UNIVERSITY OF HELSINKI

https://helda.helsinki.fi

Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa : työnjako ja kokemuksia

Karppinen, Jaro; Kangas, Heli; Paukkunen, Maija; Remes, Jouko; Partanen, Katri

2020
Suomen lääkäriliitto
http://hdl.handle.net/10138/319946
Karppinen, J, Kangas, H, Paukkunen, M, Remes, J & Partanen, K 2020, 'Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa : työnjako ja kokemuksia', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 75, Nro 5, Sivut 263-268. < https://www.laakarilehti.fi/pdf/2020/SLL52020-263.pdf >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. https://helda.helsinki.fi
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

JARO KARPPINEN
fysiatrian professori, LT
Oulun yliopisto, fysiatrian klinikka, Medical Research Center Oulu, Oulun yliopistollinen sairaala
Työterveyslaitos, Oulu

HELI KANGAS
TtT, fysioterapeutti, projektipäällikkö
HUS Tietohallinto, tuotanto- ja teknologiapalvelut, hanketoimisto

MAIJA PAUKKUNEN
fysioterapeutti YAMK, työfysioterapeutti
Pihlajalinna, työterveyspalvelut

JOUKO REMES
FM, tilastotiede
Työterveyslaitos, Oulu

KATRI PARTANEN
TtM, fysioterapeutti, kehittämisasiantuntija
Suomen Fysioterapeutit ry

Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa

Työnjako ja kokemuksia

LÄHTÖKOHDAT Fysioterapeuttien suoravastaanotot ovat yleistyneet nopeasti. Tarkastelimme muutoksen vaikutusta lääkärien ja fysioterapeuttien työnjakoon.

MENETELMÄT Selvitimme työnjakoa suoravastaanottotoiminnassa kirjallisuushaulla ja Suomessa myös verkkokyselyllä.

TULOKSET Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä ja pääsivät nopeammin hoitoon. Toimintamallin ei ole todettu lisänneen fysioterapiapalvelujen tarpeetonta käyttöä eikä heikentäneen potilasturvallisuutta tai hoidon jatkuvuutta. Suomessa suoravastaanotolle ja lääkärille ohjautumisen kriteerit vaihtelivat erityisvastuualueilla. Potilaiden omahoitoisuuden ja yksikön toiminnan arvioitiin parantuneen huomattavasti suoravastaanoton ansiosta. Lääketieteellinen tuki fysioterapeuteille ei aina ollut toimivaa.

PÄÄTELMÄT Kokemusten mukaan fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta on vaikuttavaa. Lisätutkimusta kuitenkin tarvitaan.

KIRJALLISUUTTA

1 Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: A systematic review. BMC Musculoskelet Disord 2012;13:107.
2 Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. Suomen Fysioterapeutit, 2017. www.suomenfysioterapeutit.fi

Fysioterapeutin työnkuva on laajentunut perinteisesti lääkärille kuuluneisiin tehtäviin (1). Fysioterapeutin suoravastaanotto tarkoittaa sitä, että tuki- ja liikuntaelinoireinen (TULE-oireinen) potilas joko ohjataan fysioterapeutin vastaanotolle ajanvarauksesta tai hän itse varaa ajan sinne suoraan ilman lähetettä (2).

”Suoravastaanotoksi määritellään potilaan ensimmäinen käyntikerta. Seurantakäynnit ja käynnit fysioterapeutille lääkärin lähetteellä ovat normaalia vastaanottotoimintaa. Potilaan oireisto voi olla akuutti, subakuutti tai kroonin-nen. Vastaanotolla fysioterapeutti tekee potilaan hoidontarpeen arvion ja jatkotoimenpidesuunnitelman” (3). Suoravastaanottotoiminta on käynnissä 151 kunnassa ja suunnitteilla 48 paikkakunnalla (4).

Suoravastaanotolle ja lääkärille ohjautumisen kriteerit vaihtelivat huomattavasti erva-alueittain.

Keski-Suomessa fysioterapeuttien suoravastaanotolle ohjautui 5 % kaikista TULE-potilaista (5). Suoravastaanoton potilaat olivat kyselyn perusteella tyytyväisiä ja saivat apua kipuunsa (6). Myös fysioterapeuttien kokemukset toiminnasta ovat positiivisia (7). Siitä huolimatta he saattavat kokea työuupumusta, jos heillä ei ole riittävästi koulutusta suoravastaanottoon ja heiltä puuttuu lääkärien tuki (8).

Selvitimme kirjallisuudesta kokemuksia suoravastaanotosta, ja arvioimme kyselyn avulla lääkärien ja fysioterapeuttien suoravastaanoton työnjakoon liittyviä käytäntöjä. Tutkimuksen tavoitteena on antaa hyvä kuva siitä, minkälaista fysioterapeutin suoravastaanottotoimintaa Suomessa ja maailmalla on ja miten terveydenhuollon ammattilaiset, erityisesti fysioterapeutit, sen kokevat.

Aineisto ja menetelmät

Kirjallisuuskatsauksen hakukriteeri fysioterapeuttien ja lääkärien työnjaosta (sis. suoravastaanotot, tehtävien siirrot, tehtävän laajennukset) on kuvailtu tarkemmin liitteessä (liite 1, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > SLL 5/2020). Vuonna 2015 käytettiin tietokantoja Melinda, JOSKU, ARTO, Web of Science, PEDro, Medic, PubMed, Scopus ja CINAHL ja hakupäivityksessä vuonna 2019 niistä kolmea viimeistä. Lisäksi tutkimuksia haettiin manuaa-

LIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 5/2020

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

3 WCPT 2011. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. http://wcpt.org/policy/ps-direct-access
4 Fysioterapeuttien suoravastaanoton tilanne Suomessa. Suomen Fysioterapeutit 2018. https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/12/Suoravastaanotto2018.pdf
5 Lautamäki L, Salo P, Mustalampi S, Häkkinen A, Ylinen J. Fysioterapeutin suoravastaanotto. Suom Lääkäril 2016;71:1773–7.
6 Karvonen E, Paatelma M, Heinonen A. Asiakkaan kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta selkäkipujen varhaisvaiheessa. Retrospektiivinen kuvaileva kyselytutkimus. Kuntoutussäätiö. Kuntoutus-lehti 2017;3–4. https://issuu.com/kuntoutussaatio/docs/kuntoutus-3-17-kokolehti (luettu 15.2.2019).
7 Kangas H, Paukkunen M, Partanen K, Remes J, Karppinen J. Fysioterapeutin suoravastaanotosta myönteisiä kokemuksia. Fysioterapia 2018;3:20–4.
8 McClellan CM, Cramp F, Powell J, Benger JR. Extended scope physiotherapists in the emergency department: a literature review. Phys Ther 2010;15:106–11.
9 Daker-White G, Carr AJ, Harvey I ym. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. J Epidemiol Community Health 1999;53:643–50.
10 Richardson B, Shepstone L, Poland F, Mugford M, Finlayson B, Clemence N. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. Emerg Med J 2005;22:87–92.
11 Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care. A prospective randomized clinical trial. Clin J Pain 2006;22:505–11.
12 Salisbury C, Montgomery A, Hollinghurst A ym. Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2013;346:f43.
13 Samsson K, Larsson M. Physiotherapy screening of patients referred for orthopaedic consultation in primary healthcare – a randomized controlled trial. Man Ther 2014;19:386–91.

lisesti lähdeluettelojen ja -viitteiden aineistoista sekä tietokantojen artikkeliehdotuksista. Kielirajauksena oli englanti ja suomi. Hakuaikaa ei rajattu.

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäisessä haussa 12.1.2015 löytyi 1 086 artikkelia, joista 98 luettiin abstraktin perusteella kokonaan. Toisessa haussa 27.1.2019 löytyi 1 312 artikkelia, joista luettiin kokonaan 10. Manuaalisen haun tuloksena 3.10.2019 kriteerit täyttäviä artikkeleita löytyi 24.

Kotimainen selvitys tehtiin Työterveyslaitoksen ja Suomen Fysioterapeutit ry:n yhteistyönä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla Digium-kyselyllä 5.4.–30.6.2017. Kyselylinkki toimitettiin sairaanhoitopiirien fysiatriylilääkäreille, jotka ottivat yhteyttä alueidensa suoravastaanottoa pitäviin yksiköihin. Lisäksi linkkiä jaettiin Suomen Fysioterapeutit ry:n ja Suomen Fysiatriyhdistyksen kautta.

Useimmissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat ei/kyllä-tyyppisiä (liite 2). Lääketieteellisen tuen toimivuuden vastausvaihtoehdot olivat erittäin hyvin, melko hyvin, ei hyvin eikä huonosti, melko huonosti ja erittäin huonosti. Suoravastaanottopaikkakuntien erityisvastuualueet (erva) määriteltiin kuntaliiton mukaisesti (https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoitopiirit2017_0.pdf).

Tulokset

Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa, joissa verrattiin fysioterapeutin suoravastaanottoa tavanomaiseen hoitoon (taulukko 1), potilaat olivat tyytyväisempiä suoravastaanottoon (9–10). Yhdessä tutkimuksessa kivun voimakkuus oli suoravastaanottoryhmän potilailla vähäisempi seurannassa (11). Suoravastaanoton potilaat pääsivät hoitoon nopeammin (12,13). Yleensä ryhmien välillä ei ollut eroja kivussa, toimintakyvyssä tai sairauspoissaoloissa (9–12,14). Suoravastaanotto vähensi vastaanottokäyntejä ja jatkotutkimuksia (12,13) ja jopa hieman kustannuksia (9,15). Pienemmät kustannukset johtunevat pitkälti siitä, että lääkärit määräävät enemmän kuvantamistutkimuksia (9,15).

Kirjallisuuden perusteella fysioterapeutin suoravastaanotto ei ole lisännyt fysioterapiapalvelujen tarpeetonta käyttöä (16–18) eikä heikentänyt potilasturvallisuutta (19,20) tai hoidon jatkuvuutta (17) (liite 3). Nopeamman hoitoon pääsyn ansiosta potilaiden sairauspoissaolot ovat lyhyempiä (21).

Kyselyyn saatiin vastauksia yhteensä 59 ammattilaiselta kaikilta erva-alueilta. HYKS-alueelta vastasi 9 fysioterapeuttia, ylihoitaja (fysioterapiapalvelut) ja palveluesimies. Eniten vastauksia tuli Eksotesta. TAYS:sta vastasi 8 fysioterapeuttia ja TYKS:sta 10 fysioterapeuttia sekä 1 kuntoutussuunnittelija. KYS:sta vastasi 8 fysioterapeuttia, lääkäri, vastaanottopalvelujohtaja, palveluvastaava ja terapiapalvelujen esimies. OYS:sta vastasi 8 fysioterapeuttia, lääkäri, hoitotyön johtaja ja avohoidon johtaja. Työterveyshuoltoyksiköistä (Työterveys Helsinki, Työterveys Wellamo, Attendo, Työterveys Aalto) vastauksia tuli 3 työfysioterapeutilta, 2 lääkäriltä ja yksikönjohtajalta.

Suoravastaanotolle ja lääkärille ohjautumisen kriteerit vaihtelivat huomattavasti erva-alueittain. Yksinkertaisimmillaan fysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautuivat Eksotessa kaikki TULE-potilaat, joilla oli akuutti tai subakuutti oirekuva eikä vammaa tai kuumetta. Useimmilla muilla erva-alueilla fysioterapeutin suoravastaanotolle ohjautumisen kriteerit olivat selvästi tiukemmat (taulukko 2).

Suurin osa vastaajista koki, että lääketieteellistä tukea oli saatavilla, vaikka ei välttämättä samoissa tiloissa eikä se aina ollut toimintaa tukevaa. Vastaajat arvioivat, että fysioterapeutin suoravastaanoton ensikäynti oli riittävä keskimäärin 41 %:lle potilaista. Lääkärille ohjattiin arviolta vain 7 % suoravastaanoton potilaista (taulukko 3).

Merkittävä osa vastaajista arvioi, että suoravastaanotto oli saanut aikaan huomattavaa parannusta potilaiden pääsyssä hoitoon (60 %) ja omahoitoisuudessa (44 %), lyhentänyt sairauslomia (39 %) ja parantanut yksikön (55 %) sekä lääkärien (25 %) toimintaa (kuvio 1).

Vastaajat kokivat toiminnan kannatettavaksi: ”Fysioterapeuteille on normaalisti reilu jono, akuuteissa asioissa ehdottomasti suoravastaanoton tyyppinen toiminta on tarpeen. Työikäisillä korostuu, sillä tärkeää palata töihin nopeasti, sairaslomat huomattavasti lyhyempiä” (lääkäri, KYS-erva). ”Vähentää potilaiden passiivisuutta, lisää omaharjoittelua ja siten lyhentää sairauslomia ja toimintakyvyn alenemaa” (fysioterapeutti, työterveyshuolto).

Suoravastaanoton kustannuksista oli vastaajien mukaan tehty vain vähän laskelmia sitä

TAULUKKO 1.

Kokemukset fysioterapeutin (ft) suoravastaanotosta (SVO)

Kirjallisuuskatsauksessa löydetyt satunnaistetut kontrolloidut tutkimukset kokemuksista suoravastaanotosta. Fysioterapeutin suoravastaanotto sisältää fysioterapeutin itsenäisen hoidon tarpeen arvioinnin (triage) ja hoidon määrittelyn. Tavanomainen hoito (TH) sisältää lääkärin vastaanoton ja lähetteen fysioterapeutille.

Tekijät, viitenumero, maa, vuosi	Tutkimuksen tavoite	Tutkimuspopulaatio ja lukumäärä	Tulokset ja päätelmät	Tutkimuksen laatu (L) ja sovellettavuus Suomeen (S)
Daker-White ym. (9), Britannia, 1999	Ft-SVO:n vs. TH:n (ortopedin vastaanotto) vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus (seuranta 6 kk)	Ortopediset potilaat: SVO n = 237, TH n = 244	Ei eroa kivun voimakkuudessa, toimintakyvyssä tai elämänlaadussa Potilaat tyytyväisempiä SVO:on SVO-hoito tyypillisimmin neuvontaa ja tukea vs. TH kuvantamisia, injektioita Kustannuksissa ei merkittävää eroa, vaikka sairaalakustannukset TH:ssa kalliimmat (kuvantamiset + injektiot) (£498 vs. £89)	L: tasokas S: hyvä
Richardson ym. 2005 (10), Britannia	SVO:n vs. TH:n (lääkärin vastaanotto) vaikutus potilaan paluuseen normaaleihin rutiineihin (seuranta 6 kk)	Lievät TULE-tapaturmat akuuttisairaalassa SVO n = 382 TH n = 384	SVO-potilaat palasivat normaaleihin rutiineihin myöhemmin kuin TH:ssa (41 vs. 28,5 vrk) SVO:lla potilaat saivat todennäköisemmin ohjeita, tukea ja apuvälineitä SVO-ft:t konsultoivat herkemmin muita ammattilaisia TH:lla määrättiin enemmän lääkkeitä Potilaat merkittävästi tyytyväisempiä SVO:oon Töihin paluussa ei eroa (SVO 8 vrk vs. TH 7 vrk) Ei eroja elämänlaadussa tai kivun voimakkuudessa Kustannuksissa ei merkittävää eroa	L: tasokas S: kohtalainen
Nordeman ym. (11), Ruotsi, 2006	SVO vaikutus alaselkäkipuun vs. 4 viikon odotus ft-VO:lle (seuranta 6 kk)	Subakuutit alaselkäkipupotilaat SVO n = 32, verrokkiryhmä n = 28	SVO:n potilaiden kivun voimakkuus merkittävästi vähäisempi seurannassa Ei eroa toimintakyvyssä, sairauspoissaoloissa eikä fysioterapian tai muiden terveyspalvelujen käytössä	L: kelvollinen S: hyvä
Salisbury ym. (12), Britannia, 2013	Puhelin-SVO:n vaikuttavuus, odotusaika ja potilastyytyväisyys perusterveydenhuollossa verrattuna tavanomaiseen ft:n vastaanottoon (seuranta 6 kk)	TULE-potilaat SVO n = 1 506 TH n = 743	SVO:n odotusaika lyhyempi (7 vs. 34 vrk) SVO:ssa ei raportoituja vaaratapahtumia 47 % potilaista tarvitsi vain 1 puhelinneuvontakerran ja VO-käyntejä vähemmän (1,9 vs. 3,1) kuin ft-VO:lla Toimintakyvyssä, töihin paluussa ja potilastyytyväisyydessä ei eroa	L: tasokas S: hyvä
Samsson ym. (13) 2014, Ruotsi	SVO:n vs. TH:n (ortopedin vastaanotto) TULE-potilaan hoidontarpeen arviointi perusterveydenhuollossa (ei seurantaa)	Subakuutit tai krooniset TULE-potilaat SVO n = 102 TH n = 101	SVO:lta jatkotutkimukseen vähemmän kuin TH:lta (17 vs. 29 %) SVO:lta lähetettiin fysio-/toimintaterapiaan useammin kuin TH:lta (61 vs. 36 %) SVO:lta (vs. TH) lähetettiin potilas harvemmin takaisin lähettäneelle lääkärille (9 vs. 27 %) Odotusaika SVO:lle lyhyempi (19 vs. 28 vrk)	L: kelvollinen S: hyvä
Bornhöft ym. 2019 (14), Ruotsi	SVO:n vs. TH:n terveysvaikutukset ja SVO:n vaikutus potilaan asenteisiin ottaa vastuuta TULE-oireistaan (seuranta 6 kk)	TULE-potilaat SVO n = 28 TH n = 27	Potilaiden elämänlaatu merkittävästi parempi (SVO vs. TH) Ei merkittävää eroa kivun voimakkuudessa, toimintakyvyssä tai oireiden kroonistumisessa Asenteisiin ei vaikutusta	L: kelvollinen S: hyvä
Bornhöft ym. 2019b (15), Ruotsi	SVO vs. TH kustannusvaikuttavuus	TULE-potilaat SVO n = 28 TH n = 27	Terveyskulut huomioiden SVO vähän edullisempaa kuin TH suhteutettuna terveyden kohentumiseen	L: kelvollinen S: hyvä

