

KOKENEIDEN TULE-FYSIOTERAPEUTTIEN KÄSITYKSIÄ  
FYSIOTERAPEUTTISESTA OSAAMISESTA

Tiina Teittinen

Fysioterapian  
Pro Gradu tutkielma  
kevät 2014  
Terveystieteiden Laitos  
Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Tiina Teittinen (2014). Kokeneiden tule-fysioterapeuttien käsityksiä fysioterapeuttisesta osaamisesta. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, fysioterapian pro-gradu tutkielma, 76 s.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, minkälaisia käsityksiä tuki- ja liikuntaelinsairauksien suoravastaanotokoulutusta aloittavilla, kokeneilla fysioterapeuteilla (n=28) oli ammatillisesta osaamisesta. Fysioterapeuttien osaamisesta on tehty runsaasti tutkimuksia, sen sijaan osaamiskäsityksiä ei ole tutkittu. Fysioterapeuttien tehtäväkuva on muuttumassa ja osaamisvaatimukset laajenevat. Kapean erikoisosaamisen sijasta tulevaisuudessa tarvitaan laajempaa näkemystä toimintakykyisyyden tukemisen keinoista. Muun muassa väestön ikääntyminen tuo uudenlaisia haasteita ja työelämässä tarvitaan yleisesti yhteistyötaitoja, moniosaamista, kykyä siirtyä joustavasti tehtävästä toiseen, sekä oman osaamisen markkinoimista. Fysioterapeuttien osaamiskäsityksiä kartoittamalla saadaan tietoa heidän tiedon- ja oppimiskäsityksistään, heidän käsityksistään toimintakykyisyydestä ja sen edistämisen käytännöistä, sekä heidän näkemysistään fysioterapeutin roolista ja tehtävästä terveydenhuollossa. Tällaista tietoa voidaan käyttää hyödyksi sekä koulutuksen kehittämisessä, että työtehtävien laajentamisessa ja fysioterapiaoosaamisen suuntaamisessa uusille alueille.

Tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää fenomenografista analyysimenetelmää käyttäen fysioterapeuttien yleisiä käsityksiä omasta osaamisestaan. Aineiston hankinta tapahtui käyttämällä lähteinä ryhmähaastatteluja ja osallistujien teemakirjoituksia. Tutkimukseen osallistui 28 henkilöä, jotka osallistuivat haastatteluun kahtena ryhmänä. Aineistosta nousi neljä osaamisen käsitysten teemaa, jotka varioivat hierarkkisesti siten, että ylemmän tason osaaminen edellytti alemman tason kompetenssien hallintaa.

Keskeisinä tuloksina aineistosta nousivat osaamisen ilmiötä kuvaavat teemat, jotka olivat ammatillinen osaaminen, eettisyys, yhteistyö ja oma osallistuminen. Teemojen variaatioiden kolmitasoisessa hierarkiassa fysioterapeuttista perusosaamista kuvasi *potilasosaaminen* (kategoria I), seuraava edellistä laajempi fysioterapia osaamisen alue oli *yhteistyöosaaminen* (kategoria II) ja laajimpana *alueellinen yhteistyöosaaminen* (kategoria III). Tutkimuksen fysioterapeuttien osaamiskäsitys kiteytyi potilaan toimintakyvyn edistämisenä, jossa tärkeänä pidettiin potilaan ohjautumista oikea-aikaisesti, oikealle asiantuntijalle kuntoutustarpeen mukaisesti. Käsityksissä kliinisestä osaamisesta painottui käytännön menetelmäosaaminen. Toisaalta osaamiskäsityksistä kuvastui myös asiakaslähtöinen näkökulma ja pyrkimys vastata asiakkaan tarpeisiin. Yhteistyöosaamisessa korostui työyhteisön sisäinen moniammatillinen yhteistyö ja sen kehittämisen tarpeet. Fysioterapeutit näkivät itsensä osana palveluketjua, jossa oman ammatillisen tehtävän lisäksi heillä on vastuu asiakkaan ohjauksessa tarvittaviin asiantuntijapalveluihin. Alueellisina kehittämiskohteina pidettiin toimintamallien ja käytäntöjen yhtenäistämistä sekä fysioterapiapalvelujen tasa-arvoista tarjontaa asiakkaille. Tutkimuksen mukaan osaamisen kehittämisen tarpeet liittyivät asiantuntijuuden laajentamiseen perusterveydenhuollossa, sekä alueelliseen yhteistyöhön ja verkostoitumiseen.

**Avainsanat:** ammatillinen osaaminen, osaamiskäsitys, fysioterapeutti, fenomenografia

## ABSTRACT

Tiina Teittinen 2014. Experienced physiotherapist's perceptions of professional competencies and skills.

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, Physical Therapy, Master's Thesis (Pro Gradu), 75 pages.

The purpose of this study was to explore physiotherapist's perceptions of their professional competencies and skills. Although physiotherapist's professional competencies and skills have been widely studied previously, perceptions of their abilities in practice have remained unanalyzed. In the analysis of the research material was utilized a phenomenographic approach. Research material was collected through group interviews and thematic writings among 28 experienced physiotherapist entering direct-access education programme in Jyväskylä in Autumn 2012.

The main findings were four thematic subjects of perceptions concerning abilities: 1) Professional competence 2) Ethics 3) Collaboration and 4) Participation. These thematic subjects were hierarchically varied and formed three levels of categories. The basic level (category I) of skills and competencies of physiotherapy was working with patients, the second level of categories (II) was multi-professional collaboration and the widest level of categories (III) was regional collaboration.

The general perception about physiotherapist's professional skills was to be able to improve and support patients physical functioning and to ensure that patients get the most effective treatment. The perception about collaboration was associated with ability to co-operate in internal work community. Concerning professional competencies physiotherapists emphasized practical skills and importance of additional education instead of self-reflective learning. Perception of rehabilitation and the role of physiotherapist was generally very patient centered. This research showed that physiotherapists had adopted a clear role and task in patients treatment chain and they are very committed to employer. The challenge is to advance regional collaborative practices and guidelines and enlarge multi-professional and extra-organizational interaction and networking.

**Key words:** physiotherapists, perceptions of professional skills and competencies, perceptions of abilities, phenomenographic approach

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	1
2 AMMATILLINEN OSAAMINEN .....	3
3 FYSIOTERAPIAN AMMATILLISET KOMPETENSSIT JA KVALIFIKAATIOT .....	5
4 SUORAVASTAANOTTOTOIMINTA FYSIOTERAPIASSA .....	7
5 FYSIOTERAPEUTIN ASIANTUNTIJUUS TUTKIMUSTEN VALOSSA .....	9
5.1 Näyttöön perustuvat tutkimus- ja hoitokäytännöt .....	11
5.2 Kliininen päättely ja päätöksenteko .....	17
5.3. Eettisyys .....	21
5.4 Vuorovaikutusosaaminen .....	26
5.5 Ammatillinen identiteetti ja työssä oppiminen .....	29
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT .....	35
6.1 Fenomenografinen lähestymistapa ja taustafilosofia .....	36
6.2 Tutkimusaineisto .....	37
6.3 Analyysin eteneminen .....	38
7 TULOKSET .....	39
7.1. Potilaan toimintakyvyn edistäminen .....	41
7.2 Ammatillinen yhteistyö .....	45
7.3 Alueellinen terveyden edistäminen .....	50
8 YHTEENVETO .....	54
8.1 Johtopäätökset .....	54
8.2 Tulosten tarkastelu .....	55
8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	60
8.4 Aiheita jatkotutkimukseen .....	61
LÄHTEET .....	64

## 1 JOHDANTO

Fysioterapiakäytännöt ovat kompleksisia, dynaamisia, muuntuvia ja muunneltavia. Ne ovat sidoksissa tiettyihin toimintaympäristöihin ja toimintakulttuureihin. Käytäntöjä omaksutaan ja opitaan yksilöllisesti toimintaympäristön viitekehyksessä tavoitteena tuottaa optimaalista fysioterapiaa kunkin asiakkaan tarpeisiin. Käytännöt muovautuvat kontekstuaalisesti, eikä fysioterapeutin praktiikkaan ole olemassa yksiselitteistä kultaista standardia. Voidaan ajatella, että yhden mallin tarjoaminen tai kapea erikoistuminen ei vastaa fysioterapian kompleksisiin ja moniulotteisiin tilanteisiin ja konteksteihin (Patton ym. 2012).

Fysioterapeutin ammattia leimaa vuorovaikutuksellisuus ja yhteistyö monien eri tahojen kanssa. Fysioterapiasuhde asiakkaaseen on tiivis ja osallistava. Terapia-asiakkaat ovat yksilöitä, ainutkertaisine toiminnallisine ongelmineen ja käsityksineen siitä, mikä on heidän toimintakykynsä kannalta tarkoituksenmukaista ja mielekästä. Tästä näkökulmasta terapeutti on ensisijaisesti asiantuntija ja vasta toissijaisesti tekninen osaja (Bannigan & Moores 2009).

Nykymuotoiseen fysioterapiaan kohdistuvat odotukset ovat korkealla. Fysioterapiakäytännöiltä odotetaan laadukkuutta ja korkeaa osaamisen standardia. Näyttöön perustuvan kliinisen osaamisen ja asiakaslähtöisyyden lisäksi edellytetään sekä itsenäiseen työskentelyyn kykenemistä, että ryhmätyötaitoja. Elinikäisen oppimisen eetos ja reflektiivinen työote ovat omaksuttuina arkikäytäntöön. Työhön liittyvä tietämys muuttuu jatkuvasti ja ammattilaisten on kyettävä kyseenalaistamaan toimintamallejaan. Työntekijöiltä vaaditaan pitkäjänteistä itsensä kehittämistä sekä omaan minään ja persoonaan sitoutuvaa ammatillista kasvua. Kun oma minuus ja tunteet ovat vahvasti mukana, kuten terveydenhoitoalan tehtävissä, työ edellyttää myös persoonallista kasvua (Paloniemi ym. 2012).

Fysioterapeutin työ tapahtuu käytäntöyhteisössä muiden fysioterapeuttien kanssa ammattiin identifioituneena. Yhteistyö on tiivistä myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Ammatillisen yhteistyön rakentaminen on tärkeä osa ammatillisen identiteetin ja hyvien työkäytänteiden kehittymistä (Patton ym. 2012). Fysioterapeutin työ edellyttää paitsi yksilöllisesti rakentuvaa ammatillista identiteettiä, myös aktiivista toimijuutta. Tietoisuus omasta ammatillisesta identiteetistä ja osaamisesta mahdollistaa oman työn näkyväksi tekemisen, sekä oman osaamisen ja vahvuuksien markkinoinnin. Kiire ja työn kasvavat vaatimukset eivät aina jätä aikaa ja tilaa oman työtoiminnan ja sen vaikutusten reflektoinnille

ja pohdinnalle. Nämä ovat kuitenkin välttämättömiä työssä oppimiselle ja identiteetin uudelleenmäärittelylle.

Fysioterapeutin työnkuva on muuttumassa. Suoravastanottojärjestelmät ja laajeneva työnkuva edellyttävät uudenlaista orientoitumista ja uuden oppimista. Muutos on käynnissä koko Euroopan mittakaavassa ja samalla tutkintojärjestelmää yritetään uudistaa yhtenäisempään suuntaan. Samanaikaisesti Suomessa paikallistasoilla opetuksen järjestämisen ja sisällön vastuu keskittyy yhä voimakkaammin oppilaitoksille. Uudenlaisiin tehtäviin annettava lisäkoulutus on vaihtelevaa, jos sitä ylipäätään on tarjolla.

Oma työni on osa laajempaa tutkimushanketta, jossa fysioterapeutit käyvät strukturoidun suoravastanottokoulutuksen ennen uusiin tehtäviin siirtymistään. Tässä pro gradu- työssäni kiinnostus kohdistui osaamiseen; halusin tutkimuksessani selvittää, miten suoravastanottokoulutusta aloittamassa olevat fysioterapeutit käsittivät osaamisensa. Suurella osalla heistä oli koulutuksen alkaessa runsaasti työkokemusta ja uskoakseni melko vakaaksi muodostunut ammatillinen identiteetti.

Tutkimus perustuu haastatteluaineistoon ja kirjoitettuihin ennakkotehtäviin. Tutkimuksen taustafilosofia ja lähestymistapa on fenomenografinen. Kaikki teoreettinen mallintaminen ja artikkelien haku on tapahtunut vasta saatua aineiston analyysin valmiiksi. Siitä huolimatta vaikeutena on ollut oman ennakkotietämyksen ja asenteen sulkeistaminen ja liiallisista omista tulkinnoista pidättäytyminen.

Tutkimuksen tueksi tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin kliinistä osaamista, joka on vain yksi osa fysioterapeutin ammatillista osaamista. Tämän tutkimuksen haastatteluaineiston puheissa avautui käytännön tekemisen takana oleva osaamismaailma, jossa fysioterapeutin osaaminen näyttäytyi juuri sellaisena kuin se on. Monimenetelmäisenä, moniammatillisena, asiakaslähtöisenä ja alati muuntuvana. Muutostilanne aiheutti paljon pohdintaa käytännön järjestelyjen näkökulmasta.

Kompleksiseksi fysioterapeutin lähestymistavan tekee mm. se, että yhtä ainoa oikea tapaa asiakkaan ongelman kohtaamiseen ei ole. Riippumatta siitä kuinka vahvaan tutkimusnäyttöön perustuvia valintoja fysioterapeutti tekee, lopputulos ei ole läheskään aina ennustettavissa. Ei silloinkaan, kun asiakas on motivoitunut ja suorittaa tunnollisesti hänelle annetut harjoitteet. Fysioterapiassa kipupotilas on suuri haaste, kuten terveydenhuollossa yleensä. Tämä tuli myös tutkimukseni aineistossa esille. Fysioterapiassa on hyväksyttävä

tietty terapeuttisen onnistumisen ”harmaa” alue, jossa onnistumisen kriteerit ovat monitahoisia, eivätkä aina biolääketieteellisessä mielessä mitattavia. Lähtökohtaisesti on tärkeää että asiakkaan kanssa dialogissa voidaan määrittää yhteinen tavoite ja siten myös mahdollisimman realistiset odotukset. Haastatteluista ja teksteistä nousi esille tiettyjä fysioterapiaan liittyviä käsityksiä, joista muodostuneisiin teemoihin pohjautuen muodostin työni teoreettisen osuuden.

## **2 AMMATILLINEN OSAAMINEN**

Kvalifikaatio, pätevyys ja kompetenssi ovat ammatillisen osaamisen peruskäsitteitä jotka lähteestä riippuen ymmärretään monella tavalla. Ammattikasvatuksen alueella työelämäkvalifikaatioilla tarkoitetaan työntekijän työssä ja työorganisaatiossa tarvitsemia valmiuksia ja ammattitaitovaatimuksia. Ammatillisen pätevyyden voidaan katsoa tarkoittavan ammatissa tarvittavaa vähimmäisosaamistasoa. Kompetenssilla viitataan työntekijän valmiuksiin (kykyjä ja ominaisuuksia) suoritua tietystä tehtävästä. Se on henkilökohtaista osaamista ja taitojen soveltamista sosiaalisessa kontekstissa. Osaamiseen liittyy myös hiljainen tieto (tacit knowledge) joka on usein tiedostamatonta ja kokemukseen perustuvaa ymmärrystä ja tulkintaa (Helakorpi 2005, 58; Viitala 2005, 114-115).

Ruohotien (2007) mukaan ammatillinen kompetenssi viittaa suorituspotentiaaliin tai kykyyn suoriutua ammattiin kuuluvista ja työorganisaation arvostamista työtehtävistä ammatillisesta tietämyksen ja taidon avulla. Ammatillisen kompetenssin taustalla ovat ennen kaikkea kyvyt ja aiemman elämänhistorian aikana kumuloitunut osaaminen. Kompetenssien kehittyminen on jatkuva prosessi: siinä yksilö omaksuu ja vahvistaa taitojaan yltääkseen yhä parempiin suorituksiin (Ruohotie ym. 2007).

Toomin (2008) mukaan kompetenssi on tiedon ja taitojen efektiivistä käyttöä erityisissä ja kompleksisissa tilanteissa. Lisäksi tarvitaan kykyä valita relevanttia tietoa ja taitoja tiettyyn kontekstiin, jotta tehokas ja merkityksellinen toiminta olisi mahdollista. Kompetenssit edustavat sekä toimintaa että taustalla olevaa kognitiivisia taitoja. Tieto, taidot, asenteet, metakognitio ja strateginen ajattelu sisältyvät kompetenssin käsitteeseen, kuten myös oletus tietoisesta ja intentionaalisesta päätöksenteosta. Käsitteenä kompetenssi ilmaisee yksilön ja ammatillisen yhteisön välillä olevia yhteyksiä (Toom 2008, 42-43).

Kompetenssi holistisena käsitteenä viittaa henkilön kokonaiskapasiteettiin kun taas kompetenssit viittaavat erityisiin kykyihin. Kompetenssit ovat laaja-alaisia osaamisvalmiuksia, jotka mahdollistavat kompleksisten ongelmien kanssa toimimisen. OECD:n Definition and Selection of Competencies (DeSeCo) projektissa määriteltiin kompetenssi kyvyksi menestyksekkäästi vastata tietyn alueen komplekseihin vaatimuksiin (OECD 2003).

Kompetenssit voidaan jakaa formaaleihin, tutkinnon määrittelemiin kompetensseihin ja henkilökohtaisiin kompetensseihin. Tutkinnon määrittelemät kompetenssit ovat niitä, jotka jokin koulutusinstituutio on määritellyt antamansa tutkinnon tavoitteiksi ja jotka opiskelija koulutusinstituution tai jonkin muun tahon mittarein arvioituna hallitsee. Henkilökohtainen kompetenssi taas sisältää formaalien kompetenssien lisäksi tai kompetensseja, jotka voivat olla monin eri tavoin hankittuja (Helakorpi 2005).

Elinikäinen oppiminen käsitteenä on laaja ja sitä käytetään sekä arkipäivän informaalista ja satunnaisesta oppimisesta että työhön liittyvästä jatkuvasta osaamisen kehittämisestä. Työssä elinikäistä oppimista pidetään ammatillisena perusvelvoitteena joskaan sen sisältöjä ja tavoitteita ei välttämättä ole määritelty. Joihinkin ammatteihin sisältyy täydennyskoulutusvelvoite ja monilla aloilla lisäkouluttautuminen ja osaamisen päivittäminen on välttämätöntä nopeissa muutoksissa tai ammatillisen kilpailuedun saavuttamiseksi. Elinikäisen oppimisen strategia on kirjattu myös World Confederation for Physical Therapy:n (WCPT) toimintaohjelmaan (WCPT guideline 2013).

EU- komissio tukee elinikäisen oppimisen strategioita ja konkreettisia toimia eurooppalaisen elinikäisen oppimisen toteuttamiseksi. Tämä tavoite on keskeinen osa Lissabonin strategiaa ja etenkin "Koulutus 2010" -työohjelmaa. Euroopan unionin koulutuspolitiikka tahtoo kannustaa ihmisiä uusien tietojen elinikäiseen hankkimiseen, koska tulevaisuuden yhteiskunta on ennen kaikkea ”kognitiivinen yhteiskunta” (Euroopan unioni 1995).

Suomessa elinikäinen oppiminen on määritelty yhdeksi koulutuspolitiikan näkökulmaksi. Elinikäinen oppiminen on kehittymistä arjen ja työn erilaisissa tilanteissa sekä koulutukseen osallistumista. Perheet, työpaikat ja arjen sosiaaliset ympäristöt ovat tärkeimpiä elinikäisen oppimisen mahdollistajia tai esteitä. Yksilölle ja yhteisölle oppiminen luo keinoja selviytyä ympäristön muutoksissa (Elinikäisen oppimisen neuvosto 2013).



Elinikäisen oppimisen käsitteellä otetaan haltuun koko ihmisen elinkaari. Ihmisten elämässä ei ole enää nähtävissä selkeää uraa lapsuudesta työn kautta vanhuuteen, vaan elämään liittyy opiskelua, ammatin ja alan vaihdoksia sekä jatkuvaa sopeutumista muutoksiin ja uusiin vaatimuksiin (Koivunen, Lämsä, Heikkinen 2012). Elinikäisen oppimisen strategiassa on kysymys sekä muodollisesta että epämuodollisesta oppimisesta. Formaalin, muodollisen oppimisen kohdalla elinikäinen oppiminen liitetään useimmiten aikuiskoulutukseen. Muodollisen koulutuksen standardit on perinteisesti päättänyt ja punninnut opetusministeriö tai jokin muu julkinen organisiimi. Epämuodollisen oppimisen standardit on punnittu yritysten ja ammatillisten yhteisöjen tai itse oppijoiden toimesta (Rinne 2006).

### **3 FYSIOTERAPIAN AMMATILLISET KOMPETENSSIT JA KVALIFIKAATIOT**

European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE) on Eurooppalainen fysioterapiakoulutuksen yhteistyöelin jonka pyrkimyksenä on yhtenäistää fysioterapiakoulutusta ja tutkintorakenteita, ylläpitää koulutuksen korkeaa standardia kattojärjestön World Confederation for Physical Therapy:n suositusten mukaisesti ja tukea tutkimuksellista yhteistyötä. Tavoitteena on tutkintojen läpinäkyvyys ja työvoiman helppo liikkuvuus koko Euroopan alueella. Lisäksi periaatteena on elinikäinen oppiminen ja sen tukeminen (ENPHE 2013).

ENPHE on määritellyt fysioterapeutin ammatillisen pätevyyden edellyttämät ammatilliset kompetenssit ja kvalifikaatiot. Yleiset kompetenssit on jaoteltu instrumentaalisiin, interpersoonallisiin ja systeemisiin kompetensseihin. Opetusministeriön korkeakoulututkinnoille 2005 laatiman viitekehyksen kompetenssijaottelu on yhteneväinen ENPHE:n jaottelun kanssa. ENPHE on lisäksi määritellyt fysioterapeuttien eri tutkintotasojen edellyttämät ammatilliset kvalifikaatiot (Opetusministeriö 2005, 13; ENPHE 2013).

Instrumentaalisia kompetensseja ovat kaikki ammatillisen osaamisen edellyttämät taidot joita käytetään osaamisen välineinä. Ne ovat erilaisia kognitiivisia, metodologisia ja teknologisia taitoja, sekä verbaalista osaamista. Instrumentaaliseksi kompetensseiksi voidaan lukea ammatillinen perusosaaminen, viestintätaidot, yleissivistys, vieraiden kielten hallinta, informaatioteknologiset perustaidot ja kyky käsitellä informaatiota. Kognitiivisiin taitoihin kuuluvat mm. ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokyky, kyky tehdä analyyseja ja synteesejä, sekä kyky organisoida ja suunnitella (Opetusministeriö 2005, 13).

Interpersoonallisiin kompetensseihin kuuluu erilaisia henkilökohtaisia kykyjä ja sosiaalisia taitoja. Niihin sisältyvät mm. yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, eettisyys, empatia, erilaisuuden ja monikulttuurisuuden ymmärtäminen ja arvostaminen, sekä kyky kriittiseen ja itsekriittiseen ajatteluun ja työskentelyyn. Työelämässä näitä kompetensseja tarvitaan esimerkiksi moniammatillisessa toiminnassa, tiimityöskentelyssä ja erilaisten ihmisten ja kulttuurien kohtaamisessa. Oman osaamisen ja päätöksenteon kriittinen arviointi edellyttää metakognitiivisia taitoja (Opetusministeriö 2005, 13).

Metakognitio on tietoisuutta omista kognitiivisista toiminnoista ja näiden toimintojen säätelyä. Erityisten ammatissa tarvittavien kykyjen, kompetenssien, saavuttamiseksi fysioterapeutilla on oltava metakognitiivisia taitoja, kuten joustavan ajattelun taitoa, itsetuntemusta ja kykyä kriittiseen itsereflektioon. Metakognitiiviset taidot ovat tietoisia strategisia valintoja. Ne ovat oppimisen ylärakennetta eli oppija oppii suunnittelemaan, hallitsemaan ja arvioimaan omaa toimintaansa. Osaamisen kehittämisen lisäksi metataidot vaikuttavat ammatillisena varmuutena tai epävarmuuden hallintana (Helakorpi 2005, 92; Black ym. 2010).

Systemiset kompetenssit ovat ominaisuuksia jotka ovat edellytyksenä kokonaisten järjestelmien hallinnalle. Systeminen kompetenssi yläkäsitteenä edustaa esim. johtajuutta, prosessienhallintaa ja verkosto-osaamista. Toisaalta systeminen kompetenssi alemman tason käsitteenä tarkoittaa korkeaa kognitiivista osaamista ja motivaatiotekijöitä; kompetensseja jotka eivät enää ole väline ammatilliseen suoriutumiseen vaan edellyttävät uusia taitoja tai kykyjä. Systemisiä kompetensseja ovat siten myös mm. sellaiset ominaisuudet kuin aloitteellisuus, luovuus, laatu-tietoisuus, halu kehittyä, oppimiskyky, joustavuus ja sopeutumiskyky, kyky työskennellä itsenäisesti, kyky soveltaa tietoa käytäntöön, sekä kyky ymmärtää prosesseja (Opetusministeriö 2005).

Opetusministeriön mukaan terveysalan ammattikorkeakoulutasoisten koulutusohjelmien kompetenssit on jaettu yleisiin kompetensseihin ja ammattispesifeihin kompetensseihin. Fysioterapeuttikoulutuksen tavoitteiden mukaan fysioterapeutin ammatillinen osaaminen muodostuu fysioterapian taidollisesta osaamisesta ja taitojen soveltamisesta käytäntöön, eettisestä toiminnasta ja yhteistyöstä, sekä tutkimus- ja kehittämistyöstä ja johtamisesta. Edellisten jaottelujen tavoin tässäkin määrittelyssä voidaan erottaa instrumentaaliset, interpersoonalliset ja systemiset kompetenssivaatimukset (Opetusministeriö 2006, 29).

#### 4 SUORAVASTAANOTTOTOIMINTA FYSIOTERAPIASSA

Fysioterapeuttien suoran vastaanottotoiminnan yleistymisen ja tehtäväkuvan muutokset ovat lisänneet tutkimuksellista kiinnostusta fysioterapeutin osaamiseen. Fysioterapeuttien vähintäänkin osittainen itsenäinen vastaanottotoiminta on mahdollista USA:ssa 48:ssa osavaltiossa, sekä osissa Kanadaa vakuutusjärjestelmistä riippuen (APTA 2011; Boyles ym.2011; Boissonnault ym. 2011; Hogg-Johnson 2011). Australiassa suoravastaanottotoiminta on ollut mahdollista jo n. 30 vuotta (Stokes & Bury 2011).

Bury ja Stokes (2013) sekä Scheermesser ym. (2011) ovat kartoittaneet suoran vastaanottotoiminnan käyttöönottoa WCPT:n jäsenvaltioissa (101kpl) ja Euroopan alueella yleensä. Vastausprosentin alhaisuudesta johtuen kattava johtopäätösten teko ei ollut mahdollista. Scheermesserin ym. (2011) ja Leemrijzen ym. (2008) tutkimusten mukaan Britanniassa, Skandinaviassa ja Hollannissa suora vastaanottotoiminta on käytössä vaihtelevin käytännöin (Leemrijse ym 2008; Scheermesser ym. 2011). Monissa maissa yksityiset palveluntuottajat tarjoavat mahdollisuutta suoraan vastaanotolle pääsyyn ilman lähetettä. Kustannukset käynnistä maksaa asiakas täysimääräisesti itse. Käytännön vakiintuminen ja vastuukysymykset edellyttävät muutoksia vakuutusosoikeuden ja lainsäädännön tasolla, jotta fysioterapeutin itsenäinen toiminta voidaan sisällyttää sairausvakuutusjärjestelmään (Bury & Stokes 2013).

Suomessa fysioterapeutin suora vastaanottotoiminta on käynnistynyt erilaisina perusterveydenhuollon hankkeina. Kukan (2010) selvityksen mukaan perusterveydenhuollon tasolla fysioterapeutin läheteetön vastaanottokäytäntö palvelee tavallisimmin akuuteista selkäkivuista kärsiviä potilaita. Neuvontapainotteista poliklinikkatoimintaa on pyritty kehittämään eri puolilla Suomea ja erilaisia hankkeita on käynnissä useissa kunnissa (Kukka 2010). Keski-Suomessa on käynnistymässä TULES-potilaiden suoravastaanottotoiminta, johon tähtäävä koulutus järjestettiin Jyväskylässä vuosien 2012-2013 aikana. Tavoitteena on juurruttaa toimiva malli fysioterapian suoravastaanottotoiminnalle sekä kouluttaa osaava fysioterapiahenkilöstö, joka pystyy hoitamaan TULES-potilaat näyttöön perustuen (Ylinen ym 2012).

Tutkimuksissa on osoitettu suoran fysioterapiakontaktin hyödyllisyys ennen kaikkea nopeana hoitoon pääsynä (Mitchell & Lissovoy 1997; Daker-White ym.1999; Ferguson ym. 1999; Hattam & Smetham 1999; Hourigan 2004; Childs ym. 2005; Lau ym. 2008). Lisäksi

käyntikertoja järjestelmässä on kertynyt vähemmän kuin lääkärin läheteellä fysioterapiaan hakeutuneilla (Hourigan 2004; Aiken ym. 2008; Leemrijse ym. 2008). Nopea hoitopääsy on lisännyt potilastyytyväisyyttä (Hattam ym. 2004; Pinnington ym. 2004; Lau ym. 2008; Ruston ym. 2008; Webster ym. 2008) ja ehkäissyt toimintakyvyn alenemisen pitkittymistä, sekä jatkohoidon tarvetta (Addley ym. 2010; Elliott ym. 2011). Fysioterapeutin suoran vastaanottotoiminnan voidaan katsoa tuottavan kustannussäästöjä useasta eri näkökulmasta arvioituna (Harrison ym. 2001; Robertson ym. 2003; Pinnington ym. 2004; Childs ym. 2005; Elliott ym. 2011; Taylor ym. 2011).

