

Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä -  
Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos  
käynnistyi?

Terveystieteiden lisensiaatin tutkielma

Kevät 2003

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden  
tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Merja Reunanen

*"Vuosikausia.  
Melkein kaikki vie vuosikausia.  
Muutokset tapahtuvat hitaasti.  
Jos jokin muuttuu yhdessä yössä,  
se on ollut muuttumaisillaan vuosia."*

*Steinunn Sigurðardóttir*

## TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos

Terveystieteiden lisensiaatin tutkielma, 126 sivua, 4 liitettä

Reunanen Merja: Fysioterapeutit työnsä kehittäjinä – Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian muutos käynnistyi?

Kevät 2003

Aivoverenkiertohäiriöiden jälkitilat ovat yleisimpiä ikääntyvän väestön kuntoutusaiheita. Fysioterapian merkitys osana aivoverenkiertohäiriöpotilaiden moniammatillista kuntoutusta on tunnustettu, mutta fysioterapian edelleen kehittyminen haastaa fysioterapeutit jatkuvaan oppimiseen ja uuden tutkimustiedon hyödyntämiseen.

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapeuttien työstä ja sen kehittämisen mahdollisuuksista. Tutkimuksessa seurattiin kolmen vuoden kuluessa miten fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatavat muuttuivat aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kehittävän työntutkimuksen lähestymistavalla kuudessa työyksikössä osana Itä-Savossa edelleen jatkuvaa fysioterapian tutkimus- ja kehittämisprojektia.

Tutkimuksessa kuvattiin ensin paikallishistoriallisen aineiston avulla millaisten kehitysvaiheiden kautta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia oli kehittynyt. Aineisto osoitti, etteivät työn välineet olleet muuttuneet, vaikka potilaiden odotettiin kotiutuvan entistä nopeammin. Toiseksi tarkasteltiin fysioterapian nykytilaa fysioterapeuttien teemahaastattelujen ja terapiatilanteiden kuvanauhoitusten perusteella. Haastattelujen fenomenografisen analyysin avulla kuvattiin fysioterapeuttien erilaiset käsitykset työnsä kohteesta ja työn välineistä. Työn kohteena käsitettiin aktiivinen potilas, mutta käsityksiin työn välineistä sisältyi paljon ristiriitaisuuksia, eivätkä välineet näyttäneet aina tukeneen potilaan aktiivisuutta. Kuvanauhoitusten etnografisen analyysin avulla todettiin, että terapiatilanteet olivat terapeuttilähtöisiä, eivätkä fysioterapeuttien käsitykset potilaan aktiivisuudesta todentuneet.

Kolmanneksi tutkimuksessa tarkasteltiin miten ja millaiseksi fysioterapeuttien työtä oli mahdollista kehittää. Työn kehittäminen käynnistyi fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatapojen ristiriitaisuuksien todentamisesta. Aluksi hahmoteltiin työn tavoiteltava lähikehitys, johon pyrittiin muutosinterventioilla tuella. Siihen sisältyi pitkäkestoinen koulutushanke, jossa fysioterapeutit itse analysoivat työtään ja pyrkivät löytämään siihen uusia ratkaisuja. Lopuksi työn muutoksen arviointia varten fysioterapeutit haastateltiin ja terapiaa kuvanauhoitettiin uudestaan.

Käsitys potilaasta aktiivisena oppijana kuvattiin fysioterapeuttien työn kohteen uudelleen hahmottamisena, mikä johti työn välineiden kehittämiseen. Potilaan toimintakyvyn arviointia, harjoitusympäristöä ja terapiavälineitä alettiin kehittää potilaan oppimisen ja itsenäisen harjoittelun edellytyksinä. Myös ohjausmenetelmiä muutettiin mahdollistamaan potilaan osallistuminen. Uuden toimintamallin kehittäminen ja käyttöön ottaminen edellyttivät sekä ohjausta työn kriittiseen tarkasteluun että yhdessä oppimista, jossa fysioterapeutit eri yksiköissä etenivät eri vaiheisiin. Tutkimuksen perusteella asiakaslähtöisyyden kehittämistä, työn monialaista yhteiskehittelyä ja työn verkostoitumista voisi pitää fysioterapeuttien työn seuraavana tavoiteltavana lähikehityksenä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa.

Avainsanat: Kehittävä työntutkimus, fysioterapeutit, aivoverenkiertohäiriöt, muutos, oppiminen

## ABSTRACT

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Licentiate dissertation 126 pages, 4 appendices

Reunanen Merja:

Physiotherapists developing their work - How did the stroke physiotherapy change?

Spring 2003

---

The conditions after stroke are the most common causes of rehabilitation in the elderly population. The significance of physiotherapy in multiprofessional rehabilitation has been accepted, but to develop physiotherapy requires physiotherapists to continuously learn and update their knowledge.

The purpose of the study was to increase the understanding of physiotherapists' work and the possibilities of developing it. The process of development in stroke therapy was followed during three years. The study was carried out in six physiotherapy units as one part of the regional research- and developmental project still going on in Eastern Savo. The research approach was developmental work research.

First, the study describes the historical development of stroke physiotherapy. It seems that the methods have not changed much, although better results and quicker rehabilitation are required today. Second, the actual work practice was studied by interviewing physiotherapists and by videotaping treatment sessions. Phenomenography was used when analysing the interviews. Ethnography was used when analysing the treatment sessions in videotapes. Although physiotherapists emphasized the patients' activity as a central principal, the treatment sessions were therapist-centered, and the instruments used did not allow a patient's active role.