14 Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, Eggertsen R, Thorn J. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. Ther Adv Musculoskelet Dis 2019a;11:1759720X19827504.
15 Bornhöft L, Thorn J, Svensson M, Nordeman L, Eggertsen R, Larsson MEH. 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 Musculoskeletet Disord 2019b;11:186.
16 Leemrijse C, Swinkels I, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther 2008;88:936–46.

toteuttavissa terveydenhuollon yksiköissä: ”Luultavasti ei millään tavalla, koska käyttämämme potilastietojärjestelmä ei tuota luotettavaa dataa” (fysioterapeutti, TAYS-erva). ”Siitä tehtiin laskelmia alkuun, nyt seurataan niitä, jotka saman oireen vuoksi palaavat lääkäriin, se mielestäni surkea mittari, koska se on itsestään selvyyskin, että osa päätyy lääkäriin, jos kaikki TULES-oireisten ohjataan asiantuntijafysioterapeutille – siksi se on enemmänkin palvelun parantamista...” (fysioterapeutti, HYKS-erva) (kuvio 1).

Päätelmät

Fysioterapeutin suoravastaanottoon kuuluu potilaan kliininen tutkimus sekä lääkkeetöntä kivunhoitoa, omatoimista harjoittelua ja käsikauppalääkkeiden käyttöä koskeva informointi ja ohjaus. Lisäksi fysioterapeutti arvioi tukien ja muiden apuvälineiden, lääkärin vastaanoton ja muiden jatkotutkimusten tarvetta.

Kuntoutustoimenpiteet käynnistetään mahdollisimman nopeasti toiminta- ja työkyvyn palauttamiseksi (3). Fysioterapeutti voi myöntää sairauslomaa Suomessa lähes kaikissa kunnissa tai kuntayhtymissä, yleensä 1–5 päivää (4).

Kokemukset fysioterapeutin suoravastaanotosta Suomessa ovat olleet positiivisia (2,4–7,22–24). Merkittävä osa kyselymme vastaajista arvioi suoravastaanoton huomattavasti parantaneen potilaiden omahoitoisuutta ja pääsyä hoitoon, tehostaneen sitä tarjoavan yksikön sekä lääkärien toimintaa ja lyhentäneen sairauslomia. Suoravastaanotoilla voidaan tehostaa TULE-potilaiden hoitoa (5). Havaintoa tukevat kokemukset maailmalta (1,9,17,18,25).

Sujuvimmillaan potilaiden sairauslomat, kuvantamislähetteet ja lääkemääräykset järjestyivät ilman lääkärissäkäyntiä, kun lääkäri ja fysioterapeutti tekivät yhteistyötä (16). Kyselymme perusteella fysioterapeuttien oli mahdollista saada lääketieteellistä tukea, vaikka tukihenkilöt eivät välttämättä työskennelleet samoissa tiloissa eikä järjestely aina ollut toimintaa tukevaa.

Potilaat eivät ohjautuneet suoravastaanotolle optimaalisella tavalla. Aikoja varaavat henkilöt ovat avainasemassa potilaan ohjautumisessa oikein (20,26). Tämä kävi ilmi myös kyselyssämme.

Hoitomahdollisuutta fysioterapeutin suoravastaanotolla arvioi Suomessa yleensä sairaanhoitaja, työterveyshoitaja tai fysioterapeutti (7). Suoravastaanoton ensisijaisena tavoitteena on nopeuttaa potilaan pääsyä terveydenhoitoon (3,26). Jotta potilas ohjautuu heti oikein, on keskeistä, että ajanvaraaja tuntee eri ammattilaisten osaamisen (27). Fysioterapeuttien osaamista voidaan työnjaon ansiosta hyödyntää tarkoituksenmukaisemmin.

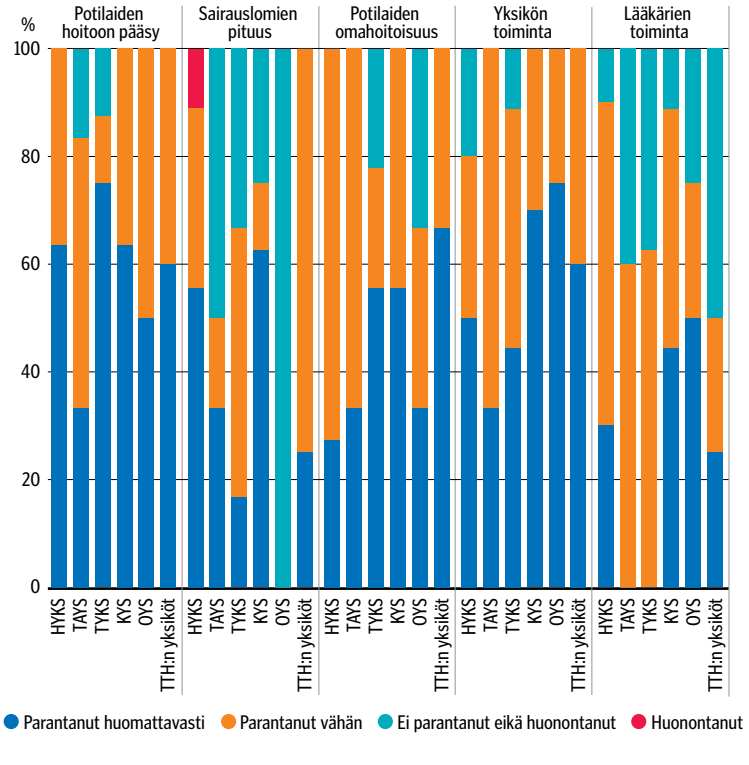
Oleellista on, että kukin ammattilainen löytää roolinsa. Organisaatioissa tulee sopia suoravastaanottotoimintaan liittyvistä vastuista ja työnjaosta sekä varmistaa fysioterapeuttien osaaminen ja riittävä lääketieteellinen tuki. Paras yhteistyö, palvelujen laatu ja saatavuus saavutetaan panostamalla työnjaon mukaisten roolien kehittämiseen ja tukemiseen (24).

Suoravastaanottotoimintaa järjestävissä yksiköissä oli vastaajien mukaan tehty vain vähän laskelmia toiminnan kustannuksista. Tällaisilla

KUVIO 1.

