä kohtaa potilastietojärjestelmä osaa käytettyjen otsikoiden perusteella päätellä hoitoprosessin vaiheen ja sitä kautta avustaa kirjaamisessa. (Kauvo & Virkkunen 2022, 27, 38.)

Rakenteiseen kirjaamiseen kuuluu otsikoiden käyttö, joka lajittelee tekstiä eri asiakokonaisuuksien alle ja parantaa luettavuutta. Otsikoina voidaan käyttää vain valtakunnallisesti sovitteja otsikoita, joiden määrä on tarkoituksella suppea. (Kauvo & Virkkunen 2022, 39.) Näitä on 34 kappaletta (Kansallinen koodistopalvelu a). Päijät-Hämeen hyvinvointialueen potilastietojärjestelmä Lifecaren versiossa MR2021 on käytössä 30 otsikkoa (Päijät-Sote 2022b). Fysioterapiaan sopivia otsikoita ovat esimerkiksi Esitiedot (anamneesi), Fysiologiset mitaukset, Toimintakyky, Testaus- ja arviointitulokset, Apuvälineet ja hoitotarvikkeet ja Kuntoutus (Savolainen 2018, 14). Kuntoutus- ja erityistyöntekijät tarkentavat omilla ammattiryhmäkohtaisilla nimikkeistöillään, esimerkiksi fysioterapianimikkeistöllä, kansallisia otsikoita. Rakenteisen kirjaamisen lisäksi fysioterapianimikkeistö on osa kansallisesti yhtenäisen potilaskertomuksen koodistoa ja yhtenäistää fysioterapia-alan termistöä ja käsitteiden käyttöä. Nimikkeistön laadinnassa on käytetty toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden

kansainvälisen luokituksen käsitteitä, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ja se perustuu biopsykososiaaliseen malliin. Fysioterapianimikkeistön kooditunnus koostuu kirjaimista RF, Rehabilitation Fysioterapia ja kolminumeroisesta loppuosasta, joka tarkoittaa pää-, ala- ja alinta luokkaa. (Savolainen & Partia 2018, 5, 8, 9.) Kirjaamista on havainnollistettu taulukossa 1.

Fysioterapianäkymä FYST	
Hoitoprosessin vaihe	Tulotilanne
Otsikko	Toimintakyky
Fysioterapianimikkeistön nimike	RF120 Fysioterapeuttinen arvio toiminta- ja työkyvystä ja toimintarajoitteista
Vapaa teksti	Lausemuotoista vapaata tekstiä, narratiivi

Taulukko 1. Fysioterapian rakenteisen kirjaamisen malli (mukailtu Savolainen & Partia 2018)

Eräs kansallisista otsikoista on fysiologiset mittaukset ja sen alle voidaan rakenteisesti kirjata mittausten tietosisältö FinLOINC-luokituksen mukaisesti. Luokituksesta löytyy useilla erikoisaloilla hyödynnettäviä numeerisia mittareita tai luokiteltavia tietoja, joiden seurannalla on yleensä kliinistä merkitystä. Nämä tallennetaan strukturoidussa muodossa ja niitä on mahdollista tarkentaa vapaalla tekstillä tai ilmoittaa laite, jolla testi on suoritettu. Fysiologisista mittauksista voidaan laskea tunnuslukuja ja niitä voidaan esittää graafisessa muodossa. Potilaskertomusasiakirjoista mittaukset tallentuvat Potilastiedon arkistoon, josta ne kerätään Tiedonhallintapalvelussa Fysiologisten mittausten koosteelle, ellei potilas ole erikseen rajannut tietojen luovutusta. (Kauvo & Virkkunen 2022, 87.) Potilastietojärjestelmä Lifecaressa Fysiologisista mittauksista voidaan fysioterapiassa hyödyntää Visual Analogue Scale (VAS) kipuasteikkoa, vaikkakaan sitä ei löydy kansallisen koodistopalvelimen listauksesta (Kansallinen koodistopalvelu b). Lifecare MR2021 versiossa kipuasteikko VAS on Fysiologiset mittaukset -otsikon alla.

Pilottituotannossa oleva Toimintakykymittareiden ja aiheiden metatietopalvelu, Toimiameta, on Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämä tietopalvelu, joka sisältää toimintakyvyn mittaamiseen tarvittavat aiheet, välineet ja käsitelukat. Toimiametassa mittari voidaan luoda yhtenäiseen rakenteiseen perusmuotoon ja palvelussa voi olla rajaton määrä

TOIMIA-verkostossa arvioituja ja organisaatioissa käytössä olevien mittareiden perustietorakenteita. Potilastietojärjestelmät voivat hyödyntää Toimiametaa tuottaessaan väline- ja aihesisältöä järjestelmiin. Toimiameta tarjoaa rakenteisia ja tunnistaisia sisältöjä rakenteisen toimintakykymerkinnän tekemiseen. Tällä voidaan yhtenäistää ammattilaisten mittareiden käyttöä toimintakykytietoa kirjattaessa. (Kopu 2019; Anttila ym. 2021.)

### 3.2 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen takaa laadukkaan ja kattavan asiakas- ja potilastiedon (Mykkänen 2019, 9). Rakenteinen kirjaaminen edesauttaa tiedon löytymistä ja sitä on helppompi hyödyntää uusien asiakirjojen laatimisen pohjaksi tai yhteenvetoja, todistuksia ja lausuntoja laadittaessa (Anttila ym. 2021, 3; Terveystiedon ja hyvinvoinninlaitos 2022a). Kerran kirjattu rakenteinen tieto on hyödynnettävissä uudelleen omassa yksikössä tai toisessa organisaatiossa, eli tiedon linkittämismahdollisuus vähentää tarvetta kopioida tietoa manuaalisesti näkymästä tai tietojärjestelmästä toiseen. Rakenteisesti kirjatun tekstin hyödyntämispotentiaali on korkeampi, kuin vapaamuotoisena eli lauseina kirjatun tiedon. Se myös lisää potilasturvallisuutta. (Kauvo & Virkkunen 2022, 14, 17.) Tässä edesauttaa kirjaamisen yhtenäistyminen ja rakenteisuuden aiheuttama inhimillisten virheiden määrän väheneminen (Anttila ym. 2021, 43). Myös Suomen Potilasturvallisuusyhdistyksen ammattilaisille tarkoitetun Potilasturvallisuus ja riskienhallinta -oppaan mukaan oikeanlainen dokumentaatio eli kirjaaminen on peruslähtökohta turvallisuusriskeihin vaikuttaessa (Helovuori ym. 2015, 11–12).

Tietoa on mahdollista hyödyntää myös muualla kuin sen ensisijaisessa käyttötarkoituksessa, tällöin puhutaan toisiokäytöstä. Laki sosiaali- ja terveystiedon toissijaisesta käytöstä astui voimaan vuonna 2019 ja tämä mahdollistaa tiedolla johtamisen käytäntöjen, mallien ja järjestelmien kehittämisen, joita tarvitaan sosiaali- ja terveystietopalveluiden uudistuksessa. (Sote-uudistus.) Toisiokäyttöä ovat tilastotiede, tieteellinen tutkimus, kehittämis- ja innovaatiotoiminta sekä tietojohdaminen ja opetusikäyttö (Mykkänen 2019, 9; Terveystiedon ja hyvinvoinninlaitos 2022a). Lisäksi tietoja voidaan käyttää toiminnan vaikuttavuuden arviointiin sekä hoitoon pääsyn ja laadun seurantaan (Kauvo & Virkkunen 2022, 13). Liljamo (2019, 152) ehdottaa tiedon toisiokäyttöä hyödynnettäväksi kustannusten arvioinnissa ja edelleen laskutuksen perusteiksi. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategian 2020 mukaan tiedon toissijaisista käytöistä tulee kehittää ja sille on varattava resursseja. Kansallisten ja alueellisten tavoitteiden ja kansallisen suunnitelman mukaan tiedonkeruun ja analysoinnin tulee vastata sote-palveluiden, saatavuuden, seurannan ja kehittämisen tarpeita. (Hyppönen ym. 2016, 73.)

Potilastietojärjestelmässä on myös mahdollista käyttää rakenteista tietoa hyödyntävää päätöksenteon tukea, joka tarjoaa esimerkiksi hoito-ohjeita, minimoi terveysriskejä tai varoittaa mahdollisista vaara- tai virhetilanteista (Kauvo & Virkkunen 2022, 17, 81). Sote-tieto hyötykäyttöön -strategian tavoitteena on luoda kliinisen päätöksenteon tuki ammattilaisille, jonka avulla päätöksenteko perustuu kattaviin ja ajantasaisiin potilastietojärjestelmästä ja Kanta-palvelusta saataviin tietoihin. (Hyppönen ym. 2016, 36–37.) EBMEDS Päätöksenteon tukijärjestelmän (Evidence Based Medical Electronic Decision Support) integraatio on valmiina Lifecare potilastietojärjestelmään (Duodecim).

Tulevaisuudessa kertakirjaamisen periaatteet rakenteisessa kirjaamisessa edesauttavat valtakunnallista tilasto- ja rekisteritietojen tuottamista. Populaatitasoista tietoa terveyskäyttäytymisestä ja muutoksista on mahdollista kerätä rakenteisista tiedoista ja näistä muodostaa kansallisia, alueellisia ja organisaatitasoisia tilastoja ja raportteja. (Kauvo & Virkkunen 2022, 14, 81.) Aikaisemmin tietojen jatkohyödyntämiselle ja yhteiskäytölle ovat aiheuttaneet haasteita useat käytössä olleet potilastietojärjestelmät ja saman järjestelmän eri versiot, jotka eivät ole keskustelleet keskenään. (Liljamo 2019, 152; Kauvo & Virkkunen 2022, 17.) Tiittasen (2023) mukaan tiedon johtamiseen liittyen tulisi kehittää yhteensopivia ja yhdenmukaisia tietojärjestelmiä ja että valtakunnallisesti koko Suomessa kerättäisiin ja analysoitaisiin tietoa yhdenmukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-ohjelmaa eli Toivo-ohjelmaa. Toivo-ohjelma kehittää tiedolla johtamista ja tiedon tuotantoa, tietovarantoja ja tiedonhallintaratkaisuja ja se helpottaa konkreettisesti sotehenkilöstön kirjaamista, kun kertakirjaaminen vähentää kirjausten määrää. Toivo-ohjelmaan kuuluu Valtava- ja Virta-hankkeet. Valtava-hanke, 2020–2022, tähtää kansallisen sote-tietotuotannon uudistamiseen. Kansallinen sote-tietotuotanto tarkoittaa prosessia, jossa potilastietojärjestelmään kirjattu tieto määritellään ja tuotetaan yhtenäisillä säännöillä, jolloin siitä tulee vertailukelpoista ja entistä useampi toimija voi hyödyntää sitä. Tämä koskee Valviran, Kelan ja Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitoksen tietotuotantoja ja he myös toimivat hankkeen toteuttajina. Valtava-hankkeessa muodostetaan yhteinen tietotuotannon prosessi, yhtenäistetään kansallisesti käytettäviä kirjaamiskäytäntöjä ja tietosisältöjä sekä uudistetaan tiedonhallintaratkaisuja eri toimijoiden tuottaman tiedon käsittelemiseksi. DigiFinland Oy:n koordinoimassa Virta-hankkeessa kehitetään hyvinvointialueiden tietojohdusta ja laaditaan siihen yhtenäiset mallit. (Innokylä 2020; Huovinen 2022.)

Ammattilaisen, organisaation ja yhteiskunnan lisäksi asiakas hyötyy rakenteisesta kirjaamisesta. Asiakas näkee itseään koskevat potilastietojärjestelmään tehdyt merkinnät, reseptit ja laboratoriotulokset valtakunnallisesta Kelan ylläpitämästä OmaKanta-palvelusta, josta

hän voi tarkistaa tietojen oikeellisuuden. Yhteenvedot auttavat tiivistämään rakenteisesti kirjattua tietoa myös asiakkaalle itselleen. Sähköinen rakenteinen kirjaaminen parantaa hoidon laatua yhtenäistämällä kirjaamista ja tekemällä niistä vertailukelpoisempia. Lisäksi tiedot ovat paremmin löydettävissä. Potilasturvallisuus lisääntyy, kun ajantasainen tieto on nopeasti saatavissa hoitavasta organisaatiosta riippumatta. (Kauvo & Virkkunen 2022, 18.) Asiakkaan voidaan ajatella myös sitoutuvan paremmin hoitoonsa tai saamaansa palveluun, kun hän näkee itsestä tehdyt kirjaukset OmaKannasta (Anttila ym. 2021, 43).

## 4 Fysioterapian suoravastaanotto ja toimintakykymittarit

### 4.1 Fysioterapian suoravastaanoton hyvät kokemukset

Fysioterapeutin suoravastaanotto mahdollistaa asiakkaan asioimisen fysioterapiassa lääkärikäynnin sijaan, jolloin lääkärin lähetettä ei tarvita. Suoravastaanottoa tekevä ammattilainen on käynyt vähintään 15 opintopisteen tule-suoravastaanottokoulutuksen (tuki- ja liikuntaelin) ja hänellä on oikeus myöntää sairauslomaa 1–5 päivää sekä suositella käsikaupasta saatavia kipulääkkeitä Käypä hoito -suositusten mukaan. Käytäntö nopeuttaa asiakkaan hoitoon pääsyä, vähentää lääkärikäyntejä, lyhentää sairauspoissaoloja ja alentaa kustannuksia. Vuonna 2018 Suomen hieman yli kolmesta sadasta kunnasta suoravastaanottoa oli 151 kunnassa ja 48 suunnitteli sen käyttöönottoa. (Suomen Fysioterapeutit 2018, 2, 4, 8.) Suoravastaanotolla fysioterapeutti tutkii asiakkaan, ohjaa omatoimisesti tehtävät harjoitteet, käy läpi lääkkeetöntä kivunhoitoa sekä ohjeistaa käsikauppalääkkeiden käytön. Lisäksi arvioidaan ortoosien ja muiden apuvälineiden, lääkärin vastaanoton tai mahdollisten muiden jatkotutkimusten tarvetta. (Karppinen ym. 2020, 266.)

Vain ensimmäinen käynti lasketaan suoravastaanotoksi, mutta joissakin sairaanhoitopiireissä suoravastaanotoksi käsiteltiin useampia käyntikertoja. Vastaanottojen enimmäismäärä vaihteli 1–5 käynnin välillä. Vastaanotto kestää 45–90 minuuttia. (Kangas ym. 2018, 22–23; Töytäri 2018, 18–19.) Hoitomenetelmistä neuvonta ja ohjaus on ylivoimaisesti käytetyin ja sitä käyttivät kaikki vastaajat kaikissa sairaanhoitopiireissä. Seuraavaksi suosituin on terapeuttinen harjoittelu ja sitä käytettiin eniten Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella, jossa 88 prosenttia vastaajista kertoi käyttävänsä sitä. Manuaalisia hoitoja toteutettiin kaikissa sairaanhoitopiireissä, eniten Turun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (100 %) ja vähiten Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (45 %). (Kangas ym. 2018, 23.)

Karppisen ym. (2020, 263) ja Karvosen ym. (2019) tutkimusten mukaan asiakkaat pääsivät nopeammin fysioterapeutin suoravastaanotolle ja olivat tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Asiakkaat kokivat palvelun oikea-aikaisena. Asiakas pääsi saman tai seuraavan päivän aikana suoravastaanotolle 70 prosentissa kunnista (Suomen Fysioterapeutit 2018, 8). Sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan ammattijärjestön Tehyn selvityksen mukaan samana päivänä vastaanotolle pääsi 47 prosenttia ja seuraavana 31 prosenttia ja loput viimeistään viikon kuluessa. Nopea vastaanotolle pääsy on mahdollisesti yksi tekijä, jolla voidaan vaikuttaa asiakkaan kivun kestoon ja työkykyyn. (Töytäri 2018, 5, 22.)

Suoravastaanotto ei lisännyt tarpeettomia fysioterapiakäyntejä eikä heikentänyt hoidon jatkuvuutta tai potilasturvallisuutta. Yksikön toiminnan paranemisen lisäksi myös asiakkaiden



vastuunotto omasta kuntoutumisestaan parani passiivisuuden vähenemisen ja omaharjoittelun lisääntymisen myötä. Fysioterapeutit eivät kuitenkaan aina kokeneet saaneensa riittävää lääketieteellistä tukea. (Karppinen ym. 2020, 263–264.) Kun taas Tehyn selvityksen mukaan 60 prosenttia suoravastaanoton fysioterapeuteista pystyi konsultoimaan lääkäriä aina ja 23 prosenttia lähes aina (Töytäri 2018, 5). Suomen fysioterapeuttien (2018, 8) mukaan 42 prosentilla oli mahdollisuus konsultoida lääkäriä aina ja 31 prosentilla lähes aina. Karvosen ym. (2019) tutkimuksen mukaan lääkärin konsultaatiomahdollisuus oli järjestetty hyvin, vaikka sitä tarvittiin vain harvoin. Kokoneiden fysioterapeuttien ryhmästä kaikilla oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa puhelimitse ja 78 prosentilla kasvotusten. Aloittelijoiden ryhmällä puhelinkonsultaatiomahdollisuus oli 81 prosentilla ja kasvotusten 44 prosentilla. Tehy suosittaa, että ainakin puhelinkonsultaation tulisi olla aina mahdollisuus (Töytäri 2018, 22).

Suoravastaanotto on kustannustehokasta yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Myös terveydenhuollon näkökulmasta katsottuna se johtaa taloudellisiin säästöihin ja suhteellisiin terveyshyötyihin verrattuna lääkärikäyntiin (Piscitelli ym. 2018, 257; Bornhöft ym. 2019). Suoravastaanotto sujuvoittaa tule-asiakasvirtaa ja tehostaa niiden hallintaa. Sen lisäksi, että asiakas pääsee nopeammin vastaanotolle, myös sairauspoissaolot ja ennenaikainen eläköityminen vähenevät. Asiakkaan jatkotutkimusten tarpeen sekä lääkärikäyntien määrän väheneminen alentavat myös muita kustannuksia. (Suomen fysioterapeutit.) Suoravastaanoton halvemmat kustannukset johtuvat myös siitä, että lääkärit tekevät enemmän läheteitä kuvantamistutkimuksiin kuin fysioterapeutit. Bornhöftin ym. (2019) mukaan suoravastaanotolla käyneistä asiakkaista harvempi ohjattiin kuvantamistutkimuksiin tai erikoislääkärille. Suomessa fysioterapeuteilla ei ole oikeutta tehdä lähetettä näihin. Lisäksi suoravastaanotolla käyneille määrättiin ja he tarvitsivat vähemmän kipu- ja tulehduskipulääkkeitä (Piscitelli ym. 2018, 249). Karppisen ym. (2020, 268) tutkimuksen mukaan suoravastaanoton kustannuksia on tutkittu vain vähän Suomessa ja erityisesti potilastietojärjestelmien kehittäminen edesauttaisi kustannusvaikuttavuuden arviointia. Myös Tehyn selvityksen mukaan vain 22 prosenttia kyselyyn vastanneista organisaatioista oli tehnyt laskelmia suoravastaanoton vaikutuksista kustannuksiin (Töytäri 2018, 19). Tuntemus oman palvelutuotannon kustannuksista on olennaista toiminnan kehittämiseksi (Korpi 2023).

Karvosen ym. (2017) kyselytutkimuksen mukaan 80–82 prosenttia fysioterapeutin suoravastaanotolla selkävun vuoksi käyneistä koki hyötyneensä paljon tai kohtalaisesti. Saman vaivan vuoksi vain 10 prosenttia hakeutui uudelleen fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolle kolmen kuukauden seurantajakson aikana. Myös tämän tutkimuksen mukaan asiakkaat ovat tyytyväisiä toimintamalliin ja vähäiset uusintakäynnit, joko fysioterapeutin tai lääkärin vastaanotolla sekä alhaiset sairauspoissaolot vähensivät kustannuksia. Karppisen

ym. (2020, 264) tutkimuksen mukaan suoravastaanotolta ohjattiin 7 prosenttia asiakkaista lääkärin vastaanotolle.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä vuonna 2022 teetettiin Webropol-kysely suoravastaanotolla käyneille asiakkaille, joko viimeisellä käyntikerralla tai puhelimitse. Vastaajia oli 111 ja heistä 42 prosenttia koki hyötynensä erittäin paljon, 42 prosenttia paljon ja 16 prosenttia jonkin verran. Seurantajakson aikana saman vaivan vuoksi lääkärille oli hakeutunut 8 prosenttia. (Aikuisten kuntoutus & Tulevaisuuden sote-keskus -hanke 2023.)

Suoravastaanottokoulutuksessa ei käsitellä riittävästi kipuun liittyviä psykososiaalisia riskitekijöitä ja fysioterapeutit kokivat hoitokeinot vähäisiksi kohdattaessa psykososiaalisen riskin asiakkaita (Kangas ym. 2018, 22; Karppinen ym. 2020, 268). Synnotin ym. (2016) ja Paukkusen (2019, 2) mukaan tähän on mahdollista vaikuttaa biopsykososiaalisella koulutuksella ja uusilla arviointityökaluilla. Useat Synnotin ym. (2016) tutkimukseen osallistuneista fysioterapeuteista kertoivat käyttäneensä säännöllisesti uusia arviointityökaluja saamansa intensiivisen kognitiivisen funktionaalisen terapiakoulutuksen jälkeen. Arviointityökaluja olivat Örebro-kipukysely ja STarT back -selkäkysely.

