

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Prosessin arviointimittarin tuottaminen

Itsearviointimenetelmä polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan
fysioterapiaprosessin arviointiin

Sosiaali- ja terveysalan ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Fysioterapeutti ylempi AMK
Opinnäytetyö
25.3.2008

Maija Laaksonen



Koulutusohjelma		Tutkintonimike	
Terveysalan kehittäminen ja johtaminen		Fysioterapeutti ylempi AMK	
Tekijä/Tekijät			
Maija Laaksonen			
Työn nimi			
Prosessin arviointimittarin tuottaminen – Itsearviointimenetelmä polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin arviointiin			
Opinnäytetyö		Aika	Sivumäärä
		Kevät 2008	31 + 1 liite
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessiin uusi arviointimittari. Tarkoituksena on löytää fysioterapiaprosessin kriittiset kohdat ja miten haluttuja asioita voidaan luotettavasti arvioida.</p> <p>Työssä on selvitetty tutkitun tiedon ja kirjallisuuden pohjalta prosessin arviointiin ja mittaamiseen liittyvää teoreettista taustaa sekä fysioterapiaprosessin onnistumiseen keskeisesti vaikuttavia osa-alueita. Työn tuloksena syntyi itsearviointilomake, jonka avulla on tarkoitus arvioida fysioterapiaprosessia työntekijöiden kokemana.</p> <p>Itsearviointilomakkeeseen on valittu viisi fysioterapiaprosessin onnistumiseen vaikuttavaa osa-alueita. Osa-alueet ovat: prosessiin liittyvät resurssit, työntekijän ammatillinen kehittyminen, yhteistyö ja viestintä eri toimijoiden välillä, työhön liittyvä palaute sekä työolosuhteet. Mittarin tulosten avulla työntekijät valitsevat omaan työhönsä kehittämishaasteet. Mittari soveltuu myös muiden vuodeosastoilla tapahtuvien fysioterapiaprosessien arviointiin.</p>			
Avainsanat			
prosessin arviointi, itsearviointi, mittaaminen, laatu, fysioterapia, terveydenhuolto			



Degree Programme in		Degree	
Development and Leadership in Health Care		Master of Health Care	
Author/Authors			
Maija Laaksonen			
Title			
Creating The Instrument for the Process Evaluation – the Self-assessment for Physiotherapists Who Work with Total Knee or Hip Arthroplasty In-Patients			
Master's Thesis		Date	Pages
		Spring 2008	31 + 1 appendix
ABSTRACT			
<p>The aims of this study were to develop a new instrument for evaluating the physiotherapy process of a patient who has had total a knee or hip arthroplasty and to find critical points in the physiotherapy process and to evaluate them in a reliable way.</p> <p>The instrument development based on the theory of process evaluation and critical points in the physiotherapy process. The instrument type is self-assessment and it is used by physiotherapists. The objective of the instrument development was to find answers how employers experience the process they worked in.</p> <p>Five critical points were found in the physiotherapy process. They are resources, professional development, feedback, communication and work circumstances. Areas that need improvement can easily be found by examining the results given by the self-assessment instrument.</p> <p>The conclusion is that this self-assessment instrument is useful not only with in-patients having total knee or hip arthroplasty but also with other in-patients requiring physiotherapy.</p>			
Keywords			
process evaluation, self- assessment, measure, quality, physiotherapy, healthcare			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TYÖN TARKOITUS.....	6
3	PROSESSIAJATTELU JA LAADUNARVIOINTI	6
3.1	Yleistä prosesseista.....	7
3.2	Prosessin laadunarviointi ja – mittaaminen	8
3.2.1	Asiakasnäkökulma.....	9
3.2.2	Henkilöstönäkökulma.....	9
3.2.3	Talousnäkökulma.....	10
3.2.4	Prosessin suorittamisen näkökulma	10
3.3	Prosessin mittauksen toteutus.....	11
3.4	Prosessit ja laadunarviointi terveydenhuollossa ja fysioterapiassa	11
4	ITSEARVIOINTIMENETELMÄ PROSESSIN MITTARINA.....	13
4.1	Lähestymistapoja itsearviointiin	14
4.2	Itsearviointin osa-alueita	15
5	POLVI- JA LONKKATEKONIVELLEIKATUNPOTILAAN FYSIOTERAPIAPROSESSIN KUVAUS.....	17
5.1	Fysioterapiaprosessi ennen leikkausta.....	19
5.2	Fysioterapiaprosessi leikkauksen jälkeen.....	20
5.3	Fysioterapiaprosessiin onnistumiseen vaikuttavia kriittisiä tekijöitä.....	20
6	ARVIOINTIMITTARI POLVI- JA LONKKATEKONIVELLEIKATUNPOTILAAN FYSIOTERAPIAPROSESSIN ARVIOINTIIN.....	21
6.1	Mitattavat osa-alueet	22
6.1.1	Työhön liittyvät resurssit	23
6.1.2	Ammatillinen kehitys	23
6.1.3	Työhön liittyvä kommunikaatio.....	24
6.1.4	Työhön liittyvät palaute	24
6.1.5	Työolosuhteet- ja ilmapiiri	25
6.2	Mittarin käyttö	25
7	POHDINTA.....	26
	LÄHTEET	28
	LIITE 1	

1 JOHDANTO

Teollisuudesta tutuksi tullut prosessiajattelu on nykyisin vahvasti esillä eri alojen organisaatioissa, samoin prosessiajatteluun läheisesti liittyvä laatuajattelu on korostunut, kun toiminnot halutaan tehdä mahdollisimman kustannustehokkaasti ja hyvin. (Lecklin 2006; 123-124). Prosessiajatteluun liittyvät erilaiset laadunarviointimenetelmät, joita on olemassa koko organisaation kattavista kansainvälisistä standardeista aina yksittäisen työntekijän suorittamaan itsearviointiin. Arviointien avulla pyritään toiminnan jatkuvaan parantamiseen. (Shaw 2001, 851.) Viime aikoina prosessi- ja laatuajattelu ovat korostuneet myös terveydenhuoltoalalla, niin yksityissektorilla kuin julkisella puolellakin (Ibrahim 2001, 40). Yksityissektorilla laatuasioiden tärkeys liittyy osittain kilpailutukseen. Kilpailutuksen kohteena olevat palvelut on täytynyt kuvata tarkasti, joten sen myötä on tehty prosessikuvauksia. (Outinen – Räikkönen – Holma – Voipio-Pulkki 2007, 83-85; Holma 1995, 8.) Prosessien kuvaaminen helpottaa toiminnan tehostamista ja käytettävissä olevien resurssien oikeaa kohdentamista (HUS intranet 3.4.2007; HUS intranet 10.1.2008). Prosessi on aina asiakaslähtöinen tapahtumaketju, olipa kyse sitten tuote- tai palveluprosessista. Mitä toimivampi prosessi on, sitä tyytyväisempiä asiakkaatkin ovat. (Pesonen 2007; 129.)

Kun toiminnoista on tehty prosessikuvaus eli kaikki työvaiheet toimintoiheen, suorittajineen ja vastuuhenkilöineen on dokumentoitu tarkasti, tarvitaan mittareita, joilla saadaan arvioitua prosessin toimivuutta, ja joiden pohjalta prosessia voidaan jatkuvasti parantaa. Prosessin arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittareita riippuen siitä mitä halutaan mitata. Asiakastyytyväisyyskysely on perinteinen ja tärkeä mittari, ja sen rinnalla voidaan mitata esimerkiksi prosessin läpivientiaikaa ja syntyneitä kustannuksia. (Pesonen 2007, 154-158; Lecklin 2006, 151-154) Myös työntekijöiden, eli prosessin suorittajien tyytyväisyyttä työhön ja työoloihin liittyen voidaan mitata. Työntekijät voivat suorittaa vertais- tai itsearviointia, jossa he arvioivat joko samaa prosessia suorittavien kollegoidensa työtä tai omaa työtään. Työntekijöiden itsensä suorittamat arvioinnit ja niiden perusteella valitut kehittämishankkeet lisäävät sitoutuneisuutta työn suorittamiseen ja laatuajatteluun jalkauttaen sen työnsuorittaja tasolle. (Outinen ym. 2007, 31-36.)

Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirissä (HUS) prosesseja on alettu kuvata vähitellen. Ne liittyvät osittain sisäisiin auditointeihin, jotka on määritelty osaksi

organisaation laadunhallintaa (HUS-yhtymän auditoinnin ohjeet 2004). Helsingin Yliopistollinen Keskussairaalan (HYKS) fysiatrian klinikassa (Jorvi, Peijaksen, Meilahden, Töölön ja Kirurgisen sairaalan fysioterapian ja fysiatrianyksiköt) tehtiin sisäiset auditoinnit vuosina 2006-2007. Auditoinnin tulosten pohjalta yhteiseksi kehittämishankkeeksi fysiatrian klinikassa valittiin keskeisten fysioterapiaprosessikuvausten tekeminen, koska ne olivat joko puutteellisia tai niitä ei oltu tehty ollenkaan. (Fysiatrian klinikan tulokortti 2007.) Fysiatrian klinikassa kaivattiin jo käytössä olevien arviointimittareiden rinnalle uutta mittaria, jolla voitaisiin mitata fysioterapiaprosessia. Tämän työn tarkoituksena on tuottaa uusi arviointimittari, jolla voidaan arvioida fysioterapiaprosessia. Polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin kuvaus oli valmistunut ensimmäisenä (Laaksonen 2006), joten se valittiin arvioitavaksi prosessiksi.

2 TYÖN TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää uusi mittari polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin arviointiin. Mittarin tarkoituksena on olla täydentämässä jo käytössä olevia arviointimittareita, joita ovat asiakastyytyväisyyskysely, työolobarometri ja prosessin läpimenoon ja suorittamiseen liittyvät mittarit. Uutta mittaria voidaan hyödyntää kehityskeskusteluissa ja auditoinneissa ja sitä voidaan muokata sopivaksi myös muiden fysioterapiaprosessien arviointiin.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Tuottaa polvi- ja lonkkatekonivelleikatunpotilaan fysioterapiaprosessin kriittiset kohdat.
2. Kehittää mittari, jolla arvioidaan polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessia.

3 PROSESSIAJATTELU JA LAADUNARVIOINTI

Aiempiä tutkimuksia ja artikkeleita prosessien – ja laadunarviointimenetelmistä ja erityisesti itsearviointista terveydenhuoltoalalta ja fysioterapiasta haettiin PEDro, Chinal ja Journal Navigator tietokannoista seuraavilla hakusanoilla ja niiden

yhdistelmillä: "self assesment", "quality", "measure", "process evaluation", "physiotherapy", "healt care". Työhön liittyvän lähestymistavan julkaisuja fysioterapian alalta ei juuri löytynyt. Vain yksi tutkimusartikkeli käsitteli itsearviointimenetelmää fysioterapiassa, muissa arviointiin liittyvissä fysioterapia-alan artikkeleissa käsiteltiin fyysisen toimintakyvyn kautta suoritettavaa arviointia. Terveysthuoltoalalta itsearviointiin liittyen löytyi 140 artikkelia, mukaan lukien kliinisiin menetelmiin keskittyvät artikkelit, joista abstract-tarkastelun jälkeen työhön liittyvään lähestymistapaan sopivia löytyi seitsemän artikkelia, jotka käsittelivät lähinnä organisaatiotason itsearviointia. Terveysthuoltoalalta laadun- ja prosessien arviointiin liittyviä artikkeleja löytyi 61, joista valittiin kolme aihepiiriin sopivaa artikkelia. Lisäksi aiheeseen liittyvää yleistä kirjallisuutta löytyi runsaasti.