Suoravastaanottotoimintaan on liitetty useissa maissa myös fysioterapeutin tehtäväkuvan laajentamista. Fysioterapeutit ovat saaneet koulutusta mm. rtg-tutkimukseen ja paikallisten lääkeinjektioiden antamiseen (Daker-White ym.1999; Gardiner & Wagstaff 2001). Malli on laajentunut käyttöön mm. Britanniassa, Australiassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Yhdysvaltojen puolustusvoimien fysioterapeuteilla on mahdollisuus hyvin itsenäiseen praktiikkaan. Sekä potilaiden läheteetön vastaanotto, että laaja-alainen mahdollisuus lähettää potilaita jatkohoitoon ja –tutkimuksiin ovat vakiintuneet käytäntöön (Childs ym. 2005).

Englanninkielisissä maissa on laajennettua tehtäväkuvaa toteuttavasta terapeutista yleisesti käytössä termi ”extended scope practioner” (ESP). Sillä tarkoitetaan fysioterapeuttia tai toimintaterapeuttia jolla on ammatillinen ja tehtävään erikoistunut valmius toimia terveydenhuollossa omaa perinteistä ammatillista tehtäväkenttäänsä laajemmin (Gardiner & Turner 2002; Hattam 2004; Li ym. 2009). Useamman vuoden työkokemus ja syventävä kouluttautuminen lisäävät fysioterapeutin diagnosointiosaamista, sekä taitoja potilaan jatkohoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitomenetelmien valinnassa (McClellan ym. 2006). ESP-fysioterapeutilla on mahdollisuus arviointinsa perusteella lähettää potilas muun alan specialistille tai jatkotutkimuksiin ja tehdä ensiarvio esim. kirurgisen hoidon tarpeesta (Hattam 2004; Boyles ym. 2011).

Asianmukaisen lisäkoulutuksen jälkeen ESP-fysioterapeutit ovat voineet saada oikeudet määrätä potilaalle tulehduskipulääkkeitä, antaa intra- ja ekstra-artikulaarisia steroidi-injektioita ja analgeetteja, sekä määrätä potilaille laboratoriotutkimuksia, ENMG- ja kuvantamistutkimuksia (Hattam ym. 2004; Moore ym. 2005; Robertson ym. 2006; Ruston ym. 2008 ). Tavallisimmin oikeus on koskenut natiiviröntgenkuvauksia, mutta osin myös MRI- ja ultraäänikuvauksia. Fysioterapeutilla voi olla myös oikeus käyttää itsenäisesti

ultraäänikuvausta diagnostisessa merkityksessä sekä injektiohoidon tukena (Callaghan ym. 2012).

Tutkimusten perusteella ESP-fysioterapeutit sijoittuvat ennen kaikkea ortopedisen poliklinikkatoiminnan kentälle. Arvioitavaksi saapuvat potilaat ohjataan ensisijaisesti fysioterapeutille, joka tutkimuksensa perusteella lähettää potilaan tarvittaessa specialistille ja/ tai lisätutkimuksiin fysioterapian ja ohjauksen osoittautuessa riittämättömiksi toimenpiteiksi. Fysioterapeutteja toimii laajennetuissa tehtävissä myös tulehduksellisten nivelsairauksien hoitolinjauksien arvioinnissa ja hoidon toteutuksessa (Li ym. 2009; Lundon ym 2009; Lineker ym. 2011), sekä ensihoidon parissa päivystyspoliklinikoilla (Jibuike ym. 2003; Richardson ym. 2005; McClellan ym. 2006; Lau ym. 2008; Moliney ym. 2009; Anaf & Sheppard 2010; Kilner & Sheppard 2010; Taylor ym. 2011).

Suomessa fysioterapeuttien toimintaoikeudet ovat lääkitysten ym. osalta rajoittuneet mahdollisuuteen antaa suosituksia koskien reseptivapaita tulehduskipulääkkeitä. Terveyskeskuksissa on useilla paikkakunnilla otettu käyttöön järjestelmä, jossa TULE-ongelmaiset potilaat ohjautuvat lääkärissä käynnin sijasta akuuttivastaanoton fysioterapeuttien päivystysajalle. Fysioterapeutilla on oikeus 1-5 vuorokautta kestävästä sairausloman kirjoittamiseen, sekä sopivan kipulääkityksen suosittelemiseen. Erikoissairaanhoidossa tehtäviä on siirretty kokeneille erikoisalallaan lisäkoulutusta saaneille fysioterapeuteille, esimerkkinä mm. nivelkirurgiaan liittyvät preoperatiiviset ohjaukset, postoperatiiviset kontrollit ja -seurannat sekä yksilöllisten liikkumisen apuvälineiden hankintapäätökset (Kukka 2010).

## **5 FYSIOTERAPEUTIN ASiantuntijuus Tutkimusten Valossa**

Tutkimusten perusteella lisäkoulutus, kokemus, työn sisällölliset osaamishaasteet ja mahdollisuus itsenäiseen työskentelyyn näkyvät lisääntyneenä varmuutena fysioterapeutin kliinisessä osaamisessa. Fysioterapeuttien ammatillista osaamista on useissa tutkimuksissa kartoitettu kliinistä tutkimusasetelmaa käyttäen. Tutkimuksissa on mm. verrattu fysioterapeutin ja erikoislääkärin diagnoosien ja/ tai hoitosuosituksen yhteneväisyyttä tai fysioterapeutin johtopäätöksiä verrattuna kuvantamislöydöksiin (Dickens ym. 2003; Laslett ym. 2005; McKay ym. 2007; O'Donoghue & Hurley-Osing 2007; Oldmeadow ym.2007). Samasta aiheesta on myös retrospektiivisiä analyysejä joissa lähteenä on käytetty

potilasasiakirjoja (Gardiner & Turner 2001; Hattam 2004; Moore ym. 2005; Blackburn ym. 2009; Oakes 2009; Trompeter ym. 2010; Parfitt ym. 2012).

Tutkimustulosten mukaan fysioterapeutit ovat osoittaneet korkeaa kliinistä pätevyyttä mm. lonkka- ja polviartroosin aiheuttaman haitan ja tekonivelleikkauksen tarpeen arvioinnissa (McKay ym. 2007; Aiken ym. 2008; Parfitt ym. 2012), polven pehmytkudosvammojen ja olkanivelvammojen diagnostiikassa (Gardiner & Turner 2001; Hattam 2004; Oldmeadow ym. 2007; Aiken & McColl 2008; Trompeter ym. 2010), sekä alaselän toimintahäiriön syyn selvittämisessä (Hattam 2004; Laslett ym. 2005; Oldmeadow ym. 2007; Blackburn ym. 2009). Mooren ym. (2005) tutkimuksessa fysioterapeuttien osuvasti diagnosoimien ortopedisten ongelmien kirjo oli hyvin laaja.

Fysioterapeuttien tiedollista TULES-osaamista verrattuna muiden lääketieteen alan ammattilaisten osaamiseen on pyritty arvioimaan mm. kyselytutkimuksilla. Childs ym. (2005) selvitti standardoitujen koekysymysten avulla kokeneiden fysioterapeuttien ja fysioterapiaopiskelijoiden kliinistä TULES-osaamista. Tuloksia verrattiin aiemmissä tutkimuksissa muille lääketieteen eri alojen ammattiryhmille ja lääketieteen opiskelijoille tehtyihin vastaaviin testauksiin. Koulutettujen fysioterapeuttien osaamisen taso osoittautui tutkimuksessa korkeaksi; fysioterapeutteja parempiin tuloksiin aiempien tutkimustulosten perusteella ylsivät vain ortopedit. Sekä erikoistumisopintojen että korkeamman tason koulutuksen merkitys näkyi korkeampana osaamisena myös fysioterapeuttien välillä (Childs ym. 2005).

Donato ym. (2004) selvitti kyselytutkimuksen avulla fysioterapeuttien työnkuvaa ja osaamisen tasoa sekä potilaan arvioinnissa että hoitointervention suunnittelussa. Fysioterapeutit oli jaettu ryhmiin tehtäväkuvan perusteella; toisessa ryhmässä fysioterapeutit harjoittivat suoravastaanottotoimintaa, toinen ryhmä otti työssään potilaat vastaan lähetteen perusteella. Kaikilla arvioiduilla osa-alueilla potilaita suoraan vastaanottavat fysioterapeutit osoittivat menetelmien laajempaa hallintaa. Heidän tehtäviinsä kuului runsaammin erotusdiagnostiikkaa muiden sairauksien osalta ja heidän työnkuvaansa sisältyi kuvantamisen ja lääkehoidon tarpeen arviointia. Osaaminen oli laajempaa sekä tiedollisten että taidollisten kompetenssien osalta (Donato ym. 2004).

## 5.1 Näyttöön perustuvat tutkimus- ja hoitokäytännöt

Terveystieteiden ja sairauksien hoitoon on laadittu yhteneviä, vahvaan tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitolinjauksia. Suositukset perustuvat laajoihin kansainvälisesti tunnustettuihin tutkimuksiin. Lääkäriseura Duodecimin Käypä hoito- ohjeisto pyrkii tukemaan ja koordinoimaan laadukkaiden ja näyttöön perustuvien hoitosuositusten laadintaa ja levitystä Suomessa (Käypä Hoito 2013). Näyttöön perustuva toiminta on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua, potilaan tahtoa ja arvoja kunnioittavaa käyttöä sairauden tai toiminnanvajavuuden hoidossa. Tavoitteena on vastata potilaan hoidollisiin tarpeisiin käyttäen vaikuttaviksi tunnistettuja ja turvallisia menetelmiä ja hoitokäytäntöjä (Käypä Hoito 2013; WCPT 2013).

Parhaalla ajantasaisella tiedolla tarkoitetaan luotettavaa tutkimustietoa tai sen puuttuessa muuta luotettavaksi arvioitua tietoa, esim. asiantuntijoiden konsensusta asiasta. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään myös asiantuntijan kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista, sekä potilaalta ja asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa hänen elämäntilanteestaan ja resursseistaan. Tutkimusnäyttöä hyödynnettäessä huomioidaan näytön vahvuus, joka vaihtelee käytetyn tutkimusasetelman ja tutkimuksen laadun mukaan. Vahvinta näyttöä edustavat järjestelmälliset katsaukset ja luotettavaksi arvioituun tutkimusnäyttöön perustuvat suositukset (Hotus 2013).

Tavoitteena on, että terveydenhuoltohenkilöstö tuntisi suositusten sisällön voidakseen tarjota potilaille korkeatasoisinta mahdollista ajantasaista tutkimustuloksiin perustuvaa hoitoa. Myös fysioterapialta odotetaan korkeatasoista ja päivitettyä osaamista ja kliinisen päättelyn taitoa, joka perustuu sekä kokemukseen että näyttöön perustuvaan tietoon ja menetelmien hallintaan. Overmeerin ym. (2005) mukaan alaselkäkivun hoitosuositukset ovat hyvä esimerkki kansainvälisesti yhteneväisistä hoitolinjauksista. Tutkimus tuottaa kuitenkin jatkuvasti uutta tietoa, jonka siirtäminen käytäntöön edellyttää suositusten päivittämisen lisäksi terveydenhuoltohenkilöstöltä jatkuvaa aktiivisuutta oman osaamisen ylläpitämisessä (Overmeer ym. 2005).

Fysioterapian vaikuttavuuden ja hyödyllisyyden kannalta pidetään tärkeänä terapian näyttöperustaisuutta, eli systemaattista tutkimustietoon perustuvaa lähestymistapaa ja kliinistä päättelyä. Useissa tutkimuksissa tieteellistä luotettavuutta on arvioitu empiiristen tutkimusten, ennen kaikkea satunnaistettujen koe-kontrolli-tutkimusten (RCT) kautta. RCT-tutkimus on

perinteisesti edustanut kultaista standardia. Tutkimusten laadullinen validius ja reliaabelius on perustunut kokeellisuuteen, koeyksiköiden/ toistojen suureen määrään, koe-kontrolliasetelmaan ja satunnaistamiseen (Thomas ym. 2010).

Fysioterapiatutkimus pääsi vauhtiin varsinaisesti vasta 90-luvulla, mutta sen jälkeen tutkimusten määrä on lisääntynyt lähes eksponentiaalisesti. Vapaasti käytettävässä fysioterapiatutkimusrekisterissä, Physiotherapy Evidence Databases (PEDro) oli RCT-tutkimuksia vuonna 1980 441 kpl, marraskuussa 2013 niitä oli 21014 kpl. Vuodesta 2000 randomisoituja fysioterapiatutkimuksia on julkaistu keskimäärin 1200 vuodessa, todellisuudessa kasvu on ollut muodoltaan lineaarista. Näin nopealla fysioterapian tutkimuskulttuurin muutoksella on huomattavia vaikutuksia sekä fysioterapiakoulutukseen että käytännön praktiikkaan. Voidaan todeta että vuonna 1980 valmistuneilla fysioterapeuteilla oli käytössään vain 2% siitä tutkimustiedosta, mitä tämän päivän valmistuvilla terapeuteilla on (PEDro 2013).

Näyttöön perustuvaa fysioterapiaa on määritelty mm. kliinisen päättelyn prosessina, jossa potilaan toimintakyöngelmasta muodostetaan kliininen tutkimuskysymys (Sackett 2000). Tähän kysymykseen lähdetään etsimään vastausta evidenssin kautta; haetaan parasta saatavissa olevaa ja luotettavinta tietoa kysymykseen vastaamiseksi. Herbertin ym. (2001) mukaan kliinisen päättelyn prosessin lähtökohta on tiedon epävarmuus; olemassa olevan tiedon heikkojen kohtien tunnistaminen. Vaikka tietämistä ja osaamista voidaan pitää hyvän kliinikon tunnusmerkkeinä, tässä tarkoitettu epävarmuus ei tarkoita epäonnistumista, vaan tiedonhankinnan ongelmalähtöistä käynnistämistä ja vakiintuneiden käytäntöjen kyseenalaistamista (Herbert ym. 2000). Tarkka ongelman määrittely fokusoii tiedonhankintaa ja helpottaa tarkoituksenmukaisen tiedonhaun organisoimista ja erottamista irrelevantista (Iles & Davidson 2006). Kriittisesti arvioitu tutkimustieto siirretään omaan kliiniseen osaamiseen potilaan toimintakykyä edistämään. Lopuksi arvioidaan sekä intervention vaikuttavuutta että kliinisen päättelyn prosessin eri vaiheita (Sackett 2000).

Jette ym.(2003) on myös määritellyt kliinisen osaamisen lähtökohdaksi tietämyksessä olevien puutteiden tunnistamisen. Kliinisesti relevanttia kysymyksenasettelua seuraa kriittinen tiedonhankinta ja tutkimuskirjallisuuteen perehtyminen. Kriittisyyteen liittyy tutkimusten validiuden ja näytön asteen tunnistaminen. Hankittua tietoa sovelletaan tarkoituksenmukaisesti potilaan ongelman ratkaisemisessa, hänen arvojensa ja päämääriensä mukaisesti, käytettävissä olevat resurssit huomioiden. Minkä tahansa osa-alueen tai vaiheen



epäonnistuminen estää näyttöön perustuvien käytäntöjen toteutumisen (Jette ym. 2003). Mannis & Darrahin (2006) käsityksen mukaan fysioterapeutin kliinisen päättelyn prosessi on samankaltainen kuin tutkimusprosessi. Ensin muodostetaan kliininen tutkimuskysymys käyttäen perustana toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Evaluoinnissa käytetään hyväksytyjä, luotettavia tulostittareita. Erona tutkimustyöhön kliinisessä työssä fokusoidutaan yhteen potilaaseen kerrallaan, eikä ulkoisten muuttujien vaikutusta voida hallita (Mannis & Darrah 2006).

Huolimatta tieteellisen tutkimuksen voimakkaasta kasvutendenssistä, näyttöön perustuva fysioterapia on juurtunut hitaasti käytäntöön. Tärkeimpinä käytännöllisen tiedon lähteinä ovat olleet kollegat ja alan julkaisut. Fysioterapiaan liittyvää spesifiä kirjallisuutta ja tutkimusraportteja on ollut niukasti käytettävissä aina 90-luvulle saakka. Menetelmäosaamista kuten neurologista osaamista, manipulatiivisia taitoja ja terapeuttista harjoittelua on opiskeltu peruskoulutuksen jälkeisillä kursseilla (Turner 2001).

Tutkimusten perusteella fysioterapeutit asennoituvat myönteisesti näyttöön perustuvaan fysioterapiaan (Kamwendo ym. 2002; Jette ym. 2003; Iles & Davidson 2006; Grimmer-Somers ym.2007; Fruth ym. 2010; Nilsagård & Lohse 2010). Kirjallisuuteen ja tutkimustuloksiin perehtymistä pidettiin tärkeänä (Schreiber ym. 2009; Heiwe ym. 2011; Dannapfel ym. 2013). Käytännön praktiikassa valintojen tutkimusnäyttöön perustuvuus koettiin tarpeelliseksi ja hyödylliseksi. Sen uskottiin parantavan hoidon laatua (Nilsagård & Lohse 2010; Salbach ym. 2010) ja helpottavan kliinistä päätöksentekoa (Jette ym. 2003; Salbach ym. 2010). Myönteinen asenne korostui nuoremmissa ikäryhmissä, joissa valmistumisesta oli alle 5 vuotta. Asenteisiin vaikutti ennen kaikkea valmistumisesta kulunut aika, ei ikä vuosina (Jette ym. 2003). Myös korkeampi koulutus näkyi tutkimusmyönteisyytenä (Kamwendo ym. 2002; Nilsagård & Lohse 2010; Zidarov ym. 2013), kuten myös työhön liittyvä opetusvelvollisuus (Kamwendo ym. 2002).

Tutkimusten mukaan näyttöön perustuvan fysioterapian omaksumisessa käytäntöön on suuria eroja. Fysioterapeuttien ilmoittamana näyttöön perustuvaa fysioterapiaa käytti 86% fysioterapeuteista (Nilsagård & Lohse 2010) ja sitä tukevaa tutkimuskirjallisuutta käytti säännöllisesti Nilsagårdin ja Lohsen tutkimuksessa 28%, Salbachin ym. (2010) tutkimuksessa n. 30% ja Iles & Davidsonin (2006) tutkimuksessa 70% fysioterapeuteista. Tieteellisiä tietokantoja (CINAHL, Medline, Cochrane ja PEDro) käytti työssään n. viidennes Iles &

Davidsonin tutkittavista. Hiljattain valmistuneet osoittivat parempia tiedonhankintataitoja, mutta tiedon siirtyminen näyttöön perustuviksi käytännöiksi työhön, ei ollut sen näkyvämpää kuin muillakaan osallistuneilla (Iles & Davidson 2006).

Jetten ym. (2003) tutkimuksessa 85% tutkituista katsoi tarpeelliseksi lisätä näyttöön perustuvia käytäntöjä omassa praktiikassa. Mikhail ym. (2006) tulivat siihen johtopäätökseen, että fysioterapeutit käyttivät tutkimustuloksia työnsä tukena (68%), mutta pääosin tukeuduttiin tutkimuksiin joiden näyttöaste oli vähäinen, tai sitä ei ollut lainkaan. Korkeatasoisiin tutkimuksiin tukeutuivat hiljattain valmistuneet ja lisäkoulutusta aktiivisesti hankkineet fysioterapeutit (Turner 2001; Mikhail ym. 2006). Overmeerin ym. (2005) tutkimuksessa fysioterapeuteista 37% ei tuntenut alaselän kivun kansallisten hoitolinjausten sisältöä. 54% tutkituista kuitenkin piti näyttöön perustuvia suosituksia hyödyllisinä. Vajaa puolet fysioterapeuteista arvioi hallitsevansa sekä hoitosuosituksen sisällön että red flag erotusdiagnostiikan (Overmeer ym. 2005). Harting ym. (2009) kartoittivat kansallisten alaselän kivun hoitolinjausten käyttöön vakiintumista saksalaisilla fysioterapeuteilla. Kukaan haastatelluista terapeuteista ei noudattanut ohjeistusta säännönmukaisesti tai koko sisällön osalta. Ohjeita pidettiin liian standardoivina, oman työn luovuutta rajoittavina ja omaan työskentelytapaan sopimattomina (Harting ym. 2009).

Omien tiedonhankintataitojen arviointi vaihteli tutkimuksissa. Mitä vähemmän aikaa koulutuksesta oli, sitä parempina omia taitoja pidettiin. Tiedonhankintataidot ja terminologinen osaaminen olivat yhteydessä myös korkeampaan koulutustasoon (Jette ym. 2003; Iles & Davidson 2006). Kriittiseen tutkimustulosten arviointiin ilmoitti pystyvänsä Nilsagårdin ja Lohsen. tutkimuksesta 70%, Jetten ym. tutkimuksesta 50% ja Iles & Davidsonin tutkimuksesta 25% fysioterapeuteista. Nilsagårdin ja Lohsen (2010) tutkimuksessa 70% tutkituista fysioterapeuteista arvioi osaavansa asettaa pätevän kliinisen kysymyksen.

Useat tutkimukset ovat kartoittaneet tekijöitä, jotka fysioterapeuttien näkökulmasta tukevat tai estävät tutkimukseen ja näyttöön perustuvan tiedon omaksumista omaan vastaanottoimintaan. Tiedonhankinnan, kuten julkaisujen lukemisen ja tietokantahakujen suurimmaksi esteeksi katsottiin ajan puute (Herbert ym. 2001; Kamwendo ym. 2002; Jette ym. 2003; Grimmer-Somers ym. 2007; Fruth ym. 2010; Nilsagård & Lohse. 2010; Bayley ym. 2012) ja puutteet tiedonhakutaidoissa, sekä taidoissa tulkita tutkimustuloksia ja terminologiaa (Maher ym. 2004; Grimmer-Somers ym. 2007; Hannes ym. 2009; Schreiber ym. 2009; Fruth

ym. 2010; Heiwe ym. 2011; Dannapfel ym. 2013). Tutkimusten tulkinta ja validiuden arviointi edellyttää jonkin verran tutkimusmetodien, terminologian ja tilastollisten tunnuslukujen hallintaa. Vaikeutena saattoi olla myös tietoon käsiksi pääseminen. Tietokantojen käyttö ei ole mahdollista kaikilla työpaikoilla, sillä osa tietokannoista edellyttää kirjautumista jonkin instituution tunnuksilla. Vapaasti käytettävien lähteiden tieteellistä luotettavuutta voi olla vaikea arvioida (Jette ym. 2003; Maher ym. 2004; Hannes ym. 2009; Fruth ym. 2010).

Tiedon sovellettavuutta ja yleistettävyyttä omaan potilastyöhön pidettiin haastavana. Samassa sairausrhmässä potilaat eroavat yksilöllisesti toisistaan, kun taas tutkimusaine on valikoitu mahdollisimman homogeeniseksi. Tutkimuksessa suljetaan pois erilaisia vaikuttavia muuttujia tarkoituksellisesti, käytännön terapiatyön toteutuessa vaihtelevissa konteksteissa. Lisäksi tutkimustyö saattaa olla fokusoitunut korostetusti tietyille alueille, ja omaan potilasainekseen liittyvää tutkimusta voi olla vaikea löytää (Jette ym.2003; Maher ym. 2004; Grimmer-Somers ym. 2007; Fruth ym. 2010). Julkaistuihin tutkimustuloksiin sisältyy myös ristiriitaisuuksia ja harhaa, mm. silloin kun tutkimustulosta ei julkaista lainkaan sen jäädessä näytön osalta heikoksi. Menetelmän vaikutus yksilöön sisältää aina epävarmuustekijöitä, jolloin on hyväksyttävä että tutkimustulos on keskimääräinen ja suuntaa-antava. Myös fysioterapian näyttöönkin perustuva käytännön toteutus vaihtelee käytettävissä olevien resurssien mukaan (Herbert ym. 2001; Maher ym. 2004; Bayley ym. 2012).

Yksilöllisessä tiedonhankinnassa itseohjautuvuudella on suuri merkitys. Taustalla olevat asenteet ohjaavat toimintaa ja tiedonhankintaa. Vaikka näyttöön perustuvan fysioterapian ajatellaan parantavan hoidon laatua, helpottavan päätöksentekoa tai olevan tarpeellista, vain oman työkäytännön kannalta relevantti tutkimustieto omaksutaan osaksi kliinistä päätöksentekoa (Salbach ym. 2010). Kiinnostuksen ja motivaation puute mainittiin näyttöön perustuvien käytäntöjen omaksumisen esteeksi kahdessa tutkimuksessa (Fruth ym. 2010; Nilsagård & Lohse 2010). Dannapfel ym. (2013) tarkastelivat näyttöön perustuvan fysioterapian omaksumista motivaation näkökulmasta. Sisäinen motivaatio, kiinnostus ja tiedonhalu vaikuttavat positiivisesti asennoitumisessa tieteellisen tiedon hankintaan ja uusien taitojen omaksumiseen. Mahdollisuus toteuttaa itseään ja toimia omien arvojen mukaisesti näkyy paitsi persoonallisena ja ammatillisena kasvuna, myös ammatillisen identiteetin vahvistumisena. Osa fysioterapeuteista koki tutkimuksiin perehtymisen tärkeäksi asiakkaiden tai auktoriteettitahojen odotusten kannalta, jolloin tiedon hankinta koettiin ulkoapäin

ohjautuneena ja paineita lisäävänä. Motivaatiotekijät saattoivat olla myös välineellisiä kuten ammatillisen statuksen nostaminen tai oman uran edistäminen (Dannapfel ym. 2013).

Maherin (2004) mukaan tutkimusnäytön siirtymistä käytännön fysioterapiatyöhön hidastaa yleinen terveystaloudellinen sekä organisaatioon liittyvät tekijät. Organisaatiossa vakiintuneiden käytäntöjen muuttaminen koettiin työlääksi ja tuen puute esteeksi (Grimmer-Somers ym. 2007; Hannes ym. 2009; Bayley ym. 2012). Hanneksen ym (2009) tutkimuksessa näyttöön perustuvan praktiikan omaksumisen esteitä olivat fysioterapeutin ammatillista asiantuntijuutta rajoittavat asenteet, sekä auktoriteetin ja autonomian puute. Lisäksi yhteistyötahojen kuten lääkäreiden ja potilaiden asenteet, sekä oma rooli organisaatiossa vaikuttivat oman työn kehittämisaktiivisuuteen. Fysioterapeutit käyttivät paljon energiaa uskottavuutensa ja näyttöön perustuvan fysioterapian esilletuomiseen (Hannes ym. 2009). Ruotsalaisten tutkijoiden mukaan suurimmat erot esteiden kokemisessa olivat organisaatiosidonnaisia. Ajan, ohjauksen ja oman osaamisen puutteet koettiin esteiksi etenkin kunnallisissa organisaatioissa (Kamwendo ym. 2002; Nilsagård & Lohse 2010).

Näyttöön perustuvien käytäntöjen tukemisen keinoina nähtiin yksilöllisten tekijöiden huomioiminen (asenteet, motivaatio, tiedonhankintaan liittyvät tiedot ja taidot), työpaikkakohtaisen tuen muodot (johtaminen, organisaatiokulttuuri, tiedonhankinnan mahdollistavat resurssit, tiedon jakaminen) sekä organisaation ulkopuolelle ulottuva yhteistyö (hoidon linjaukset ja näyttöön perustuvat suositukset, organisaatioiden väliset tapaamiset, verkostoituminen ja konferenssit, sekä akateeminen tutkimustyö ja koulutus) (Dannapfel, Peolsson, Nilsen 2012; Zidarov ym. 2013).

Työyhteisöltä ja -kulttuurilta odotettiin paitsi tukea ja hyväksyntää näille pyrkimyksille, myös käytännön mahdollisuuksien järjestämistä, kuten aikaa ja tiedon helpompaa saavutettavuutta. Kollegiaalista tietojen vaihtoa ja yhteisiä käytäntöjä pidettiin erittäin tärkeinä. Myös ulkopuolisten tahojen kautta saatava tieto, verkostoituminen ja toisaalta tutkimustyöhön osallistuminen katsottiin käytäntöihin sitoutumista tukeviksi (Schreiber ym. 2009; Heiwe ym. 2011; Dannapfel, Peolsson, Nilsen 2012). Maher ym. 2004 pitävät tärkeänä tiedon tarjoamista helposti ja nopeasti tulkittavassa muodossa, kuten oman alan julkaisujen tarjoamina tiivistelminä ja tietokantojen ranking-järjestelminä. Tiedon tarjoaminen helpommin tulkittavina esityksinä koettiin kiinnostusta lisäävänä myös Grimmer-Somersin ym. (2007) tutkimuksessa. Dannapfel ym.(2013) arvioivat että fysioterapeutin autonominen rooli voi lisätä sisäistä motivaatiota ja itseohjautuvuutta oman työn kehittämisessä. Näyttöön

perustuvien fysioterapiakäytäntöjen merkityksen ja painoarvon oman työn kannalta voidaan katsoa lisääntyvän työkokemuksen myötä. Samalla lisääntyy luottamus oman osaamisen kehittymiseen. Myönteisistä asenteista huolimatta tutkimukset eivät ole osoittaneet näyttöön perustuvien fysioterapiamenetelmien vakiintuneen käytännön työhön (McEvoy 2011).

## 5.2 Kliininen päättely ja päätöksenteko

Entisaikojen fysioterapeutti oli ennen kaikkea lääkärin lääketieteellisen diagnoosin perusteella määräämään hoidon toteuttaja. Lääketieteellinen diagnoosi ei sellaisenaan kuitenkaan kerro potilaalle aiheutuvasta haitasta ja diagnoosin alla voi esiintyä useita erilaisia ja eri asteisia toiminnallisia ongelmia, joiden selvittämiseksi fysioterapeutti tekee oman arvionsa. Nykyiseen fysioterapeutin rooliin kuuluu olennaisena osana taito tutkia potilas, tehdä arvioita ja johtopäätöksiä, sekä suunnitella ja toteuttaa terapiaa (Shaw 2012).