#### 4.2 Suoravastaanoton kliiniset mittarit

Suoravastaanotolla käytettävistä kliinisistä, eli asiakkaiden tutkimiseen liittyvistä mittareista on laadittu suositukset. Suomi on jaettu viiteen eri sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueeseen ja jokaisella niistä on yksi yliopistollinen sairaala. Yhteistyöalueiden tavoitteena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista ja kehittämistä, sekä lisätä yhteistyötä hyvinvointialueiden välillä. Päijät-Hämeen hyvinvointialue kuuluu Etelä-Suomen yhteistyöalueeseen (YTA). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2023b.) Ennen hyvinvointialueiden tuloa vuonna 2022 Päijät-Hämeen Sairaanhoidopiiri kuului Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin kuntayhtymän (HUS) erityisvastuualueeseen eli HYKS-ervaan. (Kuntaliitto 2021.) HYKS-erva -alue on laatinut suositukset käytettävistä mittareista suoravastaanotolla. Fysioterapeutti on ensimmäinen ammattilainen, joka tutkii asiakkaan uuden tuki- ja liikuntaelinvaivan tai aiemman vaivan pahenemisen. Mittaaminen itsessään ei ole tarkoitus, vaan tavoitteena on tukea asiakkaan toimijuutta ja vastuunottoa omasta kuntoutumisestaan. Tutkimisen ja tutkimusten perusteella asiakkaalle informoidaan, ettei kyse ole vakavasta oireesta. Tärkeää on tunnistaa psykososiaaliset riskitekijät vaivan pitkittymiselle. Mittarit on lueteltu taulukossa 2. (HYKS-Erva svo-työryhmä 2022.)

Mittari	Kenelle
Red flags -oireisto ja löydöksistö	Kaikille
Kipumittarit (VAS, NRS)	Kaikille
STarT Back -selkäkysely	Kaikille selkäasiakkaille
Puristusvoima	Tarvittaessa yläraaja-asiakkaille
Örebro-kipukysely	Tarvittaessa
PTA-kysely	Tarvittaessa

Taulukko 2. Suoravastaanotolla suositeltavaksi käytettävät mittarit (mukailtu HYKS-Erva svo-työryhmä 2022)

### Vakavista sairauksista kertovat punaiset liput, red flags

Fysioterapeutin suoravastaanotolla on tärkeää tunnistaa asiakkaan hälyttävän vaaran merkit ja sulkea pois vakavat sairaudet eli niin sanonut red flags, punaiset liput. Nämä voidaan selvittää esitietojen, haastattelun ja löydösten perusteella. Alaselkävivun vakavia syitä ovat ratsupaikkaoireyhtymä, sietämätön kiputila, alaraajan tuore halvausoire, aortta-aneurysman repeämä, aortan dissektoituma, pahanlaatuinen kasvain, bakteerispondyliitti, spondylodiskiitti tai selkärangan kompressiomurtuma. (Duodecim 2017a.) Muita mahdollisesti vakavaan sairauteen viittavia tekijöitä ovat leikkauksen tuore jälkitila, injektiohoidot ja huumaiden käyttö, sekä aiemmin todettu syöpä ja epäily sen uusiutumisesta. Vakavaan sairauteen viittaavia oireita ovat verenkierron häiriöt, heikentynyt yleiskunto, laihtuminen, kuumailu, poikkeava väsymys, virtsaumpi ja ulosteenpidätyskyvyn vaikeus tai jos kipu on alkanut tapaturman jälkeen. (Simula ym. 2018.) Moffatin ym. (2017) haastattelututkimuksen mukaan suoravastaanoton fysioterapeutit tunnistivat hyvin punaiset liput eli vakavat sairaudet. Tutkimukseen osallistuneiden yleislääkäreiden epäily aiheesta oli turhaa, myös fysioterapeutit itse puolustivat kliinisen päättelyn taitojaan.

Premkumarin ym. (2018) katsauksessa tutkittiin kyselylomakkeella alaselkäkipuisten mahdollisia vakavia sairauksia, punaisia lippuja. Samat diagnostiset tiedot kerättiin potilaskirjauksista ja ne vahvistettiin kuvantamisraporteilla. Tulosten mukaan tietyt yksittäiset punaiset liput ja niiden yhdistelmät liittyivät suurempaan todennäköisyyteen taustalla olevasta selkärangan patologiasta, esimerkiksi äskettäinen trauma ja yli 50-vuoden ikä liittyivät nikamamurtumaan. Kuitenkin punaisten lippujen puuttuminen ei automaattisesti vähentänyt vakavan sairauden todennäköisyyttä. 64 prosentilla potilaista, joilla oli selkärangassa

pahanlaatuinen muutos, ei ollut viitteitä vakavasta sairaudesta tai sen oireista (punaisia lippuja). Alanen (2021) on samaa mieltä. Punaiset liput ovat nimenomaan yhteydessä korkeampaan riskiin siitä, että alaselkäkipujen taustalla on vakava sairaus. Punaisten lippujen löytyminen ei automaattisesti tarkoita, että alaselkävaurio olisi löydettävissä vakava tai spesifi syy. Lippujen puuttuminen ei myöskään tarkoita suoraan epäspesifiä kipua. Lausmaan ja Holopaisen (2018, 6) mukaan alaselkäkipua aiheuttavat vakavat syyt ovat harvinaisia.

### **Kivun mittaaminen VAS- ja NRS-kipumittareiden avulla**

Kivun hoidon perusta on kivun arvioiminen ja se perustuu asiakkaan omaan kokemukseen ja sen ilmaisemiseen ammattilaiselle. Kivun arviointi on laaja-alaista ja sen yhtä osa-alueita, voimakkuutta, voidaan arvioida kipumittarilla. Kipumittareita on erilaisia ja tässä tutkimuksessa käsitellään niistä kahta. NRS-mittarilla (Numeral Rating Scale) kipua arvioidaan numeraalisesti asteikolla 0–10, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ja 10 on pahin mahdollinen kuviteltavissa oleva kipua. VAS (Visual Analogue Scale) on 100 mm mittainen jana, jonka vasen pääty kuvaa kivuttomuutta ja oikea pahinta mahdollista kuviteltavissa olevaa kipua. Kipu on subjektiivinen kokemus, jonka vuoksi kivun voimakkuuden arvioiminen sopii yksilön oireissa tapahtuvien muutosten seurantaan, mutta ei vertailuun selkäkipuisten kesken. (Duodecim 2017b; Kivunhallintatalo 2019.)

Poikkileikkaustutkimukseen osallistui 100 alaselkäkipuista henkilöä, joita pyydettiin arvioimaan kipua VAS- ja NRS-asteikoilla, sekä Brief Pain Inventoryn (BPI) avulla. Toimintakyvyn haittaa arvioitiin BPI-Pain interference and Modified Oswestry Disability indeksillä (MODI). VAS ja NRS välillä oli merkitsevä positiivinen korrelaatio ( $r=0,92$ ,  $p<0,001$ ), eli ne ovat luotettavia mittareita mittaamaan kroonisen alaselkäkipun voimakkuutta. Mittareiden välillä ei ollut merkittävää eroa. Myös toimintakyvyn haitan ja VAS tai NRS välillä oli merkitsevä positiivinen korrelaatio. Lisäksi niiden pisteet voivat ennustaa alaselkäkipuisten toimintakyvyn haitan tasoa. (Saad & Rehab 2021.) Kun taas Chiarotton ym. (2018) kirjallisuuskatsauksen mukaan VAS- ja NRS-mittareiden käytön yleisyydestä huolimatta, ei ole selkeää näyttöä siitä, että niillä olisi muita paremmat mittaussominaisuudet alaselän kipua arvioitaessa. Lisätutkimuksia tarvitaan mittareiden validiteetista ja luotettavuudesta.

### **STarT Back -selkäkysely**

Selkäkipuisten asiakkaiden psykososiaalisten tekijöiden arviointiin voidaan käyttää STarT Back -selkäkyselyä. Kyselyn nimi muodostuu sanoista Subgroups for Targeted Treatment. Kyselyä käytetään myös nimeä Keele STarT ja STarT Back Screening Tool (SBT tai SBST). Kysely on kehitetty Isossa-Britanniassa lääkäreiden ja suoravastanottoa tekevien fysioterapeuttien käyttöön selkäkipuisten asiakkaiden kanssa. Kysely sisältää yhdeksän kysymystä, joiden avulla kartoitetaan psykososiaalisia tekijöitä, jotka liittyvät mahdolliseen

alaselkäkivun kroonistumiseen. Kysymykset liittyvät kivun säteilyyn alaraajoihin, niskakipuun, kävelemiseen, pukeutumiseen, fyysiseen aktiivisuuteen, huolestuneisuuteen, paraneemisennusteeseen, asioista nauttimiseen ja kivun haittaavuuteen. (Hill ym. 2021.)

Ensimmäiset kahdeksan kohtaa kysyvät asiakkaan oireista viimeisen kahden viikon aikana ja vastausvaihtoehdot ovat samaa tai eri mieltä. Myöntävästä vastauksesta tulee yksi piste. Yhdeksänteen kysymykseen vastataan viisikohtaisella Likertin asteikolla (ei lainkaan, hie-man, kohtalaisesti, paljon ja erittäin paljon). Tässä kysymyksessä vain kahdesta jälkimmäisestä vastauksesta saa yhden pisteen. Kokonaispisteiden lisäksi lasketaan osapisteet psykososiaalisista kysymyksistä 5.–9. Alle kolme kokonaispistettä vastaa matalan riskin ryhmää. Yli neljä kokonaispistettä ja osapisteistä alle kolme pistettä vastaa kohtalaisen riskin ryhmää. Yli neljä kokonaispistettä ja osapisteistä yli neljä pistettä vastaa korkean riskin ryhmää. (Simula ym. 2018, 1062.)

Start Back -kyselyä suositellaan käytettäväksi asiakkailla jokaisen uuden selkäkipujakson ensimmäisellä vastaanottokäynnillä joko lääkärin tai fysioterapeutin luona. Asiakkaat voidaan seuloa kolmeen eri terapiaryhmään työkyvyttömyysriskiä ennustavien pisteiden mukaan. Matalan riskin ryhmälle riittää pelkkä neuvonta. Kohtalaisen riskin ryhmälle suositellaan muutama kerta aktivoivaa fysioterapiaa. Korkean riskin ryhmän fysioterapian tulee olla aktivoivaa, yksilöllistä ja kognitiivis-behavioraalista. Pisteiden mukaisen luokittelun on todettu olevan vaikuttavampaa verrattuna tavanomaiseen fysioterapiaan. (Hill ym. 2021.)

Kyselyn käytön ja sen tuloksiin perustuvan terapian on Yhdysvalloissa todettu parantavan kliinisiä tuloksia sekä asiakastyytyvää, vähentävän terveydenhuollon kustannuksia sekä lyhentävän sairauslomaa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus selvitti lääkäreiden ja suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia kyselyn käytöstä. Tulokset jaettiin kolmeen teemaan, jotka ovat työkalun käyttöönotto, työkalun käytön hyöty ja seuraamukset sekä vaikutukset asiakkaaseen. Molemmat ammattiryhmät kokivat, että Start Back -kyselyn avulla asiakkaan kanssa oli helpompi ottaa puheeksi psykososiaaliset asiat ja hoidon laatu parani. Osa ammattilaisista koki kyselyn hyödyttömänä, koska eivät saaneet sen avulla uutta tietoa. (Hill ym. 2021.)

Fysioterapeutit olivat huomanneet, että asiakkaan tilanne saattaa muuttua fysioterapian aikana (Hill ym. 2021), joka taas osaltaan tukee kyselyn toistamista terapian edetessä. Beneciuksen ym. (2014) ja Medeirosin ym. (2019) tutkimusten mukaan STarT Back -kyselyä voidaan hyödyntää ennustamaan kuntoutumisen etenemistä tai tilanteen kehittymistä terapiajakson aikana. Medeiros ym. (2019) tutkivat SBST:n toimivuutta kuuden viikon ja kuuden kuukauden seurantajaksoilla. Tutkimukseen osallistui 348 alaselkäkipuista 18–80-vuotiasta osallistujaa, jotka olivat käyneet päivystyksessä tai fysioterapiassa. Saatu hoito vaihteli.

Osa akuuteista päivystyksessä käyneistä alaselkäkipuisista asiakkaista sai neuvontaa 5–20 minuutin ajan, lääkityksen sekä tarvittaessa lisätutkimuksia tai lähetteen muihin palveluihin. Fysioterapiassa käyneet pitkittänyttä alaselkäkipua kokeneet asiakkaat saivat kymmenen kerran fysioterapiajakson, joka sisälsi terapeuttisia harjoitteita ja manuaalista terapiaa. Kaikki osallistujat haastateltiin alussa, kuuden viikon ja kuuden kuukauden kuluttua. Tavoitteena oli tutkia, voidaanko SBST:n avulla havaita kliiniset muutokset seurantajaksoilla. Lisäksi SBST:tä verrattiin kivun intensiteettiin, jota mitattiin NPRS-mittarilla (Numeric Pain Rating Scale). Kuuden viikon kohdalla SBST:llä ja NPRS:llä mitattujen muutosten välillä oli positiivinen korrelaatio ( $r > 0.50$ ) keskitason ja korkean riskin ryhmissä. Verrattaessa alkutilannetta kuuden kuukauden kohdalla saatuihin tuloksiin, oli positiivinen korrelaatio SBST:llä ja NPRS:llä mitattujen muutosten välillä kaikissa kolmessa ryhmässä.

### **Käden puristusvoimamittaus**

TOIMIA-tietokannasta löytyy käden puristusvoiman mittaus. Se mittaa käden tarttumaotteen/puristuksen voimaa ja toimii lisäksi hyvänä yleisen lihasvoimatason indikaattorina. Soveltuvuusarvioiden mukaan siitä on riittävästi tutkittua tietoa ja se soveltuu väestötutkimuksiin, mittaamaan liikuntaelinten toimintakyvyn alenemista sekä varhaiseen tunnistamiseen työikäisillä osana työkyvyn edellytysten arviointia. Puristusvoima mitataan siihen tarkoitukseen kehitetyllä dynamometrillä. Käytetyin mittari on Saehan, joka on aiemmalta nimeltään Jamar. Puristusvoimamittausta voidaan käyttää eri-ikäisillä terveillä henkilöillä sekä henkilöillä, joilla on jokin sairaus. Testausasennossa tutkittava istuu selkä tuettuna, kyynärniveli  $90^\circ$  kulmassa ja ranne neutraaliasennossa. Kahvan oteleveys säädetään tutkittavan käden koon mukaan. Useimmiten naisilla on oteleveys kaksi ja miehillä kolme. Testi toistetaan vähintään kaksi kertaa dominoivalle tai kummallekin kädelle. Suoritusten välillä on 30–60 sekunnin tauko. Paras tulos jää voimaan. Saehan-mittarin tulos on kilopondeina, joka vastaa yhden kilogramman suuruisen massan kokema vetovoimaa, eli käytännössä tulos kirjataan kiloina. (Stenholm ym. 2013.)

FinTerveys 2017 -tutkimus on laaja kansallisesti edustava terveystarkastustutkimus, jonka edeltäjinä toimivat Terveys 2000/2011 ja FINRISKI -tutkimukset. FinTerveys 2017 arvioi kansanterveyttä ja siihen vaikuttavien tekijöiden muutoksia vuodesta 2011 vuoteen 2017. Tutkimukseen osallistui 10 305 yli 30-vuotiasta henkilöä. Käden puristusvoiman todettiin heikkenevän tasaisesti yli 40 ikävuoden jälkeen molemmilla sukupuolilla. Yleisesti miesten puristusvoima on noin 50 prosenttia suurempi kuin naisilla. Verrattaessa vuoden 2011 ja 2017 tuloksia, on puristusvoimassa tapahtunut parannusta. (Koponen ym. 2018, 10, 109.)

Heikon käden puristusvoiman on tutkittu ennustavan fyysisen toimintakyvyn ja älykkyyttä vaativien ominaisuuksien heikkenemistä sekä varhaista kuolleisuutta. Puristusvoima

korreloi useiden eri lihasryhmien voimatasojen kanssa, joten se toimii myös hyvänä yleisen lihasvoimatason indikaattorina. (Stenholm ym. 2013.) Puristusvoiman mittausta on yksi keino mitata fyysistä toimintakykyä. Yli 65-vuotiaiden miesten heikko fyysinen suorituskyky ennustaa suurentunutta murtumariskiä. Kansainväliseen miesten osteoporoottisia murtumia tutkivaan tutkimukseen osallistui yhteensä 10 998 henkilöä Ruotsista, Yhdysvalloista ja Kiinasta. Osallistujat vastasivat kyselyyn, jossa kysyttiin kaatumisista, murtumista ja fyysisestä aktiivisuudesta viimeisen 12 kuukauden ajalta. Fyysisiin testeihin sisältyi käden puristusvoimamittauksen lisäksi istumasta seisomaannousun viiden kerran toistotestaus ja kuuden metrin kävelytesti. Puristusvoima oli alhaisempi niillä henkilöillä, jotka olivat kaatuneet ja saaneet murtuman, kuin niillä, jotka olivat kaatuneet saamatta murtumaa tai niillä, jotka eivät olleet kaatuneet. (Rosengren ym. 2012.) Myös naisten puristusvoiman yhteydestä terveyteen on tehty tutkimuksia. Pollarin (2023, 66) pro gradu -tutkielman mukaan 63–76-vuotiaiden naisten korkeampi liikunnan harrastamisen määrä oli yhteydessä parempaan käden puristusvoimaan, kun taas useasta kroonisesta sairaudesta kärsivien puristusvoima oli heikompi.

Bohannonin (2019) narratiivisen katsauksen mukaan tutkimusnäyttö puoltaa käden puristusvoimatestin käyttöä yleisen terveyden indikaattorina arvioitaessa esimerkiksi yleistä lihasvoiman ja toimintakyvyn tasoa tai murtumia ja kaatumisia. Käden puristusvoiman testaamista voidaan suositella aikuisille terveydenhuollossa. Myös Bobosin ym. (2020) systemaattisen meta-analyysin mukaan käden puristusvoima on luotettava ja pätevä mittaus terveille sekä erilaisista sairauksista kärsiville henkilöille.

### **Työkyvyttömyysriskin arvioiminen Örebro-kyselyllä**

Örebro-kipukyselyn avulla voidaan ennustaa asiakkaan toipumista ja arvioida kivusta johtuvan työkyvyttömyyden riskiä. Kyselystä käytetään myös nimeä Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (ÖMPSQ) -kysely. Pitkä versio sisältää 20 kysymystä. Tässä tutkimuksessa käsitellään lyhyttä versiota, joka sisältää kymmenen kysymystä pisteytettynä asteikolla 0–10. Kolmen kysymyksen pisteytys lasketaan käänteisesti eli vähentämällä pistemäärä kymmenestä (10-x) laskettaessa summapistettä. Pisteiden maksimimäärä on 100. Tulokset jaetaan kolmeen luokkaan: matalaan riskiin (0–39 pistettä), keskitason riskiin (40–49 pistettä) ja korkeaan työkyvyttömyyden riskiin (yli 50 pistettä). Kysymykset koskevat kivun kestoa ja voimakkuutta, mahdollisuutta kevyen työn tekemiseen, nukkumista, jännittyneisyyttä, masentuneisuutta, riskiä kivun muuttumisesta pysyväksi, mahdollisuutta työn tekoon kolmen kuukauden kuluttua ja kivun vaikutusta arkiaskareisiin. (Karppinen ym. 2016; Paukkunen 2019, 21.) Kyselylomake suositellaan täytettäväksi jo ensimmäisellä

vastaanottokäynnillä, koska suurimmalla osalla asiakkaista psykososiaaliset tekijät ovat havaittavissa jo oireiden alkaessa (Linton Lausmaan & Holopaisen 2018, 6 mukaan).

Beales ym. (2016) tutkivat fysioterapeuttien kykyä tunnistaa tuki- ja liikuntaelinkipuisten asiakkaiden psykososiaalisia tekijöitä. Osa lääkäreistä ja fysioterapeuteista ei usko pystyvänsä tunnistamaan näitä. Tutkimuksessa 90 asiakasta täytti Örebro-kyselyn ennen vastaanottoa. Tämän jälkeen fysioterapeutit esittivät näkemyksensä biopsykososiaalisten tekijöiden vaikutuksesta asiakkaan kertomukseen perustuen. Fysioterapeuttien käsitykset asiakkaiden biopsykososiaalisista tekijöistä korreloivat kohtalaisesti useiden Örebro-kyselyn osa-alueiden kanssa. Kohtalainen korrelaatio oli kohdissa toipumisodotus (0,53), työkyky (0,52) ja nukkuminen (0,54). Heikko korrelaatio oli ahdistuksessa (0,33), masennuksessa (0,32) ja pelossa (0,10). Korrelaatioihin vaikutti fysioterapeutin kokemus kivun ja itseluottamuksen psykososiaalisista näkökohdista. Seulontakyselylomakkeita suositellaan käytettävän ammattilaisen näkemyksen lisänä ja ne auttavat tunnistamaan psykososiaalisia riskitekijöitä.