3.1 Yleistä prosesseista

Prosessiajattelua noudattavia organisaatiota kutsutaan prosessiorganisaatioiksi. Tällä tarkoitetaan, että yksittäisten, irrallisten toimintojen sijaan tarkastellaan keskeisten toimintojen muodostamaa kokonaisuutta. Työskentely tapahtuu tiimeissä, jotka toteuttavat tiettyä prosessia tai sen osaa. (Borgman - Packalen 2002, 126-144; Laamanen - Tinnilä 2001, 37-39.) Prosessi on asiakaslähtöinen tapahtumaketju, joka alkaa, kun asiakas tarvitsee tiettyä tuotetta tai palvelua ja päättyy, kun asiakas on saanut tuotteen tai palvelun (Pesonen 2007, 129). Organisaatioiden suorituskyky muodostuu prosesseista, joten toiminnan kehittäminen tapahtuu niitä parantamalla. Tavoitteena on, että työntekijät ovat sitoutuneita työhönsä ja että he kokevat oman toimintansa osana laajempaa kokonaisuutta. Kokonaisuuden hahmottamiseksi työntekijöiden tulisi olla tietoisia niin organisaation keskeisten kuin omaan työhönsä liittyvien prosessien sisällöstä. (Lillrank 2003, 25-26; Parviainen – Lillrank – livonen 2005,187-191.) Organisaation toiminta voidaan jakaa ydin- ja tukiprosesseiksi. Ydinprosessit ovat toiminnan kannalta keskeisiä, pääprosesseja, kun taas tukiprosessit kulkevat ydinprosessin rinnalla, tukien ja mahdollistaen sen toteutumisen. (Holma 1999, 48; Parviainen - Lillrank – livonen, 2005, 187-191).

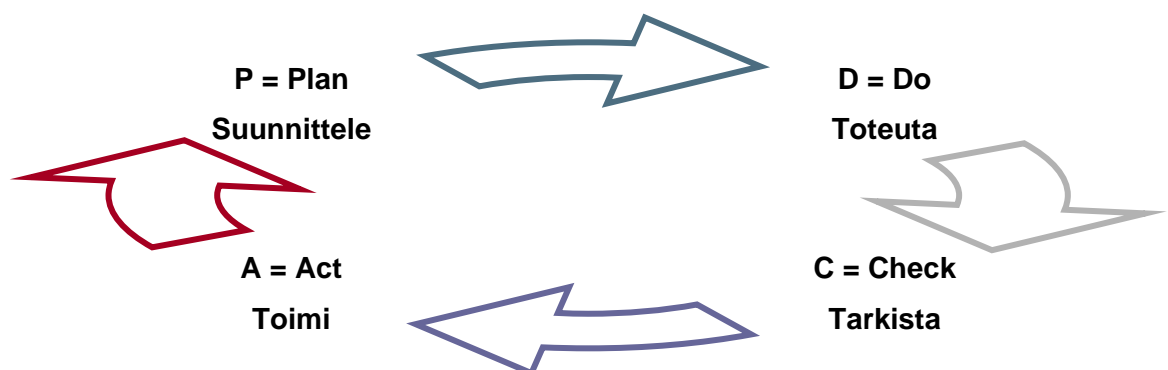
Prosessiajattelun perustana on, että kaikista organisaation keskeisistä toiminnoista on tehty prosessikuvaus. Kuvauksessa selvitetään työn sisältämät tapahtumat, toiminnat ja työvaiheet. Kuvaukset mahdollistavat toiminnan suunnittelun ja arvioinnin sekä edesauttavat pyrkimystä jatkuvaan parantamiseen. Ne toimivat myös oivallisena työkaluna perehdytyksessä, koska niistä ilmenee tarkasti kaikki prosessin sisältämät työvaiheet. Kuvausten avulla nähdään myös kriittiset kohdat ja tekijät, jotka voivat

vaikuttaa prosessin optimaalista läpivientiä. Kuvaus ohjaa myös resurssien oikeaa kohdentamista, jolloin toiminta saadaan mahdollisimman tehokkaaksi ja sitä kautta prosessit toimiviksi. (Pesonen 2007, 129, Lecklin 2006, 140-142; Laamanen – Tinnilä 2001, 37-29.)

Toimivuus on usein suoraan verrannollinen asiakastytyvyyteen. Kuvauksessa määritellään myös prosessin kohde- eli asiakasryhmä sekä prosessin omistaja eli henkilö, joka vastaa prosessin määritelmästä, sisällöstä ja kehittämisestä. Omistaja ei usein itse osallistu prosessiin käytännön tasolla. (Pesonen 2007, 129-132.) Mikäli omistajaa ei ole määritetty, ei kukaan ole vastuussa prosessista (Pietikäinen 2005). Prosessikuvaukset visualisoidaan graafisin mallein, joita kutsutaan prosessikartoiksi. Karttoja on erilaisia, mutta usein ne ovat horisontaalisesti eteneviä. Tämä helpottaa hahmottamaan prosessin todellista kulkua ja näkemään sen muodostaman kokonaisuuden. Käytettävä malli sovitaan organisaatiossa ja kaikki prosessit kuvataan saman mallin mukaisesti. Karttaan sisällytetään jokainen prosessin vaihe ja tapahtuma sisältöineen. (Pesonen 2007, 133-138; Lumijärvi – Jylhäsaari 1999, 74-75.)

3.2 Prosessin laadunarviointi ja –mittaaminen

Jotta prosesseja saataisiin kehitettyä, tarvitaan säännöllistä arviointia. Apuna arvioinnissa voidaan käyttää Demingin laatukehä tyyppistä ajattelua eli PDCA-sykliä (Plan – Do – Check - Act). Sykli kuvaa jatkumoa, joka sisältyy keskeisesti laatuajatteluun. Toiminta alkaa suunnittelusta, etenee toteutukseen, jota tarkistetaan ja sitten toimitaan. Tämän jälkeen sykli alkaa alusta kiertäen kehää. PDCA-sykli toimii hyvin prosessien arvioinnissa ja kehittämisessä. Laadun arviointia helpottamaan on kehitelty työvälineitä ja mittareita, joiden avulla arviointia voidaan suorittaa työntekijä, osasto tai organisaatio tasolla, riippuen arvioinnin tarkoituksesta ja laajuudesta. (Hokkanen - Strömberg 2006, 80-81; Holma ym. 2002, 43-44; Pesonen 2007, 132-133; Salomäki 2003, 45.)



Kuvio 1. Demingin PDCA-sykli. (mukaillen Holma ym. 2001)

Laadunarviointi ja -mittaaminen on välttämätöntä kaikissa organisaatioissa, huolimatta siitä suorittavatko ne palvelu- tai tuoteprosessia. Arvioitaessa organisaation toiminnan eli prosessien laatua, on tärkeää, että siinä huomioidaan tasapuolisesti kaikki toiminnan kannalta keskeiset näkökulmat ja että arvioinnissa käytetään useampaa eri mittaria, jotta siitä saadaan riittävän laaja. Toisaalta on varottava liian monen (yli viiden) mittarin yhtäaikaista käyttöä arvioitaessa yhtä prosessia. (Pesonen 2007; 185-187.) Arvioinnissa käytettävien mittareiden valinta on tärkeää, jotta saadaan varmasti mitattua haluttua asiaa. Hyvän mittarin ominaisuuksia ovat: luotettavuus, toistettavuus ja vaivattomuus. Se on myös käytännön läheinen ja helppokäyttöinen ja tulokset ovat siitä helposti saatavissa ja ymmärrettävissä. (Hokkanen - Strömberg 2006, 47-51; Kankkunen – Matikainen - Lehtinen 2005, 138-139; Hulscher – Laurant – Grol 2003, 41.) Prosessista arvioitavia keskeisiä näkökulmia ovat: asiakas-, henkilöstö- ja talousnäkökulma sekä prosessin käytännön suorittamiseen liittyvien tekijöiden arviointi (Kaplan – Norton 1996).

3.2.1 Asiakasnäkökulma

Koska prosessit ovat asiakaslähtöisiä, on asiakastyytyväisyys tärkeä tapa arvioida prosessin laatua (Holma 1999, 23; Lumijärvi – Jylhäsaari 1999, 52). Asiakastyytyväisyyskyselyt mittaavat asiakkaan subjektiivisista kokemuksta eli tyytyväisyyttä tai tyytymättömyyttä saamaansa palveluun tai tuotteeseen (Pesonen 2007, 157). Mikäli asiakkaat ovat tyytyväisiä, toimii prosessi todennäköisesti vähintäänkin kohtuullisesti. Asiakastyytyväisyyttä voidaan mitata tehostetusti ja säännöllisesti esimerkiksi erillisillä kyselylomakkeilla tietyinä ajankohtana, mutta asiakkailla on oltava mahdollisuus antaa palautetta muulloinkin. Asiakastyytyväisyyskyselylomakkeiden rinnalla myös reklamaatiot ja asiakasvalitukset ovat tärkeitä mitattavia asioita arvioitaessa prosessin laatua asiakasnäkökulmasta. (Lönqvist – Kujansivu – Antikainen 2006, 60.)

3.2.2 Henkilöstönäkökulma

Työntekijöillä tulee olla riittävä tietämys suorittamansa prosessin sisällöstä ja riittävä asiantuntijuus ja ammattitaito työtehtäviensä hoitamiseen (Holma 1995, 12). Toimenkuvat ja työtehtävät tulee olla määriteltyinä ja vastuut jaettuina selkeästi. Tarvittaessa työntekijöillä on oltava mahdollisuus kouluttautumiseen, erityisesti

asiantuntijaorganisaatioissa, joissa työkäytännöt muuttuvat tutkimus- ja kehittämistoiminnan myötä. Myös uusien työntekijöiden perehdytys on suunniteltava tarkasti ja toteutettava systemaattisesti, jotta he saavat riittävät tiedot ja taidot prosessin suorittamiseen. Puutteellinen perehdytys näkyy suoraan prosessin laadussa, kun virheet kasvavat ja asiakastyytyväisyys laskee. (Lecklin 2006, 215-218.)

Henkilöstönäkökulmaa voidaan arvioida siten, että henkilöstön toimintaa arvioi joko organisaation ulkoinen tai sisäinen taho, esimerkiksi esimies tai erillinen arviointiryhmä, tai sitten henkilöstö voi suorittaa itsearviointia tai vertaisarviointia. Itsearviointissa jokainen henkilö, tiimi tai osasto arvioi omaa toimintaansa, kun taas vertaisarviointissa samaa tehtävää suorittavat työntekijät arvioivat toisiaan. Myös työntekijöiden tyytyväisyys työhönsä ja työolosuhteisiinsa vaikuttavat siihen, miten he prosessia suorittavat. (Lecklin 2006, 215-218.)