Fysioterapeuttisen kliinisen päättelyn ja päätöksenteon prosessin tarkoituksena on vuorovaikutuksessa asiakkaan ja muiden yhteistyötahojen kanssa auttaa asiakasta jäsentämään kuntoutuksen tarkoitus, päämäärä ja strategia perustuen kliinisiin löydöksiin, potilaan valintoihin sekä fysioterapeutin ammatilliseen asiantuntijuuteen. Tavoitteena on löytää kuntoutujan kannalta tarkoituksenmukaisia, vaikuttavia ja turvallisia, tutkimusnäyttöön perustuvia kuntoutumisstrategioita käyttöön otettavaksi (Edwards ym. 2004). Fysioterapiatutkimus on osoittanut kliinisessä päättelyssä käytettävän useita erilaisia paradigmoja, tyylejä ja metodeja. Käytännössä kliininen tutkiminen edellyttää näiden paradigmojen ja päättelyprosessien yhdistämistä johtuen fysioterapian toiminnasta monitieteisellä kentällä (Shaw 2012).

Diagnoosilähtöinen, biolääketieteellinen kliinisen päättelyn prosessi lähtee oletuksesta että todellisuus on objektiivinen ja mitattavissa. Käytännössä tämä tarkoittaa empiiris-analyyttistä tutkimusparadigmaa jossa objektiivisista löydöksistä ja potilaan kuvailemista oireista muodostetaan hypoteesi. Löydösten analyysin perusteella hypoteesia evaluoidaan oikeaan diagnoosiin pääsemiseksi. Tieteelliseen asetelmaan liittyy objektiivisina pidettyjä mittaustuloksia. Mm. satunnaistettujen kontrollitutkimusten tuloksia voidaan pitää hypoteettis-deduktiivisen paradigman mukaisesti tuotettuna tietona (Edwards ym. 2004).

Näyttöön perustuvien menetelmien ja teoreettisten kliinisen päättelyn mallien lisäksi kokemus tuo osaamista, jossa tietämys joustavasti ja sensitiivisesti prosessoituu käytännön

kontekstuaalisiksi ongelmanratkaisuiksi. Taudin- ja oirekuvan tunnistaminen tapahtuu pitkäaikaisen kokemuksen perusteella muistiin tallentuneen tiedon käyttöönotolla, jolloin olemassa oleva tieto organisoidaan tapauskohtaisesti uudelleen. Tällaista kliinisen päättelyn muotoa kutsutaan ennakoivaksi tai intuitiiviseksi päättelyksi. Ilmiön olennaiset piirteet tunnistetaan nopeasti ja yhdistetään relevantisti aiempaan tietoon.

Tällainen kliinisen päättelyn prosessi on usein käytössä kokeneilla praktikoilla, kun taas vähäisemmällä kokemuksella varustettu noviisi turvautuu helpommin hypoteettis-deduktiiviseen päättelyyn. Huippuosaamiseen sisältyy aina hiljaista tietoa ja useat tutkimukset ovat osoittaneet että ammatillisen uran alkuvaiheessa kliininen päättely tapahtuu pääasiassa tieteellisen, empiiris-analyttisen mallin avulla kun taas kokemuksen karttuessa intuitiivisen päättelyn rooli kasvaa. (Edwards ym. 2004; Engel 2008; Kienle & Kiene 2010; Braude 2012). Myös Nurminen (2008) tuo hoitajia koskevassa tutkimuksessaan esille, että luottamus intuitioon näyttää syvenevän kokemuksen myötä.

Intuitiivinen tieto edustaa ei-formaalista tietämystä jonka varassa asiantuntija pystyy löytämään ratkaisuja epämääräisiin ja avoimesti määriteltyihin ongelmiin. Nurminen hoitotyötä koskevassa tutkimuksessa (2008) intuitio kuvattiin välittömänä oivalluksena, selkeänä ja jäsentyneenä ymmärryksenä potilaan hoidollisesta kokonaistilanteesta. Toiminta oli vaistonvaraista ja ennakoivaa. Intuitioon liittyvä ajatusprosessi tuotti hoidollisesti merkittävää ja olennaista tietoa, vihjeitä ja havaintoja jotka olivat keskeisiä potilaan hyvinvoinnille. Hoitajien käsitys olennaisesta sekä heidän toimintansa näytti johtavan oikea-aikaiseen ja oikeaan päättelyyn ja johtopäätöksiin. Intuitiivinen tilannearvio mahdollisti kriittisissä tilanteissa nopean ja välittömän päätöksen ja toiminnan (Nurminen 2008, 187-200).

Tutkimuksessa intuitiivinen ajattelu liittyi hoitajien kokemukseen ja asiantuntijuuteen. Rutiineissa prosessit ja prosessoitava tieto eivät ole tietoisesti havaittavissa tai kontrolloitavissa vaan toiminnassa on intuitiota ja hiljaista osaamista. Toiminta on pitkälle prosessoitua ja sisäistettyä kokemuksellista tietoa (Nurminen 2008, 187-200). Asiantuntijuuteen ja ekspertiisiin liittyy siis myös hiljaisen ja intuitiivisen tiedon käyttöä kliinisen päätöksenteon osana. Käytännön kliinisessä työssä molemmat kliinisen päättelyn mekanismit ovat käytössä rinnakkain (Edwards ym. 2004; Kienle & Kiene 2010).

Kuntoutuksen näkökulma on laajentunut diagnostisen päättelyn lisäksi käsittämään koko asiakkaan toimintakyvyn ja sen sosiaaliset ulottuvuudet. Biolääketieteellisen arviointimallin rinnalla voidaan käyttää tulkitsevaa ja selittävää lähestymistapaa, joka huomioi potilaan

todellisuuden ja toimintakykyisyyden kontekstuaalisena ja sosiaalisesti rakentuvana. Kliiniseen päättelyyn tärkeä osa on tietojen saaminen potilaalta itseltään ja hänen näkökulmansa haittaan, kuten kipuun ja toimintakyvyn alenemiseen. Kliinistä päättelyä voidaan siten tehdä myös narratiivisuuden kautta (Edwards & Richardson 2008).

Merkittävä osa kuntoutuksen tavoitteellisuutta ja strategioita määrittäytyy asiakkaan tai hänen läheistensä kertomien asioiden perusteella. Narratiivinen päättely pyrkii ymmärtämään kuntoutujan ainutkertaisia kokemuksia, merkityksiä, uskomuksia, tunteita ja terveyskäyttäytymistä osana hänen vajaakuntoisuuttaan tai kipukokemuksiaan. Narratiivin kautta potilas kuvailee, paitsi olosuhteita ja kokemuksia, myös asenteitaan ja arvojaan, tavoitteitaan ja resurssejaan. Asiakkaan kertomuksesta voivat nousta esille sekä tärkeät ilmaisut, että kokemukset joille ei löydy sanallista ilmaisua. Narratiivinen lähestymistapa perustuu dialogiin, kahdensuuntaisuuteen ja mahdollisuuksiin tehdä valintoja; validin testituloksen sijaan tuloksena on asiakkaan ja terapeutin konsensus, yhteinen näkökulma kuntoutumisprosessiin (Romanello & Knight-Abowitz 2000; Edwards ym. 2004; Delany ym. 2010; Greenfield & Jensen 2010).

Edward ja Richardson (2008) korostavat narratiivisen päättelyn tärkeyttä etenkin tilanteissa, joissa asiakkaan ongelma on monitahoinen ja vaikeasti hahmotettava. Asiakas tuo tilanteeseen mukanaan persoonansa, sosiaalisen kontekstinsa ja koko elämänhistoriansa. Narratiivinen lähestymistapa tukee kuntoutujan osallistumista ja auttaa häntä omien asenteiden ja kokemusten kriittisessä tarkastelussa sekä omien selviytymisstrategioiden löytymisessä. Kliinisessä päättelyssä käytetyt erilaiset lähestymistavat, sekä induktiiviset että deduktiiviset prosessit, ovat tärkeitä välineitä ymmärtää diagnostisten löydösten ja koetun toimintakykyhaitan suhdetta (Edwards ym. 2004; Edwards & Richardson 2008).

Edwards ja Richardson (2008) korostavat joustavien ja monipuolisten kliinisten päättelyn menetelmien valinnan tärkeyttä fysioterapiassa. Biolääketieteellisen paradigman avulla voidaan kuvata vajaakuntoisuutta, mutta ei siitä aiheutuvia sosiaalisia haittoja yksilön näkökulmasta. Fysioterapiassakin on tutkimusmenetelmiä jotka lähtevät oletuksesta, että on olemassa objektiivisia ja mitattavissa olevia normaaliarvoja esim. lihasvoimalle, nivelten liikelaajuksille ja ligamenttien laksiteetille. Näille on määritelty eri tahojen toimesta asteikkoja ja luokituksia. Näiden tutkimusmenetelmien rajallisuus on siinä, etteivät ne selitä eivätkä tulkitse vajaakuntoisuuden kokemusta. Kuten eivät myöskään asteikot jotka

kuvailevat potilaan suoriutumisen poikkeamana normaaliksi määritellystä (Edwards & Richardson 2008).

Edwards ym. (2004) tarkastelivat tutkimuksessaan videoimalla ja haastatteleamalla fysioterapeuttien käyttämiä kliinisen päättelyn tapoja erilaisissa kliiniseen työhön liittyvissä yhteyksissä mm. vuorovaikutustilanteissa, ohjauksessa ja terapiaprosessissa. Fysioterapeuttien käyttämien kliinisen päättelyn metodien kirjo käsitti kaikki edellä mainitut menetelmät. Osittain johtopäätöksiin päädyttiin tieteellisen empiiris-analyyttisen tutkimusparadigman kautta, mutta myös käyttäen runsaasti narratiivista päättelyä ja tulkitsevan tutkimuksen paradigmaa. Niiden lisäksi fysioterapeutti hankkii runsaasti tietoa kliinisen päättelynsä tueksi liikkeen ja manuaalisen otteen kautta, ollessaan fyysisessä kosketuksessa kuntoutujaan. Fysioterapeutti tekee jatkuvaa kliinistä päättelyä koko terapiaprosessin ajan, jolloin terapian suunta ja menetelmät muotoutuvat ja elävät prosessin aikana vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa (Edwards ym. 2004).

Thornquistin (2001) tutkimuksessa fysioterapeutit jaettiin kolmeen ryhmään heidän kliinisen lähestymistapansa mukaan. Fysioterapeuttien käsitys fyysisestä oireesta ja sen vaikutuksista potilaan toimintakykyyn vaihteli huomattavasti. Toisessa ääripäässä fysioterapeutti suhtautui potilaan ongelmaan paikallistason toimintahäiriönä, joka on korjattavissa valikoiduin menetelmin. Lähestymistapa oli puhtaan biomekaaninen ja patofysiologinen. Holistisesti ajattelevalle fysioterapeutille fyysinen oire oli potilaan toimintakykyä ja sosiaalista osallistumista uhkaava rajoite. Näiden välille asettui fysioterapeutti jonka lähestymistapaa voisi kuvata toiminnalliseksi; oireen tai haitan vaikutusten minimoimiseksi liike ja toiminnallisuus olivat korostuneessa roolissa (Thornquist 2001).

Thornquist (2001) ei määrittele käytettyjä kliinisen päättelyn metodeja kuten Edwards ym. (2004, 2008), vaan lähestyy kliinistä päätöksentekoa fysioterapeuttien erilaisten ammatillisten roolien kautta. Hänen tutkimuksessaan fysioterapeuttien lähestymistapa kliiniseen päättelyyn riippui heidän tehtävästään ja fokuoitumisesta fysioterapian eri osa-alueille. Manuaaliseen terapiaan erikoistuneen fysioterapeutin tutkimusparadigma oli vahvasti biolääketieteellinen ja toimintakyvyn häiriötä paikallistasolla tarkasteleva. Neurologiaan erikoistunut fysioterapeutti arvioi toimintakykyä kokonaisvaltaisemmin mutta edelleen toimintahäiriön näkökulmasta. Kotihoidossa työskentelevä fysioterapeutti tarkasteli toimintakykyä suhteessa ympäristön vaatimuksiin ja asiakkaan itsenäisen selviytymisen kannalta. Kaikilla fysioterapeuteilla oli



hyvä vuorovaikutussuhde asiakkaaseensa, mutta kliinisen päättelyn prosesseissa oli eroavuuksia (Thornquist 2001).

Larsson ja Gard (2006) haastattelivat fysioterapeutteja heidän tiedonkäsitkemyksestään ammatillisesta näkökulmasta. Mm. siitä mitä on fysioterapeuttinen tieto, miten he ovat hankkineet tietoa ja mikä tieto on profession kannalta relevanttia, tai suorastaan välttämätöntä. Tiedon merkitys tiivistyi neljään erilaisesta perspektiivistä, kokemuksista ja traditioista nousevaan lähestymistapaan. Tieto ja tiedonhankinta koettiin yksilöllisenä ja intentionaalisen prosessina, jossa tiedon muodostumiseen vaikuttavat yksilön suuntautuneisuus, käsitykset ja asenteet. Ammatillisen tiedon ja tietämyksen lähtökohtana ajateltiin olevan ennen kaikkea ammatillisen kontekstin asettamat vaatimukset. Omassa työssä tarvittavan tiedon katsottiin toisaalta pohjautuvan tieteelliseen, tutkittuun tietoon, toisaalta tiedon merkitys vuorovaikutuksen välineenä koettiin tärkeäksi ennen kaikkea asiakaslähtöisyyden näkökulmasta (Larsson & Gard 2006).

### 5.3. Eettisyys

Terveydenhuollossa toimintaa ohjaa eettinen koodisto ja kaikille ammattiryhmille on laadittu omat eettiset ohjeet. Ohjeille yhteisiä periaatteita ovat hoidon tarkoituksenmukaisuus ja turvallisuus, hoitoon liittyvä itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuuden toteutuminen. Suomessa terveydenhuoltoalan eettiset periaatteet sisältyvät Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) suosituksiin: ja ohjeisiin (ETENE 2013). Suomessa fysioterapeuttien eettiset ohjeet on laatinut alan ammattiliitto, Suomen Fysioterapeutit (Fysioterapeuttien eettiset ohjeet, Suomen fysioterapeutit 2013). Ohjeet mukailevat WCPT:n eettisiä periaatteita (WCPT ethical principles 2013). Eettiseen koodiston laatimiseen osallistuvat lisäksi koulutukselliset tahot ja terveydenhuoltoviranomaiset (Silvola 2013: 34-37).

Keskustelu ihmisoikeuksista on ollut keskeisenä eettisenä lähtökohtana kansainvälisille sopimuksille, joissa edellytetään potilaan oikeuksien huomioon ottamista potilastyössä ja tutkimuksessa. Suomi oli ensimmäinen valtio Euroopassa, jossa säädettiin laki potilaan oikeuksista (785/1992). Terveydenhuoltoa ja lääketiedettä koskeva aineellinen lainsäädäntö (esimerkiksi potilassuhdetta käsittelevä lainsäädäntö) koostuu usein oikeudellisiksi normeiksi muunnetuista eettisistä periaatteista, joten oikeuden ja etiikan välinen suhde nimenomaan terveydenhuollon alueella on hyvin läheinen (Silvola 2013: 34-37).

Demokraattisesti hyväksytyt lait ovat usein neuvottelun tuloksia, jotka eivät toteuta yhtä ainoaa eettistä järjestelmää, vaan ne ovat kompromisseja erilaisista periaatteista tai eettisistä järjestelmistä, kuten autonomia (itseääräminen) ja paternalismi (holhousperiaate), tai velvollisuusetiikka ja seurausetiikka. Erityisesti terveydenhuollon alueella yksittäistapauksellisen eettisen harkinnan tarve on suuri. Kansainväliset säädökset, kuten WHO:n lääkkeitä koskevat suositukset asettavat eettisiä standardeja, jotka usein antavat yksityiskohtaisempaa sisältöä laeissa ja muissa ohjeissa väljemmin ilmaistuille säännöksille ja joita esimerkiksi eettiset toimikunnat pyrkivät seuraamaan käytännössään (Silvola 2013: 34-37).

Eettisesti oikeutettu toiminta ei voi perustua vain auktoriteettien sanelemiin käyttäytymissääntöihin ja -kieltoihin, vaan aito eettisyys vaatii keskustelua ja pohdintaa, arvojen ja päämäärien analysointia samoin kun myös konkreettista keskustelua siitä, miten yleisesti tavoiteltavina pidetyt asiat olisivat parhaiten saavutettavissa. Erityisesti terveydenhuollossa tämä tarkoittaa sitä, että keskustelun tulee jatkuvasti elää, tietämyksen kasvaessa ja tekniikoiden muuttuessa (Silvola 2013: 34-37). Seedhousen (2002) mukaan eettiset käytännöt syntyvät yksilön halusta ja kyvystä sitoutua eettiseen toimijuuteen, jonka voidaan katsoa perustuvan henkilökohtaiseen vastuullisuuteen ja oman toiminnan reflektiivisyyteen.

Eettisen ajattelun lähtökohta terveydenhuollossa on ammattilaisten ihmiskäsitys sekä käsitys terveydestä ja toimintakyvystä. Nykyisin kuntoutuksessa käytetty WHO:n malli ICF pyrkii määrittelemään toimintakykyä sosiaalisen osallistumisen näkökulmasta. Laajaan biopsykososiaaliseen näkemykseen sisältyy paljon eettisiä kysymyksiä. Fysioterapeutti tarvitsee laajaa ymmärrystä fyysisistä, kognitiivisista, emotionaalisisista ja moraalisisista haasteista joita toimintakyvyn aleneminen yksilölle aiheuttaa (Greenfield & Jensen 2010).

Käytännöllisessä päätöksenteossa fysioterapeutti joutuu ottamaan huomioon potilaan tarpeet, odotukset, arvot ja asenteet, terapeutin päämäärän, biolääketieteellisen eettisyyden vaatimukset sekä kontekstin. Lisänä tulevat potilaan läheiset ja muut toimijat joiden kanssa potilas ja terapeutti tekevät yhteistyötä. Fysioterapiatyötä ohjaa myös lainsäädäntö, erilaiset ohjeet ja asetukset, sekä institutionaalinen ja yhteiskunnallinen näkökulma. Fysioterapialle on leimallista sen itsenäisyys ja toisaalta fysioterapeutin päätöksenteko on vahvasti sidoksissa lukuisiin yhteistyötahoihin (Swisher ym. 2002; Poulis ym.2007; Delany ym. 2010; Praestgaard & Gard 2012).

Fysioterapian tutkimus on ollut alusta asti kiinnostunut eettisistä kysymyksistä. 1970-luvulla pohdittiin fysioterapeutin päätöksenteon eettisyyttä ja resurssien priorisointia. 1980-luvulla näkökulma oli lainsäädännöllinen koskien potilaan oikeuksia kuten tiedonsaantia, tietoturvaa ja palvelujen tasa-arvoista saavutettavuutta. Toisaalta kiinnostus alkoi kohdistua myös fysioterapeutin ammatilliseen rooliin ja vastuukysymyksiin, moniammatilliseen yhteistyöhön, sekä ammatillisen osaamisen kehittämiseen. 90-luvulla alkoi tutkimuksen painopiste siirtyä vuorovaikutuksen etiikkaan ja 2000-luvulle tultaessa potilasnäkökulma korostui. Vähitellen etiikan tutkimus on pyrkinyt siirtämään teoriaa käytännöksi ja erilaisiksi eettisen päätöksenteon malleiksi (Swisher ym. 2002; Poulis ym. 2007; Delany ym. 2010; Edwards ym. 2011; Delany 2012).

Praestgaardin ja Gardin (2012) tutkimuksessa fysioterapeuttien toiminnassa nousi selkeästi esille ”hyvän tekemisen” motiivi. Painotus saattoi olla potilaan toimintakykyhaitan vähentämisessä, omassa roolissa hyväntekijänä tai laajemmassa roolissa sosiaalisena palveluntuottajana. Banja ja Eisen (2013) toteavat että eettinen toiminta ei koskaan synny puhtaasti omista tarpeista ja lähtökohdista. Eettisen kuntoutuksen lähtökohta on fysioterapeutin usko asiaansa ja tekemisensä vaikuttavuuteen. Siihen että sekä formaali koulutus, että kokemuksellinen oppiminen ovat tuottaneet luotettavan tietoperustan kliinisen vaikuttavuuden pohjaksi (Banja & Eisen 2013).

Kuljun ym. (2013) tutkimuksessa fysioterapeuttien eettiset ristiriidat liittyivät hoidon laatuun, taloudellisiin tekijöihin, palvelujen tasa-arvoisuuden toteutumiseen ja resursointiin sekä potilaan tahdon kunnioittamiseen. Potilaan tarpeisiin vastaaminen oli tärkeällä sijalla eettisessä ajattelussa, samoin herkkyys tunteelle siitä, että potilas ei ehkä saa riittävän hyvää hoitoa. Moraalinen herkkyys näytti olevan sidoksissa ikään ja työkokemuksen keston lisääntyneiden työvuosien myötä (Kulju ym. 2013).

Terapian järjestämiseen ja etenemiseen liittyy tärkeitä eettisiä näkökulmia. Terapian alkaessa päämääriä ja rajoituksia voi olla haastavaa asettaa, terapian riittävyttä voi joutua pohtimaan resurssien kannalta ja menetelmien valintaan liittyy eettistä päätöksentekoa. Jossain vaiheessa joudutaan ehkä tilanteeseen jossa eettisiä valintoja aiheuttaa päätös terapian jatkamisesta tai lopettamisesta. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta eettinen ongelma on palvelujen epätasainen jakautuminen ja potilaiden valikoituminen kuntoutukseen. Fysioterapeutti voi joutua toimimaan itsekin portinvartijana yksittäisten potilaiden hoitoon pääsyssä (Kulju ym. 2013). Fysioterapian toteuttamisen etiikassa voi tulla vastaan resursointi ja maksajataho, jolloin

fysioterapeutti joutuu organisatorisista syistä toimimaan moraalisesti arvojaan vastaan. Pitkällä tähtäimellä konflikti hoidon etiikassa ja toteutuksessa alentaa motivaatiota ja vähentää aktiivista toimijuutta (Nalette 2010).

Fysioterapiasuhte perustuu vahvasti kahden ihmisen väliseen luottamussuhteeseen. Fysioterapeutti työskentelee oman osaamisensa ja arvojensa mukaisesti tarkoituksena tuottaa mahdollisimman sopivaa, turvallista, tutkimustietoon perustuvaa ja potilasta hyödyttävää terapiaa. Samanaikaisesti hänen on huomioitava potilaan yksilölliset ja henkilökohtaiset tarpeet sekä lisäksi tulevat sidosryhmien ohjaukselliset tekijät tai tarpeet. Sekä fysioterapeutti että potilas tuovat kokemuksensa ja mahdolliset odotuksensa fysioterapiasuhteeseen, jossa haluttu ja hyödyllinen muutos tapahtuu oppimisen ja vuorovaikutuksen kautta. Suhteeseen liittyy myös koherenssin tunnetta (Romanello & Knight-Abowitz 2000).

Fysioterapian eettisyyttä on aiemmissa tutkimuksissa lähestytty mm. hoivan etiikan näkökulmasta, jolloin potilas on selkeästi hoidon kohde ja hoitosuunnitelman ja sen toteuttamisen keinot hyväksyvä osapuoli. Osaamisesta ja asiantuntijuudesta käsin toimiminen tuo ammatilliseen rooliin varmuutta. Voidaan jopa ajatella että kapea erikoisosaaminen tekee eettiset valinnat helpommiksi ja minimoi riskien ottamista (Praestegaard 2012). Fysioterapeuttien roolissa ovat näkyneet terveydenhuollon ”parantajiin” liitetty tietämisen ja sosiaalisen statuksen mukanaan tuoma valta. Fysioterapeutti siirtää osaamisensa potilaan hyväksi oman alansa auktoriteettina. Työssä on eettisenä haasteena välttää epätasa-arvoista asemaa ja vallankäyttöä. Potilas antaa hyväksyntänsä toimenpiteille, mutta kokee asemassaan myös erilaisia pelkoja ja huolia esim. sairauden kulkuun tai toimintavajaukseen sekä niiden ennusteeseen, terapian vaikuttavuuteen, omaan sosiaaliseen statukseensa tai taloudellisiin tekijöihin liittyen. Nykyisin fysioterapiassa korostetaan potilaan osallistamista ja valtaistumisen kokemuksen tukemista (Romanello & Knight-Abowitz 2000).

Praestegaardin ja Gardin (2012) fenomenologisessa tutkimuksessa eettisissä käsityksissä nousi voimakkaasti esille käsitys olemisesta potilaille hyödyksi. Tasa-arvoisuus fysioterapiasuhteessa käsitettiin kumppanuudeksi, jossa paternalistisen ohjaamisen sijasta osallistavalla vuorovaikutuksella ja dialogisuudella saatiin potilaan omia resursseja käyttöön. Potilaan arvojen ja odotusten mukaan ottamista pidettiin terapian onnistumisen kannalta tärkeänä. Eettiseen toimintaan sisältyi myös potilaan asioiden ajaminen ja edistäminen terveydenhuollon rakenteissa ja käytänteissä.

Praestgaard ym. (2012) toivat esille miten eettisyys ilmenee fysioterapeutin työssä. Fysioterapeutin roolina ja tehtävänä on ohjata potilasta läpi koko intervention; osata tulkita potilaan tarpeita ja vuorovaikutuksen avulla saada potilas osallistumaan ja käyttämään resurssejaan kuntoutumisen tueksi. Fysioterapeutti toimii opettajana ja valmentajana ja pätevyys tehtävään edellyttää oman osaamisen jatkuvaa päivittämistä. Näyttöön perustuvan terapian tarjoaminen katsotaan eettiseksi valinnaksi potilaan hyödyksi ja turvallisuuden takeeksi. Terapian onnistumisen kannalta potilaan osallistumista ja sitoutumista pidettiin tärkeänä (Praestgaard ym. 2012).

Praestgaardin ym. (2012) tutkimuksen mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta pidettiin itsestään selvänä. Myös rehellisyyttä pidettiin arvossa, vaikka potilaan kysymyksiin vastaamiseen liittyi monenlaisia eettisiä valintoja. Potilas saattoi odottaa esim. kannanottoja omiin näkemyksiinsä koskien elämänvalintoja, kuten työssä jatkamista tai eläkkeelle jäämistä. Terapiasuhteeseen liittyi myös ”koskemattomuuden” eettistä pohdintaa. Fyysinen koskettaminen ja vähäpukeisuuteen liittyvät käsitykset vaihtelevat yksilöllisesti ja ovat usein myös kulttuurisidonnaisia. Pohdintaa voi herättää myös yksityisyyden rajojen ylittäminen esim. potilalta tietoa kerätessä; minkälaiset asiat ovat merkityksellisiä terapian kannalta ja miten niitä tulee lähestyä yksityisyyden näkökulmasta. Terveiden edistämiseksi koettiin olevan tabuja, vaikeasti esille otettavia asioita ja terveyskäyttäytymistä, jotka vaikuttavat epäedullisesti potilaan hyvinvointiin ja terveydentilaan (Praestgaard ym. 2012).

Tutkimuksen mukaan potilaan parhaaksi toimiminen katsottiin fysioterapeutin ammatilliseksi velvoitteeksi ja vastuuksi. Menetelmäosaaminen saattoi helpottaa eettistä päätöksentekoa parhaan mahdollisen hoidon valinnassa. Fysioterapeutit pohtivat osaamistaan myös ammatillisen uskottavuuden näkökulmasta. Lisäksi näyttöön perustumattomien menetelmien käytön oikeutukseen liittyi eettistä pohdintaa. Lisäkouluttautuminen tutkinnon jälkeen koettiin ammatillisuutta vahvistavana. Psykososiaalisten tekijöiden vaikutus tunnistettiin, mutta terapian laajentaminen oman osaamis- ja mukavuusalueen ulkopuolelle koettiin osin vaikeaksi. Kollegiaalista tukea pidettiin tärkeänä myös eettisissä valinnoissa ja oppimisessa. (Praestgaard ym. 2012; Praestgaard & Gard 2012).

Painiessaan biolääketieteellisten tai potilastyytyväisyyttä lisäävien eettisten valintojen kanssa fysioterapeutti voi kokea syyllisyydentunteita tai ajautua konfliktiin potilaan mielipiteiden kanssa. Potilasta voi esim. olla vaikea saada tuomaan omaa panostaan terapian edistämiseksi. Voi myös olla että fysioterapeutin toimiminen potilaan asioiden ajajana vie kohtuuttomasti

aikaa ja työpanosta. Fysioterapiatyön tekemisen eettisyyteen sisältyy myös oman roolin ja osaamisen tunnistaminen sekä tarvittaessa rajojen vetäminen. Myös institutionaalisten ja hallinnollisten velvoitteiden suhteen (Romanello & Knight-Abowitz 2000). Fysioterapiassa ja kuntoutuksessa on ollut vakiintuneessa käytössä ja laajalle levinneinä joitain menetelmiä ja tekniikoita, joiden vaikuttavuudesta ei ole saatu näyttöä. Toisaalta näyttöön perustuvia käytännön hoitolinjauksia ei ole omaksuttu osaksi fysioterapiakäytäntöjä. Eettisestä näkökulmasta olisi kuitenkin tärkeää voida tarjota standardoitua vaikuttavaksi osoitettua hoitoa silloin kun sitä on saatavilla (Kumar ym. 2010; Banja & Eisen 2013).