Simulan ym. (2020) poikkileikkaustutkimukseen osallistui 3 079 pohjoissuomalaista vuonna 1966 syntynyttä henkilöä, joilla oli ollut alaselkäkipua viimeisen 12 kuukauden aikana ja he olivat täyttäneet Örebro ja STarT Back Tool (SBT) -kyselyt. Lisäksi arvioitiin masennus- ja ahdistuneisuusoireita, psykologisia ominaisuuksia, elämäntapoja ja koulutustasoa. Matalan riskin ryhmään kuului Örebron mukaan 85 % miehistä ja 80 % naisista ja SBT:lla mitattuna miehistä 86 % ja naisista 87 %. Keskitason ryhmään kuului Örebron mukaan 8 % miehistä ja 11 % naisista ja kun taas SBT mukaan vastaavat prosenttiosuudet olivat 10 % ja 9 %. Korkean riskin ryhmään kuului Örebron mukaan 7 % miehistä ja 9 % naisista ja SBT:lla mitattuna 4 % miehistä ja 3 % naisista. Örebron ja SBT:n välillä ei ollut merkittävää eroa. Kliinisesti merkitsevät masennus- ja ahdistuneisuusoireet sekä pelon välttämiskomukset lisääntyivät miehillä ja naisilla verrattaessa matalan ja keskitason sekä keskitason ja korkean riskin ryhmiä. Tämä tukee molempien kyselylomakkeiden käyttöä niiden henkilöiden tunnistamisessa, joilla on psykososiaalisia riskitekijöitä pitkittyneen toimintakyvyn haitan vuoksi.

### **Toimintakyvyn mittaaminen PTA-kyselyn avulla**

Potilaskohtainen toiminnallinen asteikko -kysely (PTA) on toimintakykymittari ja siitä voidaan käyttää myös nimitystä potilaskohtainen funktionaalinen asteikko tai englanniksi Patient-Specific Functional Scale, PSFS. Mittarin on kehittänyt Paul Stratford ja hänen työryhmänsä Kanadassa. Kyselyssä asiakas luettelee kolme toimintoa, joita hän ei pysty tekemään tai joissa hänellä on eniten vaikeuksia pääasiallisen ongelmansa seurauksena. Toiminnoksi suositellaan mieluummin käytännön haastetta, esimerkiksi portaiden kävelemistä



ylöspäin, kuin yhden nivelen liikettä, esimerkiksi polven koukistamista. Jokainen toiminto pisteytetään 0–10. Nolla tarkoittaa, että asiakas on kykenemätön suorittamaan kyseisen toiminnon. Kymmenen tarkoittaa, että asiakas on kykeneväinen suorittamaan toiminnon samalla tasolla kuin ennen vammaa tai ongelmaa. Yhteenlasketut pisteet voidaan kirjata esimerkiksi näin ”Potilaan toimintakyky PTA-mittarilla mitattuna on 18/30”. Kysely ilmaisee asiakkaan yksilölliset toiminnan haitat ja sitä voidaan käyttää myös terapian etenemisen seurannassa. Tällöin alku- ja loppumittausten toimintojen tulee pysyä samoina. Kysely on helpokäyttöinen ja geneerinen, eli kaikille sopiva, eikä se rajaudu tiettyyn tuki- ja liikuntaelimen vaivaan. (Horn ym. 2012; Lehtola 2017, 30.)

Lehtolan ym. (2013) tutkimus käänsi ja validoi kansainvälisen PSFS-kyselyn testaamalla sen luotettavuutta ja toistettavuutta sekä testaamalla sen sopeutumista uuteen suomalaiseen kieli- ja kulttuuriympäristöön. Tutkimukseen osallistuneet 78 alaselkäkipuista henkilöä täyttivät PSFS-kyselyn ennen fysioterapiajaksoa ja sen jälkeen. Fysioterapiajakson pituus vaihteli yhdestä käynnistä viiteentoista käyntiin. Lisäksi heiltä kysyttiin haitta-astetta Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) -kyselyllä ja kivun määrää VAS-asteikolla. Lähtötilanteessa keskimääräinen PSFS-pistemäärä oli 14,1 ja loppumittauksessa 20,4. Myös kivun määrä oli vähentynyt. Alkumittauksessa VAS oli 46,3 ja loppumittauksessa 25,4. PSFS:n ja RMDQ:n välillä oli hyvä korrelaatio 0,65 (Pearson,  $P=0,01$ ), eli RMDQ haitta-asteen lieventyessä toimintakyky PSFS:llä mitattuna on parantunut. Myös PSFS:n ja VAS-janan muutospisteiden välillä oli 0,59 korrelaatio (Pearson,  $P=0,01$ ), eli toimintakyky paranee hieman nopeammin kuin kipu lievittyy. PSFS-kyselyä voidaan suositella arviointityökaluksi kliiniseen ja tutkimuskäyttöön ja sillä voidaan mitata luotettavasti ja toistettavasti asiakkaan toimintakykyä ja siinä tapahtuvaa muutosta.

#### 4.3 Toimintakyvyn arvioiminen

Toimintakyvyn arvioiminen on olennainen osa kuntoutusta. Toimintakyky-käsitteellä tarkoitetaan henkilön fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista – työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja harrastuksista, itsestä ja toisista huolehtimista – siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakyky koostuu fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja kun tähän lisätään näitä tukeva ympäristö, on perusedellytykset hyvälle elämälle olemassa. Tällöin henkilön on helpompi selviytyä arjesta itsenäisesti, kyetä toimimaan osana opiskelu- tai työelämää sekä saavuttaa paikkansa yhteiskunnassa. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja työ- ja elämänterveystieteiden tutkimuskeskus 2022c.) Kuntoutus on osa hyvinvointipalvelujärjestelmää ja tarkoittaa kuntoutujan tavoitteista ja tarpeista lähtevää suunnitelmallista prosessia, jossa kuntoutuja ylläpitää ja edistää toiminta- ja työkykyään ammattilaisen tuella. Kuntoutuksen avulla

tuetaan kuntoutujan itsenäistä elämää, voimavaroja, työllistyvyyttä ja sosiaalista osallisuutta. Myös kuntoutujan lähipiiri huomioidaan kuntoutuksessa. (Valkeinen 2023.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010, 29 §) mukaan hyvinvointialueen tulee järjestää asiakkaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus, joka pitää sisällään kuntoutusneuvonnan ja -ohjauksen, kuntoutustutkimuksen, toimintakykyä ylläpitävät ja parantavat terapiat (esimerkiksi fysio-, toiminta-, puhe- ja lymfaterapia) sekä toiminta- ja työkyvyn arvioimisen. Lisäksi siihen kuuluu myös apuvälinepalvelut, sopeutumisvalmennus ja muut kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Lääkinällisestä kuntoutuksesta voidaan käyttää myös termiä toimintakykykuntoutus. (Päijät-Sote 2022a, 3.) Tarkoituksenmukainen toimintakyvyn arviointi tulee suorittaa riittävän laaja-alaisesti ja asiakkaan näkökulma huomioiden. Toimintakyvyn arvio koostuu kuvailevan tiedon lisäksi mittaus- ja arviointitulosten keräämisestä, yhdistelystä ja tulkitsemista. Näiden, asiakkaan itsearvioinnin ja ammattilaisen arvion perusteella syntyy kokonaiskuva henkilön toimintakyvystä. Kokonaiskuvan perusteella voidaan laatia tavoitteita, tehdä kuntoutussuunnitelma, arvioida kuntoutuksen vaikutuksia ja etenemistä sekä tehdä päätöksiä etuuksista tai myöntää palveluita. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2022d.)

Toimintakykytietoa tuotetaan terveydenhuollossa osana asiakkaan palvelua tai osana sen tarpeen arviointia. Se sisältää asiakkaan toimintakykyä kuvaavia tietoja ja käytäntöjä, jotka kuuluvat toimintakyvyn mittaamiseen, kirjaamiseen, tallentamiseen ja hyödyntämiseen. (Anttila ym. 2021, 20.) Toimintakykytietoa saadaan asiakasta havainnoimalla, haastatteleamalla tai mittaamalla mittareilla. Toimintakykymittari mittaa, arvioi tai kartoittaa toimintakykyä. Mittareita, toisin sanoen indikaattoreita, voivat olla kyselyt (esimerkiksi Örebro), testit (esimerkiksi tasapainotesti), mittalaite (esimerkiksi puristusvoimamittari), mittaristo (esimerkiksi Short Physical Performance Battery – SPPB), mittaristo- tai arviointijärjestelmä (esimerkiksi PROMIS-järjestelmä, Patient-Reported Outcomes Measurement Information System) tai yksittäinen kysymys (esimerkiksi arvioi kipuasi asteikolla 0–10). (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2021.) Toimintakykytieto tallennetaan yhteisesti sovittuja rakenteita käyttäen potilastietojärjestelmään ja arkistoidaan Kanta-palveluun (Anttila ym. 2021, 3). Toimintakykytieto on vertailukelpoista asiakkaiden, organisaatioiden tai alueiden välillä silloin kun tieto on kerätty samalla mittarilla ja toisiaan vastaavissa aikapisteissä. Yksittäisen asiakkaan kuntoutumisen etenemistä voidaan seurata toistomittausten avulla, kun alkumittauksen lisäksi tehdään väli- ja/tai loppumittaukset. Mittauksen luotettavuuden kannalta mittajan tulee olla perehtynyt käyttämäänsä mittariin (Penttinen 2020, 4, 6) ja tässä auttaa taroitukseen laadittu tietokanta.

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisen asiantuntijaverkoston (TOIMIA) perustama TOIMIA-tietokanta kokoaa yhteen suositukset ja arvioinnit toimintakyvyn mittareista.

TOIMIA-verkoston kuuluu noin 60 eri organisaatiota muun muassa kuntoutus- ja tutkimuslaitoksia, ammattikorkeakouluja, yliopistoja, ministeriöitä ja järjestöjä ja sitä koordinoi Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tavoitteena on yhtenäistää toimintakyvyn arviointikäytäntöjä kansallisesti. Tietokannassa on julkaistu 118 mittaria ja niiden vähimmäistietoihin kuuluu tietoa mittarin saatavuudesta ja käyttöohjeista, käyttöoikeuksista, maksullisuudesta ja tarvittavista välineistä. Lisäksi mittareista, jotka ovat käyneet läpi TOIMIA-arvioinnin, on saatavissa tiedot mittarin toistettavuudesta, pätevydestä, käyttökelpoisuudesta ja muutosherkyydestä. Kun päädytään käyttämään jotakin mittaria, on varmistuttava siitä, että se mittaa sitä mitä halutaan. Tässä auttaa mittareista julkaistut värikoodatut soveltuvuusarviot. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2022b.)

Kuntoutuksen tietopohja -hankkeen (KUTI-hanke) tavoitteena on yhtenäistää toimintatapoja mittareiden ja niiden käytön osalta sekä lisätä toimintakykytiedon rakenteisuutta potilaskirjauksissa. Hanke laatii toimintakykymittareiden käyttöön liittyviä suosituksia sekä määrittelee kuntoutusta kuvaavia indikaattoreita, joita on mahdollista hyödyntää tiedolla johtamisessa. Taustalla on TOIMIA-verkoston pitkäjänteinen työ toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin yhtenäistämiseksi ja kehittämiseksi. Kuntoutuksen tietopohja koostuu sovitulla mittareilla mitatusta datasta, yhdenmukaisista kirjaamiskäytännöistä, yhteensopivista tietojärjestelmistä sekä rakenteisesta kirjaamisesta. Mittari voi olla väline, testi tai kysely, jonka avulla saadaan vertailukelpoista tietoa. Suositusten pohjalta syntyvät yhtenevät käytännöt tuottavat tasapuoliset palvelut asiakkaille palveluntuottajasta tai hyvinvointialueesta riippumatta. Mittarit auttavat ammattilaisia saamaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä asiakkaan itsensä arvioimana, jolloin mahdollisesti tarvittava toimintakyvyn tarkempi arvioiminen on helpompaa. Yhtenevällä tavalla kerätty data auttaa esihenkilöitä ja päätöksentekijöitä tiedolla johtamisessa. Lisäksi kansallinen tietopohjan näkökulmasta kertyvä tieto auttaa organisaatioiden keskinäisessä vertailemisessa ja kehittämisessä. (Penttinen & Valkeinen 2020.)

KUTI-hankkeen pilottivuoden 2019 tuloksena syntyi kaksi suositusta, joista toinen on aikuisten toimintakyvyn itsearviointi sosiaali- ja terveystieteissä. Tuloksena aikuisten toimintakyvyn itsearvioinnissa suositellaan käytettävän vaihtoehtoisesti viittä eri mittaria, jotka ovat WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule), PROMIS yleinen terveys (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System), EuroHIS-8, PASS (Patient Acceptable Symptom State) ja/tai GRC (Global Rating of Change). (Penttinen & Valkeinen 2020). Rinne (2023b) on tutkinut fysioterapeuttien kokemuksia kahdesta ensimmäisestä mittarista. Nämä kaksi KUTI-hankkeen suositusta ovat hyvä alku yksilötason toimintakykytiedon koordinoimiselle kansallisesti, mutta jatkokehittämistä tulee vielä

tehdä esimerkiksi toimintakyvyn vähimmäisarvioinnin suositusten osalta. Tällaiset suositukset tulee laatia myös muille ryhmille. (Penttinen 2020, 10.)

Myös paikallisesti on huomattu mittareiden käyttöön liittyvä epäyhteneväisyys. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin valmistui uusi sairaala Nova 2020, jossa otettiin käyttöön modernit (potilas)tietojärjestelmät. Fysioterapeutit ja esihenkilöt olivat mukana määrittämässä, mitä keskeisiä toimintakyvyn arvioinnin välineitä otetaan käyttöön. Lisäksi Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (KYS-erva) koettiin haasteeksi asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin alueellinen epäyhteneväisyys, systemaattisuuden puute ja laatu fysioterapiapalveluissa. Näiden syiden vuoksi KYS-ervan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapiassa toteutettiin kartoitus toimintakyvyn arviointimenetelmistä. Kartoituksena tuloksena saatiin 97 alueella käytössä olevaa erilaista toimintakyvyn arviointimenetelmää. Tutkimuksen perusteella käytetyimmät mittarit olivat nivelten liikkuvuuden mittaaminen kulmamittarilla, käden puristusvoima sekä Bergin tasapainotesti. (Arkela ym. 2019.)

## 5 Tiedolla johtaminen

Tiedolla johtaminen tarkoittaa laadukkaaseen ja ajantasaiseen tietoon perustuvaa päätöksentekoa ja se on välttämätön edellytys sote-rakennemuutoksen toteuttamiseksi. Hyödynnettävä tieto on kerätty menneisyydessä, mutta tiedolla johtaminen pyrkii ennakoimaan toimenpiteiden ja tapahtumien vaikutuksia ja syy-seuraussuhteita tulevaisuudessa. Tiedolla johtamisen kehittäessä toimintaa, voidaan resursseja kohdentaa sinne missä niillä pystytään tuottamaan eniten hyvinvointia. Jotta asiakkaille pystytään jatkossakin tarjoamaan riittävät ja yhdenvertaiset palvelut, tulee asukkaiden hyvinvoinnista, terveydestä sekä sote-palveluiden kustannuksista ja vaikuttavuudesta kerätä tietoa. (Sote-uudistus; Klemola ym. 2014.) Tiedolla johtaminen tukee palvelunjärjestäjän päätöksentekoa ja sen avulla on helppompaa tuottaa tarvittavat palvelut vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Lisäksi palvelunjärjestäjä voi tarkastella asiakkaiden hoito- ja palveluketjuja kokonaisuuksina ja näiden pohjalta kehittää omaa toimintaansa. Myös hyvinvointialueiden keskinäinen vertailu helpottuu viranomaistyössä. (Sote-uudistus 2021.) Tiittasen (2023) mukaan tiedolla johtamisen avulla voidaan parantaa asiakkaiden palveluja ja vaikuttavuuden kannalta olisi toivottavaa, että eri tavoin kerätty tieto hyödynnettäisiin asiakkaiden eduksi eikä pohdittaisi pelkästään kustannusten minimoimista. Asiakkaat ymmärtävät tiedon arvon ja antavat tietoa palveluntuottajien käyttöön saadakseen sille vastinetta (Päijät-Sote d).

Rakenteinen kirjaaminen tuottaa rakenteista tietoa, joka on tiedonhallinnan merkittävä tekijä. Jotta päätöksentekoa tukevia ohjelmia voidaan hyödyntää tiedolla johtamisessa, tulee tietojen olla rakenteisessa muodossa. Rakenteisuus vahvistaa tiedon vakioitua laatua ja tämä auttaa tiedon toisiokäyttöä. (Laihonen & Saranto 2021, 10.) Palveluiden tuottavuutta ja vaikuttavuutta on mahdollista lisätä, kun tietojärjestelmistä kertyvää dataa hyödynnetään tiedolla johtamisessa (Saarlemo 2020, 22; Salovaara ym. 2021, 372). Salovaaran ym. (2021, 379–380) artikkelissa tarkasteltiin tietojärjestelmien avulla kerätyn datan hyödyntämisen esteitä sosiaalialan organisaatioiden tiedolla johtamisessa. Suurimmiksi esteiksi kuvattiin puutteet osaamisessa, resursseissa ja tietojärjestelmissä sekä se, ettei tieto ole rakenteisessa muodossa. Lisäksi muita vaikuttavia seikkoja olivat tietojen yhdistelyn haasteet, tiedon väärä muoto ja puutteelliset tai vanhanaikaiset tietojärjestelmät. Myös Saarlemo (2020, 22) kuvailee diplomityössään sote-alan tietojohdamiseen liittyviksi haasteiksi tiedon pirstaleisuuden, jäsentymättömyyden sekä tiedon sijaitsemisen useissa eri paikoissa.

Hujalan ja Laihosen (2021) kirjallisuuskatsauksen mukaan tiedolla johtamista voidaan hyödyntää kuudella tapaa terveydenhuollon johtamisessa. Tiedolla johtamisen avulla saadaan parempi ymmärrys asiakkaiden tarpeista, kehitetään organisaation suorituskykyä muun muassa kustannusten hallinnalla, kohdennetaan päätöksentekoa paremmin, kehitetään

palvelujen laatua, edistetään yksilön ja organisaation oppimista sekä parannetaan riskienhallintaa. Vuokon (2022) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan linjausten mukaan ammattilaisen tulee sisäistää, että potilastietojen kirjaamisella on vaikutusta myös tilastointiin, johtamiseen ja tutkimus- ja kehittämistyöhön. Laadukkaampaan kirjaamiseen motivoi, jos ammattilainen saa palaute- ja vertailutietoa kirjaamisestaan.

Palautteen antamisen lisäksi esihenkilön oleellinen tehtävä on henkilöstön osaamisen varmistaminen, joka sisältää tehtäväkuvausten koostamisen, saavutetun osaamisen kuvaamisen, osaamis-/kehityskeskustelut sekä yksikön koulutus- ja kehittämissuunnitelman laatimisen. Lisäksi esihenkilön tulee ennakoida osaamistarpeita lyhyellä ja pitkällä aikajänteellä sekä määrittää yksikön keskeiset osaamispuutteet ja rekrytointitarpeet. (Karjalainen ym. 2016, 31.) Terveystieteiden tutkimuksessa yleisimmin käytettyjä osaamisen varmistamisen menetelmiä ovat erilaiset koulutukset. Ne voivat olla organisaation itsensä suunnitelmia ja toimia organisaation sisäisinä koulutuksina. Myös ulkopuolisten tahojen, kuten ammattikorkeakoulujen, kanssa on mahdollista suunnitella koulutuksia, tästä esimerkkinä fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutus. Varsinaisen koulutuksen jälkeen osaaminen voidaan varmistaa tentillä tai näyttökokeella. Myös itseopiskelu on osaamisen kehittämisen ja varmistamisen menetelmä. (Hiekkavirta & Rantanen 2012, 38.) Fysioterapeutin suoravastaanottoon liittyvää jatkuvan osaamisen varmistamista toteutetaan täydennyskoulutusten avulla. Muita keinoja voivat olla kertaaminen, kollegoiden yhteiset tapaamiset sekä opintopiirit. (Töytäri 2018, 16.)

## 6 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäyte toteutettiin soveltavana laadullisena tutkimuksena Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutukselle.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä. Mittareita olivat kipujanat VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numeral Rating Scale), käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilaskohtainen toiminnallinen asteikko) sekä red flags -oireisto. Tiedontuottajina olivat Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutuksen suoravastaanottoa tekevät fysioterapeutit. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluna.

Tutkimuksen tavoitteena oli edistää rakenteista kirjaamista, vahvistaa mittareiden käyttöä asiakasta tutkittaessa ja mittareiden kirjaamista rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Työn avulla kirjaaminen yhdenmukaistuu, kuntoutuksen seuranta helpottuu, ja potilastietojärjestelmä Lifecaren tarjoamia mahdollisuuksia pystytään hyödyntämään paremmin. Mittareiden rakenteista käyttöä tehostamalla edesautetaan valtakunnallista tilasto- ja rekisteritietojen tuottamista. Lisäksi kerättyä tietoa voidaan tietojohdamisen näkökulmasta hyödyntää ammattilaisten mittareiden käytön osaamisen varmistamisessa ja koulutuksen ja perehdytyksen suunnittelussa.

Potilaskirjauksiin rakenteisesti kirjatut mittarit nousevat esihenkilön työpöytä -seurantajärjestelmään, josta nähdään, onko mittareiden käyttöä saatu lisättyä. Tietojohdamisen näkökulmasta mittarien käyttömääriä seuraamalla voidaan tarvittaessa lisätä henkilökunnan koulutusta ja perehdytystä.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia suoravastaanottoa tekevillä fysioterapeuteilla on Etelä-Suomen yhteistyöalueen suosittelmien kipujana VAS ja NRS, käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilaskohtainen toiminnallinen asteikko) ja red flags-oireisto mittareiden käytöstä?
2. Millaisia koulutus- ja perehdytystarpeita on mittareiden käytön osaamisen varmistamiseksi?