3.2.3 Talousnäkökulma

Prosessista saadaan helposti mitatuksi erilaisia fyysisiä lukuja, joita ovat muun muassa: montako tuotetta valmistetaan tai palvelutapahtumaa tuotetaan tietyssä ajassa (läpivientiaika), hävikki ja reklamaatiot, valmistukseen tai palvelun tuottamiseen käytetty materiaali ja työkalut, henkilöstön määrä ja siihen liittyvät kustannukset (esimerkiksi palkat ja koulutus). Edellä luoteltuja ominaisuuksia mittaavia mittareita sanotaan taloudellisiksi mittareiksi. (Lönqvist 2006, 30.) Edellä mainittujen fyysisten tekijöiden lisäksi erityisesti palveluprosesseihin liittyy aineettomia ominaisuuksia, joiden mittaaminen on haastavampaa ja, joita ei saada sellaisenaan mitattua tietyllä numeerisella arvolla, mutta joilla voi olla oleellinen merkitys prosessinlopputulokseen (Lönqvist ym. 2006, 23-26; Seppänen-Järvelä 2003, 31.) Esimerkiksi työntekijöiden asiantuntijuus, osaaminen, palvelualltius ja sosiaaliset taidot ovat aineettomia ominaisuuksia, jolla kuitenkin on oleellinen merkitys prosessin onnistumisessa myös talousnäkökulmaa ajatellen (Lönqvist ym. 2006, 23-26).

3.2.4 Prosessin suorittamisen näkökulma

Jotta prosessi voi onnistua suunnitellusti, puitteet ja edellytykset toiminnalle pitää olla optimaaliset ja tarkoituksen mukaiset. Jotta toiminta on sujuvaa, se edellyttää työolosuhteiden, -ilmapiirin ja yhteistyön eri toimijoiden välillä olevan hyvää (Hokkanen - Strömberg 2006, 56). Työtilat tulee olla toimintaan soveltuvat ja asianmukaiset sekä käytettävä välineistö ja laitteet toimivia ja ajantasaisia (Holma 1995, 12). Prosessin

sujuvuuden kannalta myös riittävä henkilöstön määrä on oleellinen asia, sillä liian vähäinen työntekijöiden määrä vaikuttaa asiakasta kohden käytettävissä olevaan aikaan. Lisäksi työn määrän tulisi jakautua mahdollisimman tasaisesti työntekijöiden välillä, jotta kukaan ei ylikuormittuisi. (Lönqvist 2006, 62, 66; Holma 1995, 12.) Tietoteknisten työkalujen ja – järjestelmien käyttö liittyy nykyisin olennaisesti monien prosessien suorittamiseen. On tärkeää, että laitteet ja järjestelmät toimivat ongelmitta, ja että niitä on riittävästi käytettävissä. (Lönqvist 2006, 66-67; Holma 1995, 12.) Prosessiin liittyvä sujuva tiedon välittyminen ja yhteistyö on oltava sujuvaa paitsi organisaation sisällä, myös yhteistyökumppanien välillä. Myös tutkimus- ja kehittämistoimintaan panostus ja asiantuntijuuden lisääminen vaikuttavat prosessin laatuun, joten tämä on oleellinen mitattava asia. (Lönqvist 2006, 67-68.)

3.3 Prosessin mittauksen toteutus

Prosessin arviointiin voidaan valita joko valmis mittari tai sitten se voidaan kehittää erikseen mittaamaan haluttuja asioita. Lähtökohtana mittarin valinnassa tai uuden mittarin kehittelyssä on määritellä, kuka mittaria käyttää ja missä sitä käytetään. Lisäksi on määriteltävä sen käyttötarkoitus, eli prosessin kohdat joita halutaan mitata. Prosessinarviointiin on valittava vastuuhenkilöt, jotka vastaavat mittauksen toteutuksesta tai uuden mittarin kehittämisestä. Mittausprosessille on syytä laatia erillinen aikataulu, jonka mukaan arvioinnissa edetään. Uusien mittarien kohdalla tulisi suorittaa testaus, jonka avulla saadaan selville, onko mittari tarpeeksi yksityiskohtainen ja mittaako se sitä, mitä halutaan. Lopuksi mittaustulokset pisteytetään ja analysoidaan ja tehdään johtopäätökset ja päätetään jatkotoimenpiteet. (Rubin – Pronovost – Diette 2001, 491.)

3.4 Prosessit ja laadunarviointi terveydenhuollossa ja fysioterapiassa

Prosessiajattelun keskeinen teema eli toiminnan laatu ja sen jatkuva parantaminen, huomioidaan terveydenhuollossa, kuten liike-elämässä ja teollisuudessakin eli toimintaa pyritään kehittämään siten, että asiakastyytyväisyys ja työntekijöiden ammattitaito ovat korkeat, ja että toiminta on mahdollisimman kustannustehokasta (Holma 1995, 10-11; Salomäki 2003, 34-35). Prosessiajattelu on tullut ajankohtaiseksi, koska hoitokäytäntöjä ja -menetelmiä on haluttu yhtenäistää ja tehostaa sekä määritellä vastuita erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisessä työnjaossa (Mäntyranta 2005). Lääketieteen alalla on julkaistu valtakunnallisia Käypähoito suosituksia, jotka perustuvat tutkittuun tietoon ja asiantuntijoiden ohjeisiin, ja joiden

tavoitteena on antaa kattavat hoitosuositukset (www.kaypahoito.fi). Hoitosuositukset ovat siis kuvauksia tietyn hoitoprosessin tavoitteellisesta toteutuksesta. Ne helpottavat myös toiminnan arvioinnin suorittamista (Barnard – Hartigan 1998, 120).

Alueellisella tasolla puhutaan hoito- ja palveluketjuista ja paikallisesti hoitopoluista, jotka ovat usein hyväksi havaittuja tapoja tehdä tietty asia. (Mäntyranta 2005). Suurissa sairaanhoitopiireissä eri puolilla Suomea on siirrytty prosessiajatteluun tekemällä prosessikuvaukset keskeisistä hoito- ja palveluketjuista (Mäkäräinen 2005, Nuutinen 2005, Peisa 2005). Myös fysiatrian alalla on julkaistu Käypähoito suosituksia, jotka sisältävät suositukset fysioterapian sisällöstä tiettyjen diagnoosien hoidoissa (www.kaypahoito.fi). Lisäksi fysioterapian osalta alan ammattiliitolla on menossa vuonna 2004 alkanut hanke ”Hyvä fysioterapiakäytäntö”, jossa työstetään fysioterapiasuosituksia yhteistyössä Käypä hoito suosituksia julkaisevan Duodecimin kanssa. Fysioterapiasuosituksia on aiemmin julkaistu ainakin Hollannissa ja Englannissa. Ensimmäinen Suomessa julkaistava Hyvä fysioterapiakäytäntö on ”polvi- ja lonkkanivelrikon fysioterapia” ja se ilmestyy vuoden 2008 aikana. (www.fysioterapia.net).

Prosessi- ja laatuajattelua kunnallisessa fysioterapiassa on ollut jo 1990-luvulta lähtien, jolloin prosessikuvauksia tehtiin helpottamaan fysioterapian tuotteistusta. Fysioterapian sisällöstä on olemassa valtakunnallinen koodisto eli fysioterapianimikkeistö, jota voidaan käyttää apuna, kun kuvataan fysioterapian sisältöä. (Holma 1998, 32-34.) Ammattiliitto määritteli periaatteet laadunkehittämiseksi. Lähtökohdaksi asetettiin fysioterapeutin eettiset periaatteet ja asiakaslähtöisyys. Laatuajattelua haluttiin korostaa fysioterapian vaikuttavuuden arvioinnissa sekä yksittäisen fysioterapeutin työssä. Lisäksi laadun kehittämisen toivottiin tapahtuvan moniammatillisesti eli yhteistyössä muiden ammattiryhmien välillä. (Holma 1995, 10.)

Fysioterapian laadun arvioinnissa käytetään erilaisia mittareita, joilla voidaan mitata fyysisiä tekijöitä, esimerkiksi potilaan liikunta- ja toimintakykyä, nivelen liikkuvuutta, lihasvoimaa ja kipua. Mittauksia tehdään yleensä fysioterapiajakson alussa ja lopussa sekä tarvittaessa myös sen aikana. Saatujen mittaustulosten perusteella voidaan arvioida ja verrata, onko fysioterapiasta ollut apua eli ne toimivat myös laadunmittareina. (Oksanen 2007, 393-394; Barnard – Hartigan 1998, 77-79.) Vuonna 2002 toteutetussa kyselytutkimuksessa selvisi, että Suomessa fysiatrian ja kuntoutuksen alalla oli käytössä yli 500 erilaista fyysisen toimintakyvynmittaria, joten kovinkaan yhtenäisistä käytännöistä arvioinnissa ei voitu puhua. Kuntoutuksen alalla olisi kuitenkin oleellista, että riippumatta arvioijasta ja paikasta, jossa arviointi

suoritetaan, käytössä olisi mahdollisimman yhtenäiset arviointimenetelmät, jotta saadut tulokset ja niiden tulkinta olisivat mahdollisimman yhdenmukaisia ja vertailukelpoisia. (Paltamaa – Karppi – Smolander – Koho – Hurri 2006, 460, 462.) Lisäksi vaikka yksittäisissä fysioterapiatilanteissa arvioidaankin fysioterapian vaikuttavuutta, varsinaista tutkittua tietoa asiasta on kansainvälisesti julkaistu melko vähän (Alaranta 2007, 4-6). Jotta ulkopuolisille tahoille voitaisiin osoittaa fysioterapian tuloksia, ja jotta niitä voitaisiin luotettavasti vertailla, pitää käytettyjen mittareiden olla tieteellisesti testattuja ja luotettavia (Holma 1995, 9). Turussa vuonna 2004 koottu To-Mi, toimintakykymittaristo, pitää sisällään tieteellisesti tutkitut, käyttökelpoiset toimintakyvynmittarit, joten sitä käyttämällä voidaan yhtenäistää valtakunnallisesti käytössä olevia mittaristoja. (To-Mi 2004.)

Mittaamisessa ja arvioinnissa, on aina mietittävä tarkasti mitä halutaan mitata ja miten juuri haluttu asia saadaan mitattua. Fysioterapian arvioinnin tekee haastavaksi se, että potilaiden oireisiin liittyy voimakkaasti yksilön subjektiivinen kokemus. Esimerkiksi kipu, joka on keskeinen, fysioterapiassa hoidettava oire, on täysin subjektiivisesti koettu asia. Kivun suuruuden vertaaminen kahden potilaan välillä ei kerro mitään erityistä, mutta sen sijaan, kun mitataan näiden kahden potilaan kivun tason muutosta fysioterapian aikana, voidaan sen avulla päätellä oliko fysioterapiasta hyötyä ja laskea esimerkiksi kivun prosentuaalinen muutos, joka on jo vertailukelpoinen mittaustulos. (Gridley – van den Dolder 2001, 133, 136-137.)

Asiakastytyväisyyskyselyt ovat perinteisiä laadun mittareita, joita käytetään yleisesti terveydenhuoltoalalla ja fysioterapiassa (Hellsten – Röberg 2003, 59; Barnard – Hartigan 1998, 85). Monissa terveydenhuoltoalan julkisissa ja yksityisissä organisaatioissa on käytössä säännöllisesti kerättävä palvelujen käyttäjien tyytyväisyysmittaus ja tämän lisäksi palvelujen käyttäjillä on usein myös mahdollisuus jatkuvaan palautteen antamiseen (Outinen ym. 2007, 43).