Kokemukset suoravastaanoton vaikutuksista

Vaikutukset hoitoon pääsyyn, sairauslomien pituuteen, potilaiden omahoitoisuuteen sekä yksikön ja lääkärien toimintaan.



17 Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. Health Serv Res 2011;47:633–54.
18 Marks D, Comans T, Bisset L, Scuffham PA. Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review. Physiotherapy 2017;103:341–51.
19 Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? Prim Health Care Res Dev 2016;17:489–502.
20 Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. Prim Health Care Res Dev 2018;19:121–30.
21 Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients, who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. Physiotherapy 2006;92,26–33.
22 Paukkunen M, Kangas H, Karppinen J. Työfysioterapeutin suoravastaanotto – totta vai tarua? Työterveyshoitaja 2018;43:32–4.
23 Paukkunen M, Kangas H, Karppinen J. Työfysioterapeutin suoravastaanotto TULE-potilaan työkyvyn tukena. Työterveyshoitaja 2018;43:26-8.
24 Kangas H. Asiantuntijoiden välinen luottamus ja sosiaalinen työnjako julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Fenomenografinen tapaustutkimus fysioterapeuttien ja lääkäreiden luottamus- ja työnjakokäsityksistä kahdessa kuntaorganisaatiossa. Dissertations in Social Sciences and Business Studies: 146. Itä-Suomen yliopisto 2017.
25 Ludvigsson M, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. Physiotherapy 2012;98:131–7.
26 Bornhöft L. Direct triaging to physiotherapist in primary care. Development and evaluation of triage model. Doctoral thesis Sahlsgrenska Academy. University of Gothenburg 2019.
27 Thorn J, Maun A, Bornhöft L ym. Increased access rate to a primary health-care centre by introducing a structured patient sorting system developed to make the most efficient use of the personnel: a pilot study. Health Serv Manage Res 2010;23:166–71.

TAULUKKO 2.

Ohjautumisen kriteerit

Esimerkkejä suoravastaanotolle ja lääkärille ohjautumisen kriteereistä yksiköissä, joissa suoravastaanotolla hoidettiin kaikkia potilaita, joilla oli tuki- ja liikuntaelinoireita.

Erva-alue	Suoravastaanotolle ohjautumisen kriteerit (vastaajan ammatti)	Lääkärille ohjautumisen kriteerit[1]
HYKS	Kaikki TULE-oireiset, ei tapaturma tai kuumetta; ei saman oireen vuoksi lääkärillä lähiaikoina käyneet (fysioterapeutti)	Tapaturma; kuume; päivystykselliset vaarallisen kivun merkit (kova kipu, laihtuminen, virtsankarkaaminen tai virtsaumpi) (ft)
	TULE-ongelma, jossa ei ilmene hälytysmerkkejä muusta, vakavammasta sairaudesta (ylihoitaja)	Alle 16-vuotiaat; vakava vapaa-ajan tapaturma; liikenne- tai työtapaturma; kuumetta viimeksi kuluneen vrk:n aikana ko. TULE-ongelmaan liittyen; virtsaamis-/ulostamisongelmaa selkäkipuun liittyen; äkillinen päänsärky (ps) ja siihen liittyvä pahoinvointi/huimaus (ylihoitaja)
TAYS	Akuutti TULE-vaiva, alle 6 viikkoa vanha (fysioterapeutti)	Selän osalta yleiset vaaran merkit; raskaus, kova kipu; kuume; syöpätausta jne. (ft)
	Ikä 18–74 v; VAS alle 9; ei lääkärille ohjautumisen kriteereitä (fysioterapeutti)	Lääkärille, jos alle 18 v tai yli 74 v; VAS 9-10; cauda equina -oireet; tapaturma; kuntoutumaton selkäleikkauksen jälkeen; kipuun liittyvä kuumeilu; kasvain; osteoporoosi; raskaus (ft)
TYKS	Alaselkäkipu kestänyt alle 6 viikkoa; muut alle 12 viikkoa. Fysioterapiaan yleensä vähitellen alkaneet kivut; rasituspe-räiset kivut tai äkilliset ilman syytä alkaneet kivut; nitkahduk-set, venähdykset; jonkin toiminnan aikana pahenevat kivut; haittaa yöunta, mutta saa nukuttua jne. (fysioterapeutti)	Suurienergiainen tapaturma, työ- tai liikennetapaturma, urheilutapaturma; ikä alle 12 v tai yli 75 v (harkintaa voi käyttää); kuume; keskeneräiset syöpähoidot; syövästä alle 5 v; leikkauksesta alle 4 viikkoa; sietämätön paheneva kipu eikä saa nukuttua ollenkaan (ft)
	TULE-vaiva, ei vaaran merkkejä; ei alle 18-vuotiaita (ei yläikärajaa) (fysioterapeutti)	VAS 10; trauma; (äskettäin) sairastettu syöpä tai muu vakava oleellinen/merkittävä sairaus; niskan kohdalla äkillisesti alkanut kova ps; kova ps, jossa valoherkkyyttä tai niskajäykkyyttä; äkillinen ps, jossa kuumetta, väsymystä; ps, jossa muisti- tai keskittymishäiriöitä; huimauspotilas, jos huimaus on kaatavaa (ft)
KYS	TULE-vaiva, jossa ei lähiaikoina tai edeltävästi lääkärin vastaanottoa eikä epäillä vakavaa sairautta hoidon tarpeen arvioinnin perusteella (fysioterapeutti)	Trauma; punaisen lipun oireet; tulehdus; heikko yleistila/yleisoireet (kuumeilu, painon lasku); cauda-oireet; kova ps; käsien/jalkojen toiminta vaikeutunut/estynyt; rintakehän/-rangan tai olkapään äkillinen paheneva kipu; vasempaan yläraajaan rasituksessa paheneva kipu (ft)
	Uusi TULE-vaiva tai vaiva, jonka vuoksi potilas ei ole käynyt lääkärissä ja jonka taustalla ei ole suurienergiaista vammaa tai tulehduksen merkkejä (vastaanottopalvelujohtaja)	Tapaturma; tulehdus; niskakipu, johon liittyy voimakas ps tai neurologiset oireet; ylä- tai alaraajakivut, joissa raajojen toiminta estynyt; selkäkipu, johon liittyy cauda-oireet; rasituksessa paheneva kipu rintakehällä/-rangassa tai vasempaan raajaan säteilevä kipu (vpj)
OYS	TULE-vaiva, jossa asiakas hyötyy fysioterapeutin tutkimuk-sesta ja ohjauksesta, pois lukien lääkärille ohjautuvat – eri-tyisesti kipupelkoiset (fysioterapeutti)	Trauma; kuume; säteilykipu; virtsaamis-/ulostamisongelma; erittäin kova kipu; tuore leikkaus; kipu ei helpottunut useiden viikkojen aikana (ft)
	TULE-oire, jossa ajanvaraussairaanhoitajat ovat sulkeneet pois esim. selkäkipupotilaiden "punaiset liput". Aikaisemmin koski vain selkäpotilaita, laajennettu koulutuksen myötä koskemaan kaikkia TULE-kipuisia (lääkäri).	Potilas haluaa vain lääkärille; kuume; vakavan sairauden epäily (punaiset liput); yli viikon sairausloman tarve; niveltulehdus; muun kuin tulehduskipulääkkeen tarve; trauma; alle kouluikäiset; moniongelmaiset (lääkäri)
Työterveys-huolto	Kaikki työkykyyn vaikuttavat TULE-oireet pois lukien tapaturmat ja tulehdukseen viittaavat oireet, kuten punoitus, kuumotus ja turvotus (työfysioterapeutti)	Trauma (erityisesti suurienergiaiset), tulehdus; cauda equina -oireet; asentohuimausoireiset (jotka lääkäri ohjaa fysiotera-peutin akuuttiajalle diagnoosin varmistuttua) (työft)
	Alle 3 kk kestänyt tule-oireisto eikä lääkärille ohjauksen tarvetta (yksikön johtaja, lääkäri)	Yli 3 kk kestäneet aiemmin selvittämättömät oireet, trauma; punaisen lipun oireet, kuten aiemmin syövän sairastaneet (yksikön johtaja, lääkäri)