Eettinen päätöksentekoprosessi etenee kliinisen päättelyn tapaan. Delanyn ym. mukaan fysioterapeutin eettisen päätöksenteon kulmakiviä ovat aktiivinen kuunteleminen, reflektiivisyys sekä kriittinen johtopäätösten tekeminen. Malli kuvaa tiedonkeruun strategiaa joka tuottaa tietoa, jaettuja näkökulmia ja eettistä ajattelua. Eettisyyteen liittyy realismi potilaan toiveisiin vastaamisessa. Reflektiivisyys eettisessä päätöksenteossa tarkoittaa herkkyyttä henkilön arvoille ja emootioille, sekä sille mikä vaikutus niillä potilaan valintoihin ja käyttäytymiseen. Eettiseen päätöksentekoon liittyy potilaalle tärkeiden eettisten näkökohtien tunnistaminen, mutta myös terapian toteuttamiseen liittyvien biolääketieteellisten eettisten periaatteiden ja tarkoitusten yhdistäminen kliiniseen kontekstiin (Delany ym. 2010). Tosiasiassa kliinisen päättelyn ohella fysioterapeutti tekee aina reflektiivistä eettistä päättelyä (Greenfield & Jensen 2010).

#### 5.4 Vuorovaikutusosaaminen

Asiakastyytyväisyyskyselyiden tuloksia pidetään yleisesti palvelujen laadun mittareina terveydenhuollossa. Myös fysioterapian vaikuttavuutta on tarkasteltu useissa tutkimuksissa asiakastyytyväisyyden kautta. Usein asiakastyytyväisyyttä on mitattu muun tutkimuksen ohessa tehtävinä kyselyinä. Nopea vastaanotolle pääsy on ainakin ollut selkeästi tyytyväisyyttä nostattava tekijä fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnassa (Hattam ym. 2004; Pinnington ym. 2004; Lau ym. 2008; Ruston ym. 2008; Webster ym. 2008). Ludvigssonin ja Enthovenin (2012) tutkimuksessa fysioterapeutin suoravastaanotolle tulevista TULES-potilaista merkittävä osa oli tyytyväisiä käyntiin ja saamiinsa itsehoito-ohjeisiin, eikä kokenut tarvitsevänsä lääkärin konsultaatiota jatkossakaan. Korkea asiakastyytyväisyys saavutettiin myös tekonivelleikkauksen jälkiseurannassa käyneiltä, sekä fysioterapian

avopalveluja käyttäviltä MS-potilailta (Leemrijse ym. 2008; Kennedy ym. 2010; Ludvigsson & Enthoven 2012).

Hills ja Kitchen (2007) sekä Reeve ja May (2009) tarkastelivat asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä fysioterapian hoitotulosten ja vuorovaikutuksen näkökulmasta. Hoitotyytyväisyys ei ollut välttämättä sidoksissa oireiden lievittymiseen hoitointervention aikana, vaan ensisijaisesti onnistuneeseen vuorovaikutukseen. Myös terapialle asetettujen ennako-odotusten realistisuudella oli vaikutusta asiakkaiden tyytyväisyyteen. Terapeutissa arvostettiin ammatillista käytöstä ja osaamista, empatiakykyä, rohkaisevaa asennetta ja kuuntelutaitoa. Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että fysioterapeutti osaa selittää ymmärrettävästi ongelmien taustoja ja terapiaprosessin etenemistä, sekä osaa siirtää omaa osaamistaan asiakkaan hyödyksi ohjauksella ja opettamalla. Osallistumismahdollisuus omaan kuntoutusprosessiin ja ohjeet omatoimiseen kuntoutumiseen lisäsivät tyytyväisyyttä. Myös näissä tutkimuksissa hoitoon pääsyn sujuvuus ja joustavuus vaikuttivat osaltaan asiakastyytyväisyyteen (Hills & Kitchen 2007; Reeve & May 2009).

Gardin (2007) tutkimuksessa onnistunutta vuorovaikutusta kipupotilaiden terapiassa lähestyttiin fysioterapeuttien näkökulmasta. Fysioterapeutit painottivat samoja tekijöitä ja ominaisuuksia vuorovaikutustapahtumassa kuin em. tutkimusten potilaat. Lisäksi tärkeinä interpersoonallisina taitoina pidettiin läsnäoloa, rehellisyyttä ja asiakkaan kunnioittamista. Hyvän vuorovaikutussuhteen edellytykseksi koettiin luottamus ja luottamuksellisuus. Fysioterapeutin ammatillista osaamista osoittivat kyky käsitellä hankalia ja ennakoimattomia tilanteita ja negatiivisia tunteita, taito kommunikoida potilaan kielellä ja ymmärtää tämän kulttuurista taustaa, taito räätälöidä terapia potilaslähtöisesti sekä taito tunnistaa oman ammatillisen osaamisen rajat (Gard 2007).

Aito vuorovaikutus edellyttää dialogisuutta, mikä edellyttää terapiasuhteelta tasa-arvoisuutta ja mahdollisuutta vastavuoroisuuteen. Dialogiin perustuva vuorovaikutussuhde tuottaa onnistuessaan uusia, jaettuina näkökulmia ja ymmärrystä. Lindquist ym. (2010) tarkastelivat potilaan osallistamista fysioterapiainventioon päätyen erilaisiin lähestymistapoihin fysioterapeuttien taholta. Osallistavassa suhteessa potilas otetaan mukaan päätöksentekoon ja tavoitteet ja päämäärät ovat asiakaslähtöisiä. Fysioterapeutti tuo kuntoutukseen osaamisensa ja ymmärryksensä siitä, miten sairaus tai toiminnanvajausta vaikuttaa potilaan arkeen, odotuksiin ja suunnitelmiin. Biopsykososiaalinen lähestymistapa tukee potilaan

kuntoutumisstrategioita tavoitteena parempi arjessa selviytyminen. Myös potilaan sosiaalisen verkoston mahdollisuudet huomioidaan kuntoutumisen tukemisessa (Lindquist ym. 2010).

Toisaalta fysioterapeuttien lähestymistavassa korostuu usein yhä biolääketieteellinen näkemys ja paternalistinen opettajan, ohjaajan tai valmentajan rooli. Fysioterapeutti tuo vuorovaikutussuhteeseen oman asiantuntemuksensa omista lähtökohdistaan. Suhteeseen sisältyy paitsi tiedon jakamisen aspekti, myös odotuksia ja olemassa oleva valta-asetelma. Fysioterapeutti painottaa ohjauksen ja ohjeiden noudattamisen merkitystä ja kuntoutuksen tavoitteet määrittävät asiantuntijuuden kautta, vaikka potilasta toisaalta pyritään aktivoimaan itsehoitoon ja toiminnallisuuteen. Syntyy terapiasuhteeseen, jossa asiantuntija tuottaa ja antaa osaamistaan ja potilas on vastaanottava osapuoli ja hoidon kohde. Jos todellista vuorovaikutusta ei synny, kuntouttava toiminta ei välttämättä ulotu potilaan arkeen (Larsson ym. 2010; Dierckx ym. 2013).

Lindquist ym. (2006) päätyivät samantyyppiseen jaotteluun tarkastellessaan fysioterapeuttien ammatti-identiteettiä ja näkökulmaa ammatilliseen fokuksitumiseen, oppimiskäsitykseen, tiedonkäsitykseen, aikakäsitykseen, yhteistyösuuntautuneisuuteen, omaksuttuun rooliin ja työskentelykontekstiin. Ammatillista identiteettiä tarkasteltiin kolmen erilaisen fysioterapeuttisen lähestymistavan kautta. Vaikka fysioterapeuttien ammatillinen peruskoulutus ja tutkintovaatimukset olivat yhteneväiset, fysioterapeuttien näkökulma ja sen myötä ammatillinen rooli muodostuivat erilaisiksi. Erityisesti käsitys ihmisen toiminnallisuudesta suhteessa ICF-luokitukseen erosi fysioterapeuttien välillä.

Lindquist ym.(2006) jakoivat fysioterapeutit heidän omaksumiensa roolien mukaan kolmeen ryhmään: valtaistajiin, pedagogeihin ja hoitajiin. ”Valtaistaja” oli toiminnassaan asiakaskeskeinen, vuorovaikutuksellinen ja moniammatillisesti suuntautunut. Suhtautuminen asiakkaaseen ja toimintakyvyn ongelmiin oli kokonaisvaltaista. Terapia oli menetelmällisesti, aikataulullisesti ja kontekstuaalisesti joustavaa ja asiakasta osallistavaa. Fysioterapeutti toimi asiakkaan tutorina. Asiakkaan liikuntakyvyn paraneminen oli tavoitteena välineellinen; keskiössä oli elämänlaatu.

”Kasvattaja” oli potilaaseen fokuksitunut ohjaaja. Tavoitteena oli potilaan aktivoiminen ja ohjeistaminen. Suhtautuminen toimintakyvyn ongelmiin oli hyvin käytännöllislähtöistä ja ohjaaminen sekä ajankäyttö strukturoitua. Yhteistyö suuntautui kuntoutuskeskeiseen tiimityöhön. Asiakkaan fysioterapian tavoitteena oli liikuntakyvyn paraneminen. Kolmas omaksuttu rooli, ”hoitaja” oli terapiakeskeinen ja tiedonkäsitys tiukan formaali. Fysioterapia



perustui tutkimusnäyttöön, menetelmällisyyteen ja osaamisen työkalupakkiin. Näkemys toimintakyvystä muodostui toimintahäiriöiden kautta. Potilaan roolina oli olla hoidon vastaanottaja ja fysioterapeutin roolina erikoisosaja (Lindquist ym. 2006).

### 5.5 Ammatillinen identiteetti ja työssä oppiminen

Fysioterapeuttien ammatillista oppimista ja opetusta koskevia tutkimuksia on runsaasti. Lähes kaikki oppimiseen liittyvä tutkimus liittyy fysioterapian formaaliin koulutukseen ja sen antamiin valmiuksiin ja kvalifikaatioihin. Kliinistä oppimista tarkastellaan yleensä osana muodollista koulutusta. Sen sijaan jo työelämässä olevien fysioterapeuttien työssä oppimista koskevia tutkimuksia on vaikea löytää huolimatta työelämän jatkuvasta uuden oppimisen vaatimuksesta ja fysioterapeutin muutoksessa olevasta työnkuvasta. Työssä oppimisen strategioita, oppimisteorioita ja ammatillisen identiteetin kehittymistä tarkastelevat tutkimuksissaan mm. Hayward ym. 2012, Black ym. 2010, Patton ym. 2008, sekä Lindquist ym. 2010, ja 2006.

Työssä oppimisen tutkimusten käytetyin teoria on Kolbin (1984) kokemuksellisen oppimisen malli. Sen mukaan oppiminen on prosessi, jossa oppija kehittää toimintaansa tietoisesti refleктоimalla jatkuvasti kokemuksiaan. Kokemuksellisen oppimisen kehä lähtee ajatuksesta, että oppija on hankkinut jonkinlaisia kokemuksia opittavasta aiheesta. Näitä kokemuksia reflektiivisesti analysoimalla ja käsitteellistämällä luodaan uusia toimintamalleja ja –teorioita käytännössä testattavaksi.

Reflektio on tärkeä toiminto, jossa tapahtunut palautetaan ajatteluun uudelleen pohtimisen ja arvioinnin avulla. Reflektio ylläpitää oppimistoimintaa tekemisen ja ajattelun välillä. Reflektiivisyys lähtee oppijan jokapäiväisestä elämästä, johon oppimisympäristöllä voidaan olennaisesti vaikuttaa. Mezirow (1995) on tutkinut reflektion merkitystä oppimisessa ja luonut sen pohjalta uudistavan oppimisen teorian. Uudistava oppiminen edellyttää Mezirowin mukaan kriittistä reflektiota. Sillä tarkoitetaan aikaisemmin opitun ennako-oletusten pätevyyden kyseenalaistamista. (Mezirow 1995, 23, 28–29; Poikela 2009:15).

Schön (1983) loi käsitteen ”reflective practice”, joka tarkoittaa sitä että toiminta ja taidot kehittyvät toiminnan aikaisen ja toiminnan jälkeisen tai sitä edeltävän reflektion kautta. Toiminnan aikana reflektio kohdistuu toimintaan ja on harkitsevaa ja pohtivaa. Toiminnan jälkeinen tai toimintaa edeltävä reflektio kohdistuu toiminnan sisältöön ja ennako-

olettamuksiin, joihin toiminta perustuu. Myöhemmin hän tarkensi että käytännön oppiminen ei ole ongelmanratkaisuprosessi vaan epävarmojen ja ennakoimattomien tilanteiden haltuunottoa. Schönin näkemyksen mukaan työssä oppiminen on laaja-alaista kokemuksellista oppimista (Yoong & Cervero 2005).

Useissa fysioterapeutin työssä oppimista koskevissa tutkimuksissa kyvyn reflektiiviseen ajatteluun katsotaan olevan keskeinen edellytys ammatilliselle kehittymiselle ja kasvulle (Lindquist ym. 2006; Bannigan & Moores 2009; Patton ym. 2012; Hayward ym. 2013). Implisiittisen tiedon rakentuminen edellyttää reflektiivisiä taitoja. Reflektiivisen ajattelun voidaan katsoa sisältyvän ammatilliseen tapaan ajatella. Ammatillisen ajattelun on kuvattu olevan mm. kykyä selkeään ja kriittiseen analyttiseen ja reflektiiviseen päätöksentekoon. Siihen sisältyy harkintaa, rationaalista ajattelua, kliinistä päättelyä, ammatillista tietämystä sekä kokemuksen ja tiedon kerryttämää ekspertiisiä (Bannigan & Moores 2009).

Wenger (1998) määrittelee ammatillisen identiteetin rakentumisen oppimisena käytännön yhteisöissä. Identiteetti kehittyy ja oppimista tapahtuu osallistumalla sosiaalisen yhteisön merkitykselliseen toimintaan yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Tästä näkökulmasta oppiminen on yhteisöön "sosiaalistumisen" ja sen jäseneksi kasvamisen prosessi, jossa vähitellen omaksutaan yhteisön toiminta- ja vuorovaikutuskäytäntöjä sekä opitaan toimimaan yhteisesti sovittujen normien mukaisesti (Wenger 1998, 251–253).

Wengerin mukaan organisaatiot ovat sosiaalisia oppimisjärjestelmiä, joissa identiteetin rakentumisessa vuorottelevat samaistuminen ja neuvoteltavuus. Samaistuminen määrittää yhteisön jäsenyyttä, sitouttaa ja synnyttää luottamusta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Neuvoteltavuus merkitsee mahdollisuutta vaikuttaa ja muokata merkityksiä. Wengerin mukaan oppimista tapahtuu yksilön elämässä koko ajan ja oppiminen on läsnä kaiken aikaa. Tämän sosiaalisen oppimisen teorian mukaan situationaalinen oppiminen on käytäntöyhteisöissä tapahtuvaa opitun siirtymistä käytäntöön (Wenger 1998, 251–253).

Wengerin (1998) lähestymistapaa identiteetin rakentumiseen voidaan kritisoida siitä että identiteetin rakentuminen pelkistetään liikkeeksi kohti yhteisön täysjäsenyyttä. Identiteetti rajautuukin lähinnä käytäntöyhteisöjen määrittämiksi kompetensseiksi. Hän ei pohdi persoonallisen ja sosiaalisen identiteetin suhdetta, eivätkä teorit vastaa kysymyksiin mikä suuntaa ja saa aikaan ihmisten elinikäisen oppimisen koko heidän työuransa ajan, tai miten yksilöt tulevat toimijoiksi ja oman elämänsä subjekteiksi (Eteläpelto & Vähäsantanen 2008, 26-49).

Hagerin (2004) mukaan oppiminen on kontekstuaalista ja prosessinomaista. Ihminen muuttaa toimintaansa tilanteen mukaan, pystyy sopeutumaan uusiin tilanteisiin ja korjaamaan toimintaansa. Tällöin sekä toimija että ympäristö muuttuvat. Oppimiseen liittyy myös sosiaalinen aspekti kun ihminen toimii yhdessä muiden kanssa osallistuen ongelmanratkaisuun ja sen arviointiin. Oppimisteoreettisesti ”Learning by doing” -perinne juontaa amerikkalaisen John Deweyn (1859-1952) kasvatusteorioihin (Hager 2004).

Billettin (2004), näkemyksen mukaan työpaikka ei suinkaan ole strukturoimaton tai informaalinen oppimisympäristö, vaan työssä oppimisen reunaehdot ovat työtehtävät, työnjako, toimintatavat ja tavoitteet. Työssä oppimista jäsentävät ja oppimiseen vaikuttavat työpaikan normit ja säännöt. Oppijan ja työyhteisön välinen vuorovaikutus on keskeistä työssä oppimiselle. Osallistavat käytännöt tarjoavat työntekijälle mahdollisuuden toimintaan ja vuorovaikutukseen työympäristössä. (Billett 2004).

Fenwickin (2008) määritelmän mukaan työssä oppiminen voi olla formaalia tai informaalista. Oppiminen on usein käytäntöperustaista ja toimintaan kytkeytyntä; työpaikan käytäntöihin osallistuminen on siinä olennaista. Oppimisprosessit eivät tapahdu toimijoiden päässä, vaan ovat kytkeytyneinä käytännölliseen toimintaan ja jakautuneena organisaation aktiviteetteihin. Oppiminen muotoutuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja sosiaalisissa suhteissa sekä välineellisessä työympäristössä organisaation sisällä. Oppiminen voidaan ymmärtää aiempaa kehittyneemmäksi, joustavammaksi ja luovemmaksi toimintakapasiteetiksi (Fenwick 2008).

Collin (2009, 2005) luonnehtii työpaikalla tapahtuvaa oppimista informaaliksi, satunnaiseksi, käytäntöihin sidotuksi sekä kontekstuaaliseksi. Hän tuo esille työssä oppimisen tutkimuksessaan kontekstin merkityksen oppimisessa, organisaatioon sitoutumisessa ja työhön liittyvän identiteetin rakentumisessa. Työssä oppiminen on luonteeltaan kokemuksellista ja vahvasti sosiaalista. Työpaikka tarjoaa oppimisympäristön jossa voidaan oppia muunlaista tietoa kuin oppilaitoksessa. Useat viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet että suurin osa työtaidoista opitaan vasta työssä. Yksilölliset tekijät, kuten kouluttautujan halu ja motivaatio kehittää itseään ja työn koettu merkitys ovat oppimisessa tärkeitä. (Collin 2005; Collin 2007; Bunch 2007).

Hayward ym. 2013, Black ym. 2010 ja Lindquist ym. 2006 ovat lähestyneet fysioterapeuttien työssä oppimista sosiaalisten oppimisteorioiden kautta. Teoriat ovat saaneet osakseen kritiikkiä, mutta useissa tutkimuksissa ne ovat osoittautuneet käyttökelpoiseksi viitekehikseksi työssä oppimiselle. Sosialisaatio on oppimisprosessi, jossa omaksutaan paitsi

formaalia tietoa, taitoja, ja sääntöjä, myös arvoja uskomuksia, asenteita ja käyttäytymismalleja. Sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeä komponentti kliinisessä oppimisessa; oppija tulee osalliseksi käytäntöyhteisöön ja kiinnittyy työyhteisön jäseneksi. Sosialisatiossa tapahtuu identifioitumista ammatilliseen rooliin ja kulttuuriin, mikä luo pohjan ammatillisten kompetenssien kehittymiselle (Lindquist ym. 2006; Black ym. 2012; Patton ym. 2012; Hayward ym. 2013).

Patton ym. (2012) ovat tarkastelleet fysioterapeutin kliinistä työssä oppimista situationaalisenä ja sosiaalisena tapahtumana. Heidän mukaansa työssä oppiminen on aina yhdistelmä yksilöllistä ja sosiaalista prosessia, joka tapahtuu työn kontekstissa. Se ei ainoastaan kehitä ammatillista osaamista, vaan myös tukee, muuttaa ja uudistaa kulttuurisia käytäntöjä käytäntöyhteisöissä. Työssä oppimisella on suuri merkitys paitsi yksilölle, myös koko sosiaaliselle yhteisölle. Kliininen työ oppimisympäristönä voidaan ymmärtää moniulotteisena ja sopimuksellisena, mutta dialogisena kenttänä tiedon käyttämiselle, erilaisille rooleille ja prosesseille, mahdollisuuksille ja sitoutumiselle, etenkin situationaalisen ja osallistuvan oppimisen kautta (Patton ym. 2012).

Työn kontekstuaaliset ulottuvuudet voidaan jakaa fyysisiin, ajallisiin ja sosiaalisiin tekijöihin (Patton ym. 2012). Ammatillisen työyhteisön lisäksi työn kontekstin muodostavat myös organisaatio, sosiokulttuurinen konteksti sekä taloudellinen ja poliittinen konteksti. Ammatillisen osaamisen ulottuvuudet määrittävät näiden kontekstien sekä erilaisten sidosryhmien kautta (Bannigan & Moores 2009).

Situationaaliset oppimisteoriat painottavat oppimisympäristön merkitystä; sitä että tiedon ja taidon oppiminen tapahtuu helpoimmin autenttiossa ympäristössä. Lave & Wenger (1991) näkevät kuitenkin situationaalisen oppimisen teoriassaan sosiaalisen aspektin merkityksen; oppimisessa on keskeistä aktiivinen osallistuminen käytäntöyhteisöjen toimintaan ja ammatillisen identiteetin rakentuminen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Osallistavat käytännöt vahvistavat oppimista, sen sijaan negatiiviseksi koetun tai torjuvan vastaanoton työyhteisössä voidaan olettaa jopa heikentävän oppimista. Käytäntöyhteisössä on tärkeää kokea olevansa osa tiimiä (Patton ym. 2012).

Työssä oppimisen käytännöllä voidaan viitata varsin monentyyppisiin ilmiöihin. Käytännöt voivat olla informaaleja ja heikosti tunnistettavia, mutta siitä huolimatta tärkeässä roolissa työssä oppimisen kannalta. Toisaalta käytännöt voivat olla tietoisesti rakennettuja ja vahvasti esillä työpaikan sisällä, mikä ei kuitenkaan takaa käytännössä niiden merkitystä työpaikalla

tapahtuvan oppimisen kannalta. Osa oppimisesta on yksinomaan tiedostamatonta ja satunnaista, työnteon ohessa tapahtuvaa. Työtä tehtäessä keksitään, kokeillaan ja otetaan käyttöön omia, tehokkaampia tai ainakin itselle paremmin soveltuvia työskentelytapoja. Oppimista tapahtuu myös toisten työntekijöiden opastuksella, toisia opastamalla, toisten työtä seuraamalla, sekä häiriötilanteisiin liittyvän ongelmanratkaisun kautta (Järvensivu ym. 2009: 23).

Collinin (2006) tutkimuksessa työssä oppimisen muodoiksi erotettiin kuusi erilaista kategoriaa: työn tekeminen, kollegoilta oppiminen, työkokemusten arviointi, jonkin uuden tekeminen, formaali koulutus ja työn ulkopuolisissa konteksteissa oppiminen. Ensimmäisessä kategoriassa oppiminen oli hyvin kontekstisidonnaista ja konkreettista, opittiin vain työtehtävän kannalta oleelliset asiat joko työtä tekemällä tai muita tarkkailemalla (Collin 2006).

Blackin ym. tutkimuksessa (2012) fysioterapeuttien työssä oppimisen strategiat olivat moniulotteisia ja vaihtelevia, kuten tutkimukseen perustuvan tiedon hankkiminen koulutuksen ja kirjallisuuden avulla, muiden tekemisen havainnointi, yhteistyötahojen kanssa käytävä dialogi ja kyseleminen, käytännöllinen ja omakohtainen kokemus yrityksen ja erehdyksen kautta, sekä siihen liittyvä oman toiminnan reflektointi (Black ym. 2012).

Myös laajemmassa yhteydessä toteutuvat monipuoliset ammatilliset suhteet ja verkostot rikastavat työssä oppimista (Lindquist ym.2006; Patton ym. 2012). Ammatillinen kehittyminen on sidoksissa kommunikaatioon. Keskustelut kollegoiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa ovat tärkeä tiedonhankkimismenetelmä. Oman toiminnan kriittistä arvioimista auttaa verbaalisen palautteen saaminen (Lindquist ym.2006). Myös epämuodolliset oppimistilanteet kuten kahvipöytäkeskustelut vahvistavat oppimista ja sosiaalista koheesiota (Patton ym. 2012).

Eteläpelto ja Vähäsantanen määrittelevät ammatillisen identiteetin elämänselityksensä perustuvaksi käsitykseksi itsestä ammatillisena toimijana; millaiseksi ihminen ymmärtää itsensä tarkasteluhetkellä suhteessa työhön ja ammatillisuuteen, sekä millaiseksi hän työssään ja ammatissaan haluaa tulla. Ammatilliseen identiteettiin kuuluvat myös käsitykset siitä, mihin ihminen kokee kuuluvansa ja samastuvansa, mitä hän pitää tärkeänä, sekä mihin hän sitoutuu työssään ja ammatissaan. Siihen sisältyvät lisäksi työtä koskevat arvot ja eettiset ulottuvuudet sekä tavoitteet ja uskomukset (Eteläpelto & Vähäsantanen 2008: 26–49).

Ammatillinen identiteetti muodostuu työyhteisössä hiljaisesti siirtyvien ammattikulttuuristen ulottuvuuksien, kuten ammatillisen roolin ja etiketin omaksumisena. Black ym (2012) tarkastelivat tutkimuksessaan paitsi fysioterapeuttien ammatillista oppimista, myös ammatillisen identiteetin muodostumista ensimmäisen työvuoden aikana. Tutkimus vahvisti näkemystä, jonka mukaan sitoutuminen vuorovaikutuksen kautta käytäntöyhteisöön tuki yksilöllisen oppimisen ja kasvun lisäksi ammatillisen identiteetin kehittymistä. Itsensä käytäntöyhteisön täysivaltaiseksi jäseneksi kokeminen, sekä kollegojen ja asiakkaiden kunnioituksen saavuttaminen olivat tärkeitä identiteettiä vahvistavia tekijöitä. Oman paikan löytymiseen yhteisössä liittyi myös oman roolin arvon tunnistaminen. Yhteisökin jäsenenä voi erottua, kehittyä ja saada arvostusta yksilöllisissä kompetensseissa (Black ym. 2012).

Wackerhausen (2009) jakaa ammatillisen identiteetin makro- ja mikrotasoon. Makrotason identiteettiä heijastelee ammatin julkinen kuva. Sen muodostavat sekä ammattiin liitetyt viralliset määreet kuten etuoikeudet, valtuudet, velvollisuudet ja säännökset, että yleinen käsitys ammatista. Ammatillisen identiteetin muodostuminen tarkoittaa myös monien ammatillisen käyttäytymisen piirteiden omaksumista. Jokaisella ammatilla on esim. oma tunnusomainen puhetapansa, terminologia, fraasit, metaforat ja avainkäsitteet. Kielenkäytössä eri ammattiryhmille on myös leimallista omaksua oman erityisalan kannalta relevantin tuntuksia kysymyksiä potilaille esitettäväksi. Oman tekemisen ymmärtäminen ja selittäminen tapahtuu ammatillisesta näkökulmasta, sen kautta mitä ammatilliseen osaamiseen katsotaan kuuluvan. Oman ammatin arvostaminen ja eriyttäminen muista tapahtuu myös usein kielenkäytön kautta (Wackerhausen 2009).

Ammatillisen identiteetin rakentumisen eri vaiheissa henkilökohtaisten ja sosiaalisten merkitysten painoarvo todennäköisesti vaihtelee. Noviiisivaiheessa ammatillisen identiteetin rakentumisessa korostuu työyhteisöön sosiaalistuminen, sillä tulokkaalta puuttuu aluksi kontrolli, valtaa, sekä yhteisön muiden jäsenten hallitsemaa kulttuurista pääomaa. Ammatillinen identiteetti rakentuu siten ensisijaisesti omaksumalla yhteisön toimintatapoja, arvoja ja normeja sellaisenaan. Aluksi ammatillinen sosiaalistuminen voi olla vahvaa, vaikka yksilön persoonalliset uskomukset ja näkökulmat eroaisivat paljonkin yhteisön arvoista ja normeista. Kun kokemus, valta ja yhteisöön kuuluminen ovat vahvistuneet, yksilölliset ja persoonalliset ominaisuudet saavat ammatillisen identiteetin rakentumisessa lisää painoa (Eteläpelto & Vähäsantanen 2008: 26–49).

Nykyisessä kiivaasti muuttuvassa työelämässä ammatillinen identiteetti ei välttämättä ole pysyvä ja muuttumaton, vaan ennemminkin se voidaan nähdä dynaamisena, tilannekohtaisiin kokemuksiin perustuvana ja yksilön persoonallisesti värittyvänä tulkintana suhteessa työhön ja ammattiin. Jatkuva ammatillisen identiteetin rakentaminen ja oman osaamisen uudelleenmäärittely on haaste, joka koskettaa yhä useampaa työntekijää. Ammatillinen identiteetti neuvotellaan viime kädessä työyhteisöjen sosiokulttuurisissa konteksteissa, joissa identiteetit rakentuvat yksilöllisen osallisuuden myötä. Kysymys identiteetistä ja subjektista nousee väistämättä esiin tarkasteltaessa esimerkiksi työssä vallitsevien sosiaalisten käytäntöjen suhdetta elinikäiseen oppimiseen, työssä oppimiseen sekä ammatilliseen kasvuun ja kehittymiseen (Eteläpelto & Vähäsantanen 2008: 26–49).

Fysioterapiassa osaamisen tutkimusta on tehty kliinisen päättelyn ja kliinisen osaamisen, vuorovaikutuksen, sekä eettisyyden näkökulmasta. Oppimisen näkökulma tulee esille erityisesti formaalin oppimisen tutkimuksessa; ammatissa jo toimivien fysioterapeuttien työssä oppimista on tutkittu selkeästi vähemmän. Osaamisen ja oppimisen tutkimusta on tarpeellista laajentaa koskemaan jo ammatissa työskentelevien fysioterapeuttien ammatillista osaamista, osaamiskäsityksiä, sekä osaamisen kehittämisen tarpeita. Perusterveyshuollossa fysioterapeutin työnkuvaan liittyy lisääntyvästi toimimista tiiviissä yhteistyössä erilaisten työyhteisön ulkopuolisten yhteistyötahojen ja sidosryhmien kanssa, jolloin ammatilliselta osaamiselta voidaan edellyttää myös yhteistyö- ja verkostoitumistaitoja.