Henkilöstönäkökulman arvioinnissa terveydenhuoltoalalla ovat käytössä itse- ja vertaisarviointimittaristot, lisäksi työoloja arvioidaan työolobarometrien avulla, jossa kartoitetaan esimerkiksi työolosuhteita, -välineitä, -ilmapiiriä ja johtamista (Holma ym. 2002, 122)

4 ITSEARVIOINTIMENETELMÄ PROSESSIN MITTARINA

Laadunarviointia voidaan suorittaa myös itsearviointina, jolloin tarkoitus on arvioida kriittisesti omia toimintatapoja ja saada selville konkreettiset kehittämistä vaativat osat alueet. Itsearviointia voidaan suorittaa organisaatio-, yksikkö-, tiimi- tai työntekijä tasolla. Sen avulla saadaan arvioinnin suorittavaa tahoa vastuutettua laatuajatteluun ja jatkuvaan parantamiseen. Siinä on tarkasteltava kriittisesti omia toimintatapoja ja suorittamaansa prosessia ja pohdittava niiden toimivuutta (Seppänen-Järvelä 2003, 12). Itsearviointimenetelmien avulla mitataan osittain aineettomia ominaisuuksia ja arvioinnin suorittajan subjektiivisia kokemuksia. Prosessikuvaus toimii hyvänä työkaluna itsearviointiin, sillä sitä vasten voidaan peilata, miten asiat ovat verrattuna tavoitetasoon (Holma – Liukko 1999, 49). Kun jokainen työntekijä tarkastelee omaa toimintaansa työssään ja prosessia omasta näkökulmastaan, se sitouttaa hänet työyksikön yhteiseen laatutyöhön. (Holma ym. 2002, 112).

Kun itsearviointi suoritetaan ensimmäisen kerran, saadaan kartoitettua organisaation tai työyksikön lähtötilanne, jonka pohjalta lähdetään kehittämään toimintaa ja prosesseja sujuvammaksi. Lähtötilanteen arviointi on välttämätöntä, jotta jatkossa voidaan verrata tapahtunutta kehitystä. Myös tulosten tarkka dokumentointi ja säännöllinen seuranta tuovat menetelmälle luotettavuutta ja lisäävät vertailukelpoisuutta. (Lönqvist ym. 2006, 31.) Itsearviointi menetelmänä on laadunkehittämisen työväline, mutta pelkästään irrallisena toimintona se johda laadunparantamiseen, vaan vaatii huolellisesti laaditun kehittämissuunnitelma, johon sekä työntekijät että johto ovat sitoutuneet (Ford – Evans 2006, 601-603).

4.1 Lähestymistapoja itsearviointiin

Työntekijöiden suorittamaa itsearviointi menetelmää on käytetty erityisesti sosiaali- ja terveysalalla, mutta sitä se tunnetaan myös yritysmaailmassa (Lecklin 2006, 298). Jokainen työntekijä suorittaa itsearviointin eli täyttää kyselylomakkeen, osallistuu haastatteluun tai katsauksen tekoon, riippuen siitä, mikä arviointitapa on valittu (Hulscher – Laurant – Grol 2003, 43). Tarkoitus on, että he arvioivat kysytyjä asioita omasta näkökulmastaan. Itsearviointin tulosten yhteenvetona luodaan laatuprofiili, joka kuvaa työyksikön nykyistä tilannetta. Sen pohjalta lähdetään pohtimaan kehittämishaasteita ja luodaan toimintasuunnitelma valituille kehittämiskohteille. Itsearviointi uusitaan sovittuun ajan kuluttua ja saatujen mittausten tuloksia verrataan toisiinsa. (Holma ym. 2002.) Työntekijöiden itsearviointilla, oli se sitten itseohjautuvaa tai systemaattista, on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia työn laatuun, sillä menetelmää käyttävä työntekijät ovat motivoituneempia, kriittisempiä ja uteliaampia

työhön ja alaansa liittyen kuin ne, jotka eivät käytä itsearviointia. Itsearviointi menetelmä vastuuttaa ja kannustaa yksilöä kriittiseen ajatteluun, jatkuvaan oppimiseen ja tukee näin ammatillista kasvua ja kehittymistä. (Orest 1995, 48-52; Duffy – Holmboe 2006, 1137.)

Työvälineenä itsearvioinnissa voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi EFQM (European Foundation for Quality Management) – mallia. EFQM-mallia on käytetty erityisesti liike-elämässä ja teollisuudessa, mutta sitä käytetään nykyisin myös julkisenalan organisaatioissa, esimerkiksi Saksassa ja Italiassa mallia on käytetty mittarina sairaaloiden laadunarvioinnissa (Moeller 2001, 45; Venero – Nabitz – Bragonzi – Rebelli – Molinari 2007, 215). EFQM-mallissa itsearviointi koskee yhdeksää laajempaa kokonaisuutta. Malli on hyvä työväline ja runko itsearviointiin, sillä sen avulla voidaan valita keskeisiä arvioitavia osa-alueita. (Moeller 2001, 45, 47-49.) Suomen Kuntaliitto on kehittänyt työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän (ITE), jota on käytetty erityisesti terveydenhuoltoalalla. Se on suppeampi menetelmä verrattuna EFQM-malliin, joten siitä on helppo käyttää haluttaessa suorittaa työyksikön ensimmäinen arviointi. Arviointiin kuuluvia osa-alueita ovat: johtaminen, perustehtävä, prosessit, asiakasnäkökulma sekä palvelujen arviointi. (Outinen – Lempinen Holma - Haverinen 1999, 37-39).

4.2 Itsearvioinnin osa-alueita

Itsearvioitaviksi osa-alueiksi voidaan valita esimerkiksi EFQM-mallin pohjalta haluttuja kokonaisuuksia, kun halutaan saada tietoa organisaation tilasta työntekijöiden kokemana. EFQM-mallissa arvioitavat osa-alueet ovat: johtajuus, toimintaperiaatteet, henkilöstö, kumppanuudet ja resurssit, prosessit, asiakas-, henkilöstö-, yhteiskunnalliset- ja keskeiset suorituskyky tulokset. Itsearvioitaviksi osa-alueiksi voidaan valita joitakin keskeiseksi katsottuja osa-alueita. Johtajuus osa-alueessa arvioinnin kohteena on johdon toiminta, kun taas toimintaperiaatteissa arvioidaan organisaation toimintaa. Henkilöstö osa-alueessa arvioidaan henkilöstövoimavarojen johtamista, tukemista ja kehittämistä sekä vuorovaikutusta ja kannustusta. Kumppanuudet ja resurssit osa-alueessa arvioidaan organisaation ulkopuolisen yhteistyön toimivuutta, taloudellista näkökulmaa sekä laitteisiin, työkaluihin ja tietojärjestelmiin liittyviä ominaisuuksia. Prosessi osa-alueessa arvioinnin kohteena ovat organisaation prosessien hallintaan, suunnitteluun, toteutukseen ja kehitykseen liittyvät asiat. Tuloksien osa-alueessa arvioidaan asiakas- henkilöstö- yhteiskunta- tai suorituskyky näkökulmaa. (Moeller 2001, 45, 49 ; Venero ym. 2007, 230-231.)

Itsearviointiin voidaan valita myös osa-alueita, joissa arviointi kohdistuu organisaation sijaan työntekijän omaan toimintaan tai siihen oleellisesti vaikuttavien tekijöiden arviointiin. Sen avulla voidaan selvittää työntekijän: klinisiä tietoja ja taitoja, koulutustarpeita, työssä edistymistä sekä hänen vahvuuksiaan ja heikkouksiaan. Arvioinnissa voidaan myös mitata ominaisuuksia, jotka edistävät tai rajoittavat ja saattavat jopa estää työn suunniteltua toteutumista. (Orest 1995, 49-52).

Työhön liittyvät resurssit

Työtehtävien sujuvaa toteutumista voivat rajoittaa tai edistää seuraavat tekijät: työtehtäviin käytettävissä oleva aika, tieto-aidon riittämättömyys tai puute, ylikuormittuminen, kilpailuasetelma muiden toimijoiden tai kollegojen kesken, työhön liittyvät vaaratekijät ja työhyvinvointi, viestintä, työssäjaksaminen, jatkokouluttaaminen (Orest 1995, 49-52; Lönnqvist ym. 2006, 53-54).

Työolosuhteet

Työntekijän työmotivaatio vaikuttaa oleellisesti työntulokseen. Yksi motivaatioon vaikuttava tekijä ovat asiakkaat. Lisäksi työympäristöön ja työn suorittamiseen liittyvät tekijät, kuten turvallisuus ja selkeä ohjeistus vaikuttavat motivaatioon. Myös työntekijän henkilökohtaiset ominaisuudet, esimerkiksi itsekunnioitus ja -tunto, ovat keskeisiä tekijöitä. (Orest 1995, 49-52.)

Työstä saatava palaute

Työn arvioinnissa oleellista on oman kokemuksen lisäksi sekä esimiehiltä että muilta toimijoilta ja asiakkailta tuleva palaute, myös asiakkaiden edistymisen seuranta on yksi tapa suorittaa oman toiminnan itsearviointia (Orest 1995, 49-52). Itsearviointia voidaan suorittaa myös siten, että siihen osallistuvat sekä asiakas että työntekijä, siten, että heille esitetään samat kysymykset, joihin he vastaavat oman kokemuksensa perusteella, näin saadaan asiakasnäkökulma linkitettyä arviointiin mukaan (Durieux – Bissery – Dubois – Gasquet – Coste 2004, 198). Saadun palautteen kautta tehty itsearviointi on ensiarvoisen tärkeää ammatillisen kehittymisen kannalta (Stewart – O'Halloran – Barton – Singleton – Harrigan – Spencer 2000, 907-908.)

Ammatillinen kehitys

Fysioterapiassa on keskeistä ajattelutapa jatkuvasta ammatillisesta kehittymisestä ja elinikäisestä oppimisesta (Barnard – Hartigan 1998, 119). Oman motivaation lisäksi ammatilliseen kehitykseen vaikuttavat organisaation, esimiesten ja kollegoiden asenteet ja yleinen ilmapiiri. Jatkokouluttaumis mahdollisuudet ja siihen liittyvä henkinen ja taloudellinen tuki ovat keskeisiä tekijöitä, jotka edistävät ammatillista kehittymistä, kuten myös se, että ohjeet ja materiaalit pidetään ajan tasalla ja päivitetään tarvittaessa. Muiden samaa työtä tekevien työntekijöiden keskinäinen reflektio ja käytettyjen menetelmien käytännön harjoittelu tukevat ammatillista kehittymistä. (Orest 1995, 49-52.)

5 POLVI- JA LONKKATEKONIVELLEIKATUNPOTILAAN FYSIOTERAPIAPROSESSIN KUVAUS

Fysiatrian klinikan polvi- ja lonkkatekonivelleikatunpotilaan fysioterapiaprosessin kuvaus tehtiin, koska toimintaa haluttiin tehostaa, varmistaa resurssien oikea kohdentaminen ja se, että kaikki potilaat saavat tasa-arvoista ja –laatuista fysioterapiaa HYKS-alueella, riippumatta hoitopaikasta tai hoitavasta fysioterapeutista (Fysiatrian klinikan tulokortti 2007). Prosessikuvauksen pohjana on hyväksi havaitut käytännöt sekä uusiin tutkittu tieto, joten se on myös vuonna 2007 julkaistun Polvi- ja lonkkanivelrikon Käypä hoito –suosituksen mukainen (Käypä hoito – Suositus 2007). HUS-alueella fysioterapian alalla prosessikuvauksia on tehty aiemmin Hyvinkään sairaalan fysioterapiayksikössä (Kontio 2005).