Tulosten perusteella laadittiin jatkokehittämis ehdotukset Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutukselle, jossa niitä voidaan hyödyntää myös muiden mittareiden käyttöön-otossa tai muissa yksiköissä, sekä perehdytystä ja koulutuksia suunniteltaessa.

## 7 Tutkimuksen toteutus

### 7.1 Soveltava tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin soveltavana laadullisena tutkimuksena. Soveltava tutkimus on lähestymistapa, joka tavoittelee käytännönläheistä hyötyä (Vilkkä 2021, 226). Soveltavaan tutkimukseen voi kuulua haasteiden ratkaisemista, vaikutusten ennustamista ja aikaansaamista sekä ohjelmien ja palveluiden testaamista. Lisäksi yhdenmukaisuus toisiin tutkimuksiin verrattuna on vähäistä ja aloite aiheesta tulee yleensä toimeksiantajan puolelta. (Hirsjärvi ym. 2009, 132.)

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tarkastelee todellista elämää ja merkitysten maailmaa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Siinä ollaan kiinnostuneita yksilön tai ryhmän toiminnasta ja ihmisten niille antamista merkityksistä, joita voivat olla uskomukset, arvot, halut tai ihanteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 137, 161, 165; Vilkkä 2021, 118, 224.) Laadullinen tutkimusmenetelmä ei tavoittele totuuden löytämistä tutkittavasta aiheesta. Tavoitteena on ennemminkin tuoda julki tutkimuksen aikana syntyneiden tulkintojen avulla tutkittavien toiminnasta jotakin, jota ei ole mahdollista saavuttaa välittömän havainnon avulla. Välittömät havainnot ovat tuntemattomia asioita ja tutkimuksessa pyritään tutustumaan näihin asioihin. Tutustumisessa auttavat tutkittavien kokemukset ja käsitykset, joiden avulla voidaan tehdä tulkin- toja. Nämä taas johtavat mallien, ohjeiden, toimintaperiaatteiden ja tiedon luomiseen tutkit- tavasta aiheesta. (Alasuutari 1994, Vilkan 2021, 120 mukaan.) Tässä soveltavassa tutki- muksessa perehdyttiin suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksiin mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä.

### 7.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen käytetyimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenteista kerätty tieto. Näitä on mahdollista käyttää rinnakkain, vaihto- ehtoisesti tai yhdisteltyinä riippuen tutkimusongelmasta ja -resursseista. Paras keino selvittää, mitä ihminen ajattelee, tai miksi hän on toiminut niin kuin on toiminut, on kysyä sitä häneltä itseltään. Keinona voi olla haastattelu tai kysely. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71–72.) Yksi laadullisen tutkimuksen tyypillisistä piirteistä on ihmisen suosiminen tiedonkeruun läh- teenä (Hirsjärvi ym. 2009, 164).

Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä monestakin syystä (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Haastattelija voi esittää kysymykset haluamassaan järjestyksessä, sekä pystyy tarvittaessa toistamaan kysymykset, tarkentamaan kysymysten sanamuotoja, oikaisemaan väärinkäsityksiä sekä kommunikoimaan haastateltavan kanssa.



Tavoitteena on saada haastateltavalta mahdollisimman paljon tietoa kyseisestä aiheesta. Tätä voidaan edesauttaa antamalla aiheet ja haastattelukysymykset etukäteen tiedonantajalle. Lisäksi on eettisesti perusteltua informoida tutkittavaa haastattelun aiheesta etukäteen, sillä harva osallistuu tutkimukseen, jonka aihetta ei tiedä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.)

Eräs haastattelumenetelmä on focus group interview, joka voidaan suomentaa täsmäryhmähaastatteluksi tai fokusryhmähaastatteluksi. Se sopii käytettäväksi, kun halutaan kehittää uusia ideoita tai palveluita, paljastaa asenteita tai suunniteltaessa uuden teknologian käyttöönottoa. Ryhmä koostuu 6–8 tarkoin valitusta haastateltavasta, jotka on kutsuttu keskusteluun. He voivat olla alansa asiantuntijoita ja he voivat saada aikaan muutoksia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 62.) Fokusryhmähaastattelun erityispiirteenä on osallistujien välinen vuorovaikutus ja moniäänisyys. Haastattelussa voidaan tarkastella, millaisia ajatuksia ryhmässä herää, miten vuorovaikutus toimii ja kuinka ryhmä yhdessä tuottaa erilaisia näkemyksiä ja käsityksiä. Osallistujat muodostavat yksilöllisten näkemysten pohjalta erilaisten ajattelutapojen vertailua, joka johtaa yhteiseen ymmärrykseen tai niiden kyseenalaistamiseen. (Pietilä 2017, 113–114.) Fokusryhmähaastattelulle asetetaan tavoite, joka kerrotaan osallistujille. Haastattelija johtaa keskustelua, huolehtii aiheesta toiseen siirtymisestä, pyrkii edesauttamaan vapaata keskustelua, sekä osallistamaan myös hiljaisempia osallistujia. Sopiva haastattelun kesto on 45–60 minuuttia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 62.) Fokusryhmähaastattelussa voi aiheutua haasteita, jos keskustelu on katkonaista tai liian varovaista, osallistujat ovat passiivisia, esitetyt näkökulmat ovat yksipuolisia ja junnaavat samojen aiheiden ympärillä tai jos aihe harhailee (Pietilä 2017, 115, 128).

Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tapahtumia ja ilmiöitä, eikä niinkään pyri tilastollisiin yleistyksiin. Tämän vuoksi on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään, tietävät aiheesta mahdollisimman paljon. Tästä varmistetaan tiedonantajien harkinnanvaraisella näytteellä. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 59; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86.)

Tähän tutkimukseen pyydettiin eliittiotannalla Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutuksen suoravastaanottoa tekevät fysioterapeutit ja heille lähetettiin sähköpostilla kutsu haastatteluun. Sähköpostissa oli liitteenä saatekirje (Liite 3), tietosuojailmoitus (Liite 2) ja allekirjoitettava suostumuslomake. Osallistujat jaettiin kahteen fokusryhmähaastatteluun. Toiseen tuli neljä ja toiseen viisi osallistujaa. Haastattelut toteutettiin toukokuussa 2023. Toinen haastattelu oli Microsoft Teamsin välityksellä ja se kesti 50 minuuttia. Toinen haastattelu toteutettiin lähihaastatteluna ja se kesti 42 minuuttia. Haastattelun alussa kerättiin tutkimuksen tarkoitus, tavoite, teemat, haastateltavan oikeudet ja

tietosuojakäytännöt. Käytössä oli puolistrukturoitu haastattelurunko (Liite 4), joka rakentui tietoperustan ja tutkimuskysymysten pohjalta.

### 7.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti ja se sopii täysin strukturoimattomaankin aiheistoon. Dokumentteja voivat olla mitkä tahansa kirjalliseen muotoon muutettavissa olevat, esimerkiksi haastattelu, keskustelu, kirja, kirje, artikkeli tai päiväkirja. Sisällönanalyysillä on tavoitteena saada mahdollisimman tiivis ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Laadullisen tutkimuksen tyypillinen piirre on induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Hirsjärvi ym. 2009, 164) ja sen avulla tutkimusaineistosta rakennetaan teoreettinen kokonaisuus, jossa analyysiyksiköt poimitaan aineistosta työn tarkoituksen ja tutkimuskysymysten mukaan. Koska analyysi tulee aineistosta, eivät aikaisemmat teoriat, tiedot eivätkä havainnot vaikuta tutkimuksen toteuttamiseen tai lopputulokseen. Tutkimuksen lopputulokseen tai itse tutkimukseen liittyvä teoria koskee vain analyysin toteuttamista. Tästä esimerkkinä on fenomenologis-hermeneuttisen perinteeseen liittyvät tutkimukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Aineistolähtöinen eli induktiivinen aineiston analyysi alkaa yksittäisistä havainnoista päätyen yleisiin merkityksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 266) ja se voidaan jakaa kolmeen osaan 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistäminen tarkoittaa sitä, että aineistosta karsitaan pois tutkimukseen liittymättömät ja epäolennaiset asiat pois. Lisäksi se voi tarkoittaa aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tutkimuskysymykset ohjaavat pelkistämistä. (Miles & Huberman 1994, Tuomi & Sarajärven 2009, 108–109 mukaan.)

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä tutkija tunnistaa alkuperäisestä aineistosta analyysin ja vertailevien muistiinpanojensa avulla seikat, joista tutkimuksessa halutaan tietoa ja pelkistää näitä ilmaisevia lauseita yksittäisiksi ilmaisuiksi. Näiden väliltä etsitään samankaltaisuuksia ja ne ryhmitellään yhdeksi alakategoriaksi, jonka perustana voi olla tutkittavan ilmiön käsite, ominaisuus tai piirre. Luokalle annetaan sisältöä kuvaava nimi. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Tärkein vaihe on luokkien muodostaminen, sillä siinä päätetään subjektiivisen tulkinnan mukaan, millä perusteella ilmaisut kuuluvat jonkin kategorian alle. Tämän edellytyksenä on aineiston tunteminen läpikotaisin. Analyysissä yhdistellään samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja näistä muodostetaan yläkategorioita.

Myös yläkategoriat nimetään kuvaavasti. (Miles & Huberman 1994, Tuomi & Sarajärven 2009, 101 mukaan; Hirsjärvi ym. 2009, 266.)

Viimeisessä vaiheessa eli aineiston abstrahoinnissa eritellään tutkimuksen kannalta kiinnostava tieto ja kootaan yläkategoriat yhden kaikkia kuvaavan kategorian alle. Niiden perusteella voidaan rakentaa teoreettisia käsitteitä ja vastata tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisinformaation sisältämä kielellinen informaatio on johdettu teoreettisiin käsitteisiin ja sitä kautta johtopäätöksiin. (Hämäläinen 1987, Dey 1993, Cavanagh 1997, Tuomi & Sarajärven 2009, 111 mukaan.) Johtopäätöksiä tekemällä pyritään ymmärtämään, mitä aineiston asiat merkitsevät tutkittaville (Hämäläinen 1987, Tuomi & Sarajärven 2009, 113 mukaan).

Haastattelut tallennettiin ja litteroitiin Microsoft Teamsillä. Sisällönanalyysi tehtiin anonyymisti, eli niin, ettei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Teamsin litteroimaa aineistoa kertyi kahdesta haastattelusta yhteensä 48 sivua, fonttina oli Calibri ja fonttikoko 11. Aineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla ja lukemalla aineisto useita kertoja läpi ja korjaamalla transkriptiossa esiin tulleet kirjoitusvirheet. Tämän jälkeen poistettiin ylimääräiset, aineistoon kuulumattomat ilmaukset. Aineisto koodattiin etsimällä tutkimuskysymyksiin liittyviä lauseita ja ne pelkistettiin yksittäisiksi ilmaisuiksi. Ilmaisuja kertyi 178 kappaletta. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja ne yhdistettiin samaan alakategoriaan, joka myös nimettiin kuvaavaksi (Taulukko 3). Alakategorioita muodostui 15 kappaletta. Lopuksi samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin ja niille muodostettiin yläkategoriat, jotka myös nimettiin (Taulukko 4). Yläkategorioita syntyi yhteensä neljä. Yksittäiset ilmaisut, ala- ja yläkategoriat koottiin Excel-tiedostoon. Osa yläkategorioista valittiin tutkimuksen tulosten otsikoiksi.

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
Muutenkin ne aika nopeasti jossa-kin on mainittu.	Mittarit on mainittu nopeasti.	Koulutus ei ole ollut riittävää
Semmoinen kokemus tässä tulisi kyllä mieleen, että olisi voinut vähän vielä rauhallisemmin ja tarkemmin ne käydä jossakin kohti läpi.	Mittareiden läpikäyminen rauhallisemmin ja tarkemmin.	Tarve koulutukselle
Että ehkä on jäänyt vähän ohueksi tämä (koulutus)	Koulutus on jäänyt ohueksi.	Tarve koulutukselle
Se taisi olla se V*** *****, kun hän joskus oli se, että hän puhui näistä? Tota niin niin PTA:stakin, Keele STarTista ja minä sitten sain niinku sitä tallennusta katsoa myöhemminkin.	Koulutus ja tallenne PTA:sta ja Keele STarTista	Koulutus, tallenne
Auttaisiko se, että jos siellä näitä kävisi läpi, ei se nyt varmaan haitaksi olisi.	Mittareiden läpikäyminen Teamsissa	Kertauskoulutus
Mä näpsän vastaan nopsaa tohon että toi pelkkä taulukko riittää	Pelkkä taulukko riittää.	Kirjallinen ohje

Taulukko 3. Esimerkki alkuperäis- ja pelkistetyistä ilmauksista sekä alakategorioista

Alakategoria	Yläkategoria
Koulutus ei ole ollut riittävää Tarve koulutukselle Koulutus, tallenne Kertauskoulutus Kirjallinen ohje	Koulutus
Tietojärjestelmän haasteet Teknisen käytön rajoitukset Haasteet mittarin käytölle Mittareiden usea nimet aiheuttavat haasteita Este mittarin käytölle Kritiikki VAS ia kohtaan Mittarit ei saa viedä aikaa Tiedonpuute valtakunnallisen datan keräämisestä	Haasteet mittareiden käytölle

Taulukko 4. Esimerkki yläkategorioiden muodostumisesta alakategorioista

## 8 Tulokset

### 8.1 Fysioterapeuttien käyttämät mittarit

Kahteen ryhmähaastatteluun osallistui yhteensä yhdeksän fysioterapeuttia Asikkalasta, Heinolasta, Hollolasta ja Orimattilasta. Osallistujien työkokemus vaihteli kahdesta vuodesta 36 vuoteen ja suurimmalla osalla työkokemusta oli reilusti yli kymmenen vuotta. Kaikki haastateltavat tekevät fysioterapian suoravastaanoton lisäksi normaalia fysioterapian vastaanottotoimintaa. Jokaisella haastateltavilla oli kokemusta suoravastaanotolla käytettävistä asiakkaiden tutkimiseen liittyvistä mittareista ja niiden rakenteisesta kirjaamisesta. Käytetyimmät mittarit olivat VAS, puristusvoima, STarT Back ja PTA. Vain kaksi vastaajista käytti VAS:in tilalla NRS-mittaria. Erityisesti Örebron käyttö koettiin vielä vakiintumattomana ja vieraampana. Eräs haastateltavista kertoi Örebro-kyselyn olevan tulostettuna työpöydällä ja tarkoitus olisi ottaa se käyttöön. Toisaalta kaikki kolme, PTA, Örebro ja STarT Back, koettiin niiden uutuusarvon vuoksi myös vieraampina, koska niiden käyttöä on suositeltu vasta kevään 2023 aikana. Eräs haastateltava kertoi käyttäneensä VAS:ia ja puristusvoimamittauksia vuosia, jonka vuoksi niiden käyttäminen myös rakenteisena mittarina tuntui luontevammalta. Toinen vastaaja mainitsi näiden kahden mittarin käyttämisen olevan helppoa ja nopeaa ja lisäksi puristusvoimamittauksen avulla on mahdollista poissulkea red flagseja.

Kaikki osallistujat kertoivat kirjaavansa red flagsit lausemuotoisena vapaana tekstinä, koska niille ei ole olemassa omaa mittaria. Red flagsit kirjattiin lyhyesti ja yksinkertaisesti, koska hoitaja on jo tehnyt hoidon tarpeen arvion asiakkaalle puhelimitse ja kysynyt samat asiat. Eräs haastateltava kertoi haastattelun lisäksi tutkivansa asiakkaalta red flagsit fysioterapeuttisin keinoin, jolloin hän varmistuu asiasta kahdella tapaa. Lisäksi esimerkiksi Duodecimistä löytyvien red flagsien ei koettu sopivan fysioterapeutin toteuttamaan haastatteluun, sillä ne on suunnattu lääkäreille.

Useimmiten mittareita käytettiin ensimmäisellä vastaanottokäynnillä, mutta myös käyttöä kontrollikäynneillä perusteltiin kattavasti. Mittareita on hyödynnetty anamneesin tekemisessä, joka tukee mittareiden käyttöä ensikäynnillä. Anamneesi tarkoittaa potilaan antamia esitietoja esimerkiksi haastattelussa. Erityisesti Örebron mainittiin auttavan psykososiaalisen puolen hahmottamisessa. Toisaalta, jos kyse on akuutista vaivasta, ei asiakasta haluttu ensikäynnillä ikään kuin provosoida Örebro-kyselyllä. PTA koettiin neutraalimpana ja sopivan kaikille riippumatta vaivan kestosta. Toisella fysioterapiakäynnillä mittareita pohdittiin käytettävän silloin, kun kyse on pitkittyneemmästä vaivasta ja vaivasta, joka ei ole helpottanut ensimmäisen käynnin jälkeen. Riippuen vaivan laadusta, voi mittarin käytöstä olla enemmän hyötyä kontrollikäynneillä kuin ensikäynnillä.

Ensimmäinen käynti sisältää tilanteen arvioimisen, kotiharjoitteiden ohjaamisen ja nopeampien mittareiden, kuten puristusvoiman, käytön. Kaksi vastaajaa mainitsi, että jos he eivät käytä kyselyitä ensimmäisellä kerralla, voivat he kirjata itselleen muistiin, että kyseiselle asiakkaalle voisi seuraavalla kerralla tehdä kyselyt, jos tuntuu, että vaiva pitkittyy. Eräs vastaaja pohti, että pitäisikö mittareita käyttää kuitenkin kattavammin asiakkaille.

*Jos vaiva siinä hetkessä helpottuu ja sitten se tuleeekin siitä samasta olkapäävam-  
masta sitten myöhemmin, niin olisiko se ollut sitten hyvä, että olisi vaikka tehnyt sitten  
niitä jotain testejä sitten enemmän? Ajattelen, että sitten olisi voinut ehkä saada kiinni  
jostain.*

Mittareiden käyttöön vaikuttaa myös asiakkaan toivomukset käynniltä.

*Mitä se toivoo siltä käynniltä, jos ne toivomukset on ihan niinku tällaisia (piirtää käsillä  
ison ympyrän), joutuu ehkä rajaamaan ja ajattelee, että nyt ei mennä niinku tohon  
mittareitten täyttöön tai siihen ei käytetä kauheata aikaa, että täytyy mennä siihen  
akuuttiin juttuun vähän niinku suurempaa reittiä.*

Vuoden 2023 aikana on tulossa asiakkaalle mahdollisuus täyttää kyselyt ennakkoon Päijät-Sote -sovelluksessa. Fysioterapeutti perehtyy asiakkaan tietoihin potilasjärjestelmästä ennen vastaanottoa ja tällöin terapeutti saisi vielä enemmän tietoa asiakkaasta ennen käyntiä. Lisäksi mittarin täyttäminen etukäteen säästää aikaa itse vastaanottotilanteessa. Sovelluksessa täytettävien mittareiden toivotaan helpottavan vastausten siirtämistä potilastietojärjestelmään, kun vastaukset ovat jo valmiiksi digitaalisessa muodossa. Eräs vastaaja kertoi, että kyselyn täyttämisen esteeksi vastaanottotilanteessa voi muodostua asiakkaan lukula-  
sien puute. Tällöin fysioterapeutti joutui lukemaan kysymykset asiakkaalle, joka taas osal-  
taan voi vääristää tuloksia. Tältäkin vältyttäisiin, jos asiakas voisi täyttää kyselyn etukäteen.

Lisäksi eräs haastateltava mainitsi, että jos asiakas on täyttänyt kyselyn etukäteen, on sii-  
hen syytä palata vielä vastaanotolla ja käydä vastaukset yhdessä läpi. Kuitenkaan mittareita  
ei annettu järjestelmällisesti kaikille täytettäväksi ja nähtiin, että mittareiden täyttö ei voi olla  
väkinäinen sapluuna eikä itse tarkoitus.

*Jos asiakas täyttää sen yhden kerran takia 4-5 kyselyä ja sulla on sitten soittoaika  
enää asiakkaalle, niin sittenhän se on ihan niin kun eettistä, että sä käyt sitten jatkos-  
sakin, että hän täyttää ne uudestaan.*

Mittareiden tulosten läpikäyminen yhdessä asiakkaan kanssa koettiin tärkeänä.

*Tokihan niitä sitten asiakkaan kanssa pitää läpikäydä, mutta sehän kuuluu siihen  
niinku varsinaiseen työhön.*

Mittareiden käyttö on riippuvainen käyntien määrästä ja mittareiden hyödyntäminen kuntoutuksen seurannassa koettiin tärkeänä.

*Mutta sitten just, jos on sellaisia, että on tyyliin puhelinkontrolli, niin eihän se mittari sitten siinä vaiheessa enää tee sitä asiaansa. Meillä pitäisi seurata sitä jatkumoa.*

Toisaalta PTA:n mainittiin soveltuvan seurantaan, jos ensikäynnin jälkeen on pelkkä puhelinkontrolli. Esteeksi mittareiden käytölle kuntoutuksen seurannassa mainittiin asiakkaan kieltäytyminen kontrolliajasta, eli jos hän ei halua tulla enää vastaanotolle.