## **6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSMENETELMÄT**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella tehtäväkuvan muuttumiseen tähtäävään suoravastaanottokoulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien käsityksiä omasta ammatillisesta osaamisestaan koulutuksen alkaessa. Sitä minkälaisia asioita he kokevat osaamisensa haasteena koulutuksen alkaessa ja miten osaaminen tai osaamisvaatimukset tulevat esille heidän puheissaan. Tämä tutkimus on osa Keski-Suomessa 2012-2013 aikana toteutettavan tehtäväsiirtokoulutuksen jälkeen aloitettavan fysioterapeuttien TULES-potilaiden vastaanotto toiminnan seurantatutkimusta, jonka osana selvitetään myös osallistuvien fysioterapeuttien oppimisen kehittymistä.

Viidentoista opintopisteen laajuinen koulutus sisältää TULES-asiakkaan kliinisen tutkimista seitsemän, näyttöön perustuvan kuntoutuksen suunnittelua kahden ja asiakasohjausta niin ikään kahden opintopisteen laajuisena. Koulutus toteutetaan työn ohessa tapahtuvana

monimuoto-opetuksena ja opiskeluun sisältyy näyttökokeita. Koulutuksen tavoitteena on kehittää ja yhtenäistää fysioterapeuttien osaamista TULES-asiakkaiden suoravastaanotossa ja käynnistää suoravastaanottoa eri puolilla Keski-Suomen maakuntaa. Tässä työssä tutkimuskysymyksenä on:

Minkälaisia käsityksiä kokeneilla fysioterapeuteilla on ammatillisesta osaamisesta?

### 6.1 Fenomenografinen lähestymistapa ja taustafilosofia

Fenomenografisessa tutkimuksessa tarkastellaan ihmisten erilaisia tapoja kokea, havaita, ymmärtää, käsitteellistää ja käsittää ympäröivää todellisuutta ja sen ilmiöitä. Tutkimuksen keskeinen intressi kohdistuu käsityksiin. Käsitykset kuvaavat ihmisten ja heitä ympäröivän maailman välistä suhdetta. Käsitykset rakentuvat aikaisempien tiedon ja kokemusten pohjalta, ja saavat laajemman ja syvemmän merkityksen kuin mielipiteet (Marton 1988, 144).

Fenomenografiassa ei ole tarkoitus selvittää, miksi ihmisillä on tiettytyyppisiä käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä, vaan tarkoituksena on pyrkiä kuvaamaan ihmisten erilaisia näkemyksiä heidän omista lähtökohdistaan. Käsityksistä heijastuu todellisuus, konteksti, kulttuuri jossa ihminen elää. Fenomenografia on kiinnostunut kulttuurin mukana opitusta ja yksilöllisesti kehittyneistä tavoista ymmärtää maailmaa, ja tutkimuksen kohteena on ihmisten arkiajattelu (Huusko & Paloniemi 2006).

Fenomenografiassa käsityksiä ei pyritä liittämään tutkittaviin henkilöihin itseensä, vaan käsitysten avulla on tarkoitus kuvata yleisemmin henkilöiden tapoja hahmottaa maailmaa. (Marton 1984; Åkerlind 2002). Fenomenografisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään mahdollisimman paljon erilaisia tapoja kokea ilmiö. Pääasiallinen mielenkiinto kohdistuu käsitysten variaatioon itseensä, ei variaation syihin ja lähtökohtiin (Marton & Booth 1997). Käsitysten tutkiminen nousee erityisen tärkeäksi, kun halutaan ymmärtää, miten ihmiset tulkitsevat todellisuutta (Marton 1981). Fenomenografisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata ilmiötä sellaisena kuin tietty ryhmä yksilöitä sen kokee. (Marton 1988).

Fenomenografisen tutkimussuuntauksen empiiristä luonnetta kuvaa empiirisen aineiston hankkiminen analysointia, tulkintaa ja kuvaamista varten. Tutkimussuuntaukselle on tyypillistä induktiivisuus, jolla tarkoitetaan yksityiskohtien tarkastelun ensisijaisuutta. Näihin yksityiskohtiin liittyvistä ilmauksista muodostetaan yleisiä ilmiöitä koskevia päätelmiä. Fenomenografista tutkimusta tehdään empiirisen aineiston pohjalta, ja tutkimustehtävää



lähestytään aineistolähtöisesti. Näin teoria ei toimi kategorioiden luokittelurunkona eikä teoriasta johdettujen oletusten arvioinnin perustana. Lähestymistavan avulla pyritään siis kuvaamaan, analysoimaan, tulkitsemaan ja ymmärtämään ihmisten erilaisia käsityksiä maailmasta, käsitysten variaatioita. Tutkimuksen tuloksena ovat laadullisesti erilaisia käsityksiä kuvaavat kuvauskategoriat (Marton 1988).

Marton kuvaa fenomenografisen tutkimuksen analyysiprosessin etenemistä vaiheina (Marton 1988, 1994).

1. Etsitään koko aineistosta tutkimuskysymysten kannalta tarkoituksenmukaisia ilmaisuja erottaen ilmaisut yksilöiden kontekstista. Näistä muodostuvat koko ilmiötä kuvaavat teemat.
2. Analysoidaan teemat siinä kontekstissa, josta ne ovat peräisin. Analyysin tuloksena syntyy teemojen variointia.
3. Verrataan näitä kontekstuaalisten ilmaisujen merkityksiä toisiinsa, jotta pystytään näkemään, mikä on tyypillistä aineistosta syntyneille käsityksille. Tämä vaihe johtaa kategorioiden ja niiden ominaisuuksien syntymiseen.

Aineiston analyysissä tutkijan tulee tarkastella omia esioletuksiaan, joilla tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omista käsityksistään sekä avoimuutta tutkittavien käsityksille. Tutkijan on mahdotonta lähestyä aineistoa ilman ennako-oletuksia, koska tutkimusta ohjaa tutkijan itsensä asettama tiedonintressi. On tärkeää, että tutkija tiedostaa omat lähtökohtansa ja kykenee tietoisesti käsittelemään niitä suhteessa analyysiprosessiin. Tästä ilmiöstä käytetään nimitystä tutkijan hallittu subjektiviteetti tai kriittinen itsereflektio. Tutkijan esioletusten täydellinen sulkeistaminen ei ole fenomenografisessa analyysiprosessissa mahdollista. Tutkimustuloksina muodostuvat kategoriat sisältävät tulkintaa, joka perustuu viime kädessä tutkijan henkilökohtaiseen valintaan. Keskeistä analyysiprosessissa on koko ajan pitää mielessä tutkimuskysymys (Marton 1988).

## 6.2 Tutkimusaineisto

Tutkimus perustuu 25:een suoravastaanottotoiminnan täsmäkoulutukseen osallistuvan fysioterapeutin haastatteluun koulutuksen alkaessa. Haastatteluaineiston tukena oli käytettävissä ennakkotehtävä 27:ltä osallistujalta. Ennakkotehtävissä tutkittavat kuvailivat aiempia kokemuksiaan suoravastaanottotoiminnasta, koulutukselle asettamia odotuksia,

sekä käsityksiään osaamisestaan ja työnsä merkityksellisyydestä. Teemahaastatteluja varten fysioterapeutit oli jaettu haastatteluja varten kahteen ryhmään. Ryhmässä 1. oli 12 ja ryhmässä 2. 13 henkilöä. Fenomenografiassa tavoitteena on saada mahdollisimman rikas kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä, eli tavoittaa kaikki ne eri tavat joilla yksilöt kuvaavat ilmiötä. Fenomenografia sopii hyvin lähestymistavaksi silloin, kun halutaan tutkia tietyn ryhmän merkityksellisinä pitämiä asioita ja käsityksiä jostakin ilmiöstä. Kvalen (2002) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tuomaa tietoa ja tietämystä ovat tulkinnat, joita yksilöiden ja ryhmien kielellisessä ja sosiaalisessa todellisuudessa muodostuu.

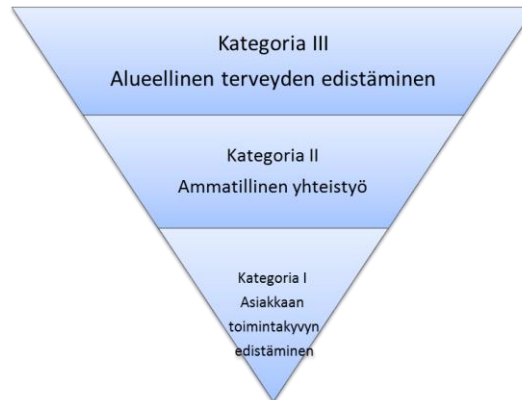
Haastatteluja litteroituina oli 31 sivua tässä tutkimuksessa käytetyin rivi- ja kappalejain. Haastattelulitteraatioiden tukena oli 27:n osallistujan palauttama ennakkotehtävä, jossa he kuvailivat aiempia kokemuksiaan fysioterapeuttina, työn merkityksellisyyden kokemuksiaan ja ajatuksiaan tulevista tehtäväkuvien muutoksista. Osallistujat olivat iältään 25-58 vuotiaita. Työkokemusta oli kertynyt keskimäärin 18 vuotta (2,5-33v), josta TULES-kokemusta keskimäärin 11,8 vuotta. Aiempaa kokemusta suoravastaanottotoiminnasta oli 14:llä fysioterapeutilla. Tutkimukseen osallistuvista fysioterapeuteista (n=28) kuusi toimi työterveyshuollossa, kaksi erikoissairaanhoidossa ja loput perusterveydenhuollon tehtävissä seudun terveyskeskuksissa (Sjögren 2012).

### 6.3 Analyysin eteneminen

Fenomenografia on sopiva menetelmä haastatteluaineistosta esille nousevien merkitysten analysointiin silloin, kun tarkoituksena ei ole löytää aineistosta merkitystihentymiä, vaan mahdollisimman laajasti käsitysten variointia. Käsitteistä muodostettavat kuvauskategoriat kuvaavat erilaisten käsitysten jakautumista tarkastelun kohteena olevassa ryhmässä, tässä tapauksessa suoravastaanottokoulutukseen osallistuvien kokeneiden fysioterapeuttien ryhmässä. Fenomenografiassa käsityksiä tarkastellaan ilmiö- ei henkilötasolla.

Aineiston lukemisen jälkeen hahmottui neljä kokeneiden fysioterapeuttien osaamisen käsitysten teemaa, jotka kuvaavat koko osaamisen ilmiötä: ammatillinen osaaminen, eettisyys, yhteistyö ja oma osallistuminen. Seuraavassa analyysin vaiheessa teemat osoittautuivat kukin hierarkkisiksi siten, että niissä oli kolme variaatiota (kts. taulukko 1). Käsitteiden yhdistelemisestä laadullisten erilaisuuksien perusteella ja teemojen variaatioiden hierarkkisuuuden kautta, muodostuvat osaamisen ilmiön kategoriat ja siten tiedon systemaattinen tiivistäminen. Jokainen teema varioi kolmetasoisesti hierarkkisesti

muodostaen aineistosta kokoneiden fysioterapeuttien osaamisen kategoriat. Ensimmäinen taso (kategoria I) on hierarkkisesti alin kuvaten kapeinta osaamista. Alempi taso on perustana seuraavalle tasolle, osaamisen laajentuessa ylemmille tasoille siirryttäessä (kuva1).



kuva1. Fysioterapeuttisen osaamisen kategoriat

Tutkimusprosessi käynnistyi haastattelujen litteroinnilla ja lukemisella. Aineistoon perehtymisen jälkeen tutustuin kirjallisuuteen ja muodostin käsitykseni työn teoreettisesta taustoittamisesta. Itse analyysivaihe oli pitkä ja vaativa prosessi. Analysoinnin ja tulkintojen kriittisen tarkastelun tukena olivat keskustelut tutkijoiden kanssa. Työn hiominen vaati useamman kerran palaamista haastatteluaineistoon, sekä paneutumista fenomenografiaan lähestymistapana ja tulosten esittämisen taustateoriana. Aineistosta etääntyminen ja sulkeistaminen helpottui työn edetessä. Kävin työn alussa läpi omia ennakko-oletuksiani eräänlaisessa tutkimuspäiväkirjassani. Materiaalin laajuuden vuoksi en käsittele niitä tässä. Aihepiirin tunteminen auttoi tunnistamaan fysioterapeuttien muutosvaiheessa kokemien ongelmien käytännön vaikutuksia silloinkin, kun haastatteluaineisto valotti käytänteitä vain osittain.

## 7 TULOKSET

Fysioterapeuttien osaaminen ilmenee kolmena hierarkkisena kategoriana, joissa osaaminen laajenee siirryttäessä I-kategoriasta III:een. Aineistosta nousseet neljä ilmiötä, teemaa ilmenevät kaikissa kategorioissa (taulukko1).

Taulukko 1 Kokoneiden fysioterapeuttien osaamisen kategoriat

TEEMAT:	Kategoria I	Kategoria II	Kategoria III
Ammatillinen osaaminen	<p><b>Potilaan toimintakyvyn edistäminen</b></p> <p><i>TULES-osaaminen potilaan hyväksi</i></p> <p>”meillon hieno sabluuna tutkia asiakas ja tuota ja antaa oikeoppisesti hyvällä ohjaustaidolla tuota ohjeet ja ja motivoida se asiakas saada hänet ite innostumaan jaja tuota tekemään ja tuota pystytään antamaan jonkunnäkönen seuranta”</p>	<p><b>Ammatillinen yhteistyö</b></p> <p><i>Yhteiset käytännöt</i></p> <p>”ollaan pieni terveysasema mutta tiiminä tehään...mutta tuota näitten selkävastaanottojen kohalla on sitte meillä ollu hoitaja ja lääkäri ja fysioterapeutti se tiimi ni sit aina vähän niinku semmosta hankaluutta että kuka saa ja näin että toivottavasti näihin tulee sitä selkeyttä ja joustavuutta”</p>	<p><b>Alueellinen terveyden edistäminen</b></p> <p><i>Yhtenäiset käytännöt</i></p> <p>”seututerveyskeskuksessa meillä on tasan suurin piirtein ainaki viistoista eri käytäntöä elikkä elikkä tota myöski fysioterapeuttien kesken erilaisia käytäntöjä...”</p>
Eettisyys	<p><i>Vastuullinen asiakaslähtöisyys</i></p> <p>”ei oo itseisarvo että me otetaan paljon asiakkaita pois sieltä vastaanotolta vaan että se asiakas saa sen hyödyn sille käynnille ja hän paranee siitä vaivastaan”</p>	<p><i>Asiakaslähtöisyys tehtäväjoassa</i></p> <p>”pääsee nopeemmin siihen akuutin oireen kanssa fysioterapeutin vastaanotolle saa nopeemmin sen itsehoito-ohjeen mutta kovasti nyt tehään työtä siinä että saatat se kääntymään nii että se lääkäri jäis siitä välistä pois”</p>	<p><i>Oikeudenmukaisuus</i></p> <p>”meijänhän pitäs kuitenkin toimia sillai että meillä on kaikissa .näissä jyten toimipisteissä samanlaiset palvelut ja nythän meitäkää ei oo kuitenkaa kaikista toimipisteistä täällä näin että tavallaan miten se harmonisointi tapahtuu sitten jatkossa”</p>
Yhteistyö	<p><i>Yhteinen päämäärä</i></p> <p>”kyl ne asiakkaat mielellään tulee fysioterapeutille ja usein meille suoraan soittivatkin ja sano et ennemmin tarvi fysioterapeuttia kuin lääkäriä nyt tässä tapauksessa”</p>	<p><i>Työyhteisön luottamus osaamiseen</i></p> <p>”eiliseltä hyvä kommentti yhdeltä työterveyshoitajalta kahvilla ku oltiin ni sano että hän laitto taas yhen sulle tulemaan et sähän oot semmonen roskakori ku kukkaa ei tie mitä tehään ni kato sinä tämä”</p>	<p><i>Alueelliset yhteistyökäytännöt</i></p> <p>”meillon nyt yhteinen fysioterapian akuuttikirjoissa... tyhjäät akuuttiajat elikkä tavallaan tuota asiakkaat voi saada palvelua yli rajojen”</p>
Oma osallistuminen	<p><i>Vuorovaikutusosaaminen</i></p> <p>”ei sieltä varmaan oikeestaan ku kaks tullu sillai niin että minä sitä piikkiä lähin hakemaan ja sekin kuitenkin kääntyi siinä niinkun että oli ihan hyvä käynti”</p>	<p><i>Osaaminen palveluketjun osana</i></p> <p>”suoravastaanotolla sulla on siellä asiakkaita pilvin pimein tulossa et sit ois ryhmiä mihin niitä vois ohjata ja jatkotilanteen seuranta onnistus hyvin ja kaikki tämmöset asiat sitte siellä joukossa vielä mukana ettei pysähtys sitte pelkästään siihen suoravastaanottoon”</p>	<p><i>Oman osaamisen aktiivinen osoittaminen</i></p> <p>”...vaikkei resurssit aina tässä niinku kohtaa mutta me uskalletaan niinku sanoa että mejän mielestä asia pitäis nyt hoitaa näin elikkä mejän ammatti-identiteetti on kasvanu ja vahvistunu ja jaja siitä eteenpäin me päästään niinku tuota kasvamaan vielä enemmän niinku ammatti-ihmisinä jaja tuomaan tämä meidän professio niinku voimakkaammin esille</p>

## 7.1. Potilaan toimintakyvyn edistäminen

Analyysin kolmannessa vaiheessa tuli esiin kokeneiden fysioterapeuttien käsityksinä kaikkia teemoja kuvaava ensimmäinen kategoria, potilaan toimintakyvyn edistäminen. Fysioterapeutit käsittävät osaamisensa ensisijaisesti tuki- ja liikuntaelinosaamiseksi, jossa pääpaino on työ- ja toimintakyvyn edistämällä ja ylläpidolla. Tuki- ja liikuntaelinosaamiseen, **Tules-osaamiseen** (taulukko 1) käsitetään sisältyvän näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä kliinisessä päätöksenteossa ja fysioterapian toteutuksessa. Uuden suoravastaanottotehtävän tiedollisena haasteena koettiin erotusdiagnostiikan hallinta lääkärin konsultaatiota edellyttävissä oireissa ja haitoissa mm. red flag-luokittelun muodossa. Reseptivapaiden tulehduskipuvalmisteiden vaikutusten ja käyttömahdollisuuksien tuntemusta pidettiin tärkeänä lisänä vaikeaksi haasteeksi koetun tules-kivun hoidossa. Jonkin verran tärkeänä pidettiin lisätietämystä kuvantamismenetelmistä ja injektiohoitojen indikaatioista.

Aineistossa ”**näyttöön perustuvuus**” esiintyy fysioterapeuttien puheissa lähinnä terminologisena ilmaisuna, eikä sitä pyritä ilmiönä avaamaan tai selittämään. Lisäksi toteutettavalta fysioterapialta odotetaan vaikuttavuutta. Vaikuttavuus käsitetään ennen kaikkea erilaisiksi koettuluiksi ja luotettaviksi menetelmiksi ja toimintamalleiksi, sen sijaan että sillä kuvattaisiin omaa aktiivista otetta oman lähestymistavan, tiedonhankintaosaamisen ja työn vaikuttavuuden kehittämiseksi. Kliinisen päätöksenteon ja -tutkimisen tueksi fysioterapeutit kaipaavat valideja, helpokäyttöisiä mittareita ja menetelmäosaamista. Fysioterapeutit kuvaavat niiden olevan ”konkreettisia välineitä”, ”työkalupakkeja” ja ”sablunoita”. Ammatillinen osaaminen ja asiantuntijuus käsitetään erilaisina opittuina taitoina ja koulutuksella saavutettuina pätevyyksinä. Oman työn haasteissa kehittyminen ja elinikäisen oppimisen tarpeellisuus esiintyvät kyllä puheissa.

**Tules-osaamisessa** kliinisen päätöksenteon ja näyttöön perustuvien terapiamenetelmien tärkeänä pitämisen lisäksi potilaan ohjaus käsitettiin tärkeäksi osaamisen alueeksi. Onnistunut ohjaus sisälsi käsityksissä sekä onnistuneen vuorovaikutuksen, että taidon siirtää omaa tietämystä ja osaamista asiakkaan hyödyksi, omaan tilanteeseensa vaikuttamisen keinoiksi. Ohjauksen tärkeänä elementtinä pidettiin motivointia; keinoja löytää asiakaslähtöisesti välineitä muutokseen.

Fysioterapeuttien käsitykset omasta osaamisesta liittyivät puheissa ensisijaisesti käytännölliseen osaamiseen ja menetelmien hallintaan. Työfysioterapeuttien oman osaamisen arviointi

fokusoitui työkyvyn ja työn näkökulmaan, josta käsin oma rooli, työnkuva ja osaamistarpeet koettiin melko selkeänä. Työfysioterapeutit kokivat suoravastaanotto toiminnan laajenemisen ongelmalliseksi lähinnä työterveyshuoltoa ohjaavan lainsäädännön rajoittavuuden kannalta.

Omaa ammatillista roolia ja osaamista ei juurikaan pohdita puheissa, vaan se on olettamuksen tasolla olevaa sanoittamatonta osaamista. Omaan ammatilliseen tehtävään viittaava terminologia, kuten ohjaaminen, opettaminen, ennaltaehkäisevä, seurantakäynti, työperäinen tai ergonomiohjaus määrittävät kuulijalle roolia puheissa. Tekeminen, kokemus, tehtävä ja laaja osaaminen ymmärretään haastatteluryhmässä ammatillisessa kontekstissa jota haastattelupuhe heijastelee.

Osaamiskäsityksissä **menetelmäosaamisen tarve ja puutteet** korostuivat, mutta reflektiivinen oman osaamisen arviointi jäi vähäiseksi. Ymmärtämisen lisääntyminen ja aiemman tiedon soveltamiseen kykeneminen eivät olleet omassa osaamisessa tarkastelun kohteena. Uuden tehtäväkuvan edellyttämiä taitoja ja niiden tavoittelemista tarkasteltiin uuden tehtävän asettamien vaatimusten ja tuotetun oppimissisällön näkökulmasta. Haasteina koettiin myös ajankäytön suunnittelu ja tehtävien priorisointi.

Ammatillisen osaamisen ja asiantuntijuuden kehittymisessä kokemuksella voidaan katsoa olevan merkitystä työssä oppimisen ja siihen liittyvän reflektiivisyyden kautta. Haastatteluaineistossa oli sekä niitä jotka vähätelivät osaamistaan, että niitä jotka kokivat työkokemuksensa ehdottomana ammatillisena vahvuutenaan. Kokemuksen perusteella osa fysioterapeuteista saattoi arvioida osaamistaan tai sen puutteita tehtäväsiirtojen ja suoravastaanoton kannalta. Muutaman fysioterapeutin käsitys työurasta kasvuna kuvaa työssä oppimisen reflektiivisyyttä. Suurimmaksi osaksi uutta tehtäväkuvaa koskeva, oman osaamisen kehittämiseen liittyvä pohdinta keskittyi kuitenkin yleisesti lähinnä työjärjestelyihin ja toimintatapoihin.

Näkökulma osaamiseen saattoi olla myös **oman osaamattomuuden tunnistamista** korostava. Samanaikaisesti kun pohdinnoissa keskityttiin uuden tehtävän edellyttämän osaamisen kuten erotusdiagnostiikan hallintaan, arvioitiin tehtävien priorisoinnin tarvetta siten, että osa tehtävistä siirtyisi ne paremmin hallitseville. Käsityksen mukaan fysioterapeutin tulisi tunnistaa osaamisensa ja rajata tehtäviään sen mukaan. Toisaalta kokonaisvaltaiseen asiakkaan ongelmaan ymmärtämiseen pyrkivä fysioterapeutti kokee tilanteessa tarvetta laajentaa osaamistaan konsultoimalla asiantuntijaa. Kaiken kaikkiaan ammatillinen osaaminen käsitettiin vahvasti menetelmäosaamiseksi ja erilaisiksi kliinisen päättelyn taidoiksi ja välineiksi potilaan toimintakyvyn edistämiseksi.

*"meillon hieno sabluuna tutkia asiakas ja tuota ja antaa oikeeoppisesti hyvällä ohjaustaidolla tuota ohjeet ja ja motivoida se asiakas saada hänet ite innostumaan jaja tuota tekemään."*N5R1

*"tosi monimutkasia asioita varsinkin lääkeasioihin oon nyt törmänny jo paljon et siellon niitä lääkkeenhakijoita väärin lääkkeiden väärinkäyttäjiä päällepäin fiksuja ihmisiä et pysty yhtään näkemään etkä tietämään etkä etkä ymmärtämään sitä asiaa ennenku sitten havahdut ehkä jossain vaiheessa mistä oikeesti oli kysymys"*N5R2

*"no kyllä aika tarkkana saa olla siellä tilanteessa sitte että osaa oikeesti kattoo että jos et mikä ohjataan eteenpäin että just nää red flägit sitten täytyy todellaki tunnistaa"* N9R2

*"se työn näkökulma on niinku vahva ja se oikeestaan et meillä pitäskin painottua sinne niinku työperäisiin asioihin"*N6R2

*"mä oon tottunu tekee sen asian omasta mielestä hyvin ja ja tuota ja ja ohjannu mä pidän taas sen asiakkaan ohjannan äärimmäisen tärkeänä."*N5R1

Fysioterapeutit arvioivat menetelmiensä sopivuutta ja vaikuttavuutta kokemustensa perusteella, mutta potilaan tarpeisiin vastaaminen koetaan tärkeänä. Vastuullinen asiakaslähtöisyys (taulukko 1) on potilaan odotuksiin vastaamista ja vastuuta potilaan paranemisesta. Potilastyön eettisyys kattaa asiakkaan tarpeet, toiveet ja resurssit, vaikka fysioterapeutin käsitys sopivasta ja vaikuttavasta menetelmästä voi poiketa asiakkaan käsityksestä. Uudessa suoravastaanottotilanteessa pelkoa herättää oma *"pätemättömyys korvata lääkäri"* potilaille.

Potilaan tarpeet ovat moninaiset. Hän voi odottaa kuntoutumista, välineitä sopeutumiseen toimintakykynsä heikkenemisestä johtuen, tai lähiyhteisönsä tukemista. Nopeaa hoitoon pääsyä ja hoidon oikea-aikaisuutta pidetään tärkeänä asiakkaan kannalta, kuten myös asiakkaan resurssien huomioimista, esim. käytännön mahdollisuuksia tai voimavaroja osallistua fysioterapian toteutukseen. Uuden tehtävän edellyttämä ammatillisen osaamisen **vastuun lisääntyminen** käsitettiin lähinnä erotusdiagnostiseksi osaamiseksi osana potilasturvallisuutta.

Fysioterapian kirjoittamattomaan etiikkaan kuuluu käsitys seurannan tarpeellisuudesta terapisuhteen päätyttyä. Potilas tulisi voida ohjata kontrollikäynnille tai seuraavaan jatkohoitoa tai tukitoimia tarjoavaan pisteeseen, kuten lääkärin vastaanotolle tai liikuntaryhmään fysioterapiakäynnin/-käyntien jälkeen. *"Itsensä tarpeettomaksi tekemisen"* käsityksen rinnalla fysioterapeutit ovat huolissaan potilaidensa selviytymisestä ilman jatkotoimenpiteitä ja seuranta.

*” sitte on tää vanhempi väestö joka on käyny sen kolkytänelkytä vuotta samalla lääkäriillä ja saanu sen kortisonipistoksen tai lähetteen magneettiin tai röntgenkuvaukseen tai muuhun niin ei he ymmärrä et heijät määrätään niinku mulle et mä laittasin heijät niinku tekemään jotaki hommaa että he saa apua ku he vaan saa sen piikin”M1R1*

*”meillon ainaki jotenki mielletty sitä että että nimenomaan se jatkumo et me ei voida myöskään yksilöinä kaikkia siellä jatkumossa kohdata vaan et meille pitää lisätä mitäsitten ryhmien nimet sitten onkaan ja miten me tavataan mutta niitä paikkoja mihinkä niitä ihmisiä ohjataan vastaanotosta eteenpäin”N4R1*

*”jos mä selkeesti nään että että se asiakas sille ei riitä ne minun antamat ohjeet ja neuvot eikä lääkärin pillerit ni mä voim sitten mieltää et okei ooämtee ämdeetee joku muu elikkä sitte ihan oikeesti mieltää että lähifysikaaliset minkälaista koulutusta siellä on taustalla ja ja tuota minne mä vois ohjata.. ja minkälaisia vaihtoehtoja sais sille jatkokuntoutukselle”N2R2*

*”se ei oikeestaan yleensä oo se yks vaan hyvähän sitä asiakasta on kontrolloida miten se homma etenee me tarvitaan vielä sinällään niitä kontrollikäyntejä sille asiakkaalle siihenki pitää riittää aika sitte tulevaisuudessa”N1R2*

*”ois joku hyvä niinku semmonen seurantaki niin että voiaan toimintaa kehittää ja vähän mihin tarvis suunnata esmes jotain toimenpiteitä työpaikalle”N6R2*

Potilaan toimintakyvyn ja elämäntilanteen paraneminen käsitettiin perustavaksi **potilaan ja fysioterapeutin yhteiseksi päämääräksi fysioterapiassa** (taulukko 1). Siihen katsottiin sisältyvän vaivan helpottuminen ja haitan väheneminen, sekä ongelmaan liittyvän tiedon, ymmärryksen ja itsehoitokeinojen lisääntyminen. Asiakkaan kuntoutuminen ja ohjeiden omaksuminen näyttäytyi käsityksissä onnistuneena fysioterapiainventiona ja sillä koettiin olevan positiivinen yhteys myös omaan työmotivaatioon.