Fysioterapiaprosessi on tukiprosessi ydinprosessille, joka on tekonivelleikkausprosessi. Tekonivelleikatun potilaan hoito ja kuntoutus ovat moniammatillista yhteistyötä. Tiimissä on mukana hoitohenkilökuntaa, lääkäreitä, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti, jotka kukin suorittavat omia prosessejaan, joista muodostuu potilaan kokonaisprosessi. Fysioterapian näkökulmasta tarkasteltuna kuitenkin fysioterapiaprosessi on ydinprosessi. (Holma 1999, 48.) Seuraavassa kerrotaan polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin keskeinen sisältö Laaksosen (2006) tekemän prosessikuvauksen mukaan.

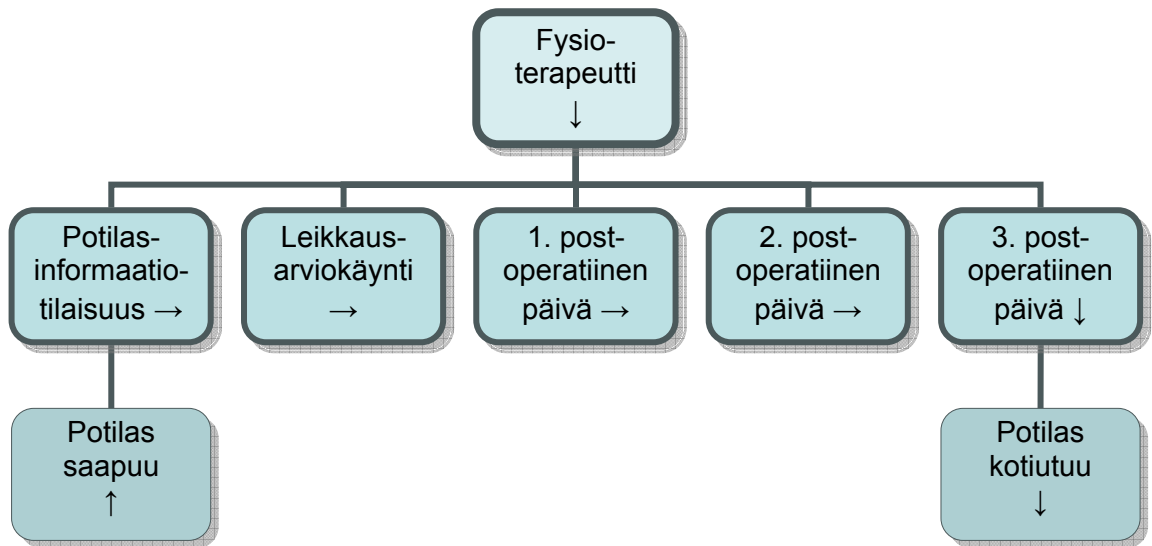
Polvi- lonkkatekonivelleikatunpotilaan fysioterapiaprosessi käynnistyy monen potilaan kohdalla potilasinformaatiotilaisuudesta. Sitä ennen potilaat ovat jo tulleet läheteellä perusterveydenhuollosta ortopedian poliklinikalle, jossa hoitava lääkäri on arvioinut tilanteen ja asettanut potilaan tarvittaessa leikkausjonoon. Leikkaus suoritetaan potilaalle kuuden kuukauden kuluessa jonoon asettamisesta. Potilasryhmän

vastuulääkärinä toimii leikkaava ortopedi, joka on ylilääkäri, osastonlääkäri tai sairaalalääkäri. Potilaan leikkaava lääkäri vastaa potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta aina jonoon asettamisesta jälkitarkastukseen asti. Fysioterapiaprosessin omistaja on klinikan ylihoitaja.

Koska tekonivelleikkaus on erikoissairaanhoidon kuuluva toimenpide, myös välitön leikkauksen jälkeinen hoito ja kuntoutus tapahtuu erikoissairaanhoidossa. Fysioterapia on olennainen osa leikkauksen jälkeistä kuntoutusta. Sen tavoitteena on tukea potilaan liikunta- ja toimintakykyä, omatoimisuutta sekä leikkauksen jälkeistä kotona selviytymistä. Tavoitteena on, että kotiutuminen tapahtuisi kolmantena vuorokautena leikkauksesta. Koska hoitoajat ovat lyhyet, fysioterapia aloitetaan mahdollisimman nopeasti leikkauksen jälkeen, jotta potilaat voisivat kotiutua tavoiteajan puitteissa. Fysioterapialla pyritään laadukkaan perusliikkumisen ohjaamiseen tarvittavan apuvälineen kanssa. Fysioterapia tapahtuu ortopedisillä vuodeosastoilla ja se alkaa sovittujen toimintaperiaatteiden mukaisesti eli kaikki tekonivelleikatut potilaat saavat fysioterapiaa, eikä erillistä pyyntöä tai lähetettä tarvita.

Potilaat saavat fysioterapiaa yleensä kaksi kertaa päivässä. Kotiutumispäivänä käyntejä on tavallisesti yksi, koska potilaat kotiutuvat yleensä puolen päivän aikaan. Fysioterapia kertoja sairaalassaoloaikana on siis viisi, silloin kun prosessi kestää suunnitellut kolme päivää. Hoitoajat ovat tavallisesti kestoltaan 20 - 45 minuuttia. Lauantaisin ja arkipyhinä töissä 1-2 fysioterapeutti(a), jo(t)ka antavat fysioterapiaa torstaina ja perjantaina leikatuille sekä viikonlopun aikana kotiutuville potilaille. Lauantai- ja arkipyhäisin tapahtuvalla fysioterapialla pyritään takaamaan se, että kaikki potilaat saavat mahdollisimman samankaltaista fysioterapiaa riippumatta leikkauspäivästä.

Seuraavassa kuvataan polvi- ja lonkkaleikatun potilaan optimaalinen fysioterapiaprosessi pääpiirteissään. Kuviossa 3 se on esitetty horisontaalisesti etenevänä kaaviona ja sen jälkeen kaikki prosessin eri vaiheessa tapahtuvat suoritteet on kuvattu tarkemmin.



Kuvio 2 Polvi- ja lonkkaleikatun potilaan optimaalinen fysioterapiaprosessi (postoperatiivinen tarkoittaa leikkauksen jälkeistä)

5.1 Fysioterapiaprosessi ennen leikkausta

Fysioterapiaprosessi siis käynnistyy joidenkin potilaiden kohdalla potilasinformaatiotilaisuudesta, joka on vapaaehtoinen, mutta suosittu tilaisuus. Se on tarkoitettu tekonivelleikkaukseen jonottaville potilaille. Vuonna 2007 Kirurgisessa sairaalassa potilasinformaatio tilaisuuksia järjestettiin 7 kertaa ja osallistujia oli 510 henkilöä (Timonen 2007). Tilaisuudessa luennoi fysioterapeutin lisäksi muita tekonivelleikkaukseen osallistuvia ammattilaisia. Tilaisuudessa tiedotetaan ja valmennetaan potilaita leikkaukseen liittyvistä tärkeistä asioista. Fysioterapeutin osuudessa ohjeistetaan yleisellä tasolla apuvälineistä, rajoituksista ja liikkumisasioista leikkaukseen ja sen jälkeiseen kuntoutumiseen liittyen. Myös postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen fysioterapian sisällöstä ja käytetyistä fysioterapiamenetelmistä kerrotaan.

Ennen leikkausta potilas tulee leikkausarviokäynnille, joka on yleensä kolmesta viiteen vuorokautta ennen leikkausta osastolla, jossa potilasta hoidetaan leikkauksen jälkeen. Leikkausarviokäynnillä he tapaavat: sairaanhoitajan, ortopedin, anestesia-ääkärin ja fysioterapeutin. Fysioterapia leikkausarviokäynnin yhteydessä sisältää yksilöllisen tutkimisen, ohjausta ja neuvontaa fysioterapian sisällöstä ja menetelmistä, tarvittavista apuvälineistä ja niiden hankinnasta, liikkumisesta ja rajoituksista, jotka liittyvät leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen sairaalassa ja kotona. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle heti leikkauksen jälkeen aloittavat verenkiertoa ja hengitystä tehostavat

harjoitteet (trombiprofylaksia), koska hän ei tapaa leikkauspäivänä potilasta. Käynnillä täytetään myös sähköinen TEKOSSET-seurantalomakkeen (TekonivelSeuranta järjestelmä), jota varten mitataan polven tai lonkan nivelliikkuvuudet varsioniometrillä (To-Mi, 2004), tutkitaan polven stabiileetti sekä selvitetään potilaan liikkumis- ja toimintakykyä haastattelemalla. Lisäksi analysoidaan potilaan kävelyä, liikkumista ja asentoa. Seurannassa käytetään lisäksi mittarina VAS (Visual Analogic Scale) – kipujanaa (To-Mi, 2004.)

5.2 Fysioterapiaprosessi leikkauksen jälkeen

Fysioterapiaprosessi jatkuu ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä vuodeosastolla, kun fysioterapeutti ohjaa potilaan ensimmäistä kertaa liikkeelle tarvittavan apuvälineen turvin. Samalla fysioterapeutti ohjeistaa potilasta mahdollisista liikerajoituksista. Lisäksi kerrataan hengitystä ja verenkiertoa tehostavat liikeharjoitteet ja aloitetaan terapeuttinenharjoittelu. Fysioterapeutti ohjaa myös turvotuksen hoidon. Polven tekonivelleikatulla potilailla voidaan tarvittaessa aloittaa passiivinen, koneellinen liikehoito CPM (Continuous Passive Motion).

Toisena postoperatiivisena päivänä fysioterapeutti ohjaa kävelyä tarvittavan apuvälineen kanssa. Lisäksi terapeuttinenharjoittelu jatkuu edelleen, sisältäen nivelen liikkuvuutta ja lihasvoimaa ylläpitäviä ja verenkiertoa vilkastuttavia liikeharjoituksia. Fysioterapia jatkuu kotiutumiseen saakka tarpeen mukaan, kuten edellisinä päivinä, keskittyen omatoimisen liikkumisen ja harjoittelun tukemiseen. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle kotona tehtävät liikeharjoitukset, rajoitukset ja liikkumisohjeet. Tarvittaessa fysioterapeutti järjestää jatkofysioterapian terveyskeskukseen tai Fysiatrian poliklinikalle. Mikäli potilas on osastolla pidempään, fysioterapia jatkuu potilaan voinnin ja tarpeiden mukaan.

Jokainen yksittäinen fysioterapiaprosessin vaihe dokumentoidaan sähköisessä potilastietojärjestelmässä Mirandassa olevaan hoitokertomukseen, josta löytyvät kaikki potilaan tiedot ja lääkärien tekstit. Fysioterapeutit kirjaavat käyntinsä päivittäiseen hoitokertomukseen ”Aktiviteetti ja toiminnallisuus” -otsikon alle. Lisäksi käynnit tilastoidaan Oberon tietojärjestelmään. Tilastojen avulla saadaan laskettua fysioterapiankäyntimääriä.

5.3 Fysioterapiaprosessiin onnistumiseen vaikuttavia kriittisiä tekijöitä

Kun kaikki tekonivelleikkaukseen liittyvät tukiprosessit toimivat sujuvasti, myös ydinprosessi eli tekonivelleikkausprosessi kokonaisuutena, toteutuu suunnitellusti ja potilaat kotiutuvat tyytyväisinä tavoiteajan puitteissa. Tukiprosessien sujuva toimivuus edellyttää eri prosessien välisten toimijoiden välistä hyvää yhteistyötä ja viestintää, jotta oleellinen tieto välittyy eri toimijoiden kesken (Lönqvist ym. 2006, 53-54). Myös potilaaseen liittyvä arviointi ja päätöksen teko tulisi tapahtua yhteistyössä potilaan ja eri ammattiryhmien välillä. Tekonivelleikatunpotilaan fysioterapiaprosessiin liittyy myös yhteistyötä jatkofysioterapiaa järjestävien tahojen kanssa, minkä sujuminen nopeuttaa prosessin läpivientä. Prosessiin liittyvät resurssit pitää olla oikein kohdennetut. Fysioterapeutteja pitää olla riittävästi potilasmäärään nähden ja työmäärän jakautua tasaisesti, jotta fysioterapiaan voidaan käyttää tarvittava aika. Myös fysioterapian suorittamiseen tarvittavat tilat, välineet ja tietotekniset laitteet on oltava saatavilla tarvittaessa helposti ja ilman odottelua. (Orest 1995, 49-52).