Haastateltavat pohtivat myös kriittisesti sitä, että sopivatko mittarit käytettäväksi suoravastaanotolla, vai sopisivatko ne enemmän tavanomaisen fysioterapian puolelle. Suoravastaanotto koettiin hektisemmäksi ja asiakkaalla on keskimäärin vähemmän käyntejä suoravastaanotolla kuin tavanomaisen fysioterapian puolella. Tavanomaisen fysioterapian koettiin olevan pitkäkestoisempaa ja asiakkaiden vaivojen olevan haastavampia, jonka vuoksi kuntoutuksen seurantakeinoja tarvitaan enemmän.

*Nyt puhutaan suoravastaanoton asiakkaasta, että mitä mittareita käyttää, että minkä tyyppinen asiakas sieltä tulee, että onko tarpeen käyttää oikeastaan mitään.*

Mittareiden kirjaamistavoissa oli yksilökohtaisia eroja, niitä kirjattiin rakenteisina ja ei-rakenteisina. Eräs haasteltavista kertoi unohtaneensa, että VAS olisi mahdollista kirjata myös rakenteisesti. Toinen kertoi, että välillä mittarit jäävät merkkäämatta rakenteisina, koska hän opettelee vielä mittareiden käyttöä. Mittareiden käyttämättömyyden syyksi mainittiin myös näin alkuvaiheessa niiden käytön unohtuminen. Osa vastaajista kertoi käyttävänsä mittareita ei-rakenteisina eli kirjaavansa ne vapaana tekstinä esitiedot-otsikon alle. Ei-rakenteisina kirjattavia mittareita olivat VAS, NRS ja puristusvoima. Syynä tähän oli se, että esimerkiksi arvio kivun voimakkuudesta halutaan yhdistää esitietoihin, joissa käsitellään muutakin kipuun liittyvää asiaa. Kirjauksen johdonmukaisuuden koettiin hajoavan, koska lisättäessä kipumittari rakenteisesti, ei sitä saada muun kipua käsittelevän tekstin yhteyteen, vaan se tulee seuraavan otsikon alle. Eräs haastateltavista kertoi edelleen kirjaavansa mittareiden tulokset herkästi esitietoihin vapaana tekstinä, vaikka tietää, että ne pitäisi kirjata rakenteisina mittareina.

Osa vastaajista koki mittareiden käytön uutena, kevään 2023 aikana tulleen asiana, jonka vuoksi on pitänyt opetella uutta toimintatapaa muun työnteon lomassa. Tämä on tuntunut vaikealta ja aikaa vievältä. Haastateltavat olivat kuitenkin motivoituneita mittareiden käyttöön ja kertoivat ottavansa ne hiljalleen käyttöön. Vastaajat myös uskoivat, että toistojen myötä mittareiden käytöstä tulee rutiinia.

*Mä oon yrittänyt kanssa opetella käyttää just tolleen, välillä mä en muista ollenkaan ja sitten jollekin ja mä teenkin vähän enemmän jo, mutta aika lailla yrittänyt nyt just noita kaikkia opetella niin monipuolisesti.*

## 8.2 Mittareiden hyödyt ja motivaatio niiden käyttöön

Kaikki haastateltavat kokivat suoravastaanotolla käytettävät asiakkaiden tutkimiseen liittyvät mittarit hyödyllisinä. Mittareiden hyödyiksi mainittiin muun muassa niiden rakenteinen kirjaaminen, kuntoutuksen seuranta ja tavoitteenasettelu sekä toimintatapojen yhtenäistyminen asiakasta tutkittaessa ja kirjaamisen osalta. Koettiin tärkeänä, että kaikki toimivat samalla tavalla. Edellä mainittujen lisäksi myös useat muut asiat motivoivat mittareiden käyttöön.

Tutkimuksen haastatteluiden aikaan keväällä 2023 oli aikuisten kuntoutuksessa käynnissä Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen koordinoima tutkimus aikuisten toimintakyvyn itsearviointimittareiden käytöstä ja tämä oli motivoinut yhtä haastateltavaa myös suoravastaanoton mittareiden käyttöön.

Eräs haastateltavista koki, että erityisesti STarT Back -kyselyn käyttöä on painotettu selkäkipuisten asiakkaiden kohdalla, joka on motivoinut häntä kyseisen mittarin käyttöön. Myös kyselyn lyhyt pituus motivoi sen käyttöön. Muutamaaan kertaan mainittiin mittareiden käytön syyksi myös se, että niin on käsketty tai ohjeistettu tekemään.

Puristusvoiman osalta koettiin hyödyllisenä ikäluokkien viitearvojen löytyminen suoraan itse potilastietojärjestelmästä, jolloin niitä ei tarvitse erikseen katsoa tiedostosta tai paperilta. Myös muut mittarit, joihin löytyy viitearvot ja näille sanalliset vastineet, että onko tulos hyvä vai huono, motivoivat mittareiden käyttöön. Kehitysehdotuksena mainittiin, että mittareiden käyttöä helpottaisi vielä se, jos ohjelma laskisi pisteet automaattisesti.

Osa mittareista tuki anamneesin tekoa ja fysioterapeutit kysyisivät asiakkailta saman tyyliä kysymyksiä muutenkin ilman mittareiden käyttöä.

*PTAhan on ollut niinku käytössä ilman mittariakin ja onkin käytössä se. Totta kai me asiakkaalta kysytään aina, että mikä on arkipäivässä nyt vaikeata tällä hetkellä ja mitä ei pysty tekemään.*

Myös asiakkaalle koettiin olevan hyötyä mittareiden käytöstä.

*Asiakas ikään kuin joutuu niitä itsekin vähän useammalta kantilta miettimään sitä tilannettaan, että miten se vaikuttaakaan.*



*Että tulee ihan se numero siitä, tulee sen asiakkaan itse pohdittua sitä tilannetta, että missä mennään, niin sitten taas hän osaa jotenkin paremmin arvioida vielä sitä.*

Mittareiden koettiin sopivan kuntoutuksen seurantaan lyhyellä ja pitkällä aikavälillä.

*Jos näitä on jo pitkän aikavälin kuluessa, sitten kyseisen asiakkaan kohdalla niin toutettu, niin sittenhän siitä nousee varmaan se arvo. Mutta ihan lyhyessäkin seurannassa, jos miettii vaikka tota PTA potilaskohtaista toiminnallista, niitä kolmea toimintoa mitä asiakas siinä hetkessä kirjaa, ensikontaktissa hankalaksi, niin ne kun kääntää sitten tavoitteeksi, niin kyllähän sieltä sitten nopeasti saa sen tiedon, että mihin suuntaan edetä ja sitä seurantaa voi tehdä ihan lyhyelläkin aikavälillä.*

Myös toinen vastaaja koki että, PTA:n avulla voi selkeästi listata haastavimmat toiminnot ja näihin on helppo palata myöhemmin kuntoutuksen etenemistä seurattaessa. Myös PTA:n numeraaliset arvot auttavat tässä. Eräs vastaaja kertoi saavansa PTA:sta apua kotiharjoitteiden laatimiseen. Myös VAS:in ja puristusvoiman mainittiin sopivan kuntoutuksen seurantaan, jos käyntien välillä on pidempi aika.

Mittareita voidaan käyttää myös kuntoutuksen suunnittelussa ja tavoitteiden asettelussa.

*Mutta sitten jos siinä on kipu pitkittymässä, niin kyllähän toi Keele STarTti sitten niin jo antaa viitteitä siinä alkuhaastattelun tai statuksen tekemisessä, että mihin suuntaan se mahdollisesti on kääntymässä? Ja sitten sitä kauttahan sitä terapiasuunnitelmaa pitäisi jo lähteä tekemään, että ei vaan yksi käynti ja puhelinsoitto perään, vaan sen terapiasuunnittelu sitten on. Apua ja hyötyä.*

Yksi vastaajista kertoi hyödyntävänsä Örebrota silloin, kun asiakkaalla on masennukseen tai ahdistukseen liittyviä diagnooseja. Riippuen Örebron tuloksista, voidaan asiakkaalle ottaa pidempikestoista seurantaa, jossa voidaan hyödyntää myös ryhmämuotoista kuntoutusta.

PTA:a voidaan käyttää kuntoutuksen edistymisen todentamiseen. Eräs haastateltava kertoi, että asiakkaiden voi olla vaikea huomata omaa edistymistään erityisesti, jos omaan tilanteeseen tai kipuun suhtaudutaan negatiivisesti. Tähän auttaa PTA:n käyttäminen kuntoutuksen seurannassa, josta nähdään konkreettinen edistyminen. Esimerkkinä mainittiin, että PTA:n mukaan imurointi oli helpottunut. Asiakkaan tajutessa tämän, oivalsi hän samalla, että käsi nouseekin paremmin. Toinen haastateltava kertoi esimerkin, että kuntoutuksen edetessä voi olla niin, että asiakkaan kipu pysyy samana NRS-mittarilla mitattuna, mutta PTA:ssa näkyikin ne muutokset parempaan päin.

*NRS tulee siellä nyt käytettyä vähän kun on annettu vähän niinku sellanen ohjeistus ja saattaa olla että se NRS ei muutu mihinkään. Se on se kasi edelleen, mutta sitten siellä PTA:ssa näkyykkin ne muutokset.*

Tavoitteenasetteluun liittyen mittaria voidaan käyttää myös todentamaan, ettei kuntoutukselle ole enää tarvetta.

*Sitten jos saa sen terapian päättymään (fysioterapiakäynnit loppuvat). Toki se nyt ehkä tässä suoravastaanottotyössä ole se ongelma. Muuten että kun voidaan sitten palata niihin tavoitteisiin, että nää on nyt ok maalissa.*

Eräs haastateltava nosti mittareiden hyödyksi enemmän valtakunnallisen hyödyn laajana saatavan datan myötä kuin oman henkilökohtaisen hyödyn. Myös tiedolla johtaminen määritettiin mittareiden käytön hyötynä.

*No varmaan liittyy siihen valtakunnalliseen hyötyyn enemmän mun mielestä, että saadaan sitä laajaa dataa sitten käytettyä. ... Itselleni en suurempaa hyötyä niin kun siinä koe niistä.*

*Johto haluaa seurata, että niinku kaiken pitää olla nykyään tuloksellista ja tuottavaa, jos ne huomaa, että sitten tuottaa hyötyä, niin sitä että mittarit osoittaa että fysioterapiasta on hyötyä, niin sitten voidaan resursseja sen mukaan niinku pyytää lisää.*

### 8.3 Haasteet mittareiden käytölle ja osaamisen kehittäminen

Haasteita mittareiden käytölle aiheuttivat potilastietojärjestelmän tekniset rajoitteet, mittareiden käytön muistaminen ja mittareiden sisältö. Mittareiden käyttökoulutus koettiin puutteellisenä. Potilastietojärjestelmän tekniseen käyttöön liittyen nousi esille useampi asia, joka aiheuttaa haasteita mittareiden käytölle. Potilastietojärjestelmän virheen vuoksi kaikki rakenteisesti kirjatut mittarit eivät automaattisesti nouse tilastointiin saakka ja sieltä valtakunnallisesti hyödynnettäväksi. Haasteeksi koettiin se, että nämä mittarit tulee vielä Käynnin yhteenveto-ikkunassa muistaa erikseen lisätä mittarina ja kirjata sama numeraalinen tulos uudestaan. Toinen potilastietojärjestelmään liittyvä tekninen haaste on muistaa, että mistä mikäkin mittari löytyy. Kirjausnäkyvässä mittarit sijaitsevat kahden eri otsikon, fysiologiset mittaukset sekä testaus- ja arviointitulokset, alla. Tähän kehitysehdotuksena ehdotettiin mittareiden sijaitsemista vain yhden otsikon alla, jonka nimi voisi olla mittarit. Haastateltavien mukaan mittareiden rakenteista käyttöä edesauttaa niiden helppo käytettävyys potilastietojärjestelmässä.

Mittareiden käytölle aiheutti haasteita myös niiden eri nimet. Eräs osallistuja ei ollut löytänyt Keele STarT -kyselyä valikosta, koska sitä ei löydy Keele-sanalla, vaan se pitää hakea start-

alkuisena sanana. Myös puristusvoimamittausta kritisoitiin siitä, että se löytyy nimellä käden puristusvoima, mutta ei ylärajaan puristusvoima nimellä. Fysioterapiassa suositaan enemmän yläraaja-termiä kuin käsi-termiä.

Haasteena koettiin myös se, että ei ole selkeää linjausta siitä, minkä asiakasryhmän kohdalla käytetään mitäkään mittaria. Mittareita käytetään niille asiakkaille, joille se fysioterapeutin mielestä sopii ja niille asiakkaille, joille fysioterapeutin arvion mukaan voisi olla hyötyä mittareiden käytöstä. Eräs vastaajista toivoi taulukkoa, jossa olisi lueteltuna, minkälaisen asiakkaiden kohdalla käytetään mitäkään mittaria ja mistä kyseinen mittari löytyy potilastietojärjestelmästä. Muut haastateltavat pitivät tätä hyvänä ideana.

Haasteeksi koettiin myös tiettyjen mittareiden validiteetti, eli mittarin kyky mitata juuri sitä, mitä sillä halutaan mitata. Suoravastautolle tulevien vaivat ovat usein akuutteja, ja oireet voivat helpottaa jopa viikon kuluessa, jolloin kivusta johtuvaa työkyvyttömyyden riskiä mittaava Örebro-kysely ei sovi tällaisille asiakkaille. Myös STarT Back mainittiin samassa yhteydessä. Näiden mittareiden ajateltiin sopivan paremmin kroonisiin vaivoihin.

*Ne kaikki (mittarit) ei kyllä vastaa tarkoitustaan vastaanotolla.*

Kyselyissä koettiin olevan moniselitteisiä kysymyksiä. Eräs vastaaja kertoi STarT Back -kyselyssä olevan kysymyksen aiheuttavan asiakkailta lisäkysymyksiä tulkitsemisesta. Haastateltavat fysioterapeutit kokivat tärkeänä, että he keskenään ymmärtäisivät kysymykset samanlailla.

*Niissä on sellaisia kysymyksiä, että asiakkaatkin kysyy multa, että miten tää pitää tulkita ja sitten mä tulkitsen ja sitten mä mietin että tulkitsenkohan mä sen edes oikein.*

Fysioterapiatutkintoon johtavassa koulutuksessakaan ei välttämättä ole käyty kaikkia suoravastauton mittareita läpi. Viimeisimpänä fysioterapeutiksi valmistunut haastateltava kertoi, ettei STarT Back -kyselystä ole puhuttu koulussa.

Kivun arvioimista kuntoutuksen seurannassa kritisoitiin molempien mittareiden, VAS, NRS, osalta. Kipu on subjektiivinen kokemus, johon vaikuttavat monet asiat, esimerkiksi vuorokauden- ja vuodenaika, onko asiakas levossa vai liikkeessä sekä elämäntilanne. Tämä puoltaa myös sitä, että eräs vastaajista kirjaa VAS:in vapaana tekstinä esitietoihin, jolloin kipua pystyy tarkentamaan paremmin kuin sen ollessa rakenteisena mittarina.

*Niin sulla on siellä VAS, se ei kerro välttämättä mitään. Levossa, liikkeessä, aamulla, illalla, syksyllä, kesällä. Miten se on validi? Ei mitenkään.*

Kehitysehdotuksena mainittiin kivun mittaamisen rinnalle esimerkiksi kipulääkkeiden käytön arvioimista, onko niiden käyttö vähentynyt tai lisääntynyt. Eräs haastateltava pohti millaista

graafia useampi VAS-mittaus piirtää potilastietojärjestelmään. Jos fysioterapeutti kirjaa olkapääkipuun liittyvän VAS arvon ja toinen ammattilainen kirjaa samalta asiakkaalta polvikipuun liittyvän VAS arvon, niin näkyvätkö nämä samalla janalla ja onko lisätietoihin kirjatut tiedot nähtävissä kyseisten arvojen kohdalla janalla.

Eräs vastaaja toivoi saavansa mittareiden käyttämisestä lisää arvoa työhön ja kertoi käyttävänsä niitä tällä hetkellä vain koska on sanottu, että niitä pitää käyttää. Samalla hän pohti, että ehkä tulevaisuudessa, kun mittareista on enemmän käyttökokemusta, niin niistä voi olla enemmän hyötyä.

Suurin osa eli seitsemän haasteltavaa ei tiennyt, että rakenteisesti kirjatusta mittareista kerätään valtakunnallista dataa, jota voidaan hyödyntää laajemminkin. Eräs osallistuja esitti kysymyksen, että mitä sillä datalla tehdään.

*Sitä en tiennyt. Ajattelin että se jää tälle esimiestasolle.*

*Jotenkin mulla on ollut ymmärrys, että laajemmin on käytössä, käytössä kun vaan meillä tässä Päijät-Hämeessä, että semmoisella tiedolla on niinku itselle tässä alkuvuodessa tai meille tullut, että miksi näitä mittareita tosissaan tarvitsee ruveta käyttämään, että se on laajempaa kuin vaan meillä. En nyt tarkkaan ole sitä ajatellu, että minne kaikkialle.*

Mittareiden käyttöön liittyvä koulutus koettiin riittämättömänä. Osa ei muistanut minkälaista koulutusta mittareiden käyttöön on saanut ja ne, jotka muistivat, kokivat sen olleen vajaista ja liian nopeaa.

*Mun piti ihan miettiä, että onko näihin näihin PTA, Örebro, Keele STarTti, niin pikaisesti ollaan niitä ainakin käyty näissä tiimimalli palaverissa, mutta onko sitten muuten käyty ollenkaan, että ehkä on jäänyt vähän ohueksi tämä (koulutus).*

*Ollaan Teamsissa kuunneltu, että kuinka pitäisi toteuttaa.*

Osa vastaajista kertoi osallistuneensa suoravastaanottoa tekeville fysioterapeuteille järjestettyyn ulkopuolisen luennoitsijan koulutukseen, jossa käytiin läpi PTA:n, Örebron ja STarT Back -kyselyn käyttöä asiakasta tutkittaessa. Osallistujat saivat tästä myös videotallenteen. Haastateltavat toivat kuitenkin ilmi kaipaavansa enemmän potilastietojärjestelmän käyttöön liittyvää koulutusta. Teams-välitteiseen koulutukseen toivottiin asiakastapausten läpikäymistä potilastietojärjestelmän testiasiakkaan avulla. Eräs haastateltava uskoi saavansa kertauskoulutuksesta nyt enemmän hyötyä, kun on itsellä enemmän käyttökokemusta. Haastateluista ei käynyt ilmi, toivottiinko koulutuksesta tallennetta, jonka voisi katsoa jälkikäteen. Yksi haastateltavista toivoi koulutusta mieluummin kasvokkain, koska keskittyminen

Teamsin kautta on haastavampaa. Lisäksi yksi kertoi, ettei koe tarvitsevansa potilastietojärjestelmään liittyvää koulutusta ennen kuin vasta sitten kun kaikki mittarit ovat rakenteisesti käytettävissä potilastietojärjestelmässä. Sama henkilö toivoi, että tulevaisuudessa isompiakin mittareita olisi mahdollisuus käyttää rakenteisina potilastietojärjestelmässä.

Yksi osallistujista kertoi laatineensa muistiinpanoja koulutuksista ja palanneensa niihin tarvittaessa. Käyttökokemuksen karttuessa ei hänen enää ole tarvinnut palata muistiinpanoihin, mutta silti hänkin toivoi kertauskoulutusta, jossa mittarit käytäisiin rauhallisemmin ja tarkemmin läpi. Toinen kertoi ottavansa mallia vanhempien kollegoiden kirjauksista ja koitti näin painaa mieleensä, miten tulisi kirjata.

Lisäksi toivottiin kirjaamisen yhtenäistämistä, selkeämpää toimintamallia fraasien käyttöön. Fraasit ovat Lifecareen tallennettuja valmiita tekstejä, jotka ne nopeuttavat kirjaamista. Fraasien loppuun ehdotettiin yhteenvetoa asiakkaan saamista pisteistä ja viitearvoja. Myös toinen haastateltava toivoi selkeyttä kirjauksen tekemiseen.

*Ne kyselyt että, että jättääkö sen sellaisenaan? Laittaako siihen vaan että Keele STar-Tista, että onko samaa mieltä vai eri mieltä ja laittaa vaan siihen pisteen, vaan poistaako siitä osia. Se tietysti aina vie aikaa, mutta tietysti se näyttää vähän mukavammalta, kun siinä ei ole ihan kauheasti sitä tekstiä, että vähän yleisesti käydä sitä vielä läpi.*

Myös red flagsien käyttöön kaivattiin lisäkoulutusta. Yleisesti käytössä olevat red flagsit eivät sovi fysioterapeuteille vaan ovat enemmän suunnattu lääkäreille. Lisäksi kaivattiin yhtenäistä linjausta siitä, milloin konsultoidaan tai ohjataan lääkärille red flagsien suhteen. Koulutusta toivottiin esimerkiksi paikalliselta ammattikorkeakoululta tai Päijät-Hämeen hyvinvointialueella työskentelevältä lääkäriltä. Asiaa olikin viety jo eteenpäin. Kehitysehdotuksena mainittiin omat fysioterapeuteille suunnatut red flagsit, jotka olisivat erinimiset.

Lisäksi kävi ilmi, ettei suoravastaanottokoulutuksen jälkeiset luvatut kertauskoulutukset ole toteutuneet. Kaikki vastaajat eivät olleet käyneet samaa suoravastaanottokoulutusta, vaan ovat osallistuneet eri tahon järjestämiin koulutuksiin. Tämäkin voi tuoda eroja toimintatapoihin. Haastateltavat ehdottivat, että heillä voisi olla säännöllisesti tapaamisia, joissa käytäisiin läpi esimerkiksi mittareihin liittyviä asioita tai asiakastapauksia. Lisäksi Tulevaisuuden sote-keskus -hanke loppuu 31.12.2023, jolloin päättyy hankkeen antama tuki suoravastaanottotyölle ja sen kehittämiseksi. Haastateltavat olivat kuitenkin motivoituneita jatkamaan kehittämistyötä ja kokivat, että esihenkilöt tukevat yhteistyön ylläpitämistä, työn kehittämistä ja lisäkoulutusta.