Fysioterapeuttien kuntoutumiskäsityksissä saattoi painottua oireen vähenemisen merkitys, jolloin kohentunut tilanne liitetään annettujen ohjeiden noudattamiseen. Vastaanotolla kontrolloidaan ohjeiden ymmärtäminen ja toteutuminen, sekä ohjataan tarvittaessa esim. liikunta-ryhmään. Kokonaisvaltainen näkemys fysioterapiasta painottaa potilaan toimintakyvyn paranemisen tulevan näkyväksi ennen kaikkea hänen arjessaan, siinä miten saavutetut kuntoutumistavoitteet auttavat jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä. Pyrkimys ymmärtää potilaan kontekstia ja resursseja auttaa yhteisen päämäärän ja tavoitteiden asettelussa. Lisäksi kuntoutuksen tavoitteissa ja tukemisessa huomioidaan ja osallistetaan potilaan lähipiiriin kuuluvia henkilöitä.



*”asiakkaat on tyytyväisiä usein niinku kokevat saavansa apua siinä tilanteessa palkitsevaa itselle.”N4R2*

*”no aikasemmista kokemuksista ainakin ni kyl ne asiakkaat mielellään tulee fysioterapeutille ja usein meille suoraan soittivatkin ja sano et ennemin tarvii fysioterapeuttia kuin lääkäriä nyt tässä tapauksessa”N3R2*

Käsityksissä onnistuneesta fysioterapiasta kuvastuivat ohjaamisen ja motivoimisen osaaminen, jotka edellyttävät **vuorovaikutustaitoja** (taulukko 1). Potilaan kuuntelemista pidettiin tärkeänä. Käsitteen ”*kuuleminen*” käyttäminen kuuntelutaidon osana kuvastaa fysioterapeutin pyrkimystä asiakkaan näkökulman ymmärtämiseen sekä kykyä empaattisuuteen. Keskinäistä luottamusta fysioterapiasuhteessa pidettiin tärkeänä. Puheissa esille tullut ”*kohtaaminen*” sisältää toteutuessaan dialogisuutta, kunnioitusta ja luottamuksellisuutta. ”*Yhteen hiileen puhaltaminen*” kuvaa yhteisiä tavoitteita, päämääriä, sekä toteuttamisen keinoja. Samaa kuvastaa käsitys asiakkaan ”*ongelmien jakamisesta*”. Jakamiseen liittyy myös empatiaa ja dialogisuutta, eräänlaista kumppanuuden kokemusta. Vaikka toimintaan liitettiinkin vuorovaikutuksen ja yhteistyön käsitteet, tarkastelivat fysioterapeutit asiakkaan tilanteen paranemista yleisesti oman osaamisensa, tiedon siirtämisen ja ”*antamisen*” näkökulmasta. Pääosin aineiston fysioterapeutit eivät tuoneet vuorovaikutusosaamistaan esille kehittämistä kaipaavana osaamisen alueena.

## 7.2 Ammatillinen yhteistyö

Osaamissisällöltään edellistä laajempi toinen kategoria, ammatillinen yhteistyö, sisältää myös kaikki esiin nousseet teemat. Toimiminen työyhteisön jäsenenä ja oman ammatillisen osaamisen edustajana moniammatillisessa toimintaympäristössä edellyttää edellistä kategoriaa, näyttöön perustuvaa kliinistä potilastyötä laajempaa osaamista. Vuorovaikutus- ja yhteistyöosaaminen laajenee koskemaan työyhteisöä ja toimimista kiinteänä osana sitä.

Fysioterapeutit pohtivat **yhteisten käytäntöjen** (taulukko 1) sujuvuutta ensisijaisesti lähimpien sidosryhmien kanssa tapahtuvan yhteistyön kautta. Tällaisia tahoja ovat vastaanoton työntekijät, jotka ohjaavat potilaita vastaanotoille, sekä lääkärit, joiden vastaanotoille päätyminen sijasta, potilaita saattaa siirtyä fysioterapeuttien arvioitaviksi. Fysioterapeuttien nykyiset yhteistyökäytännöt lääkäreiden kanssa vaihtelivat toimipisteittäin. Kiinteintä lääkäri- fysioterapeuttiyhteistyö oli työterveyshuollon tiimeissä.

Lääkärien kanssa tehtävä yhteistyö, sen sujuvuus ja kiinteys koettiin tärkeäksi kehittämisen kohteeksi. Konsultointimahdollisuuden kynnyksen madaltamisessa pidettiin tärkeänä, paitsi fyysistä sijaintia myös lääkärin tuttuutta. Ihanteelliseksi tilanteena pidettiin samoissa tiloissa toimimista ja lääkärin pysyvyyttä. Terveyskeskuksissa toimii paljon sijaislääkäreitä ja pysyvän yhteistyö- ja tiedottamiskanavan luominen voi olla haasteellista. Vastaanottohenkilökunnan kouluttamista fysioterapeutin suoravastaanotolle tulevien potilaiden ohjaamisessa pidettiin tärkeänä.

Käsitys yhteisistä käytännöistä sisälsi sujuvien lääkärikonsultaatioiden lisäksi työnjaollisia käytäntöjä. Suoravastaanotto edellyttää käytäntöjen muuttamista myös fysioterapeuttien keskinäisessä työnjaossa ja painotuksissa. Lainsäädäntö asettaa omat vaatimuksensa toteutettavalle lääkinnälliselle kuntoutukselle, jonka prioriteetit on huomioitava työnjaossa.

Työfysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnassa työterveyshuoltoa koskeva lainsäädäntö asettaa rajoituksia, joiden mukaan asiantuntijan vastaanotolle asiakkaat lähettää ammattihenkilö, yleensä työterveyshoitaja. Haastatteluja tehtäessä useissa terveyskeskuksissa käytäntöjen toteuttamistapa oli vasta suunnittelun asteella, ja herätti paljon pohdintoja ja kysymyksiä koulutusta aloittavien fysioterapeuttien keskuudessa.

Fysioterapeuttien suoravastaanottotoiminnan käyttöön ottamisen katsottiin vaikuttavan koko terveyskeskuksen vastaanottotoimintaan ja muutososaamiseen siellä. Kuten kaikissa muutostilanteissa viestinnän ja tiedotuksen vaatimusten katsottiin kasvavan. Aktiivista tiedottamista ja viestintäkanavien käyttöä edellytettiin sekä fysioterapeuteilta itseltään, että muutoksia toimeenpanevilta tahoilta kuten johdolta ja esimiehiltä. Fysioterapeuttien käsitysten perusteella näyttäisi että viestinnän ja yhteistyön toimivuus sekä aloitteellisuus oman työn kehittämisessä toteutuvat helpoimmin työterveyshuollossa, missä tiimityöskentely on omaksuttu osaksi omaa työtapaa.

Muutokseen käsitettiin sisältyvän muutosvastarintaa, sekä työntekijöiden että potilaiden taholta. Muutosta pohdittiin ammatillisesta reviiriajattelusta luopumisena ja erilaisten yhteistyön kehittämisen muotoina. Uusien käytäntöjen vakiinnuttamisen prosessinomaisuus ymmärrettiin eikä toimivia käytäntöjä odotettu syntyväksi nopeassa aikataulussa. Fysioterapeuttien ajattelutapojen eroavuus tuli esille lähinnä siinä, keneltä muutostilanteessa aktiivisuutta odotetaan. Osa fysioterapeuteista oli ottamassa näkyvästi roolia oman työn kehittämisessä, kun taas osa odotti toiminnan ohjautuvan ylhäältä alaspäin. Todettakoon että terveyskeskusten välillä oli

eroavuuksia sen suhteen, onko suoravastaanottotoiminnan kehittäminen lähtenyt kentän vai johdon tarpeista ja aloitteesta.

*"mulla on positiivinen niinku ajatus siitä mitä se ois vuoden päästä meillon kuitenkin se organisaatio jo sillä lailla niinkun selvä selvä ja meillon lähteny oikeestaan niinku ylilääkäri vetoisesti että et on tehty tulehoitomaalia jossa on tää toiminta lähetty alottamaan et oikeestaan nyt se että toivon ja niinku uskonki et täältä saa sit eväitä siihen että ite pystyy viemään sitä paljohan se on ollu nyt niinku se hitaanlainen oikean tavan käynnistyminen et sitä ei oo ite osannu ottaa sitä roolia"*N4R2

*"joo siis meillähän varmaan viikottain lääkäri koputtaa oveen et tuutko kattomaan tai mä voin mennä sinne jos haluan et on se just nimenomaan ku se tiimi on siinä kasassa"*N3R1

*"sit ois ihana jos yhteistyö sinne lääkäriin et se olis se linja auki et tässä vois soittaa et mulla on nyt tässä sellanen ongelma että voitko auttaa"*N3R2

*"varmaan se on mejän lähiesimiehen osuus korostuu tietenkin et mejän asioita vie eteenpäin ja...sitte hänen yläpuolella on taas seuraava on sit osastonylilääkäri korostuu taas hänen sitte ja sen yläpuolelle mä en tiiekkään ketä siellä sitte onkaan"*N1R2

*"fysioterapiahenkilökunnassa tietysti sellasia mielipiteitä tulee et ku meillä kuitenkin se entinen tehtävä on myös niinkun suoritettava ja tehtävä ja resursseja ei oo saatu lisää ni huoli siitä että kuinka me niinku organisoidaan nii et kaikki saahaan tehtyä."*N5R1

*"tiedonkulku on semmonen.. suuri ongelma että se tieto tästä toiminnasta oikeesti jalkautus sinne joka ikiselle terveysasemalle ja ja ajanvaraushenkilöstölle ja lääkäreille ja että mikä se uus systeemi sitte on ja kaikki hahmottaa tämän koko kokonaisuuden tässä fysioterapiassa ettei pelkästään sitä akuuttivastaanottoa tehä tietoseks vaan ihan perus fysioterapiavastaanottoja"*N1R2

*"pitäs olla samassa paikassa töissä että voitais vaikka kahvihuoneessa nähdä ja jutella näistä asioista ja se meidän kommunikointi on semmosta effika viestittelyä nykyään L:ssa on hyvä tilanne ku siinä on lääkärit samassa"*M2R2

*"siinä onkin meillä vähän niinkö miettimistä että mitenkä me tästä kehitetään semmonen meidän virman malli"*M4R2

Tules-ongelmien kohdalla fysioterapeutit pitävät tärkeänä **potilaiden ohjautumista oikea-aikaisesti saamaan kuntoutusta ja hoito-ohjeita asiantuntevalta taholta**. Työyhteisön tehtäväjaossa nähtiin tarvetta asiakaslähtöiselle ajattelulle (taulukko 1), jossa potilaan kannalta pyrkimyksenä on nopeuttaa hoitoon pääsyä ja ehkäistä turhia käyntejä. Suoravastaanottoi-

minnassa voidaan katsoa fysioterapeutin tuovan oman osaamisensa aiempaa käytäntöä aikaisemmin asiakkaan hyödyksi, jolloin asiakas saatuun ohjeita ja niitä toteuttaessaan voi välttyä työkyvyn alenemiselta tai tilanteelta jossa vaivaa hoidetaan pelkällä lääkityksellä.

Suoravastaanotto ei kuitenkaan sulje pois mahdollisuutta jatkossa myös lääkärin tutkimuksiin ja työnjaon tärkeäksi osaksi miellettiin moniammatillinen yhteistyö yleisesti. Matalaa kynnystä konsultoida muita asiantuntijatahoja hoidon ja seurannan aikana pidettiin tärkeänä potilaan kuntoutumisen kannalta. Fysioterapeuteilla oli melko selkä käsitys roolistaan potilaan hoitoketjussa tules-asiantuntijoina, mutta mahdollisuudet toteuttaa asiantuntijuutta ovat vaihdelleet työpaikan yhteistyökäytäntöjen mukaan. Suoravastaanoton ajatellaan selkiyttävän käytäntöjä ja tavoittavan fysioterapiasta hyötyvät asiakkaat nopeammin. Toisaalta fysioterapeutit pitävät mahdollisena tilannetta, jossa asiakas on tyytymätön ohjautuessaan fysioterapiaan vaikka haluaisi lääkärin vastaanotolle. Käytäntöjen vakiinnuttaminen on haaste kaikille siihen osallistuville osapuolille.

*”sitä aitoa moniammatillista yhteistyötä et miten se tulee toteutumaan että osattas ja pystyttäs ja kerettäs huomioimaan niinkun sitten esimerkiks just ämdeeteen ja lääkepuolen asiantuntemus”N10R1*

*”ohjautuminen tapahtuu edelleen meille lääkärin kautta eli merkitys on ollu siinä että pääsee nopeemmin siihen akuutin oireen kanssa fysioterapeutin vastaanotolle saa nopeemmin sen itsehoito-ohjeen mutta kovasti nyt tehään työtä siinä että saatat se kääntymään nii että se lääkäri jäis siitä välistä pois”N3R2*

*”työterveyshoitajat erittäin mielellään käyttää minun palveluja koska silloin jotakin apua saadaan näille tuleongelmallisille jollon työperäistä ongelmaa”M4R2*

Fysioterapeuttien käsitykset muun **työyhteisön luottamuksesta omaan osaamiseen** (taulukko 1) vaihtelivat. Etenkään lääkärin ei uskottu riittävässä määrin tuntevan fysioterapeutin työnkuvaa ja osaamista. Parhaiten lääkärit ja terveydenhoitajat osasivat hyödyntää fysioterapeuttien asiantuntemusta työterveyshuollossa. Kiinteä yhteistyö tiimissä lisäsi luottamusta moniammatilliseen yhteistyöhön ja omaan osaamiseen.

Fysioterapeuttien käsitysten mukaan vähiten luottamusta heidän osaamistaan kohtaan osoittivat hallintolääkärit, jotka huonoimmassa tapauksessa pyrkivät jarruttamaan suoravastaanoton toteutumista. Fysioterapeuttien haastatteluissa on hyvin vähän suoraa osaamispuhetta, sen sijaan oman osaamisen arviointia tapahtuu melko paljon oman ammatillisen osaamisen ja sen saaman luottamuksen ja arvostuksen kautta.

*”kommentti yheltä työterveyshoitajalta kahvilla ku oltiin ni sano että hän laitto taas yhen sulle tulemaan et sähän oot semmonen roskakori ku kukkaa ei tie mitä tehään ni kato sinä tämä”N3R1*

*”vastaanoton henkilökuntaa joka on merkittävässä roolissa jotta meille tulee niitä asiakkaita niin ee siellä kyllä vahvasti luotetaan fysioterapeuttien ammattitaitoon jo ennestään et meillä on niinku vahvasti meitä arvostetaan”N7R1*

*”vähä sitte semmosin ristiriitasin tuntein ehkä sitä oon tuonne omaan tiimiin viemässä sielläkin varmaan terveydenhoitajalla ja lääkäriellä on monennäköstä näkökulmaa sitten siihen että varmasti siellä saa kovasti perustella sitä toisaalta”N7R2*

*”varmaan suuri osa lääkärikunnasta allekirjottaa et hyvä juttu mutta varmaa on joukossa sellasia jotka sanoo että tuutte mejän tontille ja yritättekö olla jotain pikku lääkäreitä”N4R2*

Fysioterapeutit näkivät oman **osaamisensa osana palveluketjua** (taulukko 1). Työnjaossa tehtävät muutokset edellyttävät työyhteisön ehdotonta keskinäistä luottamusta toinen toistensa osaamiseen, jotta asiakaslähtöinen palveluketju voi toteutua. Fysioterapeuttien käsityksen mukaan fysioterapeuttien tehtävä ja toimintatapa palveluketjussa tulee olla selkeästi määritelty hoitoon ohjautumisesta aina jatkotoimenpiteisiin saakka.

Tules-potilaiden suoravastaanotto nähdään onnistuessaan sekä asiakaslähtöisenä että rationaalisenä toimintana. Nopea hoitoon pääsy ja potilaiden väheneminen lääkäreiden vastaanotoilta nähdään keinoina vähentää kustannuksia. Käsityksissä suoravastaanottotehtävä nähdään aiempaa aktiivisempänä asiantuntijaroolina, jossa fysioterapeuttien itselleen asettamat osaamisvaatimukset ja aktiivisuus osaamisen esille tuomisessa vaikuttavat sidosryhmien käsityksiin koko ammattiryhmän osaamisesta. Lisääntyvän vastuun nähdään edellyttävän oman osaamisen jatkuvaa ylläpitoa.

*”jokaisella terveysasemalla ois ainaki yks henkilö joka tekis suoravastaanottoa ni kaikki tuleasiakkaat ohjautus hänelle ja korvaus ois siitä semmonen kunnollinen sit tietenki ku se korvaa suoraan lääkärin työtä”N1R2*

*”mä nään tän järkevänä toimintana mun mielestä tää on ainoa mahdollinen keino niinku lähtee sitä isoa tulokakkua niinku palastelemaan”N4R1*

Ammatillisessa yhteistyöosaamisessa korostui tarve kiinteään yhteistyöhön lääkäreiden kanssa sekä fysioterapeutin toiminta osana palveluketjua, jossa potilas ohjautuu oikea-aikaisesti

oikeaan paikkaan. Työyhteisön luottamusta omaan osaamiseen pidettiin tärkeänä ja omaa ammatillista vakuuttavuutta peilattiin oman osaamisen arvostuksen kautta.

### 7.3 Alueellinen terveyden edistäminen

Kolmas, osaamisen laajin kategoria, alueellinen terveyden edistäminen, edellyttää toimintakyvyn ja –kykyisyyden edistämisen, siihen tarvittavan potilas- ja yhteistyöosaamisen laajentamista koskemaan koko yhteisöä. Toimintaympäristö laajenee oman työyhteisön ja toimipaikan ulkopuolelle ja sidosryhmiä muodostuu myös terveydenhuollon ulkopuolisista toimijoista. Osaaminen alueellisen terveyden edistämisen tasolla kuvastaa fysioterapian asiantuntijuutta, jossa toiminnan tavoite on paitsi potilasosaamisen, myös laajempien kokonaisuuksien hallinnassa. Perusterveydenhuollon fysioterapeutin toiminta nivoutuu tällöin saumattomasti alueelliseen kuntoutustyöhön ja toimintakyvyn alenemista ennaltaehkäiseviin käytäntöihin, joissa fysioterapian asiantuntemus ja erikoisosaaminen voivat tulla näkyviksi.

Fysioterapeutit odottavat **vastaanottokäytäntöjen yhtenäistyvän** (taulukko 1) koko maakunnan alueella yhtenäisen koulutuksen jälkeen. Tutkimus-, hoito- ja kirjaamiskäytäntöjen yhteneväisyyden tarvetta perustellaan mm. näyttöön perustuvauteen nojaavana. Suoravastaaanottotoiminnan laajenemista kaikkiin toimipisteisiin ja yhtenäisiä toimintatapoja pidetään tarpeellisena paitsi vastuun määrittelyn, myös fysioterapeuttien toiminnan sujuvuuden kannalta. Esimerkkinä potilaan tutkimisessa yhtenäisesti käytetyt tutkimusmenetelmät ja –mittarit joiden validius on testattu. Terveyskeskuksissa fysioterapeuttien saatavissa oleva ammatillinen tuki vaihtelee; pienessä terveystieteessä fysioterapeutti on ammattikuntansa ainoa edustaja. Etenkin kollegiaalisen tuen puuttuessa toimintatapojen selkeys koetaan turvallisenä.

Suoravastaaanottotoiminnan **oikeudenmukaisuus eli tasa-arvoinen tarjonta** (taulukko 1) maakunnan asiakkaille puhutti haastateltavia. Koulutukseen osallistui vain osa alueen perusterveydenhuollon fysioterapeuteista, eikä suoravastaaanottoa voida tarjota kaikissa terveystieteissä. Työfysioterapeuttien mahdollisuuksia suoravastaaanottoon rajoittaa edellä mainittu lainsäädäntöön perustuva ohjeistus. Joissain terveystieteissä on mahdollisuus ohjata asiakas toisen kunnan alueella olevaan toimipisteeseen. Joustavuutta pidettiin myönteisenä, vaikka asiakkaan mahdollisuudet käyttää kauempana olevia palveluja ymmärrettiin rajallisiksi ja tiedostettiin.

Tehtävien priorisointi uuden tehtävän myötä herätti myös paljon ajatuksia haastateltavissa. Lakisääteisen lääkinällisen kuntoutuksen tarjoaminen on perusterveydenhuollossa tarjottavan fysioterapian lähtökohta. Muiden terapiamuotojen osalta käsitykset tarpeellisesta ja oikeudenmukaisesta fysioterapiasta vaihtelivat fysioterapeuttien käsityksissä, mutta olemassa olevien tehtävien priorisointi ja joistain tehtävistä luopuminen vaikutti vaikealta asiakaslähteisestä näkökulmasta.

Työterveyshuollon asiakaskäsitys ja käsitys asiakkaan parhaasta koskee sekä yksittäistä asiakasta että hänen työnantajaansa. Tämä näkökulma sekä rajaa että laajentaa fysioterapeutin käsitystä hänen toimintansa kohteesta. Asiakkaan työssä selviytymistä voidaan tukea laajallakin osaamisella, mutta toimintavastuu kapenee koskemaan työympäristöä. Palvelun maksajan kannalta hyvä palveluasenne korostuu työterveyshuollossa. Tuloksellisuutta ja nopeaa konsultaatioon pääsyä pidetään erittäin tärkeänä kun maksaja on yksilöity taho, työnantaja. Myös Kelan kontrolli ulottuu työterveyshuoltoon, toisin kun perusterveydenhuollon fysioterapiaan muilta kuin lääkinällisen kuntoutuksen osalta. Asiakaslähtöisyyttä ja eettisyyttä ohjailivat erilaiset tekijät toimintaperiaatteista riippuen.

*"meillä on tasan suurin piirtein ainaki viistoista eri käytäntöä elikkä elikkä tota myöski fysioterapeuttien kesken erilaisia käytäntöjä ja ja tota me ollaa yritetty nyt tän puolentoista kohta kahden vuoden ajan viedä yhteen seututerveyskeskuksessa ketä me laskutetaan ja mitä me tilastoidaan"*N8R2

*"meijänhän pitäis kuitenkin toimia sillai että meillä on kaikissa .näissä jytten toimipisteissä samanlaiset palvelut ja nythän meitäkää ei oo kuitenkaa kaikista toimipisteistä täällä näin että tavallaan miten se harmonisointi tapahtuu sitten jatkossa"*N4R2

*"tarviis sitä kumppanuutta mistä puhutaan olis niinku tota työterveydessäki meijän asiakkaita on ne yksilöasiakkaat mut sit meijän asiakkaita on nää asiakasyritykset joitten kans kehitettäs kumppanuutta ni tää linkitys sinne niinku tämmösenä oivana osana palvelemaan sitä kumppanuutta"*N6R2

*"on lääkäripulaa on ni ei oo aikoja työterveyslääkärille niin sitte meillon kuitenkin aika kova firmat maksaa nämä käynnit ja kela ja meijän pitäis palvella näitä henkilöitä ja asiakkaita mahdollisimman hyvin ja se on huonoo palveluu jos sitä aikaa ei saada"*M4R2

*"Koetaan osaavamme aika laajasti asioita ja koetaan että että kuntalaiset jäävät huonommalle palvelulle jos me emme enää tee tätä toimintoa ja se tuntuu pahalle ja siitä tulee se että et vaikka me tiedetään et pitäis pystyä raivaamaan aikaa tälle sinällään järkevälle hyvälle toiminnalle ni se että mistä me hennotaan luopua"*N4R1

*"Läkinälliset kuntoutukset siellä... ne on hoidettava se on se ykköstehtävä...kuntoutussuunnitelman mukaan ne on hoidettava siellä joka tapauksessa"*M2R2

Perusterveydenhuollon fysioterapeutit toivat esille **alueellisten yhteistyökäytäntöjen** välttämättömyyden (taulukko 1) osana laajempaa toimintaympäristöä. Yhteistyötahot ovat kunnallisella tasolla mm. kouluterveydenhuolto, liikuntapalvelut, alueen yliopistosairaala jne. Käytännöt alueellisten palvelujen kanssa tehtävässä yhteistyössä vaihtelevat. Perusterveydenhuollon fysioterapeutilla on yhteistyökäytäntöjä niin sopimuksenmukaisten kunnallisten palveluntuottajien kuin yksityistenkin suosituksiin perustuvien palveluntuottajien kanssa. Haastatellut fysioterapeutit käyttivät kertomansa mukaan monipuolisesti hyväksi yhteistyötä asiakkaan jatkoseurantaan liittyvien eri palveluntuottajien kanssa. Pääasiallisesti asiakkaita ohjattiin erityisliikuntapalveluiden pariin. Joskus tarvetta ilmenee ohjata asiakas erikoistuneiden fysioterapeuttien palvelujen käyttäjäksi. Miten asiassa käytännössä edetään ja kuka vastaa aiheutuneista kustannuksista, ei ilmene haastatteluaineistosta.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapeuttien yhteistyön tiivistymistä ja uusien toimintamuotojen kehittämistä pidettiin tärkeänä. Myös lääkäryhteistyöhön toivottiin mutkattomampia vaikuttamiskanavia. Erikoislääkärin konsultaatiota edellyttävän, toimintakykyhaittaa aiheuttavan tilan kanssa sinnittelevä potilas palautuu aina fysioterapeutilta yleislääkäritasoiseen konsultaatioon. Fysioterapeutit toivoivat antamilleen toimintakykyarvioille suurempaa painoarvoa potilaan kiireellisyyden ja haitta-asteen arvioinnissa erikoissairaanhoidon konsultaatioon lähetettäessä.

Yhteistyön tiivistymistä eri palveluyksikköjen kanssa yli kuntarajojen pidettiin tärkeänä. Joidenkin fysioterapiayksikköjen kohdalla asiakkailla on jo resurssiensa mukaisesti mahdollisuus valita joustavasti käyttämänsä palveluntuottaja sen mukaan, mistä vapaita fysioterapia-aikoja nopeimmin löytyy. Joillain alueilla myös työterveyshuollon tiimejä on muodostettu kuntien välisesti. Työterveyshuollon fysioterapeutit näkivät yhteistyössä asiakasyritysten kanssa vielä kehittämiskohteita.

*"toivois jotenki sillai kuitenkin tän koulutuksen jälkeen että se luottamus tavallaan siihen ammattitaitoon ois sen verran vahva että sitten se lääkäri niinkun kun täältä joku meistä sanoo et tää ihminen tosiaan ihan oikeesti ei mejän keinoilla tuu autetuksi niin otettas sinne keskussairaalaan"*N2R2

*"onhan meillä kumppanina erityisliikunnan ryhmät esimerkiks kaikki tämmöset"*NR2

*"muodostetaa niin ab kuntapari jossa vysioterapia niin c kun b niinku samassa tiimissä samoten työterveys-huolto ollaan tuota kahen kunnan alueelta samassa tiimissä ja sillälaila kommunikoiaan keskenään"*M1R1

*"asiakkaat voi saada palvelua yli rajojen sillon kun näkyy että okei se oma J on nyt ihan tukossa"*N9R2



**Oman aktiivisen ammatillisen osaamisen tunnistaminen** (taulukko 1) tulee esille tarpeena kehittää tiettyjä osa-alueita, kuten aloitteellisuutta, aktiivisuutta ja oman osaamisen näkyväm-  
pää esille tuomista. Se edellyttää luopumista oletuksesta, jonka mukaan fysioterapeutin osaa-  
minen ja rooli näyttäytyy itsestäänselvänä sekä muille ammattiryhmille, että fysioterapeuteille  
itselleen. Hiljainen osaaminen pitää osata tehdä näkyväksi ja sitä kautta vakavasti otettavaksi  
ja tarpeelliseksi. Uuteen tehtävään siirtyminen edellyttää fysioterapeuteilta aktiivista roolia  
tiedottamisessa ja muun henkilöstön ohjauksessa. Jatkossa myös itsenäisempi rooli vastaanot-  
totyössä edellyttää oma-aloitteisuutta ja aktiivista yhteistyökäytäntöjen kehittämistä. Siirty-  
mävaiheessa työjärjestelyt kuten priorisointi ja ajankäytön suunnittelu tuovat myös uudenlai-  
sen aktiivisen osaamisen vaatimuksen fysioterapeutin työhön.

Näiden tehtävien edellyttämä uudenlainen aloitteellisuus tuli esille fysioterapeuttien käsityk-  
sissä. Osaamista pohdittiin ”aktiivisen roolin ottamisena”, ”ammatillisen identiteetin vahvis-  
tumisena” sekä ”osaamisen esille tuomisena”. Ammatillisen osaamisen ja siihen liittyvän  
ammatillisen identiteetin käsitettiin kehittyvän ensisijaisesti työssä oppimalla. Kollegojen  
tukea ja mentorointia pidettiin tärkeänä ammatti-identiteetin sekä ammattitaidon ja siihen liit-  
tyvän hiljaisen tiedon siirtämisessä kokemuksellisen oppimisen ohessa. Työn ohessa opetta-  
mista ja tiedon jakamista työyhteisössä pidettiin myös tärkeänä.

*”...vuoden päästä fysioterapeutti on kasvanu ottamaan ite sitä vastuuta ja vaikei resurssit aina tässä niinku  
kohtaa mutta me uskalletaan niinku sanoa että mejän mielestä asia pitäis nyt hoitaa näin elikkä mejän ammat-  
ti-identiteetti on kasvanu ja vahvistunu ja jaja siitä eteenpäin me päästään niinku tuota kasvamaan vielä enem-  
män niinku ammatti-ihmisinä jaja tuomaan tämä meidän professio niinku voimakkaammin esille”M3R1*

*”mullon jotenki niin hirveen hajanaista työ teen kaikennäköstä pienessä paikassa että se ois hyvin jäsentynyttä  
jotenki mullon selkeesti tämmönen vastaanottopäivä elikkä tai kuinka paljo sitä nyt sitte aikaa sit siihen mä  
priorisoin mut että semmonen jäsentäminen oman työskentelyn tää tuo varmaan semmosta”N8R1*

Alueellisen terveyden edistämässä nousi esiin uusien yhteistyömuotojen kehittämisen ja  
käytäntöjen yhtenäistämisen, sekä alueellisen palvelutarjonnan tasa-arvoistumisen tarpeet.  
Fysioterapeutin roolin ja osaamisen näkyväksi tekeminen ja oma aiempaa aktiivisempi toi-  
minta nähtiin tärkeinä päämäärinä alueellisessa yhteistyössä.