Fysioterapeuteilla pitää olla riittävä ammattitaito suorittamiinsa työtehtäviin (Orest 1995, 49-52). Ammattitaitoa on ylläpidettävä ja kehitettävä, jotta uudet fysioterapiakäytännöt ja menetelmät tulevat käytäntöön. Ammattitaidon ylläpito edellyttää kouluttautumista ja uusiin julkaisuihin tutustumista, joten työntekijän oma aktiivisuus on tärkeää. (Barnard ym. 1998, 119; Talvitie – Reunanen 2006, 21-22.) Omassa työssä kehitymisessä auttaa myös sen kriittinen itsearviointi sekä muilta toimijoilta ja potilailta tuleva palaute. Kollegoiden kesken tapahtuva vertaisarviointi puolestaan auttaa edistämään fysioterapiaprosessia. Hyvä ja kannustava työilmapiiri, turvalliset työolosuhteet, eri ammattiryhmien arvostaminen asiantuntijoina ja tarvittaessa puolin ja toisin annettava ammatillinen tuki ja konsultaatioapu mahdollistavat prosessien toimivuuden. (Orest 1995, 49-52.) Kun fysioterapiaprosessiin vaikuttavat ulkoiset ja sisäiset tekijät toimivat sujuvasti, myös fysioterapia toteutuu suunnitellusti ja edistää kokonaisprosessin toteutumista.

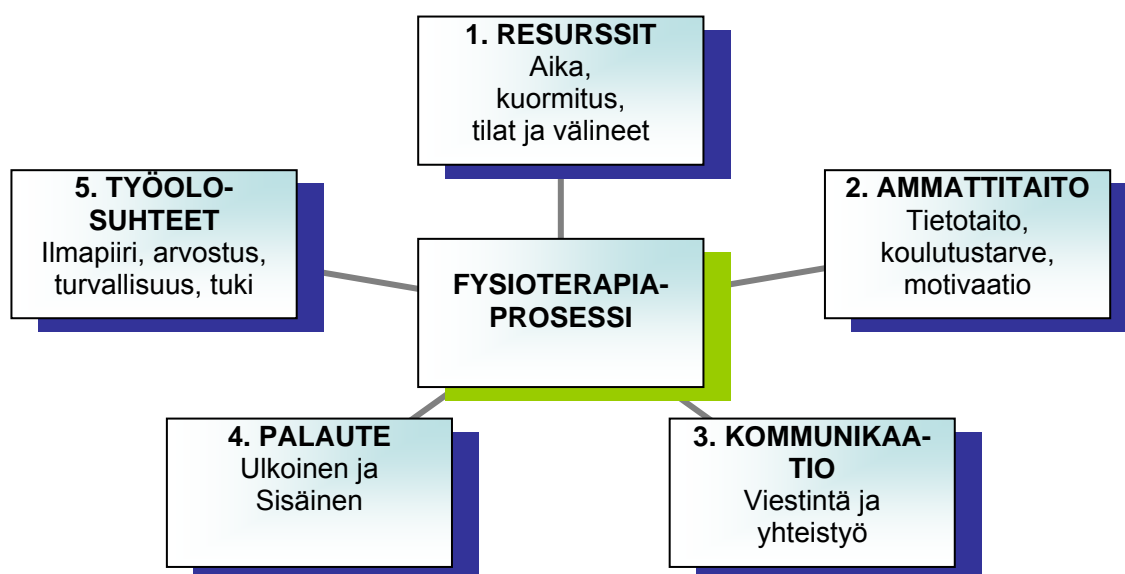
6 ARVIOINTIMITTARI POLVI- JA LONKKATEKONIVELLEIKATUNPOTILAAN FYSIOTERAPIAPROSESSIN ARVIOINTIIN

Polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessiin liittyviä, jo käytössä olevia arviointimenetelmiä ovat erilaiset fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmät (Laaksonen 2006). Lisäksi ortopedisillä vuodeosastoilla suoritetaan säännöllisesti asiakastytyytyväisyystutkimus erillisen kyselylomakkeen avulla ja potilailla on mahdollisuus antaa palautetta avoimella lomakkeella. Henkilöstönäkökulman mittarina on käytössä työolobarometri, joskin siitä saadut tulokset esitetään yksikkökohtaisesti

eikä tuloksista saa eriteltyä esimerkiksi ortopedisillä osastoilla työskentelevien fysioterapeuttien tuloksia. Talousnäkökulman kannalta mitataan fysioterapiajaksojen pituuksia sekä fysioterapiakäyntien määriä ja –kestoja. (Fysiatrian klinikan tulokortti 2007). Uuden fysioterapiaprosessin arviointimittarin tarkoituksena on täydentää jo käytössä olevia mittareita ja mitata niitä polvi- ja lonkkatekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin tekijöitä, joita muut mittarit eivät arvioi. Tällainen mittari on kyseistä prosessia varten kehitettävä fysioterapeuttien itsearviointi, jossa he arvioivat fysioterapiaprosessiin keskeisesti vaikuttavia tekijöitä. Mittarin muotoilussa mallina on käytetty ITE-mittaria (Outinen ym. 1999, 134-135)..

6.1 Mitattavat osa-alueet

Mitattaviksi asioiksi itsearviointimittariin on valittu tekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin onnistumisen kannalta keskeiset viisi osa-aluetta (Kuvio 3), jotka ovat: resurssit, ammatillinen kehitys, kommunikaatio, palaute ja työolosuhteet ja –ilmapiiri. Resurssien osalta selvitetään: fysioterapiaprosessiin liittyvää ajankäyttöä, kuormittumista, tiloja ja välineitä. Ammatillisen kehityksessä arvioidaan työntekijän prosessin suorittamiseen liittyvää tietotaitoa, koulutustarvetta sekä oman ammatillisen kehityksen seuranta. Kommunikaatio kohdassa arvioidaan prosessiin liittyvää yhteistyötä ja viestintää eriammattiryhmien kesken. Palaute kohdassa arvioidaan fysioterapiaprosessiin liittyvää palautteen saamista ja antamista. Työolosuhteet- ja ilmapiiri kohdassa kartoitetaan aiheeseen liittyviä asioita: yleistä ilmapiiriä, turvallisuutta, konsultaatioavun saantia ja muiden osoittamaa ammatillista arvostusta.



KUVIO 3 Fysioterapiaprosessin onnistumiseen vaikuttavia keskeisiä osa-alueita.

6.1.1 Työhön liittyvät resurssit

Fysioterapeutit suorittavat vuodeosastolla samanaikaisesti useampaa eri vaiheissa olevaa prosessia, koska leikkaukseen tulee päivittäin tietty määrä potilaita. Tämän vuoksi tärkeää, että kotiutumiset toteutuvat suunnitellusti ja pysyvät tasapainossa sisään tulevien potilaiden määrään nähden. Sisällä olevien potilaiden lisäksi fysioterapeuttien on tutkittava leikkausarviokäynnillä olevat potilaat, joten **potilasmäärät** fysioterapeuttia kohden on jaettava tasaisesti, jotta **työnkuormitus** pysyisi tasaisena (Orest 1995, 49-52). Liiallinen kuormitus voi pahimmillaan vaarantaa työturvallisuutta niin potilaan kuin työntekijänkin näkökulmasta (West – Gardner 2001, 182,186). Tällöin myös potilasta kohden **käytettävissä oleva aika** jakautuu tasaisemmin ja suunnitellut asiat ehditään toteuttaa paremmin. Vaikka fysioterapiaprosessi sisältääkin tietyt ennaltamääritellyt asiat, on muistettava, että siihen sisältyy myös vuorovaikutusta ja yksilöllisyyttä, joten olisi tärkeää, että potilasta kohden käytettävissä olevan ajan suhteen olisi jouston varaa tarvittaessa. Mikäli resurssit on mitoitettu liian tiukoiksi, aikataulu ei salli juuri poikkeamia, jotka kuitenkin ihmisten kanssa toimittaessa ovat toisinaan välttämättömiä.

Myös tarvittavien **tilojen** ja **välineiden** helppo saatavuus ja riittävyys mahdollistaa osaltaan sujuvan fysioterapiaprosessin (Orest 1995, 49-52). Tilojen saatavuus korostuu leikkausarviokäynnillä, jolloin potilas haastatellaan ja tutkitaan. Tällöin rauhallinen, näkösuojattu tila, jossa on tutkimuspöytä, on välttämätön. Leikkausarviokäynnillä annetaan myös potilaille ohjausta leikkauksen jälkeisestä fysioterapiasta, joten ulkoiset häiriötekijät on pyrittävä saamaan mahdollisimman vähän, jotta potilas voi keskittyä tilanteeseen kunnolla. Myös fysioterapeutin suorittama tutkiminen on hankala suorittaa ilman erillistä tilaa. **Tietoteknisiä laitteita** on oltava riittävästi ja niiden on toimittava sujuvasti, sillä potilastiedot löytyvät ja kirjaus tapahtuu sähköisesti. Mikäli tietotekniikkaan liittyen on ongelmia, esimerkiksi järjestelmät ovat hitaita tai eivät toimi kunnolla, hidastaa se prosessia (Lönngqvist ym. 2006, 53-54).

6.1.2 Ammatillinen kehitys

Koska potilaiden sairaalassaolojaksot ovat lyhyitä, parhaimmaksi havaitut fysioterapiamenetelmät ja **vahva ammattitaito** mahdollistavat, että potilas saa parhaan mahdollisen fysioterapian ollessaan sairaalassa. **Lisäkouluttautuminen** ja onkin alalla välttämätöntä, joten työnantajan pitäisi tukea työntekijöiden koulutuksia tasapuolisesti.

Kun työntekijöiden ammattitaito kehittyy, he pystyvät suoriutumaan paremmin työtehtävistään. (Orest 1995, 49-52; Barnard ym. 1998, 119). Koulutusten lisäksi ammattitaitoaan voi ylläpitää ja kehittää myös seuraamalla alan tutkimuksia ja julkaisuja, joten myös työntekijän oma motivaatio ja halu ovat keskeiset tekijät (Anttila 2006, 5-6, 9). Työntekijän pitäisi myös **arvioida kriittisesti** omaa työtään ja pyrkiä jatkuvaan parantamiseen (Stewart ym. 2000, 907-909). On myös tunnistettava, mikäli työntekijä kokee, ettei hänellä ole riittävää tietotaitoa työtehtäviensä suorittamiseen. Syy saattaa löytyä puutteellisesta perehdytyksestä tai liian vähäisestä lisäkoulutuksessa (Lecklin 2006, 215-218).