*Esimiehet kyllä sallii, että tällaiseen käytetään aikaa.*

## 9 Kehittämis ehdotukset aikuisten kuntoutukselle

Tutkimuksen tietoperustan ja haastatteluiden tulosten perusteella muodostettiin neljä kehittämis ehdotusta, jotka on esitetty kuviossa 2.

1. Kertauskoulutus
2. A4-kokoinen kirjallinen ohje
3. Tiedolla johtamisen keinojen tuominen työntekijöiden tietoisuuteen
4. Päijät-Hämeen kokemusten esitleminen valtakunnallisessa suoravastaanottotyöryhmässä

Kuvio 2. Kehittämis ehdotukset aikuisten kuntoutukselle

Ensimmäinen kehittämis ehdotus on kertauskoulutus. Osallistujat mainitsivat mittareiden käyttöön liittyvän koulutuksen puutteellisuuden. Koulutus voitaisiin järjestää Teamsin kautta potilastietojärjestelmän testiasiakasta hyödyntäen. Samalla voidaan kerrata, mitkä Etelä-Suomen yhteistyöalueen suosittelemista mittareista ovat pakollisia ja mitkä vapaaehtoisia, fysioterapeutin harkinnan mukaan käytettäviä.

Toinen kehittämis ehdotus koulutukseen liittyen on A4-kokoinen kirjallinen ohje asiakasryhmäkohtaisesta mittareiden käytöstä, eli mitä mittareita käytetään kenellekin ja mistä kyseinen mittari löytyy potilastietojärjestelmästä. Ohjeeseen kirjataan, onko mittari kirjattavissa rakenteisesti vai fraasina ja pitääkö se tilastointi-ikkunassa muistaa lisätä vielä erikseen.

Kolmas kehittämis ehdotus on tiedolla johtamisen keinojen tuominen paremmin työntekijöiden tietoisuuteen ja sitä kautta osaamisen varmistaminen. Ammattilaisen tulee ymmärtää yksittäisen kirjauksen vaikutukset tilastointiin, johtamiseen ja tutkimus- ja kehittämistyöhön. Kirjaamisen vaikutukset tulee tuoda esiin yksilö-, tulosyksikkö-, hyvinvointialue- ja valtakunnallisella tasolla.

Neljännessä kehittämis ehdotuksessa voisi Päijät-Soten suoravastaanottotyöryhmän edustaja tuoda valtakunnallisessa työryhmässä esiin Päijät-Soten kokemuksia mittareiden

käytöstä ja sitä kautta vaikuttaa Etelä-Suomen lääkinnällisen kuntoutuksen alatyöryhmän linjauksiin käytettävissä olevista mittareista.

## 10 Pohdinta ja arviointi

### 10.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli edistää rakenteista kirjaamista, vahvistaa mittareiden käyttöä asiakasta tutkittaessa ja mittareiden kirjaamista rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Tarkoituksena oli selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä. Tutkimuskysymyksinä oli: 1. Millaisia kokemuksia suoravastaanottoa tekeville fysioterapeuteilla on Etelä-Suomen yhteistyöalueen suosittelmien kipujana VAS ja NRS, käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilaskohtainen toiminnallinen asteikko) ja red flags-oireisto mittareiden käytöstä? Ja 2. Millaisia koulutus- ja perehdytystarpeita on mittareiden käytön osaamisen varmistamiseksi? Soveltavan tutkimuksen tuloksena syntyi neljä kehittämis ehdotusta mittareiden käyttöön liittyen aikuisten kuntoutukselle.

Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta kliinisten mittareiden käytöstä asiakasta tutkittaessa ja tulosten kirjaamisesta rakenteisesti. Tulosten mukaan mittareiden käytön hyödyiksi mainittiin niiden rakenteinen kirjaaminen, kuntoutuksen seuranta ja tavoitteenasettelu sekä toimintatapojen yhtenäistyminen asiakasta tutkittaessa ja kirjaamisen osalta. Haasteita mittareiden käytölle aiheuttivat potilastietojärjestelmän tekniset rajoitteet, motivaatio, mittareiden käytön muistaminen ja mittareiden sisältö. Mittareiden käyttökoulutus koettiin puutteelliseksi.

Käytännöt mittareiden käyttämisessä vaihtelivat. Osa käytti mittareita aktiivisemmin ja osa taas oli unohtanut joidenkin mittareiden käytön. Myös Hillin ym. (2021) kirjallisuuskatsauksen mukaan osa työntekijöistä unohti STarT Back -kyselyn käytön kokonaan. Motivaatio mittareiden käyttöön voi laskea, jos työntekijä ei koe saavansa niistä hyötyä. Subjektiviisen kipukokemuksen mittaamista numeraalisesti kritisoitiin ja koettiin, ettei se tuo lisäinformaatiota. Holopaisen (2020) mukaan kivun numeraalisen mittaamisen voidaankin ajatella kivun voimakkuuden sijaan kuvaavan asiakkaan huolta tai sitä, kuinka paljon asiakas kokee tarvitsevänsä apua. Mitä korkeamman numeron asiakas ilmoittaa, sitä enemmän hän kokee tarvitsevänsä ammattilaisen apua. Hillin ym. (2021) mukaan osalla työntekijöistä STarT Back -kyselyn käyttöönotto lisäsi stressiä. Eräs haastateltava mainitsi mittareiden käytön olevan tukalaa, koska se on tullut uutena asiana ja sitä on joutunut opettelemaan oman työn ohessa, eli uuden opettelulle ei ole varattu riittävästi aikaa. Kärjen (2021, 20, 27) pro gradu -tutkielma käsitteli uuden digitaalisen järjestelmän käyttöönottoa tukevia johtamiskäytäntöjä ja yhtenä edistävänä tekijänä mainittiin riittävien ajallisten resurssien tarjoaminen ja niitä tarvittiin jopa enemmän käyttöönoton aikana kuin sitä ennen.



Haastateltavat odottavat asiakkaiden mahdollisuutta täyttää mittareita etukäteen ennen käyntiä Päijät-Sote sovelluksen kautta. Tämä säästää aikaa vastaanotolla sekä mahdollistaa kattavampien esitietojen saamisen asiakkaasta ennen käyntiä. Valkeisen ym. (2020) mukaan digitaalisten kyselyiden yleistyessä tulee niitä voida täyttää ensisijaisesti digitaalisesti eikä paperiversioina vastaanotolla. Myös Päijät-Soten (2023) digistrategian mukaan digitaalisuus tukee kaikkea asiointia ja asiakas voi käyttää digipalveluita ajasta ja paikasta riippumatta. Lisäksi digitaalisuus luo kustannustehokkuutta. Digivision mukaan digipalvelut tuovat myös ammattilaiselle lisäarvoa esimerkiksi manuaalisen päivittämisen vähentyessä. Tästä esimerkkinä on haastateltavien toive siitä, että asiakkaan vastaukset siirtyisivät automaattisesti sovelluksesta potilastietojärjestelmään ja ohjelma laskisi pisteet. Tämä vähentäisi välillistä työtä ja tukisi kertakirjaamisen periaatteita. Myös asiakas hyötyy kyselymuodossa olevien mittareiden käytöstä, kun hän joutuu pohtimaan tilannettaan useammasta näkökulmasta.

Haastateltavat kertoivat kirjaavansa mittareiden tuloksia rakenteisina ja ei-rakenteisina. Yhdeksi rakenteisuudettomuuden syyksi mainittiin erityisesti VAS:in kohdalla tietojärjestelmän jäykkyys, eli mittaustulosta ei ole mahdollista yhdistää esitiedoissa kohtaan, jossa muutenkin käsitellään kipua. Tiedon rakenteisuudettomuuden mainittiin olevan yksi datan hyödyntämisen este sosiaalialan organisaatioiden tiedolla johtamisessa. Muita syitä olivat tietojärjestelmät ja osaamiseen puutteet. (Salovaara ym. 2021, 379.) Soveltavan tutkimuksen haastateltavista kukaan ei ilmoittanut, ettei osaisi käyttää mittareita, mutta silti toivottiin kertauskoulutusta ja oman osaamisen varmistamista. Mittareiden käyttöönottoon liittyvä koulutus koettiin riittämättömänä. Osa ei muistanut saaneensa koulutusta ollenkaan ja osa koki sen olleen liian nopeaa.

Töytärin (2018, 16) mukaan fysioterapeutin suoravastaanottoon liittyvää jatkuvan osaamisen varmistamista tulee toteuttaa täydennyskoulutusten avulla. Tässä tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, ettei suoravastaanottokoulutuksen jälkeiset luvut kertauskoulutukset ole toteutuneet. Eniten terveydenhuollossa käytetty osaamisen varmistamisen menetelmä on koulutus (Hiekkavirta & Rantanen 2012, 38). Suoravastaanottoon liittyvän täydennyskoulutuksen lisäksi haastateltavat toivoivat lisäkoulutusta mittareiden kirjaamisesta potilastietojärjestelmään sekä red flagsien käytöstä. Yleisesti käytössä olevien red flagsien koettiin sopivan enemmän lääkäriyöhön, joten niistä kaivattiin fysioterapeuteille omaa koulutusta. Kouluttajaksi toivottiin paikallista ammattikorkeakoulua tai hyvinvointialueella työskentelevää lääkäriä ja toteutustavaksi ehdotettiin videovälitteistä koulutusta. Myös Hiekkavirran ja Rantasen (2012, 38) mukaan koulutukset voivat olla organisaation itsensä suunnitteleimia tai ulkopuolisen tahon, kuten ammattikorkeakoulun, pitämiä. Lisäksi suoravastaanottoa tekevän fysioterapeutin pitää pystyä tunnistamaan asiakkaan hälyttävän vaaran merkit eli red

flagsit (Duodecim 2017a), joka myös tukee osaamisen varmistamista täydennyskoulutusten avulla. Toinen jatkuvan osaamisen varmistamisen keino on kollegoiden yhteiset tapaamiset (Töytäri 2018, 16) ja tämän myös haastateltavat mainitsivat. He ehdottivat säännöllisiä tapaamisia suoravastaanottotyötä tekevien kesken ja kokivat saavansa tälle myös esihenkilöiden tuen. Näyttää siltä, että fysioterapeutit ovat motivoituneita kehittämään omaa työtään ja tekemään moniammatillista yhteistyötä.

Haastateltavat hyödynsivät mittareita terapian suunnittelussa ja seurannassa. Yksi vastaajista kertoi hyödyntävänsä Örebrota silloin, kun asiakkaalla on masennukseen tai ahdistukseen liittyviä diagnooseja. Seulontakyselylomakkeet auttavat psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamisessa (Beales ym. 2016; Simula ym. 2020). Örebron tulosten perusteella voidaan asiakkaalle ottaa pidempikestoista seurantaa, jossa voidaan hyödyntää myös ryhmämuotoista kuntoutusta. Karppisen ym. (2016) ja Paukkusen (2019, 21) mukaan Örebrokyselyn avulla voidaan ennustaa asiakkaan toipumista ja arvioida kivusta johtuvan työkyvyttömyyden riskiä. Toinen vastaaja kertoi STarT Back -kyselyn kertovan jo alkuhaastattelussa fysioterapian suuntaa ja auttavan terapiasuunnitelman teossa. Vastausten perusteella asiakkaalle ei välttämättä riitä pelkästään yksi käynti ja kontrollisoitto, vaan hän tarvitsee useamman käynnin. STarT Back on todettu olevan kustannustehokas seulontaväline yksilöllisen kuntoutuksen kohdentamiseksi (Simula ym. 2020) ja pisteiden mukaisen luokittelun on todettu olevan vaikuttavampaa verrattuna tavanomaiseen fysioterapiaan (Hill ym. 2021).

Haastateltavat toivat kehitysehdotuksena esiin kirjallisen ohjeen, jossa olisi lueteltuna minikäläisille asiakkaille käytetään mitäkin mittareita ja milloin ja mistä mittarit löytyvät potilastietojärjestelmästä. Vaikka ohjetta ei ole vielä olemassa, niin näyttää siltä, että fysioterapeutit ovat omatoimisesti jo rajanneet tiettyjä asiakasryhmiä, joille mittareita käytetään, sillä mittareita ei käytetty järjestelmällisesti jokaisella asiakkaalla. Lisäksi kyselylomakkeiden käyttö on ajoitettu fysioterapeutin näkemyksen mukaan. Kyselylomake suositellaan täytettäväksi jo ensimmäisellä vastaanottokäynnillä, koska suurimmalla osalla asiakkaista psykososiaaliset tekijät ovat havaittavissa jo oireiden alkaessa (Linton Lausmaan & Holopaisen 2018, 6 mukaan). Suurin osa haastateltavista käytti mittareita ensimmäisellä käyntikerralla, sillä ne tukevat myös ensimmäisellä käyntikerralla tehtävää haastattelua. Eräs vastaaja kertoi käyttävänsä ensikäynnillä vain nopeimpia mittareita kuten puristusvoimaa ja VAS:ia. Mittareiden käyttöä kontrollikäynneillä tuki se, että ensimmäisellä kerralla ei välttämättä keretä käyttämään mittareita ja se, että asiakasta ikään kuin tunnustellaan ensikäynnin aikana, että onko hänellä tarpeellista täyttää esimerkiksi psykososiaalsiin tekijöihin liittyviä mittareita. Etelä-Suomen yhteistyöalueen laatiman suosituksen mukaan Örebrota voidaan

tarvittaessa käyttää asiakkailla ja STarT Back -kyselyä tarvittaessa selkäasiakkailla, eli niiden käyttö ei ole pakollista kaikilla asiakkailla (HYKS-Erva svo-työryhmä 2022).

Vastaajat pitivät tärkeänä mittareiden käyttöä kuntoutuksen etenemisen seurannassa. Hillin ym. (2021) kirjallisuuskatsauksen mukaan fysioterapeutit olivat huomanneet, että asiakkaan tilanne saattaa muuttua fysioterapian aikana, joka taas osaltaan tukee kyselyn toistamista terapian edetessä. Haastateltavat mainitsivat osan mittareista sopivan paremmin tavanomaisen fysioterapian puolelle, sillä siellä yhden asiakkaan käyntimäärät voivat olla suurempia ja kuntoutusjakso pidempi, jolloin myös alku- ja loppumittausten välille saadaan pidempi aika. Myös PTA-kyselyä hyödynnettiin kuntoutuksen etenemisen seurannassa ja tavoitteiden laatimisessa ja sitä voidaan hyödyntää myös, jos kontrolli toteutetaan puhelimitse. Lehtolan (2017) mukaan PTA:a voidaan käyttää arviointityökaluna kliinisessä ja tutkimuskäytössä ja sillä voidaan mitata luotettavasti ja toistettavasti asiakkaan toimintakykyä ja siinä tapahtuvaa muutosta. Yksittäisen asiakkaan kuntoutumisen etenemistä voidaan seurata toistomittausten avulla ja mittauksen luotettavuuden kannalta mittauksen tulee olla perehtynyt käyttämäänsä mittariin (Penttinen 2020, 4, 6). Kaikki mittarit olivat haastateltaville tuttuja, mutta kysymysten tulkitseminen aiheutti haasteita. Fysioterapeutit kokivat tärkeänä, että he keskenään ymmärtäisivät kysymykset samalla tavalla. Tämä on edellytyksenä yhtenäisille toimintatavoille. Myös kuntoutuksen tietopohja -hankkeen tavoitteena on yhtenäistää toimintatapoja mittareiden ja niiden käytön osalta (Penttinen & Valkeinen 2020). Fysioterapeutit toivoivat saavansa kertauskoulutusta mittareiden sisällöistä.

Motivaatiota mittareiden käyttöön vähensivät niiden käyttöön liittyvät haasteet. Suurin yksittäinen tekijä oli potilastietojärjestelmän tekniset rajoitteet tai virheet. Julkisissa organisaatioissa yksi yleisimmistä tiedon hyödyntämisen esteistä on puutteelliset tietojärjestelmät (Salovaara ym. 2021, 372). Kaikkia mittareita ei ole mahdollista kirjata rakenteisina. Rakenteisina tallennetuista mittareista kaikki eivät nouse automaattisesti tilastointiin saakka, vaan nämä pitää vielä erikseen kirjata tilastointi-ikkunassa ja lisätä sama numeraalinen tulos uudestaan. Tämä ei tue kertakirjaamisen periaatteita (Kauvo & Virkkunen 2022, 14). Lisäksi potilastietojärjestelmässä mittarit sijaitsevat kahden eri otsikon alla, joka aiheuttaa haasteita mittareiden löytämiselle eli kumman otsikon alla kyseinen mittari sijaitsee.

Työntekijän motivaatio mittareiden rakenteiseen käyttöön vaikuttaa valtakunnallisella tasolla asti. Osa ammattilaisista koki STarT Back -kyselyn hyödyttömänä, koska eivät saaneet sen avulla uutta tietoa (Hill ym. 2021). Eräs haastateltava kertoi kysyneensä samantyyllisiä kysymyksiä kuin STarT Back -kyselyssä ja muissa mittareissa on jo ennen kuin mittareita on otettu käyttöön. Tämä osaltaan voi vähentää motivaatiota mittareiden käyttöön, erityisesti jos ei koe saavansa mittareiden rakenteisesta käytöstä hyötyä. Laadukkaampaan

kirjaamiseen voisi motivoida, jos ammattilainen saisi palaute- ja vertailutietoa kirjaamisestaan (Vuokko 2022). Samainen vastaaja mainitsi mittareiden käytön hyödyksi enemmän valtakunnallisen hyödyn kuin henkilökohtaisen. Muut vastaajat eivät tuoneet esille mittareiden rakenteisen käytön valtakunnallisia hyötyjä, vaan hyötyjä tarkasteltiin asiakas-, ammatillis- ja organisaatiotasoisesti. Kukaan osallistujista ei myöskään maininnut esihenkilön työpöytä -seurantajärjestelmää. Motivaatiota mittareiden käyttöön olisi mahdollista lisätä informoimalla osallistujia myös valtakunnallisesti kerättävän datan tuomista hyödyistä ja kuinka sitä on mahdollista jatkohyödyntää. Valkeisen ym. (2020) ja Kauvon ja Virkkusen (2022, 14, 81) mukaan rakenteisesti kirjatuista tiedoista on mahdollista kerätä populaatiotasoisia tietoa terveyskäyttäytymisestä ja sen muutoksista. Näiden avulla voidaan muodostaa kansallisia, alueellisia ja organisaatiotasoisia tilastoja ja raportteja. Nämä osaltaan mahdollistavat toimintakykytiedon kansallisen tietopohjan.

Vuokon (2022) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan linjausten mukaan ammattilaisen tulee sisäistää, että potilastietojen kirjaamisella on vaikutusta tilastointiin, johtamiseen ja tutkimus- ja kehittämistyöhön. Eräs haastateltava mainitsi tiedolla johtamisen hyödyt resurssien kohdentamisessa. Mittareista saatavan tiedon avulla voidaan tuoda esille fysioterapian hyötyä ja tätä kautta lisätä henkilöstöresursseja fysioterapiaan. Palveluiden tuottavuutta ja vaikuttavuutta on mahdollista lisätä, kun tietojärjestelmistä kertyvää dataa hyödynnetään tiedolla johtamisessa (Saarlemo 2020, 22; Salovaara ym. 2021, 372).

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös muiden mittareiden käyttöönotossa tai muissa yksiköissä, kuten esimerkiksi lasten ja nuorten, apuvälinekeskuksen, kotikuntoutuksen tai vuodeosastoilla toteutettavan aikuisten kuntoutuksen puolella. Lisäksi tuloksia voidaan hyödyntää perehdytystä ja koulutuksia suunniteltaessa.

## 10.2 Luotettavuuden tarkastelu ja eettisyys

Soveltavassa tutkimuksessa tulee huomioida eettiset näkökohdat ja tarkastella luotettavuutta huolellisesti. Laadullinen tutkimus ei välttämättä tarkoita laadukasta tutkimusta, vaan tutkijan on tarkastettava, että tutkimussuunnitelma on tehty huolella, että käytetty tutkimusasetelma on käyttötarkoitukseen sopiva ja että raportointi tehdään huolellisesti. Näin ollen eettisyys toimii limittäin tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteerien kanssa. Laadukasta tutkimustoimintaa ohjaa eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Tutkittavien suojaan kuuluu monia asioita. Osallistujille tulee selvittää tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit ja nämä tulee kertoa tavalla, jonka osallistujat ymmärtävät. Lisäksi tukittavat antavat vapaaehtoisen, informointiin perustuvan, suostumuksen osallistumisesta ja heillä on oikeus kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää tutkimus milloin

tahansa. Itseään koskevan aineiston käytön kieltäminen tutkimuskäytössä on myös mahdollista jälkikäteen. Näiden lisäksi tutkittavan on varmistuttava siitä, että osallistuja tietää mitä tutkimus käsittelee. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 20; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, eikä niitä käytetä muuhun kuin etukäteen sovittuun tarkoitukseen eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Osallistujien anonymiteettiä tulee kunnioittaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Kaikki edellä mainitut seikat kerrottiin osallistujille etukäteen saatekirjeessä (Liite 3) sekä haastattelun alussa. Haastateltavilta pyydettiin lupa haastatteluiden tallentamiseen. Lisäksi he allekirjoittavat kirjallisen suostumuksen osallistumiseen.