## 8 YHTEENVETO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella tehtäväkuvan muuttumiseen tähtäävään TULES-suoravastaanottokoulutukseen osallistuvien fysioterapeuttien käsityksiä omasta ammatillisesta osaamisestaan. Fenomenografisen analyysin tulkintana osaaminen ilmenee kolmena toisiinsa nähden laajenevana kategoriana lähtien potilastyöosaamisesta, siirtyen moniammatilliseen yhteistyöhön ja lopulta laajimpaan osaamisen tasoon, alueelliseen terveyden edistämiseen.

### 8.1 Johtopäätökset

Fysioterapeuttien osaamiskäsitys painottui ensimmäisen kategorian kuvaamaan potilasosaamiseen. Fysioterapiakäsityksissä tuki- ja liikuntaelinosaamisena pidettiin näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä kliinisessä päätöksenteossa ja fysioterapian toteutuksessa. Lisäksi käsitysten mukaan fysioterapialta edellytetään vaikuttavuutta, tehokkuutta ja oikea-aikaisuutta. Vaikuttava ja tehokas fysioterapia toteutuu fysioterapeuttien käsityksissä oikein valittujen menetelmien ja toimintamallien kautta. TULES-osaamiseen liitettiin vahvasti myös onnistunut potilaan ohjaus, jonka avulla tietämys ja osaaminen siirretään asiakkaan käyttöön.

Puhetta syntyi erotusdiagnostisesta osaamisesta ja haasteesta osata lähettää eteenpäin lääkärin hoitoa tarvitsevat potilaat. Potilaiden taholta haasteeksi koettiin heidän odotuksensa saada lääkäritasoisista hoitoa heidän päätyessään ensikäynnillä fysioterapeutille. Useimmissa ennakkotehtävissä mainittiin oman osaamisen kehittämisen tarpeiksi kliinisen päättelyn taitojen, kliinisten testien hallinnan ja erotusdiagnostiikan hallinnan vahvistuminen.

Fysioterapeuttien käsityksissä fysioterapiaosaaminen on siis näyttöön perustuvien menetelmien hallintaa ja niiden avulla tapahtuvaa kuntoutumisen fasilitoimista ja potilaan ohjaamista. Miten käsityksen mukainen osaaminen toteutuu fysioterapian käytänteissä? Haastattelujen perusteella ei kovinkaan aktiivisesti. Käytäntöjen kuvailtiin olevan epäyhtenäisiä ja vaihtelevia ja potilaan tutkimiseen ja kirjaamiskäytäntöihin toivottiin yhdenmukaisuutta. Suurin osa fysioterapeuteista kaipasi potilaan tutkimiseen liittyvien tietojen ja taitojen päivittämistä. Kliinisen päätöksenteon ja -tutkimisen tueksi kaivattiin valideja, helppokäyttöisiä mittareita ja menetelmäosaamista. Fysioterapeutit kuvasivat niiden olevan ”konkreettisia välineitä”, ”työkalupakkeja” tai ”sablunoita”.

## 8.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimukset ovat osoittaneet että asenteet näyttöön perustuvaan fysioterapiaan ovat myönteisiä ja niiden tärkeyttä hoidon vaikuttavuuden kannalta painotetaan. Siitä huolimatta ajantasainen näyttöön perustuva fysioterapia on juurtunut heikosti käytäntöön (Kamwendo ym. 2002; Jette ym. 2003; Maher ym. 2004; Overmeer ym. 2005; Iles & Davidson 2006; Mikhail ym. 2006; Grimmer-Somers ym.2007; Hannes ym. 2009; Harting ym.2009; Schreiber ym. 2009; Fruth ym. 2010; Nilsagård & Lohse 2010; Salbach ym.2010; McEvoy 2011; Heiwe ym. 2011; Bayley ym. 2012; Dannapfel ym. 2013). Tutkimustiedon oletetaan päätyvän käytäntöön koulutusten ja erilaisten menetelmien työhön vakiinnuttamisen kautta, sen sijaan että omaehtoinen, aktiivinen ja kriittinen tiedonhankinta nähtäisiin oppimisen kannalta välttämättömyytenä. Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet omaehtoisen tiedonhaun esteiksi ajanpuutteen (Herbert ym. 2001; Kamwendo ym. 2002; Jette ym. 2003; Grimmer-Somers ym. 2007; Fruth ym.2010; Nilsagård & Lohse 2010; Bayley ym. 2012), heikot mahdollisuudet päästä tutkimustietoon käsiksi (Jette ym. 2003; Maher ym. 2004; Hannes ym. 2009; Fruth ym. 2010), sekä tutkimusten tulkinnan vaikeudet (Maher ym. 2004; Grimmer-Somers ym. 2007; Hannes ym. 2009; Schreiber ym. 2009; Fruth ym. 2010; Heiwe ym. 2011; Dannapfel ym. 2013). Vaikka tietoa tuotettaisiin helposti tulkittavassa ja tiivistetyssä muodossa esim. paikallistason ammattijulkaisuissa, kaikilla on peruskoulutuksesta riippumatta yhteisenä haasteena tutkimustiedon soveltaminen käytännön terapiaksi (Maher ym. 2004; Grimmer-Somers ym. 2007).

Menetelmäosaamisen korostaminen heijastelee koko fysioterapian olemassaolon historiaan liittyvää tekniikkasuuntautuneisuutta. Oppisuunta ja menetelmä toisensa jälkeen on nostettu korokkeelle, vaikka varsinaista tieteellistä evidenssiä ei olisi ollut. Saatavilla olevan tutkimustiedon hyödyntäminen ja oman tekemisen kriittinen tarkastelu ovat perustana näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittymiselle. Sen rinnalla tulee kehittää tutkimustietoon perustuvia, käyttökelpoisia, yhtenäisiä välineitä ja menettelytapoja potilaan tutkimiseen ja terapian toteuttamiseen. Tällaisia ovat esim. yhtenäiset hoitolinjaukset ja suositukset, joita edelleen on melko vähän fysioterapiassa tarjolla.

Suomessa fysioterapiasuosituksia on laadittu Suomen Fysioterapeuttien hankkeena vuodesta 2004. Toteutuneita suosituksia ovat polven ja lonkan nivelrikon fysioterapia (2008, päivitetty 2013), sepelvaltimotautipotilaan liikunnallinen kuntoutus (2011) sekä kaatumisten ja

kaatumisvammojen ehkäisy (2011). Lisäksi fysioterapiasuosituksia on laadittu Kelan vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa: ”Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin” (Paltamaa ym. (toim.) 2011). Yhtenäisten hoito- ja tutkimuskäytäntöjen etuna on validiuden ja reliabiliuden lisäksi ajansäästöllisiä vaikutuksia vastaanotto toiminnassa, potilaan hoidon yhdenmukaistuminen hoitopaikasta riippumatta, tulosten tulkitsemisen yksiselitteisyys ja tutkimuksissakin mainittu fysioterapeutin kliinisen päätöksenteon helpottuminen ja varmuuden lisääntyminen (Jette ym. 2003; Iles & Davidson 2006; Mannis & Darrach 2006; Salbach ym. 2010).

Valitettavasti suositusten laatiminen ja mahdollisuus niiden käyttämiseen eivät takaa niiden päätymistä osaksi fysioterapeutin kliinistä päätöksentekoa. Tästä on osoituksena tutkimus jonka mukaan haastatelluista fysioterapeuteista yksikään ei noudattanut alaselän kivun hoitolinjauksia sellaisenaan (Harting ym. 2009), sekä tutkimus, jossa fysioterapeuteista vain puolet tunsivat alaselän hoitolinjausten sisällön (Overmeer ym. 2005). Ohjeita pidettiin liian standardoivina, oman työn luovuutta rajoittavina tai omaan työskentelytapaan sopimattomina.

Fysioterapeutit haluavat sekä selkeitä tutkimukseen perustuvia työvälineitä, että työhön sisältyvää mahdollisuutta olla luova, innovatiivinen ja soveltava. Mahdollisuus toteuttaa itseään ja toimia omien arvojen mukaisesti vaikuttaa persoonalliseen ja ammatilliseen kasvuun. Sisäinen motivaatio, kiinnostus ja tiedonhalu vaikuttavat positiivisesti asennoitumisessa tieteellisen tiedon hankintaan ja uusien taitojen omaksumiseen (Dannapfel ym. 2012). Luovuus ja innovatiivisuus ovat tärkeitä ominaisuuksia työskentelyssä vajaakuntoisuuden parissa. Toimintakykyisyyden alenemisen aiheuttamien ongelmien ratkaisemisessa tarvitaan muunlaisiakin avuja kuin mittaaamisen ja tulosten arvioinnin taitoa. Uutta luova toiminta ei kuitenkaan ole vastakkaista näyttöön perustuville käytännöille. Pikemminkin voidaan ajatella että uutta luova innovatiivinen ajattelu edellyttää vahvaa perusosaamista ja -tietämistä (Shaw 2012).

Haastatteluissa ilmenee fysioterapeutin rooliin liittyvä kaksijakoisuus ”vaivan parantajana” ja toisaalta ”arjen helpottajana”. Onnistuneessa fysioterapiainterventiossa potilas on saanut avun ja ohjeet itse edistää kuntoutumista. Fysioterapeutin tehtävä on rajattu ja ongelman laaja-alaisuus johtaa potilaan siirtymiseen asiantuntevampaan hoitoon, esimerkiksi lääkärille. Tuki- ja liikuntaelinhaitan seurannasta vastaa fysioterapeutti. Kokonaisvaltaisesti fysioterapian mahdollisuuksia tarkastelevan fysioterapeutin toimintakenttänä on potilaan arjessa selviytyminen ja yhteistyö tämän lähipiirin kanssa. TULES-painotteisuudesta johtuen

haastatteluaineiston fysioterapeuttien asennoituminen oli enimmäkseen biolääketieteellisesti suuntautunutta hoitamista, parantamista ja ohjeistamista korostavaa (Thornquist 2001; Edwards ym. 2004; Lindquist ym. 2006; Larsson ym. 2010; Dierckx ym. 2013).

Fysioterapeuttien osaamiskäsitys terveyden edistämässä painottuu liikuntaneuvonnan antamiseen ja siihen liittyviin mittauksiin. Rooli ja osaaminen perusterveydenhuollossa terveyden edistämässä on siten melko kapea. Tutkimuksen mukaan fysioterapeutit käyttävät hyvin vähän sellaisia yleisiä terveysindikaattoreita kuten verenpaineen mittaus, BMI, kipukyselyt, diabeetikon neurologisten ongelmien tunnistaminen tai kaatumisriskien kartoitus (Jette & Jewell 2012).

Vuorovaikutusosaamiseen liitettiin käsite potilaan kuuleminen. Kuuleminen sisältää kuuntelemista syvemmän käsityksen aidosta pyrkimyksestä asiakkaan näkökulman ymmärtämiseen ja huomioimiseen terapian lähtökohtana. Fysioterapiasuhteen pohjana pidettiin ehdotonta luottamusta ja luottamuksellisuutta. Potilaan kohtaamisessa korostuu samalla tasolla toimiminen, tasa-arvoisuus ja läsnäolo. ”Yhteen hiileen puhaltaminen” kuvaa yhteisiä tavoitteita, päämääriä, sekä toteuttamisen keinoja. Samaa kuvastaa käsitys asiakkaan ongelmien jakamisesta. Jakamiseen liittyy empatiaa, dialogisuutta, ja kumppanuuden kokemusta. Potilaan kuulemiseen liittyy mahdollisuus tehdä narratiivista tiedonkeruuta ja tulkintaa kliinisen päättelyn ja päätöksenteon tueksi (Edwards ym. 2004; Edwards & Richardson 2008).

Myös aiemmissa fysioterapeutin ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksissa on korostettu kuuntelemisen ja kuulluksi tulemisen merkitystä, luottamuksellisuutta, empatiaa, kannustavuutta, läsnäoloa ja keskinäistä kunnioitusta (Gard 2007; Hills & Kitchen 2007; Reeve & May 2009). Haastatteluaineistossa esiin nostettuun ”yhteen hiileen puhaltamiseen” voidaan katsoa liittyvän yhteisen päämäärän, joka käytännössä tarkoittaa potilaan osallistamista päätöksentekoon kaikissa fysioterapian vaiheissa. Potilaat kokevat osallistumisen mahdollisuuden tärkeänä ja sitoutumisen terapiaan tiedetään parantavan kuntoutumistuloksia (Lindquist ym. 2010).

Jotkut haastatteluaineistossa käytetyt ilmaisut kuvasivat kuitenkin fysioterapeutin ja potilaan epätasa-arvoista suhdetta, fysioterapeutin asiantuntijuuden korostumista suhteessa potilaaseen ja biolääketieteellisen paradigman vallitsevuutta. Fysioterapeuttien näkemyksen mukaan he toimivat ohjeiden antajan ja avun tarjoajan roolissa ja osaamisen siirtäjinä, potilas opin, ohjeen ja avun saavana osapuolena. Vaikka tarkoitus ja mielikuva asiakaslähtöisyydestä elää

voimakkaana ja ohjaa toimintaa, taustalla osittain edelleen häämöttää paternalistinen ja asiantuntijuutta korostava asenne todellisen osallistamisen sijaan (Lindquist ym.2006; Larsson ym. 2010; Dierckx ym. 2013).

Eettinen näkökulma fysioterapeutin työssä toteutuu asiakaslähtöisyytenä ja luottamuksellisuutena. Potilaan odotuksiin vastaamiseen liittyy vastuu potilaan paranemisesta. Potilaan näkökulmasta realistiset odotukset lisäävät tyytyväisyyttä terapiaan. Potilaan kannalta tärkeänä pidettiin hoidon oikea-aikaisuutta eli nopeaa vastaanotolle pääsyä ja turhien käyntien minimoimista. Fysioterapian eettisiä kysymyksiä on tutkittu melko paljon. Painopiste tutkimuksessa on vaihdellut yhteiskunnassa vallitsevien arvoasetelmien ja arvokysymysten mukaan (Swisher ym. 2002; Poulis ym. 2007; Delany ym. 2010; Edwards ym. 2011; Delany 2012; Praestgaard & Gard 2012; Banja & Eisen 2013; Kulju ym. 2013). Omassa tutkimuksessanikin esille nousseet potilaan asema ja osallistumismahdollisuudet, sekä vuorovaikutukseen liittyvät eettiset kysymykset ovat olleet julkisessa terveydenhuoltokeskustelussa kiinnostuksen kohteina viime vuosina.

Tutkimusten mukaan eettisyyden pohdinta on liittynyt mm. fysioterapian lopettamispäätökseen tilanteessa jossa katsotaan että fysioterapian jatkaminen ei paranna potilaan tilaa eikä ennustetta (Poulis 2007). Omassa haastatteluaineistossani fysioterapiaa leimasi ”ei-lopettamisen” asenne. Potilasta ei lähetetä apua saamatta pois, vähintäänkin on turvattava konsultaatio tai muu ohjaus jatkotoimia varten. Fysioterapiajakson päättymistä seurasi ”saattaen vaihdettava”-asenne, joka korostui puheissa tarpeena saada lähes jokaiselle tarvittavaa jatkoseurantaa esim. ohjatun liikuntaryhmän muodossa. Tällainen eettinen ja vastuuta korostava asenne on kokemukseni mukaan fysioterapeuteille tyypillinen. Toisaalta TULES-potilaan mukaan ottaminen terapian tavoitteiden asetteluun, suunnitteluun ja päätöksentekoon alusta asti, voisi rakentaa terapiasuunnitelman, jossa itsenäiseen harjoitteluun ohjautuminen ja terapiasta irtautuminen olisi jo sisään kirjoitettuna.

Voidaan ajatella että hoidon vaikuttavuus olisi myös yksi fysioterapiaetiikan periaate. Uuden tiedon käyttöön vakiinnuttaminen ja vanhoista tehottomista käytännöistä luopuminen on tärkeää parhaan mahdollisen hoidon tarjoamisen näkökulmasta. Fysioterapiatyössä motiivi valita menetelmiä asiakaslähtöisesti asettaa joskus haasteita vaikuttavuuden näkökulmasta. On tärkeää että fysioterapeutin asiantuntemus on sellaisella tasolla, että jos potilaan hoidossa käytetään esim. kompromissina menetelmiä joiden vaikuttavuudesta ei ole vahvaa näyttöä, tämä tunnistetaan ja tiedostetaan ja valinnat tapahtuvat sen pohjalta.

Fysioterapeuttien osaamiskäsityksiin sisältyi myös yhteistyöosaamisen eri muotoja (kategoria II) ja toimimista moniammatillisissa tiimeissä. Fysioterapeuteilla oli melko selkä käsitys roolistaan potilaan hoitoketjussa TULES-asiantuntijoina, mutta mahdollisuudet toteuttaa sitä ovat vaihdelleet työpaikan yhteistyökäytäntöjen mukaan. Suoravastaanoton ajatellaan selkiyttävän käytäntöjä ja tavoittavan fysioterapiasta hyötyvät asiakkaat nopeammin.

Yhteistyökäytäntö lääkäreiden kanssa herätti paljon keskustelua. Sen ei koettu vastaavan odotuksia muualla kuin työterveyshuollossa. Fysioterapeutit kokivat lääkäreiden taholta uskottavuusongelmaa ja arvelivat suoravastaanoton ylittävän perinteistä reviiirijakoa potilaiden hoidossa. Etenkään hallintolääkärien ei uskottu riittävässä määrin tuntevan fysioterapeutin työnkuvaa ja osaamista. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon fysioterapeuttien yhteistyön tiivistymistä ja uusien toimintamuotojen kehittämistä pidettiin tärkeänä.

Tutkimuksissa on ilmennyt myös, että perusterveydenhuollossa yhteistyötahojen kuten lääkäreiden ja potilaiden asenteet, sekä oma rooli organisaatiossa vaikuttivat fysioterapeuttien mahdollisuuksiin kehittää työn autonomiaa. Fysioterapeutit käyttivät paljon energiaa uskottavuutensa ja näyttöön perustuvan fysioterapian esilletuomiseen (Hannes ym. 2009). Ruotsalaisten tutkijoiden mukaan suurimmat esteet työn kehittämiseksi ilmenivät kunnallisissa organisaatioissa (Kamwendo ym. 2002, Nilsagård & Lohse 2010).

Fysioterapeutit toimivat valtaosin yhä tehtävissä, jotka edellyttävät I-tason kliinistä osaamista. Työ tapahtuu terveyskeskusten sisällä ja yhteistyötä tapahtuu potilaan hoitoketjuun osallistuvien ammattiryhmien välillä II-tasolla. Toiminnan laajeneminen III-tason alueelliseen terveyden edistämisen osaamiseen edellyttää ammatillista aktiivisuutta, verkostoitumista ja oman asiantuntijuuden tuomista suuremman väestönosan ulottuville. Kehittämistarpeita on silti yhä myös I- ja II- tason kompetensseissa.

Fysioterapeuttien käsitys alueellisesta palvelutarjonnasta sisälsi näkökulman palvelujen tuottamisen epätasa-arvoisuudesta. Mm. koska kaikista kunnista ei osallistunut fysioterapeutteja koulutukseen. Potilaiden pääsy hoitoon herätti keskustelua eri näkökulmista, esim. mahdollisuuksista fyysisesti päästä osallistumaan kuntoutukseen. Fysioterapeutit asennoituivat omaan rooliinsa palvelutuottajina osana kunnallista terveydenhuoltoa. Kuntatyönantajaan kohdistuvista moitteista huolimatta haastatellut fysioterapeutit osoittivat sitoutuneisuutta työnantajaan ja työn kehittämisessä puhuttiin ”meidän firman mallina”.

Suoravastaanottokoulutuksessa mukana olevien fysioterapeuttien käsityksissä suoravastaanottotehtävä nähdään aiempaa aktiivisempänä asiantuntijaroolina, jossa fysioterapeuttien itselleen asettamat osaamisvaatimukset ja aktiivisuus osaamisen esille tuomisessa vaikuttavat sidosryhmien käsityksiin koko ammattiryhmän osaamisesta. Suoravastaanotto toiminnan laajenemista kaikkiin toimipisteisiin ja yhtenäisiä toimintatapoja pidettiin tarpeellisena paitsi vastuun määrittelyn, myös fysioterapeuttien toiminnan sujuvuuden kannalta. Esimerkkinä potilaan tutkimisessa yhtenäisesti käytetyt tutkimusmenetelmät ja –mittarit joiden validius on testattu. Fysioterapeuttien ajattelutapojen eroavuus tuli esille lähinnä siinä, keneltä muutostilanteessa aktiivisuutta odotetaan. Osa fysioterapeuteista oli ottamassa näkyvästi roolia oman työn kehittämisessä, kun taas osa odotti toiminnan ohjautuvan ylhäältä alaspäin. Näiden tehtävien edellyttämä uudenlainen aloitteellisuus tuli esille fysioterapeuttien käsityksissä. Osaamista pohdittiin ”aktiivisen roolin ottamisena”, ”ammattillisen identiteetin vahvistumisena” sekä ”osaamisen esille tuomisena”.

Koulutukseen osallistui työterveyshuollon asiantuntijatehtävissä toimivia fysioterapeutteja. Vastaanotto toiminnalla on heidän toiminnassaan erilainen tehtävä, eikä nykyinen työterveyshuollon lainsäädäntö mahdollista työfysioterapeuttien suoravastaanotto toimintaa. Työterveyshuollon asiakaslähtöisyys on kaksitahoista. Eettisestä näkökulmasta työterveyshuollon toiminnassa asiakkaita ovat sekä yksittäiset työntekijät että palveluja ostava instituutio, työnantaja. Fysioterapiassa työkykyisyyden ja työn kontekstin näkökulma on melko selkeästi rajattu ja fysioterapeutin työtä ohjaava tekijä. Työterveyshuollon tiimeissä lääkärin ja fysioterapeutin yhteistyö ja keskinäinen työnjako oli selvästi hahmotettu ja yhteisiä käytäntöjä ilman reviiriristiriitoja luotu.

### 8.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tein tutkimukseni käyttäen lähestymistapana fenomenografiaa, koska menetelmä sopii erityisen hyvin käsitysten varioimisen tarkasteluun tietyssä ryhmässä, jolloin käsityksiä tarkastellaan ilmiö-, ei henkilötasolla. Menetelmä oli itselleni entuudestaan tuntematon ja koin työn hyvin haastavaksi. Toisaalta fenomenografia sopi erinomaisesti käsitysten analysoinnin ja esittämisen tavaksi. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia pidetään haastavana. Martonin & Boothin (1997) mukaan siinä tulisi arvioida erikseen aineiston hankintaa, -analyysiä ja tutkimuksen teoreettista validiteettia. Haastatteluaineisto keskittyi yhden maakunnan alueelle, perusterveydenhuoltoon ja TULES- fysioterapiaan. Tulokset eivät ole



yleistettävissä yksityissektorille tai muiden erikoisalojen fysioterapiaan. Haastateltavat fysioterapeutit tunsivat alkavan suoravastaanottokoulutuksen sisällön ja osaamistavoitteet, joten osaamisen pohdinta perustui osittain arvioihin omasta osaamisesta suhteessa tavoitteisiin. Tämä saattoi ohjata ja kaventaa osaamisen pohdintaa.

Aineiston analyysia tuki triangulaatio, joka tässä tapauksessa tarkoitti useamman tutkijan mukana oloa ja arviota analyysin etenemisestä ja tulkinnoista. Fenomenografia, kuten muutkaan laadulliset tutkimusnäkökulmat eivät pyri objektiivisen totuuden esille tuomiseen, vaan sen avulla tavoitellaan näkökulmaa ilmiöstä eri henkilöiden käsityksinä. Uljensin (1991) mukaan tutkimustuloksilla ei tavoitella yleistettävyyttä vaan yleisyyttä. Yleisyyttä voidaan perustella haastateltavien käsityksistä muodostetuilla kollektiivisilla käsityksillä tutkittavasta ilmiöstä. Hän korostaa aineiston analyysin merkitystä luotettavuuden kannalta (Uljens 1991). Luotettavuutta lisää myös tutkimustulosten selkeä raportointi ja tulosten perusteltavuus (Åkerlind 2005).

Tutkimus on toteutettu hyvän tutkimuskäytännön eettisiä periaatteita noudattaen ja sille on saatu lupa Keski-Suomen Keskussairaanhoidopiirin eettiseltä toimikunnalta elokuussa 2012 ennen haastattelujen toteuttamista. Haastateltavien anonyymiyden säilymisestä on huolehdittu asianmukaisesti. Jokainen haastateltava antoi kirjallisen suostumuksensa haastattelujen käyttöön tutkimuksen aineistona.

#### 8.4 Aiheita jatkotutkimukseen

Oman tutkimukseni anti on tuoda esille fysioterapeuttien osaamiskäsityksiä, joita ei ole aiemmin tutkittu. Fysioterapeuttien käsitys osaamisesta on melko kapea ja syventävä erikoistuminen rajaa osaamista ja osaamiskäsityksiä edelleen. Erityisesti perusterveydenhuollossa on tarvetta monipuoliselle osaamiselle ja asiantuntijuudelle. Hoitoketjikäytäntö potilastyössä on lisännyt moniammatillista yhteistyötä ja tiimityö on vakiintunut käytäntöön työterveyshuollossa. Siitä huolimatta fysioterapeuttien on yhä vaikea irrottautua potilashuoneesta tapahtuvasta terapiatyöstä kehittämään uudenlaisia työskentelymuotoja. Alueellisen terveyden edistämisen tasolle on vielä matkaa.

Suomalaisen fysioterapeutin käsitykset kliinisestä osaamisesta, eettisyydestä ja asiakaslähtöisyydestä eivät poikkea muiden maiden kollegoiden näkemyksistä. Niissä maissa, joissa fysioterapeutin rooli on ollut viime vuosiin saakka toteuttavaa ja lähetekäytäntöihin

sidottua, fysioterapeutit ponnistelevat ammatillisen uskottavuutensa ja työnsä autonomisuuden puolesta. Toisaalta siellä missä autonomista roolia on laajennettu ja tuettu jo vuosikymmeniä, fysioterapeuttia ollaan irrottamassa lopullisesti erilliseksi asiantuntija-ammattiksi, ja koulutuksen voimavaroja suunnataan tutkija- ja tohtorikoulutusohjelmiin.

Fysioterapeuttien osaamisen tarkastelu muiden terveydenhuollon ammattiryhmien joukossa osoitti, että fysioterapeutit sijoituivat 14 ammattiryhmän joukossa kärkeen oman käytännöllisen osaamisen evaluoinnin osalta, sen sijaan näyttöön perustuvuuteen ja vaikuttavuuteen liittyvä osaaminen kuten tutkimusosaaminen, kyky määritellä evidenssiä ja kriittinen analysointitaito koettiin heikoksi yleisesti (Upton D & Upton P 2006). Näiden itsearvioinnissa 14 ammatin ryhmässä fysioterapeutit sijoituivat alimpaan kolmannekseen. Näyttää siltä, että osaamisen arvioissa korostuu yhä käytännöllinen käsityöläisosaaminen asiantuntijuuden sijasta

Fysioterapian kehittämisen haasteena suomessa on yhä lisääntyvästi tuoda ja soveltaa tutkimusta käytännön osajien ulottuville. Lisääntyvä autonomia suoravastaanottojen muodossa haastaa fysioterapeutin osaamista ja onnistuneesti toteutuessaan tuo uudenlaista osaamista ja asiantuntijuutta terveydenhuoltoon. Laajaa asiantuntijuutta toimintakyvyn edistämässä ja siihen liittyvissä osaamisalueissa tarvitaan erityisesti perusterveydenhuollossa, jossa fokuksena on koko väestön terveyden edistäminen. Fysioterapian asiantuntijakoulutuksesta huolimatta fysioterapia ei ole näkyvästi mukana terveyden edistämisen suunnittelussa valtakunnan tasolla. Ei vaikka väestön ikääntyminen jo itsessään luo tarvetta ennalta ehkäiseville ja itsenäistä selviytymistä tukeville toimenpiteille.

Perusterveydenhuolto on sektori, jossa on omat erityistehtävänsä koko väestön terveyden kannalta. Kaikki fysioterapeutit kuitenkin ovat samojen vaatimusten edessä; fysioterapialta edellytetään vaikuttavuutta ja tehokkuutta, joka pohjautuu näyttöön perustuviin käytäntöihin. Työn lisääntyvä autonomia ja suoravastaanottokäytännöt lisäävät ammattitaitovaatimuksia. Samanaikaisesti työn kompleksisuus edellyttää huomioimaan potilaan yksilölliset ominaisuudet, vuorovaikutukseen liittyvät tekijät sekä kontekstin jossa toimitaan. Myös moniammatillisen yhteistyön muodot edellyttävät paljon kehittämistyötä ja fysioterapeutin aktiivista roolia.

Delany (2010) määritelmää lainaten: ”Fysioterapeutti on aktiivinen toimija, joka tehdessään monitahoista yhteistyötä säilyttää erityislaatuisen osaamisensa, tiedon ja motivaation sitoutumalla samalla itsenäisesti ja moraalisesti ajattelevaksi ammattinsa edustajaksi.

Tällainen toimijuus on tietoista, ja se on yhteydessä johtamiseen, ”asianajajuuteen” ja asiantuntijuuteen. Se edellyttää kehittyneitä itsetuntemusta, ammatillista itsetuntoa ja kriittistä reflektiivisyyttä (Delany ym. 2010).