6.1.3 Työhön liittyvä kommunikaatio

Tekonivelleikatun potilaan hoito ja kuntoutuminen on **moniammatillista yhteistyötä**, joten kukaan yksittäinen toimija tai ammattiryhmä ei pääse onnistuneeseen lopputulokseen vaan se syntyy yhteistyön tuloksena. (Hankela 2007). Keskeisimmät ammattiryhmät, jotka osallistuvat tekonivelleikatun potilaan kokonaisprosessiin päivittäin ovat lääkärit, hoitohenkilökunta ja fysioterapeutit. Onkin tärkeää, että kaikenlainen **viestintä** ja **yhteistyö** oman ja eri ammattiryhmien ja työntekijöiden välillä toimii sujuvasti (Orest 1995, 49-52). Leikkausarviokäynnillä voi toisinaan ilmetä asioita, joiden vuoksi leikkaus siirtyy tai peruuntuu. Tällöin on tärkeää, että asiasta informoidaan viipymättä muita toimijoita, jotta turhilta haastatteluilta ja tutkimuksilta vältytään ja aikaa säästetään. Myös potilaan vointiin liittyvien muutosten välittyminen on oleellista. Jotta potilaiden fysioterapia voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhain leikkauksen jälkeen, on sairaanhoitajan ja fysioterapeutin välisen yhteistyön oltava mutkatonta, jottei esimerkiksi kipu tai pahoinvointi estä fysioterapiaa. Lääkäreiltä tulevat viestit on myös tärkeää saada kaikkien ammattiryhmien tietoon. Huono kommunikaatio voi aiheuttaa väärinkäsityksiä, päällekkäistä ja turhaa toimintaa ja viimekädessä se hidastaa toimintaa (Lönqvist ym. 2006, 53-54). Tekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessiin sisältyy monesti myös jatkofysioterapian järjestämistä, jos potilas siirtyy jatkohoitoon tai mikäli hänelle käynnistetään polikliininen fysioterapiajakso (Laaksonen 2006). Yhteistyön sujuminen jatkohoito paikkoihin nopeuttaa ja helpottaa toimintaa. Mikäli jatkohoidon järjestämiseen menee fysioterapeutilta kohtuuttomasti aikaa, se hidastaa hänen muita meneillään olevia prosesseja.

6.1.4 Työhön liittyvät palaute

Riittävä **palautteen** saaminen omasta työstään on tärkeää, jotta työssään voisi kehittyä ja parantaa toimintatapojaan. Mikäli palautetta ei anneta, ei fysioterapeutilla ole käsitystä prosessin onnistumisesta kuin omien päätelmien pohjalta. (Orest 1995, 49-52). Asiakastytyväisyyskysely toteutetaan säännöllisesti ortopedisillä vuodeosastoilla ja potilailla on mahdollisuus antaa kirjallista palautetta muulloinkin, joten asiakkailta tulevaa dokumentoitua palautetta pitäisi olla saatavilla myös fysioterapiaan liittyen (Kirurgisen sairaalan tulokortti 2007). Kehittyäkseen ammatissaan fysioterapeutti tarvitsee palautetta myös muilta ammattiryhmiltä sekä kollegoilta ja hänellä on oltava mahdollisuus antaa palautetta myös omalta osaltaan (Orest 1995, 49-52).

6.1.5 Työolosuhteet- ja ilmapiiri

Vuodeosaston **työilmapiiri**, **-olosuhteet** ja **-turvallisuus** vaikuttavat oleellisesti fysioterapiaprosessi onnistumiseen. On tärkeää, että tarvittaessa **konsultaatioapua** ja ammatillista tukea on saatavilla. (Orest 1995, 49-52). Fysioterapiaprosessi on keskeinen tukiprosessi tekonivelleikatun potilaan kokonaisprosessissa, joten on tärkeää, että fysioterapeutin osaamista ja asiantuntemusta hyödynnetään potilaan kokonaistilannetta arvioitaessa. Fysioterapeutin **asiantuntemus** korostuu erityisesti leikkausarviokäynnillä, jolloin fysioterapeutin suorittaman fyysisen toimintakyvyn arvioinnin pohjalta varmistuu, että tekonivelleikkaus on varmasti aiheellinen ja lisäksi, kun suunnitellaan potilaan kotiutumista tai jatkohoitoa, jolloin on tärkeää, että fysioterapeutin kannanotto potilaan liikkumisen suhteen huomioidaan päätöstä tehdessä. Mikäli fysioterapeutin kantaa ei oteta huomioon, se voi johtaa turhautumisen tunteeseen ja osaltaan laskea tyytyväisyyttä työilmapiiriin.

6.2 Mittarin käyttö

Itsearviointilomakkeen täyttää jokainen mitattavaa prosessia suorittava fysioterapeutti, jolloin saadaan siis mitatuksi heidän kokemuksensa prosessista. Mittari koostuu 25 myönteisestä, helposti ymmärrettävistä väittämistä, joissa on esitetty optimaalinen tilanne. Väittämät on laadittu siten, että niissä kysytään vain yhtä asiaa kerrallaan. Arvioitavat osa-alueet on otsikoitu, ja kaikki kyseistä osa-aluetta kuvaavat väittämät ovat otsikon alla (Heikkilä 2001, 47-48). Vastausvaihtoehdot on esitetty numeraalisesti, viisiportaisena Likertin asteikkona. Vastaja valitsee kutakin väittämää parhaiten kuvaavan mielipiteensä rastittamalla sopivan vastausvaihtoehdon. (Hirsjärvi ym. 2005, 188-189; Heikkilä 2001, 53.) Tarkoituksena on mitata prosessin nykytilaa eli vastaajat valitsevat vastausvaihtoehdoista sen arvon, joka parhaiten kuvaa tilaa, miten asiat

vastaajien mielestä oikeasti ovat, eikä sitä, miten asioiden toivottaisiin olevan (Holma 2001, 112). Tulosten tulkinnassa keskeistä on löytää osa-alueet tai yksittäiset väittämät, joista tulee selkeästi matalia (ka 1-2) tuloksia. Kehittämiskohteet valitaan matalia arvoja saaneista osa-alueista.

7 POHDINTA

Itsearviointimittarissa arvioitavat osa-alueet valittiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta tarkoituksena kohdentaa ne polvi- ja lonkkaleikatun potilaan fysioterapiaprosessiin. Valitut osa-alueet arvioivat sekä prosessiin ulkopuolelta että sisältäpäin kriittisesti vaikuttavia tekijöitä, jotka edistävät tai estävät sujuvaa fysioterapiaprosessia. Mittarilla arvioidaan pelkästään fysioterapeuttien näkökulmaa, joten mielenkiintoista olisi, että muillakin ammattiryhmillä suoritettaisiin samantyyppinen arviointi, jolloin saataisiin selville, olisivatko kehittämiskohteet eri ammattiryhmien välillä samoja. Kokonaisprosessin kehittämisen kannalta ei yksittäisen ammattiryhmän arvio ole riittävä, joskin sen avulla voidaan saada viitteitä mahdollisista ongelmakohtista.

Haluttaessa tietoa fysioterapeuttien kokemuksista, itsearviointimittari on kuitenkin käyttökelpoinen, sillä kysymykset on laadittu fysioterapian näkökulmasta. Mittari täydentää jo käytössä olevia arviointimittareita, ja sen avulla voidaan kohdentaa arviointi tiettyä erikoisalaa koskevaksi. Mittari soveltuu työvälineeksi, kun halutaan löytää yhteisiä, työntekijätasolta lähteviä kehittämiskohteita, lisäksi esimiehet voivat käyttää sitä työvälineenä auditoinneissa ja kehityskeskusteluissa. Itsearviointimittarin kysymykset muodostuivat lopulta sen verran yleiselle tasolle, että, mittari soveltuu muillakin kuin ortopedisillä vuodeosastolla tapahtuvien fysioterapiaprosessien arviointiin, sillä fysioterapian kannalta kriittiset osa-alueet ovat samoja muillakin vuodeosastoilla. Poliklinikalla työskentelevien fysioterapeuttien käyttöön mittari vaatii pieniä muokkauksia ”työhön liittyvä kommunikaatio” osa-alueeseen.

Itsearviointimittarin käyttö ja tulosten analysointi on edullista, helppoa ja nopeaa. Kysely voidaan toistaa samanlaisena käyttämällä samaa kyselylomaketta. Eri mittauksien välisiä tuloksia voidaan vertailla helposti keskenään. Jotta vertailu olisi luotettavaa, on tulokset dokumentoitava huolellisesti. Väittämien määrän rajaus ja yksinkertainen muoto mahdollistavat melko nopean vastaamisen, jolloin vastaajan keskittyminen säilyy paremmin. Samaa osa-aluetta mittaavat väittämät ovat lomakkeessa peräkkäin. Kussakin väittämässä arvioidaan vain yhtä asiaa kerrallaan, jolloin vastaajan on helppoa keskittyä arvioimaan kysyttyä asiaa. Itsearviointimittarin

käyttö vaatii kuitenkin arvioinnin suorittajien valmistelua aiheeseen, jotta he ymmärtävät, mitä sillä on tarkoitus mitata ja vastaavat totuuden mukaisesti ja pohtien kysytyihin asioihin. Jotkut väittämät, esimerkiksi ammatillisen kehityksen osa-alueessa, saatetaan helposti kokea hankalina ja liian henkilökohtaisina, jollei vastaajille ole etukäteen selvitetty, että arvioinnin tarkoituksena on löytää yhteiset kehittämishaasteet koko työyksikölle. Koska väittämät on muotoiltu yleiselle tasolla, on kehittämiskohteeksi valitun väittämän tai osa-alueen sisältöä tarkennettava keskustelemalla työntekijöiden kesken, jotta saadaan tarkennettua, mikä asia osa-alueeseen tai väittämään liittyen vaatii kehittämistä.

Fysioterapiaprosessin itsearviointimittarin tuottaminen osoittautui haasteelliseksi. Aiemmat tutkimukset fysioterapian arvioinnista käsittelivät lähinnä kliinisten tulosten arviointia. Koska tarkoitus oli arvioida prosessin toimivuutta, näkökulmaa piti laajentaa yleisemmin terveydenhuoltoalalle ja prosessinarviointiin. Lisäksi se, että tekonivelleikatun potilaan fysioterapiaprosessin sisältö ja ongelmat olivat käytännön kautta etukäteen tiedossa, asetti hankaluutta löytää neutraali, teoriaan pohjautuva lähestymistapa etsittäessä arvioitavia osa-alueita mittariin.

Mittarin kehittämisessä on muistettava Demingin PDCA-sykli eli nyt suunnittelun jälkeen, on mittaria testattava käytännössä, tarkistettava sen toimivuutta ja luotettavuutta. Käyttäjien mielipiteet on hyvä huomioida mittarin testauksen yhteydessä. Käyttäjät voivat kertoa ymmärsivätkö he väittämien sisällön helposti ja yksiselitteisesti. Tämä on tärkeää tietoa myös, kun arvioidaan, että saatiinko mitatuksi haluttuja asioita. Arvioinnin jälkeen mittariin tehdään tarvittavia korjauksia ja muutoksia ja sitten taas edetään syklin mukaan. Mittarin käytännön testaamisen tiimoilta saisi hyvän aiheen seuraavalle kehittämistehtävälle tai opinnäytetyölle.

Tehdessäni opinnäytetyötäni HUS-organisaatiossa keskitettiin kaikki elektiivinen tekonivelkirurgia Peijaksen sairaalaan. Fysioterapiaprosessin arviointi on siis entistä tärkeämpää, kun kaksi yksikköä yhdistetään ja erilaiset toimintatavat pitää saada yhtenäistettyä.