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132) ja se on edellytys, jotta tutkimusta voidaan kutsua luotettavaksi ja eettisesti hyväksyttäväksi. Koko tutkimusprosessin ajan, eli tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioinnissa, tulee toimia rehellisesti ja huolellisesti. Tutkimuksessa käytetään tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tulosten julkistamiseen kuuluu avoimuus ja vastuullinen tiedeviestintä. Tutkimuksessa kerätyt materiaalit tulee säilyttää tietoturvallisesti. Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan tiettyjä lupia ja ne tulee olla hankittuina ennen työn aloittamista. Näistä käy ilmi myös osapuolten oikeudet, vastuut ja velvollisuudet. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Yhteistyökumppanilta Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymältä anottiin lupa tutkimuksen toteuttamiseen (Liite 1) ja heidän kanssaan tehtiin yhteistyösopimus. Lisäksi täytettiin tietosuojailmoitus (Liite 2). Hyvää tieteellistä käytäntöä noudatettiin läpi koko opinnäytetyöprosessin. Litteroidut anonymisoidut aineistot säilytettiin tietoturvallisesti Microsoftin pilvitalennuspalvelimessa, josta ne poistettiin aineiston analyysin valmistuttua. Valmis työ on julkaistu opinnäytetöiden julkaisupalvelu Theseuksessa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu, että tutkimuskohde ja tutkittava aineisto sopivat yhteen, eikä teorian muodostukseen tai johtopäätöksiin ole vaikuttaneet satunnaiset tai epäolennaiset seikat (Vilkkä 2021, 224). Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Seuraavat seikat tulee kuitenkin huomioida luotettavuutta arvioitaessa: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan omat sitoumukset, aineiston keruu, tutkimuksen tiedonantajat ja heidän suhteensa tutkijaan, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja raportointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Tutkimuksen tekijä on ammatiltaan fysioterapeutti ja haastateltavien kollega, mutta ei ole käynyt suoravastaanottokoulutusta.

Sisällönanalyyssissä on luotettavuuden kannalta tärkeää, että tutkija onnistuu aineiston pelkistämisessä ja muodostamaan kategoriat, niin että ne kuvaavat mahdollisimman

luotettavasti kuvattavaa ilmiötä. Luotettavuuden näkökulmasta tutkijan tehtäväksi jää yhteyden osoittaminen tulosten ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Jotta tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida, tulee tutkimusmenetelmät kertoa selvästi auki ja näiden perusteella tutkimus on toistettavissa, eli tarvittaessa voidaan tehdä uusintatutkimus samoista lähtökohdista (Hirsjärvi ym. 2009, 261).

Haastatteluaineiston luotettavuus on riippuvainen sen laadusta. Laatua voi heikentää puutteelliset haastattelut, eli jos kaikkia haastateltavia ei ole haastateltu tai jos tallentamisessa tai automaattisessa litteroinnissa on ollut haasteita. Jos luokittelun kriteerit ovat muuttuneet työn aikana, heikentää se laatua. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 185.) Eli tutkijan oma toiminta on suurin laatuun vaikuttava tekijä, ei niinkään haastateltavien vastaukset. Tutkijan tulee huolehtia, että kaikki haastattelulla saatava aineisto on otettu huomioon ja litterointi toistuu samanlaisena, tässä tapauksessa Microsoft Teamsin ohjelmisto huolehti siitä. Lisäksi tulosten tulee ilmaista haastateltavien käsityksiä ja ajatusmaailmaa, mutta toisaalta näitä tuloksia eivät saa haastateltavat yksinään aikaan, vaan ne syntyvät haastateltavien ja haastattelijan yhteistyöllä. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 189.)

### 10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksena on pitkittäis- eli seurantatutkimus asiakkaiden tutkimiseen liittyvien mittareiden käyttökokemuksista suoravastaanotolla. Nyt kyseessä oli poikittaistutkimus. Lisäksi voidaan selvittää mittareiden rakenteista käyttöä laajemmin kuntoutuksessa, esimerkiksi lasten ja nuorten, apuvälinekeskuksen, kotikuntoutuksen tai vuodeosastoilla toteutettavan aikuisten kuntoutuksen puolella. Lisäksi mittareiden rakenteista käyttöä voitaisiin selvittää myös toimintaterapian puolella. Jatkotutkimusehdotus voi olla myös aikuisten kuntoutuksen kirjausten auditointi.

## Lähteet

Aikuisten kuntoutus & Tulevaisuuden sote-keskus -hanke. 2023. Tiimimalli-työryhmä Kuntoutus. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. PowerPoint-esitys. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 15.2.2023.

Alanen, H-K. 2021. Alaselkäkipu-uskomusten yhteys epäspesifin alaselkä kivun voimakkuuteen, tiheyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021042011094>

Anttila, H., Jeskanen, J., Konttinen, R., Mäkelä, M., Pättikangas, M., Rätty, T., Taina, J. & Valkeinen, H. 2021. Työ- ja toimintakyky tiedonkonsepti. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021120158260>

Arkela, M., Alanko, T., Happonen, H., Kuusinen, T., Multaharju, P., Kupiainen, H., Kierikki-Malinen, M., Silvennoinen, T. & Hwang, I-S. 2019. Toimintakyvyn arviointimenetelmien kartoitus julkisissa fysioterapiapalveluissa KYS – Erva-alueella 2016 – 2018. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 23.2.2023. Saatavissa <https://www.sairaanalanova.fi/download/none/%7B8424A39C-9307-4EFC-AF7A-5C4C02F20F7A%7D/72749>

Beales, D., Kendell, M., Chang, R. P., Håmsø, M., Gregory, L., Richardson, K., & O'Sullivan, P. 2016. Association between the 10 item Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire and physiotherapists' perception of the contribution of biopsychosocial factors in patients with musculoskeletal pain. *Manual therapy*, 23, 48–55. Viitattu 22.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.03.010>

Beneciuk, J., Robinson, M., & George, S. 2014. Subgrouping for patients with low back pain: a multidimensional approach incorporating cluster analysis and the STarT Back Screening Tool. *The journal of pain*, 16(1), 19–30. Viitattu 22.2.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.10.004>

Bobos, P., Nazari, G., Lu, Z. & MacDermid, J. 2020. Measurement Properties of the Hand Grip Strength Assessment: A Systematic Review With Meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 101 (3), 553-565. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.10.183>

Bohannon, RW. Grip Strength: An Indispensable Biomarker For Older Adults. *Clinical Interventions in Aging*. Dove Press journal. Vol. 2019 (14), 1681–1691. Viitattu 29.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.2147/CIA.S194543>

Bornhöft, L., Thorn, J., Svensson, M., Nordeman, L., Eggertsen, R. & Larsson, M. 2019. More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care

after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. BMC Musculoskeletal Disorders 20, 186. Viitattu 19.2.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9>

Chiarotto, A., Maxwell, L., Ostelo, R., Boers, M., Tugwell, P. & Terwee, C. 2018. Measurement Properties of Visual Analogue Scale, Numeric Rating Scale, and Pain Severity Subscale of the Brief Pain Inventory in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. The Journal of Pain. Vol. 20 (3), 245–263. Viitattu 14.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.009>

Duodecim. 2017a. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi20001?tab=suositus>

Duodecim. 2017b. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>

Duodecim. Mikä on EBMEDS? Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://www.ebmeds.org/materiaalit/faq/>

Hakanen, V-P. 2022. KUNTOOUTUKSEN TULOSALUE Toimintasuunnitelma 2023-2024. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa rajoitettusti [https://phsotey.sharepoint.com/:b:/s/t-kunt\\_kuntoutuksentulosalue/EVDZ-EJiGsBDoRB7xl1pGu4B1UzizV1\\_Bj3ktDwqeR-qRQA?e=dT5nLF](https://phsotey.sharepoint.com/:b:/s/t-kunt_kuntoutuksentulosalue/EVDZ-EJiGsBDoRB7xl1pGu4B1UzizV1_Bj3ktDwqeR-qRQA?e=dT5nLF)

Helovuori, A., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Peltomaa, K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskien hallinta: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Suomen Potilasturvallisuusyhdistys. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa [https://spty.fi/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas\\_nettiin\\_korjattu.pdf-02112015.pdf](https://spty.fi/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf)

Hiekkavirta, M. & Rantanen, L. 2012. OSAAMISEN VARMISTAMINEN TERVEYDENHUOLLON TYÖNJAOSSA. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 26.4.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012061812822>

Hill, J., Try, F., Agnew, G. & Saywell, N. 2021. The perspectives and experiences of physiotherapists and general practitioners in the use of the STarT Back Tool: A review and meta-synthesis. Journal of Primary Health Care 2022:14(2):164-172. Viitattu 15.2.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-413054/v1>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Helsinki. Helsinki University Press.



- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, R. 2020. Back to basics -koulutus. Suomen fysioterapeutit. 2.9.2023.
- Horn, K., Jennings, S., Richardson, G., Vliet, D., Hefford, C., & Abbott, J. 2012. The patient-specific functional scale: psychometrics, clinimetrics, and application as a clinical outcome measure. The Journal of orthopaedic and sports physical therapy. Vol. 42 (1), 30–42. Viitattu 25.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.3727>
- Hujala, T. & Laihonon, H. 2021. Effects of knowledge management on the management of health and social care: a systematic review. Journal of Knowledge Management, 25(1), 203-221. Viitattu 5.3.2023. Saatavissa <http://dx.doi.org/10.1108/JKM-11-2020-0813>
- Huovinen, P. 2022. Valtava-hanke 2022. Valvira. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa [https://avi.fi/documents/25266232/114068432/Valtava\\_2022\\_HVA\\_tilaisuus\\_31032022\\_Petri+Huovinen.pdf/21b20251-cece-1db5-dd61-2bdc848aa35b/Valtava\\_2022\\_HVA\\_tilaisuus\\_31032022\\_Petri+Huovinen.pdf?t=1649745633003](https://avi.fi/documents/25266232/114068432/Valtava_2022_HVA_tilaisuus_31032022_Petri+Huovinen.pdf/21b20251-cece-1db5-dd61-2bdc848aa35b/Valtava_2022_HVA_tilaisuus_31032022_Petri+Huovinen.pdf?t=1649745633003)
- HYKS-Erva svo-työryhmä. 2022. Kliinisten mittareiden päivitys. Sähköpostiviesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 11.1.2023.
- Hyppönen, H., Aalto, A-M., Doupi, P., Hämäläinen, P., Kangas, M., Keränen, N., Kärki, J., Lääveri, T., Reponen, J. & Ryhänen, M. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio: Seurantamittarit ja tuloksia Sote-tieto hyötykäyttöön - strategian näkökulmasta. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-667-4>
- Häyrinen, T. 2023. Tiimimalli-työryhmä. Luento kuukausipalaverissa 15.2.2023.
- Innokylä. 2020. Kansallisen sote-tietotuotannon uudistaminen (Valtava-hanke). Viitattu 20.2.2023. Saatavissa <https://innokyla.fi/fi/kokonaisuus/kansallisen-sote-tietotuotannon-uudistaminen-valtava-hanke>
- Kangas, H., Paukkunen, M., Partanen, K., Remes, J. & Karppinen, J. 2018. Fysioterapeutin suoravastaanotosta myönteisiä kokemuksia. Fysioterapia, Vol. 65, nro 3, 20–24. Viitattu 21.3.2023. Saatavissa <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/fysioterapeutin-suoravastaanotosta-my%C3%B6nteisi%C3%A4-kokemuksia>
- Kansallinen koodistopalvelu a. Koodilistaus luokituksesta "AR/YDIN - Otsikot" versiosta "1.2.246.537.6.14.2006" (34). Kela, Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.2.203. Saatavissa <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=227&versionKey=302>

Kansallinen koodistopalvelu b. Koodilistaus luokituksesta "FinLOINC - Fysiologiset mittaukset" versiosta "1.2.246.537.6.96.2008" (86). Kela, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml>

Kanta. ESIMERKKI TEHTÄVÄLUOKITUKSESTA. Viitattu 28.8.2023. Saatavissa <https://www.kanta.fi/documents/20143/91489/Esimerkki+terveydenhuolion+teht%C3%A4v%C3%A4luokituksesta.pdf/2ae2619c-370f-8789-0dd1-70644758f7b4>

Karjalainen, L., Räisänen, R. & Saranki-Rantakokko, S. Verkostomainen osaamisen kehittämisen toimintamalli tulevaisuuden sote: Selvitystyö sote-tuotantoalueen osaamisen kehittämisen toimintamalli -hanke (ESR) 1.1.2015–31.5.2016. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja B. Raportit ja selvitykset 17/2016. Viitattu 19.4.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-316-146-7>

Karppinen, J., Arokoski, J., Paananen, M., Lausmaa, M., Takala, E.-P. & Pohjolainen, T. 2016. Yksilöityjä menetelmiä epäspesifisen alaselkävivun diagnostiikkaan ja hoitoon. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Vol. 132 (16), 1427–31. Viitattu 22.3.2023. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo13259>

Karppinen, J., Kangas, H., Paukkunen, M., Remes, J. & Partanen, K. 2020. Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa: työnjako ja kokemuksia. Lääkäri-lehti 75(5): 263–268. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2020092475677>

Karvonen, E., Laitinen-Väänänen, S., Paatelma, M., Roine, M. & Heinonen, A. 2019. Physiotherapists' experiences of direct access for clients with musculoskeletal pain and dysfunction: a qualitative study. European journal of physiotherapy 2021 Vol. 23 nro 1, 55–62. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022021418894>

Karvonen, E., Paatelma, M., & Heinonen, A. 2017. Asiakkaan kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta selkäkipujen varhaisvaiheessa: Retrospektiivinen kuvaileva kyselytutkimus. Kuntoutus, 40(3–4), 34–44. Viitattu 19.2.2023. Saatavissa <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/111385>

Kauvo, T. & Virkkunen, H. 2022. Kirjaamisopas. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 16.2.2023. Saatavissa <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

Kivunhallintatalo. 2019. Opi arvioimaan kipua. Terveyskylä. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/itsehoito/opi-arvioimaan-kipua>

- Klemola, K., Uusi-Ilkainen, J. & Askola, T. 2014. Sosiaali- ja terveystietojärjestelmien tietojohdantamisen käsikirja. Sitra. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa [https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali\\_ja\\_terveyspalveluiden\\_tietojohdantamisen\\_kasikirja-2.pdf](https://www.sitra.fi/app/uploads/2017/02/Sosiaali_ja_terveyspalveluiden_tietojohdantamisen_kasikirja-2.pdf)
- Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017-tutkimus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Kopu, T. 2019. Toimiametan yleiskuvaus. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.3.2023. Saatavissa rajoitetusti <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?spaceKey=THLTT&title=Toimiametan+yleiskuvaus>
- Korpi, J. 2023. Monituottajamalli on hyvä renki, mutta huono isäntä. Suomen fysioterapeutit. Blogi. Viitattu 22.3.2023. Saatavissa <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/ajankohdista/blogi-monituottajamalli-on-hyva-renki-mutta-huono-isanta/>
- Kuntaliitto. 2021. Erikoissairaanhoido. Viitattu 20.2.2023. Saatavissa <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/terveydenhuolto/erikoissairaanhoido>
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12. [https://peda.net/jyu/okl/ko/klt/djm/demo-3/materiaalit/kvsa:file/download/cbc6d1571e180d91eb814eb851a5f912ad27a870/Kyngas\\_Vanhanen\\_Sisallon\\_analyysi.pdf](https://peda.net/jyu/okl/ko/klt/djm/demo-3/materiaalit/kvsa:file/download/cbc6d1571e180d91eb814eb851a5f912ad27a870/Kyngas_Vanhanen_Sisallon_analyysi.pdf)
- Kärki, M. 2021. Uuden digitaalisen järjestelmän käyttöönottoa tukevat johtamisen käytännöt – haastattelututkimus kuntoutuksen ammattilaisille. Oulun yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 17.6.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-202105258156>
- Laihonen, H. & Saranto, K. 2021. Tiedä ensin, johda sitten. Sote-tietojohdantamisen osaamistarpeet sekä kansallisen koulutuksen ja tutkimuksen nykytila. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6890-5>
- Lausmaa, M. & Holopainen, R. 2018. Yksilöllinen biopsykososiaalisesti orientoitunut kivun hoito. Manuaali: Suomen ortopedisen manuaalisen terapian yhdistyksen jäsenlehti, 2018(1), 10–16. Viitattu 21.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-202004022645>
- Lehtola, V. 2017. MOVEMENT CONTROL IMPAIRMENT IN RECURRENT SUBACUTE LOW BACK PAIN. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 27.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2386-8>
- Lehtola, V., Kaksonen, A., Luomajoki, H., Leinonen, V., Gibbons, S. & Airaksinen, O. 2013. Content validity and responsiveness of a Finnish version of the Patient-Specific Functional

Scale. *European Journal of Physiotherapy*. Vol. 15 (3), 134–138. Viitattu 24.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.3109/21679169.2013.828243>

Liljamo, P. 2019. Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus. Hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 11(1–2), 150–153. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.79456>

Lumme, K. 2022. Tietojohdaminen hyvinvointialueen käytäntönä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Blogi. Viitattu 25.8.2023. Saatavissa [https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan\\_hyvinvointialue/Ajankohtaista/Tehtava\\_Pirkanmaalla\\_blogi/Tietojohdaminen\\_hyvinvointialueen\\_kaytan\(150432\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan_hyvinvointialue/Ajankohtaista/Tehtava_Pirkanmaalla_blogi/Tietojohdaminen_hyvinvointialueen_kaytan(150432))

Medeiros, F., Pena Costa, L., Oliveira, I. & Menezes Costa, L. 2019. A Responsiveness Analysis of the Subgroups for Targeted Treatment (STarT) Back Screening Tool in Patients With Nonspecific Low Back Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. Vol. 49 (10), 725–735. Viitattu 31.3.2023. Saatavissa <https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2019.8776>

Moffatt, F., Goodwin, R., & Hendrick, P. 2018. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: Understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development*. Vol. 19 (2), 121-130. <https://doi.org/10.1017/s1463423617000615>

Mykkänen, M. 2019. Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3181-8>

Paukkunen, M. 2019. Individualized Assessment of Patients with Non-Specific Low Back Pain. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 22.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2019121326519>

Penttinen, L. 2020. Toimintakykytieto väestötutkimuksissa, rekistereissä, tilastoissa ja erillisjärjestelmissä: Kuntoutuksen tietopohja -hankkeeseen liittyvä selvitys. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-608-4>

Penttinen, L., Kolehmainen, L., Alastalo, H., Havulinna, S., & Valkeinen, H. 2020. Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 07/2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 3.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-500-1>

Penttinen, L. & Valkeinen, H. 2020. Kohti kuntoutuksen tietopohjaa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 5.3.2023. Saatavissa <https://www.slideshare.net/THLfi/liisa-penttinen-ja-heli-valkeinen-kohti-kuntoutuksen-tietopohjaa-tuloksia-kuntoutuksen-tietopohja-hankkeen-pilottivuodelta>

Pietilä, I. 2017. Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 111–130.