Tulevaisuudessa olisi tärkeää käynnistää jatkotutkimuksia, joiden tavoitteena on luoda näyttöön perustuvalle fysioterapialle kansallisia suosituksia. Työnantajalähtöisesti olisi myös tärkeää tukea tutkimusta, joka edistää hyviä käytäntöjä ja poistaa työn kehittämisen esteitä. Yhteistyökäytäntöjen kehittäminen edelleen, sekä toimipisteiden sisäisesti että ulkopuolisten yhteistyötahojen suuntaan on tärkeää. Työterveyshuollossa fysioterapian asema on jo selkeästi määritelty, mutta fysioterapeutin rooli ja osaaminen istuu erityisen hyvin terveyden ja toimintakyvyn edistämisen kontekstiin perusterveydenhuollossa.

## LÄHTEET

Addley K, Burke C, McQuillan P. Impact of a direct access occupational physiotherapy treatment service. *Occupational Medicine* 2010; 60: 651–53.

Aiken AB, Atkinson M., Harrison MM, Hope J. Reducing hip and knee replacement wait times: an expanded role for physiotherapists in orthopedic surgical clinics. *Healthcare Quarterly* 2007; 10(2): 88–91.

Aiken AB & McColl MA. Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon – A pilot study. *Journal of Interprofessional Care* 2008; 22(3): 253–61.

American Physiotherapy Association, APTA [www-dokumentti] 12.9.2013[noudettu 9.12.2013] <http://www.apta.org/DirectAccess/>

Anaf S, Sheppard LA. Lost in translation? How patients perceive the extended scope of physiotherapy in the emergency department. *Physiotherapy* 2010; 96: 160–68.

Banja JD, Eisen A. Ethical Perspectives on Knowledge Translation in Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013; 94(1:1): 55-60.

Bannigan K, Moores A. A model of professional thinking: Integrating reflective practice and evidence based practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009; 76(5); 42-50.

Bayley MT, Hurdowar A, Richards CL, Korner-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Eng JJ, McKay-Lyons M, Harrison E, Teasell R, Harrison M, Graham ID. Barriers to implementation of stroke rehabilitation evidence: findings from a multi-site pilot project. *Disability & Rehabilitation* 2012; 34(19): 1633-38.

Billett S. Workplace participatory practices. Conceptualising workplaces as learning environments. *The Journal of Workplace Learning* 2004; 16(6): 312-24.

Black L, Gail M, Jensen E, Mostrom E, Perkins J, Ritzline PD, Hayward L, Blackmer B. The first year of practice. an investigation of the professional learning and development of promising novice physical therapists. *Physical Therapy* 2010; 90(12): 1758-7.

Blackburn M, Cowan S, Cary B, Nall C. Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Australian Health Review* 2009; 33(4): 663–70.

Boissonnault WG & Ross MD. Physical Therapists Referring Patients to Physicians: A Review of Case Reports and Series. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2012; 42(5): 446-54.

Boyles RE, Gorman I, Pinto D, Ross MD. Physical Therapist Practice and the Role of Diagnostic Imaging. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2011; 41(11): 829-37.

- Braude HD. Conciliating cognition and consciousness: the perceptual foundations of clinical reasoning. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2012; 18: 945–50.
- Bunch KJ. Training failure as a consequence of organizational culture. *Human Resource Development Review* 2007; 6(2): 142–63.
- Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: A review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* 2013; 99(4): 285-91.
- Callaghan MJ. A physiotherapy perspective of musculoskeletal imaging in sport. *The British Journal of Radiology* 2012; 85: 1194–97.
- Carrier A, Levasseu M, Bédard D, Desrosiers J. Community occupational therapists' clinical reasoning: Identifying tacit knowledge. *Australian Occupational Therapy Journal* 2010; 57: 356–65.
- Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2005; 6:32.
- Collin K. Work-related identity in individual and social learning at work. *Journal of Workplace Learning* 2009; 21(1): 23–35.
- Collin K. "Connecting work and learning: design engineers' learning at work". *Journal of Workplace Learning* 2006; 18(7): 403–13.
- Collin K, Valleala UM. Interaction among employees: how does learning take place in the social communities of the workplace and how might such learning be supervised? *Journal of Education and Work* 2005; 18(4): 401-20.
- Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, & Nelson I et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1999; 53(10): 643-50.
- Dannapfel P, Peolsson A, Nilsen P. What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden.  
<http://www.implementationscience.com/content/8/1/31>
- Dannapfel P, Peolsson A, Ståhl C, Öberg B, Nilsen P. Applying self-determination theory for improved understanding of physiotherapists' rationale for using research in clinical practice: a qualitative study in Sweden. *Physiotherapy Theory and Practice* 2013; 30(1): 20–28.
- Delany CM. The role of clinical ethics consultations for physical therapy practice. *Physical therapy reviews* 2012; 17(3): 176-83.
- Delany CM, Edwards I, Jensen GM, Skinner E. Closing the gap between ethics knowledge and practice through active engagement: An applied model of physical therapy ethics. *Physical Therapy* 2010; 90(7): 1068-78.

Dickens V, Ali F, Gent H, Rees A. Assessment and Diagnosis of Knee Injuries The value of an experienced physiotherapist. *Physiotherapy* July 2003; 89(7): 417-22.

Dierckx K, Deveugele M, Roosen P, Devisch I. Implementation of shared decision making in physical therapy: Observed level of involvement and patient preference. *Physical Therapy* 2013; 93(10): 1321-30.

Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG. Practice Analysis: Defining the Clinical Practice of Primary Contact Physical Therapy. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2004; 34(6): 284-304.

Edwards I, Delany CM, Townsend AF, Swisher LL. Moral Agency as Enacted Justice: A clinical and ethical decision-making. Framework for responding to health inequities and social injustice. *Physical Therapy* 2011; 91(11): 1653-63.

Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy* 2004; 4: 312–30.

Edwards I, Richardson B. Clinical reasoning and population health: Decision making for an emerging paradigm of health care. *Physiotherapy Theory and Practice* 2008; 24(3): 183–93.

Elinikäisen oppimisen neuvosto [www-dokumentti] 12.9.2013 [haettu 9.12.2013] [http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus\\_ja\\_vapaa\\_sivistystyoe/elinikaisenoppimisenneuvosto/](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/aikuiskoulutus_ja_vapaa_sivistystyoe/elinikaisenoppimisenneuvosto/)

Elliott JM. Magnetic Resonance Imaging: Generating a New Pulse in the Physical Therapy Profession. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2012; 41(11): 803-05.

Engel PJH. Tacit knowledge and visual expertise in medical diagnostic reasoning: Implications for medical education. *Medical Teacher* 2008; 30: 184–8.

ENPHE [www-dokumentti] 9.12.2013 [haettu 9.12.2013] <http://enphe.org/>

Eteläpelto A, Vähäsantanen . Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa Eteläpelto A, Onnismaa J (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura, 2008.

ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta [www-dokumentti]12.10.2013[noudettu 9.12.2013] <http://www.etene.fi/fi>

Euroopan unionon valkoinen kirja koulutuksesta 1995. [www-dokumentti] 2.2.2000[haettu 9.12.2013] [http://europa.eu/documents/comm/white\\_papers/pdf/com95\\_590\\_en.pdf](http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com95_590_en.pdf)

Fenwick, T. Understanding Relations of Individual-Collective Learning in Work: A Review of Research. *Management Learning* 2008; 39(3): 227-43.

Ferguson A, Griffin E, Mulcahy C. Patient Self-referral to Physiotherapy in General Practice - A Model for the New NHS? *Physiotherapy* 1999 (85): 13-20.

- Filbay SR, Hayes K, Holland AE. Physiotherapy for patients following coronary artery bypass graft (CABG) surgery: Limited uptake of evidence into practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2012; 28(3): 178–87.
- Fruth SJ, Van Veld RD, Despos CA, Martin RD, Hecker A, Sincroft E. The influence of a topic-specific, researchbased presentation on physical therapists' beliefs and practices regarding evidence-based practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26: 1–21.
- Gard G. Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture. A qualitative study. *Physiotherapy, Theory and Practice* 2007; 23(1): 47-55.
- Gardiner J, Turner P. Accuracy of Clinical Diagnosis of Internal Derangement of the Knee by Extended Scope Physiotherapists and Orthopaedic Doctors. *Physiotherapy* 2002; 88(3): 153-57.
- Gardiner J, Wagstaff S. Extended Scope Physiotherapy. The way towards consultant physiotherapists? *Physiotherapy* 2001; 87(1).
- Greenfield BH, Jensen GM. Understanding the lived experiences of patients: Application of a phenomenological approach to ethics. *Physical Therapy* 2010; 90(8): 1185-97.
- Grimmer-Somers KA, Lekkas P, Nyland L, Young A, Kumar S. Perspectives on research evidence and clinical practice: a survey of Australian physiotherapists. *Physiotherapy Research International* 2007; 12(3): 147–161.
- Hager P. Lifelong learning in the workplace? Challenges and issues. *Journal of Workplace Learning* 2004; 16 (1): 22-32.
- Hannes K, Staes F, Goedhuys J, Aertgeerts B. Obstacles to the implementation of evidence-based physiotherapy in practice: A focus group-based study in Belgium. *Physiotherapy Theory and Practice* 2009; 25(7): 476–88.
- Harrison J, Rangan A, Shetty A, Robinson C. Reducing waiting times: physiotherapy shoulder assessment clinic. *British Journal of Therapy & Rehabilitation* 2001; 8: 57–9.
- Harting J, Rutten G, Rutten S, Kremers S. A qualitative application of the diffusion of innovations theory to examine determinants of guideline adherence among physical therapists. *Physical Therapy* 2009; 89(3): 221-32.
- Hattam P. The effectiveness of orthopaedic triage by extended scope physiotherapists. *Clinical Governance: An International Journal* 2004; 9(4): 244-52.
- Hattam P, Smetham A. Evaluation of an orthopaedic screening service in primary care. *British Journal of Clinical Governance* 1999; 4(2): 45-9.

Hayward LM, Black L, Mostrom E, Jensen GM, Ritzline PD, Perkins J. The first two years of practice: a longitudinal perspective on the learning and professional development of promising novice physical therapists. *Physical Therapy* 2013; 93(3): 369-83.

Heiwe S, Nilsson-Kajermo K, Tyni-Lenne R, Guidetti S, samuelsson M, Andersson I, Wengström Y. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(2): 198–209.

Helakorpi S. Työn taidot. Ajattelua, tekoja ja yhteistyötä. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu, 2005.

Herbert RD, Sherrington C, Maher C, Moseley AM. Evidence-based practice-imperfect but necessary. *Physiotherapy Theory and Practice* 2001; 17: 201 –11.

Hills R, Kitchen S. Development of a model of patient satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 2007; 23(5): 255-71.

Hills R, Kitchen S. Toward a theory of patient satisfaction with physiotherapy: Exploring the concept of satisfaction. *Physiotherapy Theory and Practice* 2007; 23(5): 243-54.

Hirsjärvi S, Hurme H. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino, 2001.

Hogg-Johnson S, Cole DC, Lee H, Beaton DE. Changes in Physiotherapy Utilization in One Workforce: Implications for Accessibility among Canadian Working-Age Adults. *Healthcare Policy* 2011; 6(3): 93-108.

Hotus, Hoitotyön Tutkimussäätiö. [www-dokumentti]9.12.2013 [noudettu 9.12.2013]  
<http://www.hotus.fi/>

Hourigan PG, Weatherley CR. Initial assessment and follow-up by a physiotherapist of patients with back pain referred to a spinal clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1994; 87: 213-14.

Huusko M, Paloniemi S. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 2006; 2: 162-73.

Iles R, Davidson M. 2006 Evidence based practice: A survey of physiotherapists' current practice. *Physiotherapy Research International* 2006; 11: 93–103.

Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, Hill JC, Ogilvie L, Volk D. Evidence-based practice: Beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Physical Therapy* 2003; 83: 786–805.

Jibuike OO, Paul-Taylor G, Maulvi S, Richmond P, Fairclough J. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner. *Emergency Medical Journal* 2003; 20: 37–39.



Järvensivu A, Valkama P, Koski P. Työssä oppimisen käytännöt ja työn mielekkyys. Tapaus-tutkimuksia moraalisen sopimuksen viitekehäyksessä. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu- ja.helsinki: Edita, 2009.

Järvinen A, Poikela E. Modelling reflective and contextual learning at work. *Journal of Workplace Learning* 2001; 13(7): 282-89.

Kamwendo K. What do Swedish physiotherapists feel about research? A survey of perceptions, attitudes, intentions and engagement. *Physiotherapy Research International* 2002; 7(1): 23-34.

Kienle GS, Kiene H. Clinical judgement and the medical profession. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 621–27.

Kilner E, Sheppard L. The ‘lone ranger’: a descriptive study of physiotherapy practice in Australian emergency departments. *Physiotherapy* 2010; 96: 248–56.

Koivunen A, Lämsä AM, Heikkinen S. Uraisiirtymät Muuttuvassa työelämässä–Analyysi urasiirtymän käsitteestä. Workign paper 371/2012. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu, 2012.

Kukka A. Selvitys fysioterapeuttien laajennetusta tehtävänkuvista ja tehtävänsiirroista kansainvälisesti ja Suomessa. Suomen Fysioterapeutit 2010.

Kulju K, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics* 2013;20(5): 568-77.

Kumar S, Grimmer-Somers K, Hughes B. The Ethics of Evidence Implementation in Health Care. *Physiotherapy Research International* 2010;15: 96–102.

Kvale S. The social construction of validity. Teoksessa N.K. Denzin & Y.S. Lincoln. *The Qualitative Inquiry Reader*. Sage Publications, California 2002.

Käypä hoito [www-dokumentti] 12.9.2013 [noudettu 9.12.2013]  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>

Larsson I, Gard G. Conceptions of physiotherapy knowledge among Swedish physiotherapists: a phenomenographic study. *Physiotherapy* 2006 ;92: 110–15.

Larsson I, Liljedahl K, Gard G. Physiotherapists ’ experience of client participation in physiotherapy interventions: A phenomenographic study. *Advances in Physiotherapy* 2010; 12: 217–23.

Laslett M, McDonald B, Tropp H, Aprill CN, Öberg B. Agreement between diagnoses reached by clinical examination and available reference standards: a prospective study of 216 patients with lumbopelvic pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2005; 6: 28.

- Lau PM, Chow DH, Pope MH. Early physiotherapy intervention in an Accident and Emergency Department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial. *Australian Journal of Physiotherapy* 2008; 54: 243-49.
- Lave J, Wenger E. *Situated learning: Legitimate Peripheral Participation*. 12. painos. Cambridge University Press, Cambridge 1991.
- Leemrijse C, Swinkels I, Veenhof C. Direct access to Physical therapy in the Netherlands: Results from the first year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy* 2008; 8: 936-46.
- Li LC, Westby MD, Sutton E, Thompson M, Sayre EC, Casimiro L. Canadian physiotherapists' views on certification, specialization, extended role practice, and entry-level training in rheumatology. *BMC Health Services Research* 2009, 9: 88.
- Lindquist I, Engardt M, Garnham L, Poland F, Richardson B. Development pathways in learning to be a physiotherapist. *Physiotherapy Research International* 2006; 11(3): 129-39.
- Lindquist I, Engardt M, Garnham L, Poland F, Richardson B. Physiotherapy students' professional identity on the edge of working life. *Medical Teacher* 2006; 28(3): 270-76.
- Lindquist I, Engardt M, Richardson B. Learning to be a physiotherapist: A metasynthesis of qualitative studies. *Physiotherapy Research International* 2010; 15: 103-10.
- Lineker SC, Lundon K, Shupak R, Schneider R, MacKay C, Varatharasan N. Arthritis Extended-Role Practitioners: Impact on Community Practice. *Physiotherapy Canada* 2011; 63(4): 434-42.
- Lundon K, Shupak R, Reeves S. The Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care program: An interprofessional model for transfer of knowledge for advanced practice practitioners. *Journal of Interprofessional Care*, March 2009; 23(2): 198-200.
- MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2007; 15: 178-83.
- Maher CG, Sherrington C, Elkins MR, Herbert RD, Moseley AM. Challenges for evidence based physiotherapy. Accessing and interpreting high-quality evidence on therapy. *Physical therapy* 2004; 84(7): 644-53.
- Maher CG, Moseley AM, Sherrington C, Elkins MR, Herbert RD. A description of the trials, reviews, and practice guidelines indexed in the PEDro database. *Physical Therapy* 2008; 88(9): 1068-74.
- Manns PJ, Darrach J. Linking research and clinical practice in physical therapy: strategies for integration. *Physiotherapy* 2006; 92: 88-94.

- Marton F. Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 1981; 10: 177–200.
- Marton F. Towards a psychology beyond the individual. Teoksessa Lagerpez, Kirsti M. J. & Niemi, Pekka (toim.): *Psychology in the 1990's*. Elsevier Science Publishers, Holland 1984: 45–72.
- Marton F. Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. Teoksessa Sherman R.R. & Webb R.B. (toim.): *Qualitative research in education: focus and methods*. Falmer. London, 1988: 141–161.
- Marton F Phenomenography. Teoksessa Husen, Thorsten & Postlethwaite, T. (toim): *The international encyclopedia of education*. BPC Weatons, Exeter 1994: 4424–29.
- Marton, F. & Booth, S. *Learning and awareness*. : New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1997.
- McClellan CM, Greenwood R, Bengler JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emergency Medical Journal* 2006; 23: 384–87.
- McEvoy M P, Williams M T, Olds T S, Lewis L K, Petkov J. Evidence-based practice profiles of physiotherapists transitioning into workforce: a study of two cohorts. *BMC Medical education* 2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/100>
- Mikhail C, Korner-Bitensky N, Rossignol M, Dumas JP. physical therapists' use of interventions with high evidence of effectiveness in the management of a typical hypothetical patient with acute low back pain. *Physical Therapy* 2005; 85(11): 1151-67.
- Mitchell JM, de Lissovoy GA. Cost comparison or resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy* 1997; 77(1): 10-18.
- Moloney A, Dolan M, Shinnick L, Murphy M, Wallace L. A 6-month evaluation of a clinical specialist physiotherapist's role in a fracture clinic. *Physiotherapy Ireland*. 2009; 30(1): 8–15.
- Moore JH, McMillian DJ, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LM, Fellows DW, Taylor DC. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy* 2005; 35: 67-71.
- Nalette E. Constrained physical therapist practice: An ethical case analysis of recommending discharge placement from the acute care setting. *Physical Therapy* 2010; 90: 939-52.
- Nicholls DA, Gibson BE. The body and physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26(8): 497–509.
- Nilsagård Y, Lohse G. Evidence-based physiotherapy: A survey of knowledge, behaviour, attitudes and prerequisites. *Advances in Physiotherapy* 2010; 12: 179–86.

Niskanen S. Teoksessa Perttula J, Latomaa T (toim.) Kokemuksen tutkimus. merkitys, tulkin-  
ta, ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 2008.

Normann B, Moe S, Salvesen R, Sørgaard KW. Patient satisfaction and perception of change  
following single physiotherapy consultations in a hospital's outpatient clinic for people with  
multiple sclerosis. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2012; 28(2): 108–18.

Nurminen, R. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja. Kuo-  
pio: Yhteiskuntatieteet, 2000.

Oakes H. Orthopaedic shoulder clinic diagnosis and treatment plan audit. *Clinical Govern-  
ance: An International Journal*. 2009; 14 (2): 126-33.

O'Donoghue G, Hurley Osing D. The diagnostic validity of a physiotherapist's clinical exami-  
nation versus magnetic resonance imaging for anterior cruciate ligament rupture and meniscal  
tears. *Physiotherapy Ireland* 2007; 28(1): 9-14.

OECD. (2003). Definition and selection of competencies: Theoretical and conceptual founda-  
tions (DeSeCo). Summary of the final report. [http://www.portal-  
stat.admin.ch/deseco/deseco\\_finalreport\\_summary.pdf](http://www.portal-stat.admin.ch/deseco/deseco_finalreport_summary.pdf)

Oldmeadow LB, Bedi H, Burch H, Smith JS, Leahy E, Goldwasser M. Experienced physio-  
therapists as Gatekeepers to Hospital Orthopaedic Outpatient Care. *Medical Journal of Aus-  
tralia* 2007; 186(12): 625-28.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2005:4. Korkeakoulututkintojen viiteke-  
hys. Kuvaus suomalaisista korkeakoulututkinnoista. Helsinki: opetusministeriö, 2005.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Ammattikorkeakoulusta ter-  
veydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja  
vähimmäisopinnot. Helsinki: opetusministeriö, 2006.

Overmeer T, Linton SJ, Holmquist L, Eriksson M, Engfeldt P. Do Evidence-Based Guidelines  
Have an Impact in Primary Care? A Cross-Sectional Study of Swedish Physicians and Phys-  
iotherapists. *SPINE* 2004; 30(1): 146–51.

Paloniemi S, Collin K, Herranen S, Valleala UM teoksessa: Teoksessa: Collin K, Paloniemi  
S, Herranen S (toim.). Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa-Ryhmätoiminnan ja  
moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylä:  
Työsuojelurahasto, 2012.

Paltamaa ym. 2011 (toim.) Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon  
analyysistä suosituksiin kehittämishankkeessa. [www-dokumentti]13.1.2011[haettu  
10.12.2013]

[http://www.sosiaaliportti.fi/File/69c1d762-3d9e-46af-b554-  
b7bb7e3bb084/Hyvan+kuntoutuskaytannon+perusta.pdf](http://www.sosiaaliportti.fi/File/69c1d762-3d9e-46af-b554-b7bb7e3bb084/Hyvan+kuntoutuskaytannon+perusta.pdf)

Parfitt N, Smeatham A, Timperley J, Hubble M, Gie G. Direct listing for total hip replacement (THR) by primary care physiotherapists. *Clinical Governance: An International Journal* 2012; 17(3): 210-16.

Patton N, Higgs J, Smith M. Using theories of learning in workplaces to enhance physiotherapy clinical education. *Physiotherapy Theory and Practice* 2013; 29(7): 493-503.

PEDro. Physiotherapy evidence database. [www-dokumentti]10.12.2013[haettu 10.12.2013] <http://www.pedro.org.au/>

Piirainen A, Viitanen E. Transforming expertise from individual to regional community expertise: a four-year study of an education intervention.. *International Journal of Lifelong Education* 2010; 29(5): 581–96.

Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Family Practice* 2004; 21(4):372-80.

Plack MM. Human nature and research paradigms: Theory meets physical therapy practice. *The Qualitative Report* 2005;10(2): 223-45.

Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *Journal of Medical Ethics* 2007;33(8): 435–436.

Praestegaard J, Gard G, Glasdam S. Practicing physiotherapy in Danish private practice: an ethical perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2013;16: 555–64.

Praestegaard J, Gard G. 2013. Ethical issues in physiotherapy—reflected from the perspective of physiotherapists in private practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2013; 29(2): 96–112.

Reeve S & May S. Exploration of patients' perspectives of quality within an extended scope physiotherapists' spinal screening service. *Physiotherapy Theory and Practice* 2009; 25(8): 533–43.

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. *Emergency Medicine Journal* 2005; 22: 87–92.

Rinne R. Elinkautisesta työstä elinikäiseen oppimiseen. Teoksessa: Mäkinen J, Olkinuora E, Rinne R ja Suikkanen A (toim.). Jyväskylä: PS-kustannus, 2006.

Robertson VJ, Oldsmeadow LB, Cromie JE, Grant MJ. Taking charge of change: A new career structure in physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 49: 229-31.

Romanello M, Knight-Abowitz K. The “ethic of care” in physical therapy practice and education: the challenges and opportunities. *Journal of Physical Therapy Education* 2000; 14(3): 20-5.

Roush SE, Sharby N. Disability reconsidered: The paradox of physical therapy. *Physical Therapy* 2011; 91(12); 1715-27.

Ruohotie P, Nokelainen P, Korpelainen K. Ammatillisen huippuosaamisen mallintaminen: Teoreettiset lähtökohdat ja mittausmalli. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus, Tampereen yliopisto [www.dokumentti] 24.4.2007 [haettu 3.6.2012]  
[http://www.uta.fi/arkisto/aktk/projects/move/pdf/AKAKK\\_MoVE.pdf](http://www.uta.fi/arkisto/aktk/projects/move/pdf/AKAKK_MoVE.pdf)

Ruston SA. Extended scope practitioners and clinical specialists: A place in rural health? Review Article. *Australian Journal of Rural Health* 2008; 16: 120–23.

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM ( 2nd ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone 2000.

Salbach NM, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D. Practitioner and organizational barriers to evidence-based practice of physical therapists for people with stroke. *Physical Therapy* 2007; 87: 1304–5.

Scheermesser M, Stegen C, Allet L, Bürge E, Schämamm A. Direct access to physiotherapy-experience in other countries. [www.dokumentti]WCPT congress abstract 2011[haettu 20.5.2012]

<http://www.abstractstosubmit.com/wpt2011/abstracts/main.php?do=YToxOntzOjU6Im1vZHVsljtzOjQ6ImhvbWUiO30=&psArchive=t6t5e61s8beaj0g93u5hi0stq2>

Schreiber J, Stern P, Marchetti G, Provident I. Strategies to promote evidence-based practice in pediatric physical therapy. A formative evaluation pilot project. *Physical Therapy* 2009; 89: 918-933.

Schön D. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York, NY: Basic Books; 1983.

Seedhouse D. Commitment to health: a shared ethical bond between professions. *Journal of interprofessional care*. 2002; 16(3): 249-60.

Shaw JA, Connelly DM, Zecevic AA. Pragmatism in practice: Mixed methods research for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010; 26(8): 510–18.

Shaw JA, DeForge RT. Physiotherapy as bricolage: Theorizing expert practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2012; 28(6): 420–7.

Silvola S. *Etiikka, eettiset julistukset ja laki*. Teoksessa: *Lääkärin etiikka*. 7. painos. Suomen lääkäriliitto. lahti: Esa Print, 2013.

Sjögren T. 2013. Fysioterapeuttien suoravastaanottokoulutukseen liittyvän tutkimushankkeen alustavia tuloksia. Luentomateriaali.

- Suominen T, Savikko N, Kukkurainen ML, Kuokkanen L, Irvine Doran D. Work-related empowerment of the multidisciplinary team at the Rheumatism Foundation Hospital. *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 94–104
- Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970–2000). *Physical Therapy* 2002; 82: 692–706.
- Swisher LL, van Kessel G, Jones M, Beckstead J, Edwards I. Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase, and type. *Physical Therapy Reviews* 2012; 17(3); 167-75.
- Taylor NF, Normana E, Roddya 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.
- Thomas A, Saroyan A, Dauphinee WD. Evidence-based practice: a review of theoretical assumptions and effectiveness of teaching and assessment interventions in health professions. *Advances in Health Sciences Education. Theory and Practice* 2011; 16: 253–76.
- Thornquist E. Diagnostics in physiotherapy—processes, patterns and perspectives. Part I. *Advances in Physiotherapy* 2001; 3: 140–50.
- Thornquist E. Diagnostics in physiotherapy – Processes, patterns and perspectives. Part II. *Advances in Physiotherapy* 2001;3: 151–62.
- Toom A. teoksessa: Toom A, Onnismaa J, Kajanto (toim). *Hiljainen tieto : tietämistä, toimimista, taitavuutta.* helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 2008.
- Triezenberg HL. The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Phys Ther.* 1996; 76: 1097–1108.
- Trompeter A, Shaikh N, Bateup C, Simon Palmer S. Clinical diagnosis of soft tissue injuries to the knee by physiotherapists and orthopaedic surgeons: Is there a difference between the two professions? *Hong Kong Physiotherapy Journal* 2010; 28: 16-18.
- Turner P. Evidence-based practice and physiotherapy in the 1990s. *Physiotherapy Theory and Practice* 2001; 17: 107–21.
- Turner P, Whitfield A. Physiotherapists' use of evidence based practice: A cross-national study. *Physiotherapy Research International* 1997; 2: 17–29.
- Uljens, M. 1991. *Phenomenography – A qualitative approach in educational research.* Teoksessa Syrjälä, L. & Merenheimo, J. (toim.) *Kasvatustutkimuksen laadullisia lähestymistapoja.* Oulun yliopisto.
- Upton D, Upton P. Knowledge and use of evidence-based practice by allied health and health science professionals in the United kingdom. *Journal of allied health* 2006; 35(3): 127-33.

Wackerhousen S. Collaboratorion, professional identity and reflection across boundaries. *Journal Of Interprofessional Care* 2009; 23(5): 455-73.

WCPT ethical principles [www.dokumentti]15.12.2011[noudettu 9.12.2013]  
<http://www.wcpt.org/ethical-principles>

WCPT guideline for delivering quality continuing professional development for physical therapists [www.dokumentti]18.10.2011 [noudettu 9.12.2013]  
[http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline\\_CPD\\_Complete.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/Guideline_CPD_Complete.pdf)

WCPT Policy statement. Description of physical therapy [www.dokumentti]29.11.2011[noudettu 9.12.2013]  
[http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS\\_Description\\_PT\\_Sept2011.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Description_PT_Sept2011.pdf)

Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen AK, Little H. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy* 2008; 94: 141–9.

Wenger W. *Communities of practice. Learning. meaning and identity.* Cambridge University Press. Cambridge 1998.

Viitala R. *Johda osaamista. Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön.* Helsinki: Infoviestintä, 2005.

Ylinen J., Salo P., Arkela-Kautiainen M., Oikari M., Piirainen A., Sjögren T., Kuukkanen T., Häkkinen A. Tutkimussuunnitelma. Seurantatutkimus fysioterapeuttien TULES-potilaiden suoravastaanottotoiminnasta perusterveydenhuollossa. Jyväskylä 2012.

Yoong Ng K, Cervero RM. Learning the boss' way: ownership, power and learning in practice and in workplaces. *International Journal of Lifelong Education* 2005; 24(6): 489–506.

Zidarov D, Thomas A, Poissant L. Knowledge translation in physical therapy: from theory to practice. *Disability & Rehabilitation* 2013; 35(18): 1571–7.

Åkerlind GS. Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development* 2005; 24(4): 321-34.