LÄHTEET

- Alaranta, Hannu: Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitu vähän. *Impakti* 2007; 10 (1). 5-7.
- Anttila, Heidi 2006: Miten luen tutkimusartikkelin ja sovellan sitä? *Fysioterapia*, 53 (2): 5-10.
- Barnard, Sue – Hartigan, Gayle 1998: *Clinical audit in physiotherapy from theory into practice*. UK: Butterworth Heinemann.
- Borgman, Merja – Packalen, Esa 2002: *Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Duffy, F. Daniel – Holmboe, Eric 2006: Self-assessment in Lifelong Learning and Improving Performance in Practice. *The Journal of American Medical Association* (296) 9. 1137 - 1139.
- Durieux, P. – Bissery, A. – Dubois, S. – Gasquet, I. – Coste, J. 2004: Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study. *Quality and Safety in Health Care* 13 (3). 198-202.
- Ford, Matthew – Evans, James 2006: The role of follow-up in achieving results from self-assessment process. *International Journal of Quality & Reliability Management* 23 (6). 589-606.
- Fysiatrian klinikka (HUS), fysioterapia ja toimintaterapia, tuloskortti 2007.
- Gridley, Lisa – van den Dolder, Paul 2001: The percentage Improvement in Pain Scale as a measure of physiotherapy treatment effects. *Australian Journal of Physiotherapy* 47. 133-137.
- Hankela, Sirpa 2007: Tekonivelpotilaan hoito- ja palveluketjun verkostoprojekti Pirkanmaalla. 18.-19.9.2007 Tampereella pidetyn eHealth ja hoitotyö seminaarin luentomateriaalia.
- Heikkilä, Tarja 2001: *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Hellsten – Röberg 2003: *Kirjaa ja kehitä – Opas laadun kehittämiseen fysioterapia-alalle*. Turku: Kvaliteekki.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula: *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hokkanen, Simo – Strömberg, Oiva 2006: *Laatuun johtaminen*. Jyväskylä: Sho Business Development Oy
- Holma, Tupu 1995: *Laatu hallintaan. Laadun kehittämisen tarpeet, tavoitteet ja keinot fysioterapiayksiköissä*. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): *Laatu hallintaan. Kokemuksia ja kehittämishankkeita fysiatrian alalta*. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Holma, Tupu 1998: *Tuotteistus tutuksi, Ideat ja työvälineet*. Esimerkkinä kuntoutuspalvelut perusterveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Holma, Tupu – Liukko, Matti 1999: Palveluprosessit vanhustyössä ja lastensuojelussa. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Holma, Tupu – Outinen, Maarit – Idänpään-Heikkilä, Ulla – Sainio, Salla 2002: Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- http://www.fysioterapia.net/koulutus_ja_tutkimus/hyva_fysioterapiakaytanto/
- <http://www.kaypahoito.fi/>
- Hulscher, M – Laurant, M – Grol, R 2003: Process evaluation on quality improvement interventions. *Quality and Safety in Health Care* 12 (February). 40-46.
- HUS-yhtymän sisäisen auditoinnin ohjeet 2005.
- HUS intranet 10.1.2008: Sujuvat hoitoprosessit tuovat säästöjä
- HUS intranet 3.4.2007: Kirurgian TTK-hankkeissa pureudutaan prosesseihin.
- Ibrahim, Joseph 2001: Phenomenon of quality and health-care: Snowball or avalanche? *Journal of Quality of Clinical Practice* 21(1-2). 40-42.
- Kankkunen, Kari – Matikainen, Esa – Lehtinen, Lasse 2005: Mittareilla menestykseen – sokkolennosta hallittuun nousuun. Helsinki: Talentum.
- Kaplan, Robert – Norton, David 1996: The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston: Harvard Business Press.
- Kirurgisen sairaalan (HUS) tulokortti 2007.
- Kontio, Minna 2005: Fysioterapian ydinprosessin kuvaus Hyvinkään sairaalassa.
- Käypä hoito –suositus: Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. *Duodecim* 2007; 123 (5):602-620.
- Laaksonen, Maija 2006: Polvi- ja lonkkaleikatun potilaan fysioterapiaprosessi HYKS Fysiatrian klinikassa. Julkaisematon lähde.
- Laamanen, Kai – Tinnilä, Markku 2002: Prosessijohtamisen käsitteet. Helsinki: Metalliteollisuuden kustannus.
- Lecklin, Olli 2006: Laatu yrityksen menestystekijänä. Hämeenlinna: Talentum.
- Lillrank, Paul 2003: Laatuajattelu – Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki: Otava.
- Lumijärvi, Ismo – Jylhäsaari, Jussi 1999: Laatujohtaminen ja julkinen sektori – Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Helsinki: Gaudeamus.
- Lönnqvist, Antti – Kujansivu, Paula – Antikainen, Riikka 2006: Suorituskyvyn mittaaminen – Tunnusluvut asiantuntijaorganisaation johtamisvälineenä. Helsinki: Edita.

- Moeller, Johannes 2001: The EFQM Excellence Model. German experience with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*. 13 (1). 45-49.
- Mäkäräinen, Hanna 2005: Ketjut käytännössä. 31.5.-1.6.2005 pidetyn Hoitoketju seminaarin luentomateriaalia.
- Mäntyranta 2005: Mikä on hoitoketju, mihin sillä pyritään... 31.5.-1.6.2005 pidetyn Hoitoketju seminaarin luentomateriaalia.
- Määttä, Seppo – Ojala, Timo 1999: Tasapainoisen onnistumisen haaste johtaminen julkisella sektorilla ja balanced scorecard. Helsinki: Edita
- Nuutinen, Matti 2005: Ketjut käytännössä. 31.5.-1.6.2005 pidetyn Hoitoketju seminaarin luentomateriaalia.
- Oksanen, Airi 2007: Fysioterapia. Teoksessa Alaranta, Hannu - Pohjolainen, Timo - Salminen, Jouko - Viikari-Juntura, Eira (toim.): *Fysiatritia*. 3.painos. Helsinki: Duodecim.
- Orest, Marianne 1995: Clinicians' Perceptions of self-assessment in Clinical Practice. *Physical Therapy*. 75 (9). 824-829.
- Outinen, Maarit – Lempinen, Kristiina – Holma, Tupu – Haverinen, Riitta 1999: Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Outinen, Maarit – Räikkönen, Outi, Holma, Tupu – Voipio-Pulkki, Liisa-Maria 2007: Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Helsinki: Stakes.
- Paltamaa, Jaana – Karppi, Sirkka-Liisa – Smolander, Juhani – Koho, Petteri – Hurri, Heikki 2006: Suomessa käytössä olevia fyysisen toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Suomen Lääkärilehti* 61 (5). 459-464.
- Parviainen, Petri – Lillrank, Paul – Iivonen, Karita 2005: Johtaminen terveydenhuollossa. Tampere: Talentum.
- Peisa, Timo 2005: Ketjut käytännössä. 31.5.-1.6.2005 pidetyn Hoitoketju seminaarin luentomateriaalia.
- Pesonen, Herkko 2007: Laatua! Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: Infor.
- Pietikäinen Matti 2005: Kuka omistaa ketjut? 31.5.-1.6.2005 pidetyn Hoitoketju seminaarin luentomateriaalia.
- Rubin, Haya – Pronovost, Peter – Diette, Gregory 2001: From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *International Journal for Quality in Health Care* 13 (6). 489-496.
- Salomäki, Rauno 2003: Suorituskykyiset prosessit - Hyödynnä SPC. 2 painos. Helsinki: MET.
- Shaw, Charles 2001: External assessment of health care. *BMJ* 322 (7 April). 851-854.

- Seppänen-Järvelä, Riitta 2003: Prosessinarviointi kehittämissuorituksissa Opas käytäntöihin. FinSoc työpapereita. Helsinki: Stakes.
- Stewart, Jane – O'Halloran, Catherine – Barton, J. Roger – Singleton, Stephen – Harrigan, Patrick – Spencer, John 2000: Clarifying the concepts of confidence and competence produce appropriate self-evaluation measurement scale. *Medical Education* 34 (11). 309-909.
- Talvitie, Ulla – Reunanen, Merja 2006: Tutkimusta tarvitaan työkäytäntöjen muutosten tueksi. *Fysioterapia* 53 (2). 21-25.
- Timonen Leena 2007, HUS, Kirurginen sairaala: Opetustilaisuuksien tilastoja.
- Toimintakyvyn Mittarit, To-Mi, 2004
- Venero, Sandra – Nabitz, Udo – Bragonzi, Gilberto – Rebelli, Alessio – Molinari, Rita 2007: A two-level EFQM self-assessment in an Italian hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 20 (3). 215-231.
- West, Diane – Gardner, Dianne 2001: Occupational injuries of physiotherapists in North and Central Queensland. *Australian Journal of Physiotherapy* 47 (3). 179-186.

Itsearviointilomakkeen täyttöohje:

Vastaa seuraaviin väittämiin rastittamalla (x) mielestäsi sopivin, nykyhetkeä parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto (1-5).

Vastausvaihtoehdot on määritelty seuraavasti:

- 1 = Täysin eri mieltä
- 2 = Melko eri mieltä
- 3 = Ei samaa eikä eri mieltä
- 4 = Melkein samaa mieltä
- 5 = Täysin samaa mieltä

	1= täysin eri mieltä	2 = melko eri mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	4 = melkein samaa mieltä	5 = täysin samaa mieltä
Työhön liittyvät resurssit					
1. Pystyn käyttämään riittävästi aikaa potilasta kohden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Potilasmäärä jakautuu tasapuolisesti fysioterapeuttien välillä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Minulla on tarvittaessa käytettävissä fysioterapian toteutukseen häiriötön tila.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Minulla on käytettävissä fysioterapian toteutukseen tarvittavat työvälineet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Työhöni liittyvän tietotekniikan käytössä ei ole ongelmia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ammattillinen kehitys					
6. Minulla on riittävä tietotaito työtehtävieni suorittamiseen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pääsen osallistumaan tärkeiksi kokemiini lisäkoulutuksiin säännöllisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Työnantaja tukee riittävästi kouluttautumista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tutustun säännöllisesti uusiin tutkimuksiin ja julkaisuihin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Arvioin kriittisesti omaa työtäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työhön liittyvä kommunikaatio					
11. Minulle informoidaan riittävästi potilaaseen liittyvistä asioista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Yhteistyö lääkärin kanssa toimii sujuvasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1= täysin eri mieltä	2 = melko eri mieltä	3 = ei samaa eikä eri mieltä	4 = melkein samaa mieltä	5 = täysin samaa mieltä
13. Yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa toimii sujuvasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yhteistyö kollegoiden kanssa toimii sujuvasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jatkofysioterapian järjestäminen onnistuu sujuvasti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työhön liittyvä palaute					
16. Koen, että saan riittävästi palautetta työstäni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Potilaideni antama fysioterapiaa koskeva palaute tavoittaa minut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Saan riittävästi palautetta työstäni muiden ammattiryhmien edustajilta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Palautetta annetaan kollegojen kesken riittävästi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Koen, että minulla on riittävä mahdollisuus antaa palautetta yhteistyökumppaneilleni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työolosuhteet ja -ilmapiiri					
21. Työilmapiiri on hyvä ja kannustava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Saan tarvittaessa helposti ammatillista tukea ja konsultaatioapua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Työolosuhteet ovat turvalliset.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Koen, että minua arvostetaan fysioterapian asiantuntijana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Koen, että saan vaikuttaa riittävästi potilasta koskeviin päätöksiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>