Erva = erityisvastuu, ft = fysioterapeutti, ps = päänsärky, VAS = Visual Analogue Scale, kuvaa kivun voimakkuutta asteikolla 0-10, punaiset liput = vaaran merkit, vpj = vastaanottopalvelujohtaja
[1] Vastaukset suoravastaanotolle ja lääkärille ohjaamisen kriteereistä samoilta vastaajilta

28 Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self-Referral Study Group. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. Physiotherapy 2007;93:3-11.
29 Bath B, Janzen B. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. J Multidiscip Healthc 2012;5:1–15.
30 Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. BMC Musculoskelet Disord 2005;6:32.
31 Jette D, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy or medical referral. Phys Ther 2006;86:1619–29.
32 Synnott A, O´Keeffe M, Bunzli S ym. 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. J Physiother 2016;62:215–21.
33 https://palveluvalikoima.fi/biopsykososiaalinen-kuntoutus-pitkittyvassa-tai-toistuvassa-selkakivussa

SIDONNAISUUDET
Jaro Karppinen: Konsultointi (Pfizer), luentopalkkiot (Pfizer, Orion, MSD), lisenssitulot ja tekijänpalkkiot (Duodecim).
Heli Kangas, Maija Paukkunen, Jouko Remes, Katri Partanen: Ei sidonnaisuuksia.

ENGLISH SUMMARY
www.laakarilehti.fi
› in english
Direct access to physiotherapy (DAP) in the treatment of patients with musculoskeletal symptoms
A literature review of the division of labour between physiotherapists and GPs, and experiences of DAP in Finland

TAULUKKO 3.

Lääketieteellinen tuki, ensikäynnin riittävyys ja ohjautuminen lääkärille

Fysioterapeutin suoravastaanotolla.

Erva-alue	Vastaajat (ammattinimike)	Lääketieteellinen tuki			Vain ensikäynti, %	Ohjautuminen lääkärille, %
		Käytettävissä, %	Samoissa tiloissa, %	Toimivaa, %		
HYKS	11 (9 ft, 2 muu)	82	45	73	30–75	0–5
TAYS	8 (8 ft)	75	38	25	0–50	0–10
TYKS	11 (10 ft, 1 muu)	45	45	91	5–75	0–5
KYS	12 (8 ft, 1 lääkäri, 3 muu)	82	82	67	7–95	1–20
OYS	11 (8 ft, 1 lääkäri, 2 muu)	73	55	73	30–80	5–10
Työterveys-huoltoyksiköt	6 (3 työft, 2 lääkäriä, 1 muu)	100	100	67	30–50	0–20

ft = fysioterapeutti

vastaanotoilla on mahdollista säästää lääkärien työaikaa (28) ja vähentää kuormitusta (5). Toisaalta lääkärit eivät aina koe työmääränsä vähentyneen tai sitä on vaikea todentaa.

Koulutuksen sisältö tulisi suunnata lääketieteelliseen kliiniseen tutkimiseen (1,29,30) ja erotusdiagnostiikkaan (31). Kyselymme perusteella suoravastaanottokoulutukset ovat sisällöltään painottuneet biomekaanisesti. Kipuun liittyvien psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamista oli käsitelty vain vähän, eivätkä useimmat fysioterapeutit kokeneet, että heillä olisi keinoja hoitaa suuren psykososiaalisen riskin potilaita (7,23).

Fysioterapeuttien kykyä tunnistaa näitä riskipotilaita sekä lisätä heidän ymmärrystään ja asenteitaan kivun moninaisesta luonteesta voidaan vahvistaa biopsykososiaalisesti painottuneella koulutuksella ja uusilla arviointityökaluilla (32). Tätä tukee myös Palveluvalikoimaneuvoston lausunto biopsykososiaalisesta kuntoutuksesta pitkittyvässä tai toistuvassa selkäkivussa (33).

Sosiaali- ja terveysministeriön työterveyshuollon neuvottelukunnan päätös (28.3.2019) varmisti, että myös työterveyshuollossa voidaan vastedes järjestää työfysioterapeutin suoravastaanottoa. Työterveyshuoltolaista poiketen asiakas pääsee tällöin tuki- ja liikuntaelinongelmissa lääkärissäkäynnin sijaan ensikäynnille työfysioterapeutille ilman lähetettä tai työterveyshuollon ammattihenkilön tarvearvioita.

Fysioterapeuttien suoravastaanotto on sekä kirjallisuuskatsauksen että kotimaisten kokemusten mukaan toimivaa ja potilasturvallista. Kustannusvaikuttavuudesta tarvitaan kuitenkin lisätutkimusta. Potilastietojärjestelmien kehittäminen edistäisi myös hoitopolkujen kustannusvaikuttavuuden arviointia. ●

Kiitämme yhteistyöstä Rokuan Terveys- ja Kuntouttamissäätiötä.

TÄMÄ TIEDETTIIN

- **Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminta on laajentunut Suomessa huomattavasti viime vuosina.**
- **Alustavat kokemukset ovat positiivisia.**
- **Toimiva lääketieteellinen tuki on tärkeää.**

TUTKIMUS OPETTI

- **Kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaat ovat tyytyväisiä, hoitoon pääsy on nopeutunut eivätkä potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus ole heikentyneet.**
- **Kyselyssä suoravastaanoton arvioitiin parantaneen hoitoon pääsyä, omahoitoisuutta sekä yksikön ja lääkärien toimintaa. Lääketieteellinen tuki ei ollut aina toimintaa tukevaa.**
- **Toimintatapaa pidettiin järkevänä, mutta potilastietojärjestelmät eivät mahdollista vaikuttavuustiedon hankkimista.**

JARO KARPPINEN
M.D., Professor of Physical & Rehabilitation Medicine
University of Oulu, Physiatrics, Medical Research Center Oulu, Oulu University Hospital, Finnish Institute of Occupational Health, Oulu

HELI KANGAS
MAIJA PAUKKUNEN
JOUKO REMES
KATRI PARTANEN

Direct access to physiotherapy (DAP) in the treatment of patients with musculoskeletal symptoms

A literature review of the division of labour between physiotherapists and GPs, and experiences of DAP in Finland

BACKGROUND Direct access to physiotherapy (DAP) has increased greatly both in Finland and worldwide, and therefore practical issues related to the division of labour between physiotherapists and general practitioners (GPs) are of great interest.

METHODS We performed a literature review of the division of labour between physiotherapists and GPs in DAP. We also carried out a Digium -survey on the national practices of DAP in Finland.

RESULTS The literature review found 24 articles, and 59 health care professionals responded to the survey. Based on the review, patients were satisfied and had quicker access to care. DAP did not seem to increase the use of physiotherapy services or decrease patient safety or continuity of care. In Finland, the criteria for DAP and GP referral vary greatly by region. The respondents considered that patients' self-management ability and health care units' operational effectiveness had improved considerably as a result of DAP. Medical support for physiotherapists was usually available but not always made use of.

CONCLUSIONS On the basis of both the literature review and national experiences DAP is regarded as an effective activity, but further research is needed.

Liite 1.
Kirjallisuuskatsauksen tietokannat, hakusanat ja rajoitukset
Ensimmäinen haku tehtiin 12.1.2015. Hakutulos 1 086 artikkelia, joista luettiin abstraktin perusteella kokonaan 98. Haku päivitettiin 27.1.2019. Hakutulos 1 312 artikkelia, joista luettiin kokonaan 10. Päivityksessä käytettiin pelkästään PubMed, Scopus ja CINAHL tietokantoja. Manuaalisen haun tuloksena 3.10.2019 kriteerit täyttäviä artikkeleita fysioterapeutin suoravastaanotosta löytyi 24.