Piscitelli, D., Furmanek, M. P., Meroni, R., De Caro, W., & Pellicciari, L. 2018. Direct access in physical therapy: a systematic review. *La Clinica terapeutica*, 169(5), 249–260. Viitattu 24.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>

Pollari, A. 2023. Epigeneettisen ikääntymisnopeuden yhteys sarkopeniaa määrittäviin tekijöihin. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-202301131291>

Premkumar, A., Godfrey, W., Gottschalk, M., & Boden, S. 2018. Red Flags for Low Back Pain Are Not Always Really Red: A Prospective Evaluation of the Clinical Utility of Commonly Used Screening Questions for Low Back Pain. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 100(5), 368–374. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00134>

Päijät-Hämeen hyvinvointialue a. Tietoa hyvinvointialueesta. Viitattu 16.2.2023. Saatavissa <https://www.paijatha.fi/tietoa-hyvinvointialueesta/>

Päijät-Hämeen hyvinvointialue b. Hyvinvointialuestrategia 2023–2025. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa [https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2022/06/Paijat-Hameen\\_hyvinvointialue\\_strategia.pdf](https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2022/06/Paijat-Hameen_hyvinvointialue_strategia.pdf)

Päijät-Sote. 2022a. PÄIJÄT-SOTE KUNTOUTUSPALVELUT, Kuntoutuskäytännöt ja -linjaukset. Lääkinnällinen kuntoutus 2022. Viitattu 21.3.2023. Saatavissa rajoitetusti [https://phsotey.sharepoint.com/sites/t-kunt\\_kuntoutuksentulosalue/Jaetut%20asiakirjat/General/Kuntoutuksen%20palvelut%20ja%20johtamisj%C3%A4rjestelm%C3%A4/Kuntoutusk%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6t%20ja%20linjaukset%20P%C3%A4ij%C3%A4t-Sote%2020.6.2022.pdf](https://phsotey.sharepoint.com/sites/t-kunt_kuntoutuksentulosalue/Jaetut%20asiakirjat/General/Kuntoutuksen%20palvelut%20ja%20johtamisj%C3%A4rjestelm%C3%A4/Kuntoutusk%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6t%20ja%20linjaukset%20P%C3%A4ij%C3%A4t-Sote%2020.6.2022.pdf)

Päijät-Sote. 2022b. Otsikot Kertomuskirjaus. IMS-ohjelmisto. Viitattu 16.2.2023. Saatavissa rajoitetusti <https://phhyky.ims.fi/servlet/doc/8015/approved/file>

Päijät-Sote. 2023. Digistrategia. Päijät-Sote. Viitattu 17.6.2023. Saatavissa [https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2023/02/04-06\\_digistrategia-2021-2023.pdf](https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2023/02/04-06_digistrategia-2021-2023.pdf)

Päijät-Sote a. Ikääntyneiden palvelut ja kuntoutus. Päijät-Sote. Viitattu 14.2.2023. Saatavissa rajoitetusti

[https://phsotey.sharepoint.com/:p:/r/sites/intranet/yhtyma/\\_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B455C19CE-632F-4E67-9E29-30FA334D07FD%7D&file=lkaantyneiden%20palvelut%20ja%20kuntoutus\\_uusi%20ilme\\_210316\\_FINAL.pptx&action=edit&mobileRedirect=true&cid=f034fda9-f165-45e9-a333-b7ea8de8d254](https://phsotey.sharepoint.com/:p:/r/sites/intranet/yhtyma/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B455C19CE-632F-4E67-9E29-30FA334D07FD%7D&file=lkaantyneiden%20palvelut%20ja%20kuntoutus_uusi%20ilme_210316_FINAL.pptx&action=edit&mobileRedirect=true&cid=f034fda9-f165-45e9-a333-b7ea8de8d254)

Päijät-Sote b. Fysioterapeutin suoravastaanotto. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/laakariin-ja-hoitoon/kuntoutus-ja-apuvalineet-siirto/aikuisten-kuntoutus-ja-apuvalinepalvelut/fysioterapeutin-suoravastaanotto/>

Päijät-Sote c. Datastrategia 2021–2023. Viitattu 21.2.2023. Saatavissa <https://www.paijatha.fi/wp-content/uploads/2023/02/datastrategia-hallituksen-hyvaisyma.pdf>

Päijät-Sote d. Laadukkaasta tiedosta syntyy parempia palveluja. Viitattu 7.3.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/sote-uudistus/laadukkaasta-tiedosta-syntyy-parempia-palveluja%E2%80%AF/>

Päijät-Sote e. Henkilöstö. Viitattu 17.4.2023. Saatavissa <https://paijat-sote.fi/sote-uudistus/henkilosto/>

Reponen, J., Keränen, N., Ruotanen, R., Tuovinen, T., Haverinen, J. & Kangas, M. 2021. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2020. Oulun yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 27.4.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-771-5>

Rinne, L. 2023a. Teams-viesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 20.3.2023.

Rinne, L. 2023b. Fysioterapeuttien näkemyksiä aikuisten toimintakyvyn itsearviointimittareista. LAB-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 5.4.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202303304439>

Rosengren, B., Ribom, E., Nilsson, J-Å., Mallmin, H., Ljunggren, Ö., Ohlsson, C., Mellström, D., Lorentzon, M., Stefanick, M., Lapidus, J., Leung, P., Kwok, A., Barrett-Connor, E., Orwoll, E. & Karlsson, M. 2012. Inferior physical performance test results of 10,998 men in the MrOS Study is associated with high fracture risk. *Age and Ageing*. Vol. 41 (3), 339–344. Viitattu 11.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1093/ageing/afs010>

Saad, S. & Rehab, E. 2021. The Visual Analogue Scale Versus Numerical Rating Scale in Measuring Pain Severity and Predicting Disability in Low Back Pain. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*. Vol. 27 (7), 282–285. Viitattu 14.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1097/rhu.0000000000001320>

Salovaara, S., Leinonen, J. & Silén, M. 2021. Tietojärjestelmien avulla kerätyn tiedon hyödyntämisen esteet sosiaalialan organisaatioiden tiedolla johtamisessa. *Finnish Journal of*

eHealth and eWelfare. Vol. 13 (4), 372–387. Viitattu 7.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.23996/fjhw.109930>

Savolainen, T. 2018. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjen käyttöä ja yhdenmukaista kirjaamista tukevia ohjeita. Kuntaliitto. Viitattu 16.2.2023. Saatavissa <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2018/1912-kuntoutus-ja-erityistyontekijoiden-nimikkeistojen-kayttoa-ja-yhdenmukaista>

Savolainen, T. & Partia, R. 2018. Fysioterapianimikkeistö. Kuntaliitto. Viitattu 16.2.2023. Saatavissa <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2018/1892-fysioterapianimikkeisto-nomenklatur-fysioterapi>

Simula, A. S., Holopainen, R., Lausmaa, M., Takatalo, J., Arokoski, J. & Karppinen, J. 2018. Alaselkävun tutkiminen ja hoito perusterveydenhuollossa. Lääkärilehti 17/2018 vsk 73, 1059–1062. Viitattu 9.3.2023. Saatavissa <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alaselkavun-tutkiminen-ja-hoito-perusterveydenhuollossa/?pub-lic=c8b8ff6464020750fbc01d047b3fa4c8#reference-5>

Simula, A. S., Ruokolainen, O., Oura, P., Lausmaa, M., Holopainen, R., Paukkunen, M., Auvinen, J., Linton, S., Hill, J., & Karppinen, J. 2020. Association of STarT Back Tool and the short form of the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire with multidimensional risk factors. Scientific Reports, 10, Article 290. Viitattu 23.3.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1038/s41598-019-57105-3>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kuntoutuksen uudistaminen: Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Viitattu 3.4.2023. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023a. Digitalisaatio työllistymisen ja osallistumisen tukena Työ- ja toimintakykyä edistävien palvelujen digitalisoimisen tiekartta 2023–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.3.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5593-6>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2023b. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöalueet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.6.2023. Saatavissa <https://stm.fi/yhteistyoalueet>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Sote-uudistus. Tiedolla johtaminen on avain toimiviin ja laadukkaisiin sote-palveluihin. Valtioneuvosto. Viitattu 20.2.2023. Saatavissa <https://soteuudistus.fi/tiedolla-johtaminen>

Sote-uudistus. 2021. Tiedolla johtaminen – sote-uudistuksen mahdollistaja. Sote-uudistus. Viitattu 7.3.2023. Saatavissa



<https://soteuudistus.fi/documents/16650278/20403329/Tiedolla+johtaminen+-+sote-uudistuksen+mahdollistaja.pdf/cb0c9ab2-9f67-a56e-beac-c5718f59cd96/Tiedolla+johtaminen+-+sote-uudistuksen+mahdollistaja.pdf/Tiedolla+johtaminen+-+sote-uudistuksen+mahdollistaja.pdf?t=1618895082302>

Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. 2013. TOIMIA-mittarit: käden puristusvoima. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.3.2023. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00141/search/puristusvoima>

Sukula, S. & Kanto-Ronkainen, A. 2022. Kuntoutuksen uudistaminen vuosina 2020–2022. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:23. Viitattu 12.4.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5407-6>

Suomen Fysioterapeutit. 2018. Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnan nykytila Suomessa. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/12/Suoravastaanotto2018.pdf>

Suomen fysioterapeutit. Fysioterapeuttien suoravastaanotto. Viitattu 19.2.2023. Saatavissa <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/fysioterapeuttien-suoravastaanotto/>

Synnott, A., O’Keeffe, M., Bunzli, S., Dankaerts, W., O’Sullivan, P., Robinson, K. & O’Sullivan, K. 2016. Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *Journal of Physiotherapy*. Vol. 62 (4), 215–221. Viitattu 17.2.2023. Saatavissa <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.08.002>

Terveyslainsäädännön muuttaminen 1326/2010.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2021. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma Kuntoutuksen kehittäminen -lisäinfo: Toimintakyvyn mittareiden käyttöönotto. Viitattu 24.2.2023. Saatavissa [https://soteuudistus.fi/documents/16650278/87691278/2021\\_09\\_27\\_Kuntoutuksen\\_lis%C3%A4info\\_.pdf/aa50fe12-9857-c335-22be-16ab36ea936c/2021\\_09\\_27\\_Kuntoutuksen\\_lis%C3%A4info\\_.pdf?t=1632729491019](https://soteuudistus.fi/documents/16650278/87691278/2021_09_27_Kuntoutuksen_lis%C3%A4info_.pdf/aa50fe12-9857-c335-22be-16ab36ea936c/2021_09_27_Kuntoutuksen_lis%C3%A4info_.pdf?t=1632729491019)

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2022a. Kirjaaminen. Viitattu 15.2.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2022b. TOIMIA-tietokanta. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.3.2023. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi?toc=802599>



Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2022c. Mitä toimintakyky on? Viitattu 24.2.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2022d. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 8.3.2023. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>

Tiitinen, T. 2023a. Fysioterapian suoravastaanotolle ja perustason kuntoutukseen ohjautuminen. Päijät-Hämeen hyvinvointialue. IMS-ohje. Viitattu 14.3.2023. Saatavissa rajoitetusti [https://phhyky.ims.fi/spring/document/8906/approved/with\\_frames](https://phhyky.ims.fi/spring/document/8906/approved/with_frames)

Tiitinen, T. 2023b. Käytettyjen mittareiden raportti. Päijät-Hämeen hyvinvointialueen Teams, Mittaritutkimus-kanava. Viitattu 20.3.2023. Saatavissa rajoitetusti [https://phsotey.sharepoint.com/:b:/s/T-t\\_kunt\\_aikuisten/EUIkrPbvpax-PhcipHhLVrhABY5upA39dQ-7cDDALVXU4GQ?e=wfe0c2](https://phsotey.sharepoint.com/:b:/s/T-t_kunt_aikuisten/EUIkrPbvpax-PhcipHhLVrhABY5upA39dQ-7cDDALVXU4GQ?e=wfe0c2)

Tiitinen, T. 2023c. Suoravastaanoton käyntimäärät 2022. Teams-viesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 3.4.2023.

Tiitinen, T. 2023d. ETP ja mittareiden käyttömäärien hyödyntäminen. Teams-viesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 21.3.2023.

Tiitinen, T. 2023e. Digiklinikalta suoravastaanotolle. Teams-viesti. Vastaanottaja Koskinen, N. Lähetetty 16.6.2023.

Tiittanen, H. 2023. Sote-tiedon johtamisella parempiin palveluihin. LAB Pro. Viitattu 6.3.2023. Saatavissa <https://www.labopen.fi/lab-pro/sote-tiedon-johtamisella-parempiin-palveluihin/>

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10., uudistettu laitos. Vantaa: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Toimituskunta Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof S-K & Jäppinen, S. Viitattu 10.2.2023. Saatavissa [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Töytäri, O. 2018. Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 1/18. Tehy ry. Viitattu 16.3.2023. Saatavissa [https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018\\_b1\\_fysioterapeuttien\\_soravastaanotot\\_sosiaali- ja\\_terveydenhuollon\\_julkisissa\\_organisaatioissa\\_id\\_10636.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b1_fysioterapeuttien_soravastaanotot_sosiaali- ja_terveydenhuollon_julkisissa_organisaatioissa_id_10636.pdf)

Valkeinen, H. 2022. Kuntoutuksen kehittäminen Tulevaisuuden sote-keskus -ohjelmassa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.3.2023. Saatavissa [https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-04/VALKEINEN\\_Kuntoutuksen\\_kehitt%C3%A4minen\\_Tulevaisuuden\\_sote-keskus-ohjelmassa\\_Aloitustilaisuus\\_25042022.pdf](https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-04/VALKEINEN_Kuntoutuksen_kehitt%C3%A4minen_Tulevaisuuden_sote-keskus-ohjelmassa_Aloitustilaisuus_25042022.pdf)

Valkeinen, H. 2023. Miksi ja miten toimintakyvyn mittaamista ja arviointia tulisi yhtenäistää? Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 28.3.2023. Saatavissa [https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-03/Valkeinen\\_Heli\\_Miten\\_ja\\_miksi\\_toimintakyvyn\\_mittaamista.pdf](https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-03/Valkeinen_Heli_Miten_ja_miksi_toimintakyvyn_mittaamista.pdf)

Valkeinen, H., Anttila, H., Kolehmainen, L., Lenkkeri, K., Mäkelä, M., Penttinen, L. & Salo, I. 2020. Aikuisten toimintakyvyn itsearviointi kuntoutumistarpeen tunnistamisessa ja kuntoutumisen seurannassa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. TOIMIA-suositus. Viitattu 12.4.2023. Saatavissa <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00056?toc=802599>

Vilkkä, H. 2021. Tutki ja kehitä. 5., päivitetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vuokko, R. 2022. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan linjaukset. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 26.4.2023. Saatavissa <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/THLSKAU/Sote+KA+kansallinen+kokonaisarkkitehtuuri?preview=/57733325/84740069/Sote-tiedonhallinnan%20linjaukset%202021.pdf>

## Liite 1. Tutkimuslupa

**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Kuntoutus

Tulosityksikköpäällikkö

16.05.2023/3 §

<b>Asianumero</b>	HA/1996/13.00.00.01/2023
<b>Päätöslaji</b>	Opinnäytetyö
<b>Otsikko</b>	<b>Luvan myöntäminen opinnäytetyöhön: Koskinen Noora, Suoravastaanoton fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä Päijät-Hämeen hyvinvointialueen aikuisten kuntoutuksessa, LAB-ammattikorkeakoulun YAMK opinnäytetyö, H-hoitotyö</b>
<b>Päätöspäätöselustelut</b>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä potilastietojärjestelmässä.</p> <p>Opinnäytetyöstä ei aiheudu kuluja Päijät-Hämeen hyvinvointialueelle.</p> <p>Olen tutustunut hakemukseen liitteineen ja pidän opinnäytetyön suorittamista perusteluna ja aihetta tärkeänä.</p>
<b>Päätös</b>	<p>Päätän myöntää luvan opinnäytetyöhön ajalle tammikuu 2023 - elokuu 2023 seuraavin ehdoin ja edellytyksin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- saadut tiedot ovat salassa pidettäviä ja niitä saa käyttää vain lupahakemuksessa määriteltyyn tutkimukseen, rekisteriselosteen mukaisesti</li> <li>- tutkimuksen aikana rekisterinpitäjän on huolehdittava siitä, että tutkimuksessa muodostuvat yksittäisen henkilön identifiointiin mahdollistavat tutkimusaineistot säilytetään omina asiakirjoista erillisinä aineistoina ja suojataan asiattomilta pääsiltä sekä manuaalisten että atk-tiedostojen osalta.</li> <li>- jos tutkimusasetelmissa, -henkilöissä tai tiedonkeruussa tulee muutoksia, tulee niistä ilmoittaa lupaviranomaiselle ja tarvittaessa hakea uusi lupa</li> <li>- tietosuojasysteemit tutkimuksen tulokset tulee julkistaa siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä henkilöä. Tulosten raportoinnissa ja julkaisemisessa on noudatettava tieteen eettisiä ohjeita.</li> <li>- lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan</li> <li>- lupapäätöksen saajan tulee antaa päätös tiedoksi kaikille tutkimusryhmän jäsenille ja valvoa ehtojen täyttymistä</li> <li>- henkilötietojen käsittely tapahtuu EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen (GDPR) mukaisesti</li> </ul> <p>Luvan saanut on velvollinen toimittamaan valmiin opinnäytetyön sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointialueen tutkimuskoordinaattorille.</p> <p>Tekijänoikeuksista ja omistuksesta on sovittu erikseen</p>

ALLEKIRJOITETTU KONEELLISESTI

16.05.2023 09:26

Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti  
 Vaihe (03) 819 11 – [kirjaamo@paijath.fi](mailto:kirjaamo@paijath.fi) - Y-tunnus 3221309-4

**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**Kuntoutus  
Tulosyksikköpäällikkö

16.05.2023/3 §

toimeksiantosopimuksessa.

Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä Twebiin.

**Lisätietojen antaja** Tulosyksikköpäällikkö**Toimivallan peruste** Hallintosääntö  
**Nähtävänäoloaika** 17.05.2023  
**Nähtävänäolopaikka** Päijät-Hämeen hyvinvointialueen yleinen tietoverkko [www.paijatha.fi](http://www.paijatha.fi)  
**Muutoksenhaku** Oikaisuvaatimus  
**Saaja** Noora Koskinen  
**Tiedoksi**  
**Liitteet****Allekirjoitus**  
Tulosyksikköpäällikkö

Liite 2. Tietosuojailmoitus

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

**Laatimispäivämäärä: 9.5.2023**

***Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus***

Opinnäytetyön aiheena on suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemukset mitareiden käytöstä. Aineistonkeruu toteutetaan kahden ryhmähaastattelun avulla, joista toinen on Teamsin välityksellä ja toinen lähihaastatteluna. Haastateltavat ovat Päijät-Hämeen hyvinvointialueen suoravastaanottoa tekeviä fysioterapeutteja. Litteroidut tallenteet eivät sisällä henkilötietoja.

***Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö***

Saatekirjeen saatuaan fysioterapeutit ilmoittautuvat itse vapaaehtoisiksi haastatteluun. Heiltä pyydetään lupa haastattelun tallentamiseen. Tarkoituksena on kerätä anonymiä tietoa.

***Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste***

Haastateltavat ovat allekirjoittaneet tietoon perustuvan suostumuksen osallistuessaan haastatteluun.

***Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet***

Tietoja kerätään ainoastaan haastateltavilta itseltään.

***Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle***

Tietoja ei siirretä keräämisen ja tuhoamisen välissä korkeakoulun Office-ympäristöstä muihin sijainteihin.

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

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

***Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet***

Kerätty aineisto säilytetään salasanalla suojatussa Office-ympäristössä, johon vain opinnäytetyön tekijällä on pääsy. Anonymisointi tapahtuu litterointivaiheessa.

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

Haastattelut ovat toukokuussa 2023 ja aineistoa säilytetään siihen asti, kunnes opinnäyte-työ on hyväksytty, viimeistään kuitenkin kolmen kuukauden kuluessa haastattelusta. Tä-  
män jälkeen aineisto tuhoetaan asianmukaisesti.

## **Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko**

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

## **Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet**

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen.

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

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä.
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.
- f) Rekisteröidyn oikeus vastustaa tietojensa käsittelyä, kun käsittely perustuu yleistä etua koskevaan tehtävään, rekisterinpitäjälle kuuluvaan julkiseen valtaan tai rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettuun etuun.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset rekisteröidyn oikeudet eivät ole automaattisia kaikessa henkilötietojen käsittelyssä.

## **Tutkimuksen suorittajat**

Opiskelija Noora Koskinen (LAB-ammattikorkeakoulu)

**Arvoisa suoravastaanottoa tekevä fysioterapeutti**

**5/2023**

Opiskelen LAB ammattikorkeakoulussa fysioterapeutin YAMK-tutkintoa Sosiaali- ja terveyspalvelujen digiasiantuntija -koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni aiheena on suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemukset mittareiden käytöstä. Pyydän kohteliaasti teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni liittyvään haastatteluun. Tutkimuksella on Päijät-Hämeen hyvinvointialueen myöntämä tutkimuslupa.

Tämän soveltavan tutkimuksen tarkoituksena on selvittää suoravastaanottoa tekevien fysioterapeuttien kokemuksia mittareiden käytöstä asiakastyössä ja potilastietojärjestelmässä. Mittareita ovat kipujanat VAS (Visual Analogue Scale) ja NRS (Numeral Rating Scale), käden puristusvoima, STarT Back -selkäkysely, Örebro-kipukysely, PTA (potilas-kohtainen toiminnallinen asteikko) sekä red flags -oireisto. Tutkimuksen tavoitteena on edistää rakenteista kirjaamista, vahvistaa mittareiden käyttöä asiakasta tutkittaessa ja mittareiden kirjaamista rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Lisäksi kerättyä tietoa voidaan tietojohdamisen näkökulmasta hyödyntää ammattilaisten mittareiden käytön osaamisen varmistamisessa ja koulutuksen ja perehdytyksen suunnittelussa.

Kaksi samansisältöistä fokusryhmähaastattelua toteutetaan Microsoft Teamsin välityksellä tai lähihaastatteluna 4–5 fysioterapeutin ryhmissä. Fysioterapeutti osallistuu vain yhteen haastatteluun. Haastattelut toteutetaan toukokuussa ja kesto on 1 h. Ennen haastattelua tulee allekirjoittaa suostumuslomake. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista, ja osallistuminen on mahdollista perua missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Haastattelut nauhoitetaan. Nauhoitettu aineisto tuhoetaan asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Osallistujien anonymiteettiä kunnioitetaan, ja tulokset raportoidaan niin, ettei yksittäistä haastateltavaa ole mahdollista tunnistaa valmiista työstä. Haastatteluista on mahdollista julkaista sitaatteja, jotka erityisen osuvasti kuvaavat käsiteltävää asiaa. Valmis työ julkaistaan opinnäytetöiden julkaisualusta Theseuksessa.

Tarvittaessa annan mielelläni lisätietoja.

Noora Koskinen

Fysioterapeutti (AMK), YAMK-opiskelija

[noora.koskinen@student.lab.fi](mailto:noora.koskinen@student.lab.fi)

LAB-ammattikorkeakoulu

#### Liite 4. Fokusryhmähaastattelun runko ja teemat

Haastattelurunko: Suoravastaanoton fysioterapeutit

Kevät 2023

1. Tutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen kertaus
2. Tietosuojakäytäntö
3. Haastateltavien oikeus osallistua tai vetäytyä haastattelusta
4. Haastattelun toteutustapa ja -aikataulu
5. Haastattelun teemat
  - a. Mittareiden käyttö suoravastaanotolla tällä hetkellä
  - b. Mittareiden käytön mahdollisuudet jatkossa
  - c. Mittareiden käyttökoulutus ja perehdytys