Tietokanta	**Hakusanat ja rajaukset**
PubMed	("Physical Therapists" OR physiotherapist*) AND (physician* OR "general practitioners" OR doctor*) AND (role* OR delegat* OR "job description" OR "job descriptions" OR "interprofessional relations" OR "inter-professional" OR interdisciplinary OR "division of labour" OR "division of work" OR "distribution of labour" OR "distribution of work").
PEDro	Workforce, advanced role, extended scope practice, direct access (sanahakuna)
Scopus (kattaa 100 % Pubmedin ja 75 % Cinahlin)	(TITLE-ABS-KEY(("Physical Therapists" OR physiotherapist*) AND (physician* OR "general practitioners" OR doctor*)) AND TITLE-ABS-KEY((physician* OR "general practitioners" OR doctor*)) AND TITLE-ABS-KEY((role* OR delegat* OR "job description" OR "job descriptions" OR "interprofessional relations" OR "inter-professional" OR interdisciplinary OR "division of labour" OR "division of work" OR "distribution of labour" OR "distribution of work"))) AND DOCTYPE(ar OR re) AND SUBJAREA(mult OR ceng OR CHEM OR comp OR eart OR ener OR engi OR envi OR mate OR math OR phys OR mult OR arts OR busi OR deci OR econ OR psyc OR soci) AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "MEDI") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "NURS") OR LIMIT-TO(SUBJAREA, "HEAL")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))
CINAHL	("Physical Therapists" OR physiotherapist*) AND (physician* OR "general practitioners" OR doctor*) AND (role* OR delegat* OR "job description" OR "job descriptions" OR "interprofessional relations" OR "inter-professional" OR interdisciplinary OR "division of labour" OR "division of work" OR "distribution of labour" OR "distribution of work")
WEB of SCIENCE	("Physical Therapists" OR physiotherapist*) AND (physician* OR "general practitioners" OR doctor*) AND (role* OR delegat* OR "job description" OR "job descriptions" OR "interprofessional relations" OR "inter-professional" OR interdisciplinary OR "division of labour" OR "division of work" OR "distribution of labour" OR "distribution of work") (poistettu päällekkäisyydet Medline- ja Scielo-tietokantojen kanssa)
Medic	työnjako*tehtäväsiir*tehtävälaaj* AND hoitaja työnjako*tehtäväsiir*tehtävälaaj* AND lääkäri
ARTO	työnjako AND terveydenhuol?
Melinda	työnjako AND terveydenhuol?
JOSKU	Työnjako (asiasanahaku)

Liite 2.
Kysely yksiköihin, joissa oli suoravastaanottoa

ID: Vastaajan tunnus
2. Vastaajan toimipaikka
3. Vastaajan ammattinimike
4. Mille potilasryhmille yksikössänne on fysioterapeutin suoravastaanotto?
K4_1: 1=Alaselkäkipu
K4_2: 2=Olkapääkipu
K4_3: 3=Niskakipu
K4_4: 4=Muu kipu*
K4_5: 5=Muut potilaat**
*K4_muu kipu, mikä?
**K4_muut potilaat, mitkä?

K5. Mistä potilaat tulevat yksikköönne tai mistä he ovat saaneet tietää suoravastaanotosta?
6. Kuka yksikössänne tekee hoidontarpeen arvion?
K6_1: 1=Sairaanhoitaja
K6_2: 2=Työterveyshoitaja
K6_3: 3=Sihteeri
K6_4: 4=Fysioterapeutti
K6_5: 5=Joku muu*
*K6_joku muu, kuka?

K7. Mitkä ovat yksikössänne fysioterapeutin suoravastaanottoon ohjautuvien potilaiden kriteerit?
K8. Mitkä ovat yksikössänne suoraan lääkärille ohjautuvien potilaiden kriteerit?
K9. Kuka on laatinut yksikössänne kriteerit?
K10. Ovatko fysioterapeutit olleet mukana yksikössänne kriteerien laadinnassa?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa

11. Kuka yksikössänne arvioi vaaran merkit eli red flagsit?
K11_1: 1=Sairaanhoitaja
K11_2: 2=Fysioterapeutti
K11_3: 3=Lääkäri
K11_4: 4=Työterveyshoitaja
K11_5: 5=Työfysioterapeutti
K11_6: 6=Joku muu*
K11_7: 7=Useampi työntekijä**
*K11_joku muu, kuka?
**K11_useampi työntekijä, ketkä

K12. Mitkä red flags kriteerit teillä on käytössä?
13. Paljonko yksikössänne on?
K13_1: Lääkäreitä
K13_2: Fysioterapeutteja
K13_3: Sairaanhoitajia / terveydenhoitajia
K13_4: Työterveyshoitajia
K13_5: Psykologeja

K14. Kuinka monta suoravastaanottoa pitävää fysioterapeuttia yksikössänne on?
K15. Onko teillä tarkoitus lisätä suoravastaanottoa pitävien fysioterapeuttien lukumäärää?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
K16_1: Kuinka monella?
K16_2: Milloin?

17. Minkälaisen lisäkoulutuksen he ovat saaneet?
K17_1: Lisäkouluttajatahot ja kouluttajien pätevyys?
K17_2: Opintopisteitä
K17_3: Ajallinen kesto
K18. Vapaita kommentteja lisäkoulutukseen.

K19. Miten olette varmistaneet fysioterapeuttien osaamisen koulutuksen lopussa?
K20. Onko teillä jatkokoulutussuunnitelmaa suoravastaanottoa pitäville fysioterapeuteille?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
K21. Mihin sisältöihin ja aihealueisiin?

K22. Jos yksikössänne on työterveyshuollon potilaita, onko fysioterapeuteillanne työfysioterapeutin koulutus?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa

K23. Arvioitteko työfysioterapeutin koulutuksen tarpeelliseksi suoravastaanottotoimintaan yksikössänne?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa

24. Mitkä ovat vastaanottoaikojen kestot fysioterapeuttien suoravastaanotolle?
K24_1: Ensimmäinen käynti (minuuttia)
K24_2: Seuraavat käynnit (minuuttia)
K25_1. Potilaiden keskimääräinen lukumäärä päivässä
K25_2. Potilaiden keskimääräinen lukumäärä viikossa
K25_3. Kuinka suurelle osalle potilasta viikossa (%) arvioitte pelkän ensikäynnin riittävän (ei jatkohoitoja tai -käyntejä)?

26. Minkälaisia menetelmiä fysioterapeuttinne käyttävät suoravastaanotolla?
K26_1: 1=Ohjaus ja neuvonta
K26_2: 2=Terapeuttinen harjoittelu
K26_3: 3=Manuaalinen terapia
K26_4: 4=Fysikaalinen terapia
K26_5: 5=Muut hoitomenetelmät*
*K26_muut hoitomenetelmät, mitkä?
K27. Voitte tässä täsmentää minkälaista ohjausta yksikössänne annetaan?
K28. Voitte tässä täsmentää minkälaista terapeuttista harjoittelua yksikössänne annetaan?
K29. Voitte tässä täsmentää minkälaista fysikaalista terapiaa yksikössänne annetaan?
K30. Voitte tässä täsmentää minkälaista manuaalista terapiaa yksikössänne annetaan?
K31. Voitte tässä täsmentää minkälaista muuta hoitoa yksikössänne annetaan?

K32. Vastaanottokäyntien lukumäärä. Onko fysioterapeutin suoravastaanottokäyntien lukumäärää rajoitettu yksikössänne?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
K33_1. Kuinka monta kertaa potilas voi käydä enintään fysioterapeutin suoravastaanotolla?
K33_2: Vastaanottokäyntien keskimääräinen lukumäärä potilasta kohden?

K34. Ohjaavatko fysioterapeutit potilaita hoitoon muualla toimiville fysioterapeuteille?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
K35. Mihin, kenelle?

K36. Arvioi paljonko kaikista potilaista (%) ohjataan lääkärin vastaanotolle?
37. Kuka maksaa suoravastaanottokäynnit fysioterapeutilla?
K37_1: 1=Potilas
K37_2: 2=Kunta / kuntayhtymä
K37_3: 3=Työnantaja
K37_4: 4=Vakuutusyhtiö
K37_5: 5=Kela
K37_6: 6=Joku muu*
K37_7: 7=Useampia maksajia**
*K37_joku muu, mikä?
**K37_useampia maksajia, niin kuka maksaa eniten?
K38. Jos potilaan on mahdollista saada lisävastaanottokäyntejä maksua vastaan, paljonko käyntikerta maksaa potilaalle (€)?
K39. Tunnistavatko suoravastaanottoa pitävät fysioterapeuttinne psykososiaaliset riskitekijät?
1=Erittäin hyvin
2=Melko hyvin
3=Ei hyvin eikä huonosti
4=Melko huonosti
5=Erittäin huonosti
6=Ei osaa sanoa
K40. Vapaita kommentteja edelliseen kysymykseen.

K41. Osaavatko suoravastaanottoa pitävät fysioterapeutit hoitaa potilaita, joilla on psykososiaalisia riskitekijöitä?
1=Erittäin hyvin
2=Melko hyvin
3=Ei hyvin eikä huonosti
4=Melko huonosti

5=Erittäin huonosti
6=Ei osaa sanoa
K42. Vapaita kommentteja edelliseen kysymykseen.

K43. Onko suoravastaanottoa tekevillä fysioterapeuteilla lääketieteellistä tukea (esimerkiksi lääkärityöparia?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
K44. Kuka?

K45. Toimiiko lääketieteellinen tuki fyysisesti samoissa tiloissa?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa

K46. Jos käytössä on lääketieteellinen tuki, onko fysioterapeutin ja lääkärin yhteistoiminta toimivaa?
1=Erittäin hyvin
2=Melko hyvin
3=Ei hyvin eikä huonosti
4=Melko huonosti
5=Erittäin huonosti
6=Ei osaa sanoa
K47. Voitte perustella edellistä vastausta.

K48. Minkälaiset kirjaamiskäytännöt teillä on fysioterapeuttien suoravastaanotossa?
K49. Minkälaiset ohjeistukset teillä on suoravastaanottoa tekeville fysioterapeuteille käsikauppalääkkeiden käytöstä?
K50. Minkälaiset ohjeistukset teillä on suoravastaanottoa tekeville fysioterapeuteille tehtävänsiirrosta?
K51. Millä tasolla päätökset ohjeistuksista suoravastaanottoa pitäville fysioterapeuteille tehdään?
K52. Kuka on tehnyt ohjeistukset tehtävänsiirrosta suoravastaanottoa tekeville fysioterapeuteille?
K53. Mitä vastuita on sovittu ja onko niistä tehty kirjallinen versio?

K54. Onko teillä fysioterapeutin suoravastaanotto käynnissä?
1=Kyllä
2=Ei
K55. Kauanko fysioterapeutin suoravastaanotto on ollut käytössä (kuukautta)?
K56. Minkälaisia kokemuksia teillä on fysioterapeutin suoravastaanotosta?
K57. Arvioikaa kuinka suuri osa potilaista (%) ohjautuu lääkärille fysioterapeutin suoravastaanotosta keskimäärin viikon aikana?
58. Miten teidän mielestänne fysioterapeutin suoravastaanotto on vaikuttanut
K58_1: potilaiden hoitoon pääsyyn?
K58_2: potilaiden sairauslomien pituuteen?
K58_3: potilaiden omahoitoisuuteen (eivät hakeudu enää uudelleen hoitoon)?
K58_4: yksikkönne toimintaan?
K58_5: muiden fysioterapeuttien toimintaan?
K58_6: lääkäreiden toimintaan?
K58_7: hoitajien toimintaan?

K59. Onko yksikössänne laskettu fysioterapeuttien suoravastaanoton hintaa?
1=Kyllä
2=Ei
3=Ei osaa sanoa
60. Paljonko se on (€)?

K61. Onko fysioterapeutin suoravastaanotto mielestänne kustannusvaikuttavaa toimintaa?
1=Kyllä
2=Ei
K62. Perustelkaa.

K63. Miten yksikössänne on arvioitu fysioterapeuttien suoravastaanoton kustannusvaikuttavuutta?
K64. Jos teillä on arvioitu fysioterapeuttien suoravastaanoton kustannusvaikuttavuutta, voitteko kertoa siitä tarkemmin?

Liite 3.
Kirjallisuuskatsauksessa löydettyjen tutkimusten kokemuksia fysioterapeutin suoravastaanotosta (SVO)
Fysioterapeutin suoravastaanotto sisältää fysioterapeutin (ft) itsenäisen hoidon tarpeen arvioinnin (triage) ja hoidon määrittelyn. Tavanomainen hoito (TH) sisältää lääkärin vastaanoton ja lähetteen fysioterapeutille.

Tekijät, vuosi, maa	Tavoite	Otos	Tutkimus-populaatio ja tutkimusasetelma	Tulokset ja päätelmät
Taylor ym. (1) 2011, Australia	SVO:n potilaiden odotus- ja kokonais-käyntiaika päivystyksessä	SVO n = 182 TH n = 124	Perifeeriset TULE-vammapotilaat Prospektiivinen satunnaistamaton kontrolloitu tutkimus	• SVO:n potilaiden kokonaiskäyntiajan kesto lyheni 60 min, odotusaika 25 min ja hoitoaika 35 min verrattuna lähetteellä vastaanotolle ohjautuviin potilaisiin • 96 % henkilökunnasta koki ft:n ensikontaktin taidot ja tiedot tarkoituksenmukaisiksi • 21 % henkilökunnasta epätietoisia ft:n päivystyksen työn sisällöstä • Potilaat olivat tyytyväisiä
Holds-worth ym. (2,3,4) 2006 2007, Skotlanti	SVO:n ja TH:n potilasprofiilit ja kustannukset perusterveyden-huollossa	SVO n = 648 TH n = 1 795	TULE-potilaat (2,3) Kvasikokeellinen tutkimus (4) Kustannusminimointi analyysi	• SVO:ssa sairauspoissaolot lyhyempiä (2,5 vrk vs. 6 vrk) kuin TH:ssa • SVO nopeutti hoitoonpääsyä • Potilaat maaseudulla tietoisia SVO:sta ja hakeutuvat SVO:lle herkemmin kuin kaupungeissa • SVO:n kustannukset pienemmät kuin TH:n (£66 vs. £89): sis. lääkärin ja fysioterapeutin kontaktit, lääkemääräykset, lähetteet kuvantamiset (mm. MK) ja jatkohoidot • Yksittäisen potilaan hakeutuminen SVO:lle säästi lääkärin aikaa keskimäärin 8 min/ potilas • Vuositasolla lääkäreiden työaikaa säästyi 8 739 tuntia

Samsson ym. (5) 2016, Ruotsi	Potilaan käsitys SVO:n tai TH:n hoidon laadusta	163	TULE-potilaat Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus	• Potilaat arvioivat SVO:n hoidon laadun (tutkiminen + hoito), itsehoidon ohjauksen, ymmärrettävyyden, kunnioituksen ja sitoutuneisuuden merkittävästi paremmaksi kuin TH:ssa • Potilaat kokivat voineensa osallistua hoitonsa suunnitteluun ja odotustensa täyttyneen merkittävästi paremmin SVO:ssa
Weat-herley ym. (6) 1998, Iso-Britannia	SVO:on liittyvät ongelmat ortopedisissä yksiköissä	39	Fysioterapeutit Kyselytutkimus	• Ft tapasi uusia potilaita 6–10/vko; aikaa/potilas 20–90 min • Osassa yksiköistä ft:lla oikeus lähettää potilas esim. MK-tutkimuksiin sekä verikokeisiin • 74 % ft:sta koki työnsä koko ajan tai osan aikaa stressaavaksi • Ft:t kaipasivat tiiviimpää yhteistyötä lääkäreiden kanssa
Leemrijse ym. (7) 2008, Hollanti	SVO:n käyntimäärät ja SVO vs. TH potilasprofiilit	10 510	TULE-potilaat Rekisteritutkimus	• 28 % potilaista ohjautui suoraan SVO:lle • SVO:n potilaat nuorempia, hyvin koulutettuja, oireiden kesto lyhyempi, enemmän aiempia kokemuksia ft-palveluista toistuvissa TULE-oireissa • 10 % potilaista tarvitsi vain ensikäynnin • SVO:lla potilaat saavuttivat fysioterapian tavoitteet aiemmin; käyntikertoja SVO:ssa vähemmän (8 vs. 10,5)
Ludvigsson ym. (8) 2012, Ruotsi	SVO:n vaikuttavuus ja potilastyyty-väisyys perusterveydenhuollossa	432	TULE-potilaat Retrospektiivinen kohorttitutkimus sairauskertomuksista ja satunnaistamaton kyselytutkimus	• 85 % ft:n arvioimista potilaista ei tarvinnut lääkäriä eikä palannut lääkärin vastaanotolle saman oireen vuoksi 3 kk:n seurannassa • 6 %:lla potilaista fysioterapeutit tunnistivat vakavan terveydellisen tilan ja lähettivät lääkärille • Potilaat olivat tyytyväisiä fysioterapeutin arviointiin, ohjaukseen ja neuvontaan
De Gruchy ym. (9)	SVO:n käyttö ja vaikuttavuus päivystyksessä	1 007	TULE-potilaat, joiden syyt eivät vakavia	• Keskimääräinen odotusaika ft:lle 20 min, hoitoaika 63 min

2015, Australia			(mm. lieviä vammoja, alaselkäkipuisia) Prospektiivinen havainnoiva tutkimus	• 95 %:lla kokonaiskäyntiaika tavoitteen mukaisesti alle 4 tuntia • Ft hoiti itsenäisesti 46 % potilaista • 6 kk:n seurannassa 2 raportoitua vaaratapahtumaa (murtumia)
Bird ym. (10) 2016, Australia	SVO-potilaiden käyntiaika päivystyksessä	14 452	TULE-potilaat, joilla ei vakavia syitä (mm. lievät vammat) Prospektiivinen kohorttitutkimus	• Odotusaika SVO keskimäärin 24 min vs. TH 55 min, hoitoaika SVO 108 min vs. 148 min TH • SVO-kokonaiskäyntiaika 93 %:lla potilaista tavoitteen mukaisesti alle 4 tuntia vs. 75 % TH
Goodwin ym. (11) 2016, Iso-Britannia	SVO:n vaikuttavuus, potilastyyty-väisyys ja kustannukset perusterveyden-huollossa ja erikoissai-raanhoidossa	SVO n = 500 TH n = 100	TULE-potilaat Prospektiivinen arviointitutkimus + kohortti (12 kk)	• Potilaan SVO-käynnit rajattu 2 kertaan, vastaanottoaika 20 min • Ft:lla oikeus lähettää potilas mm. MK:een • Ei raportoituja vaaratapahtumia SVO:lla • Potilaat erittäin tyytyväisiä SVO:on • SVO-kustannukset pienemmät kuin lääkärin o Perusterveydenhuolto: ft £84 vs. lääkäri £647 o Erikoissairaanhoito: ft £56 vs. lääkäri £366
Mitchell ym. (12) 1997, Yhdys-vallat	SVO:n vs. TH:n kustannukset ja resurssien käyttö	SVO n = 252 TH n = 353	Akuutit TULE-oireet Rekisteritutkimus, retrospektiivinen analyysi (sairausvakuutus-korvaukset)	• SVO:n kustannukset pienemmät kuin TH:ssa ($1004 vs. $2236) • SVO:ssa vähemmän käyntikertoja kuin TH:ssa (7,6 vs. 12,2)
Pendergast ym. (13) 2011, Yhdys-vallat	SVO:n vs. TH:n kustannukset ja potilasprofiilit	SVO n = 17 497 TH n = 45 210	TULE-potilaat Rekisteritutkimus, poikkileikkaus-analyysi (sairausvakuutus-korvaukset)	• TH:ssa keskimäärin yksi ft:n käynti enemmän kuin SVO:lla • Vain ensikäynti (21 % SVO vs. 16 % TH) • SVO:n kustannukset pienemmät kuin TH:n ($503 vs. $605) • SVO ei lisännyt ft-palvelujen käyttöä • Potilasturvallisuus tai hoidon jatkuvuus eivät heikentyneet
Moore ym. (14)	SVO:n hoidolliset riskit puolustus-voimissa	50 799	TULE-potilaat Rekisteritutkimus, retrospektiivinen analyysi	• 45 % (50 799/112 653) uusista potilaista kävi SVO:lla • 40 kk:n seurannassa ei raportoituja vaaratapahtumia

2005, Yhdys-vallat				fysioterapeutin diagnosoinnissa tai hoidossa
Moffatt ym. (15) 2018, Iso-Britannia	Muun henkilökunnan käsitykset ja ymmärrys SVO:n hyödyistä, esteistä ja vaikutuksista	Ft n = 14 Lääkäri n = 4 Hoidon-varaaja n = 6 Hoitaja n = 1	Perusterveyden-huollon ja erikoissairaanhoidon ammattilaiset Laadullinen monimenetelmä-tutkimus	• Hoidonvaraajat ovat avainasemassa potilaan ohjautumisessa • Lääkärit eivät suoraan kokeneet työmääränsä vähentyneen tai sitä oli vaikea todentaa • Lääkärit olivat huolissaan oman TULE-osaamisensa heikkenemisestä, kun potilaat ohjautuvat ensisijaisesti SVO:lle • Ennakkohuoli ft:n riittämättömästä osaamisesta ja kyvystä tunnistaa vaaran merkit osoittautui aiheettomaksi
Lautamäki ym. (16) 2016, Suomi	SVO:n toteutuminen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella ja arvio, voidaanko SVO-mallilla tehostaa TULE-potilaiden kuntoutusta	50 822	TULE-potilaat Rekisteritutkimus	• SVO:lla 2 398 TULE-potilaskäyntiä vuoden aikana. TH:lla 302 873 käyntiä, joista TULE-potilaiksi oli kirjattu 50 822 (17 %) • SVO:n osuus alueen TULE-käynneistä 5 % • SVO:n potilaista 4 % ohjattiin jatkohoitoon lääkärille
Bornhöft ym. (17) 2015, Ruotsi	SVO:n vaikutus TH:n käyttöön	SVO n = 656 TH n = 1 673	TULE-potilaat Tapaus-verrokkitutkimus	• SVO:lla käyneet TULE-potilaat (poikkeuksena alaraajaongelmapotilaat) tarvitsivat merkitsevästi vähemmän vuoden seurannassa TH:a, lähetteitä muille asiantuntijoille, jatkotutkimuksia, sairauslomia ja lääkemääräyksiä

TULE = tuki- ja liikuntaelin; ft = fysioterapeutti; MK = magneettikuvaus; ft-VO=fysioterapeutin tavanomainen vastaanottokäynti

Kirjallisuusviitteet:

1. Taylor N, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. Physiotherapy 2011;97:107-14.
2. Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. Are patients, who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GP's? Results of a national trial. Physiotherapy 2006;92, 26-33.
3. Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study

Group. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. Physiotherapy 2006;92:16-25.
4. Holdsworth L, Webster V, McFadyen A, The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. Physiotherapy 2007;93:3-11.
5. Samsson KS, Berdhardsson S, Larsson ME. Perceived quality of physiotherapist-led orthopaedic triage compared with standard practice in primary care: a randomized controlled trial. BMC Musculoskelet Disord 2016;17:257.
6. Weatherley C, Hourigan P. Triage of back pain by physiotherapists in orthopaedic clinics. J R Soc Med 1998;91:377–9.
7. Leemrijse C, Swinkels I, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in community-based physical therapy. Phys Ther 2008;88:936-46.
8. Ludvigsson M, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. Physiotherapy 2012;98:131-7.
9. De Gruchy A, Granger C, Gorelik A. Physical therapists as primary practitioners in the emergency department: six-month prospective practice analysis. Phys Ther 2015;95:1207-16.
10. Bird S, Thompson C, Williams KE. Primary contact physiotherapy services reduce waiting and treatment times for patients presenting with musculoskeletal conditions in Australian emergency departments: an observational study. J Physiother 2016;62:209-14.
11. Goodwin RW, Hendrick PA. Physiotherapy as a first point of contact in general practice: a solution to a growing problem? Prim Health Care Res Dev 2016;17:489-502.
12. Mitchell JM, Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. Phys Ther 1997;77:10-8.
13. Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. A comparison of health care use for physician-referred and self-referred episodes of outpatient physical therapy. Health Serv Res 2011; 47:633-54.
14. Moore JH, Goss DL, Baxter RE ym. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, ortopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. J Orthop Sports Phys Ther 2005;5:67-71.
15. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. Prim Health Care Res Dev 2018;19:121-30.
16. Lautamäki L, Salo P, Mustalampi S, Häkkinen A, Ylinen J. Fysioterapeutin suoravastaanotto. Suom Lääkäril 2016;71:1773-7.
17. Bornhöft L, Larsson ME, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage – the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. Physiother Theory Pract 2015;31:45-52.