Third, the change in the stroke therapy was analysed by evaluating the developmental cycle. The development started after verifying the contradiction between what the physiotherapists were thinking and what they were doing in their work. First the aims of the future development were outlined. An intervention to support the change in the work was carried out as a long instructional intervention, during which the physiotherapists themselves analysed their own work and tried to find new solutions. To evaluate the change in the work the physiotherapists were interviewed and the treatment sessions were videotaped again.

The conception of the patient as an active learner was included as a new object of the work, leading physiotherapists to develop their instruments. The assessment of the patient, planning of the therapy environment and choosing the instruments of therapy were developed as prerequisites for the patient's active role in the rehabilitation process. Also the guidance strategies were changed to enable the patient's participation. To develop and take a new approach into use required physiotherapists to learn together, which was reached at different levels. To develop client-centeredness, multiprofessional work practice and networking could be the future development for physiotherapy in stroke rehabilitation.

Keywords: Developmental work research, physiotherapists, stroke, change, learning.

## ESIPUHE

Tämä tutkimus on syntynyt luottamuksesta jatkuvaan oppimiseen ja muutoksen mahdollisuuteen. Tutkimus on vahvistanut käsitystäni siitä, että työn kehittämiseen tarvitaan yhdessä oppimista.

Ensimmäinen kiitos tutkimukseni valmistumisvaiheessa kuuluu tutkimukseen osallistuneille fysioterapeuteille ja heidän työyhteisöilleen. Tutkimuksen mahdollisti itäsavolaisten fysioterapeuttien rohkeus avata omaa työtään ja heittäytyä monivuotiseen oppimisprosessiin, jonka kaikkia vaiheita ja ratkaisuja ei kukaan meistä etukäteen tiennyt. Kiitos myös potilaille ja heidän läheisilleen myönteisestä suhtautumisesta fysioterapian tutkimiseen ja kehittämiseen.

Lämpimät kiitokseni projektin johtajalle ja tutkimukseni ohjaajalle THT Ulla Talvitielle sekä tutkijakollega, THM Outi Pyöriälle. Tiivis yhteistyömme on ollut rikas kokemus ja oleellinen voimavara tutkimukselleni.

Omassa työyhteisössäni Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan koulutusyksikössä koulutusjohtaja Tuija Vääntinen, muut kollegat ja henkilökunta sekä opiskelijat ovat antaneet varauksettoman tukensa tutkimukseni etenemiselle. Erityisen kannustavia ovat olleet fysioterapian koulutusohjelman innostavat kahvipöytäkeskustelut. Kaiken kiireen keskellä on aina löytynyt hetki yhteistä aikaa, kiitos siitä.

Työministeriön rahoitus koko projektille sen alkuvaiheissa rohkaisi omaakin tutkimustani eteenpäin. Etelä-Savon kulttuurirahaston, Suomalaisen Konkordia-liiton ja Mikkelin ammattikorkeakoulun apurahojen turvin saatoin ajoittain irrottautua tutkimukseni pariin. Antoisa yhteistyö Punkaharjun Kuntoutuskeskuksen kanssa ja Raha-automaattiyhdistyksen sekä Kansaneläkelaitoksen rahoitus projektille mahdollistivat tutkimukseni raportoinnin. Raportoinnin viimeistelyvaiheessa sain vielä tutkimukseni tarkastajalta, KT Kirsti Launikselta ymmärrystäni syventänyttä palautetta, josta suuret kiitokset.

Lopuksi kiitos perheelleni. Mieheni Arto on näinä vuosina vastannut perheen arjen sujumisesta. Erityisesti koulutiensä aloittanut Arttu sekä tutkimuksen aikana syntynyt Eero ovat olemassaolollaan kannustaneet minua ja vahvistaneet uskoani oppimisen iloon.

Punkaharjulla joulun aikaan 2002

Merja Reunanen

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTIA</b> .....	<b>9</b>
2.1 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAIEN FYSIOTERAPIAN LÄHTÖKOHTIA .....	9
2.2 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖ TUTKIMUKSEN KOHTEENA .....	13
2.3 TYÖN KEHITTÄMINEN TYÖELÄMÄN MUUTOKSISSA .....	15
2.4 KEHITTÄVÄ TYÖNTUTKIMUS LÄHESTYMISTAPANA .....	18
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT</b> .....	<b>21</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ, AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>23</b>
4.1 KOHDERYHMÄ JA KOHDEYHTEISÖT .....	23
4.2 AINEISTON KERÄÄMISEN JA MUUTOSINTERVENTION PÄÄVAIHEET .....	26
4.3 TUTKIMUSAINESTON KUVAUS, HANKINTA JA KÄSITTELY .....	29
4.3.1 Haastattelut .....	33
4.3.2 Kuvanauhoitukset .....	37
4.3.3 Paikallishistoriallinen aineisto .....	40
<b>5 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN KEHITYSVAIHEET JA NYKYTILAN ANALYYSI</b> .....	<b>42</b>
5.1 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖPOTILAIEN FYSIOTERAPIAN KEHITYSVAIHEET .....	42
5.1.1 Fysioterapian kehitysvaiheet tutkimuksen kohdeyhteisöissä .....	43
5.1.2 Työn historialliset jännitteet .....	48
5.2 FYSIOTERAPEUTTIIEN KÄSITYKSET TYÖNSÄ KOHTEESTA JA TYÖN VÄLINEISTÄ .....	50
5.2.1 Työn kohdetta kuvaavat käsitystyyppit .....	51
5.2.2 Työn välineitä kuvaavat käsitystyyppit .....	52
5.2.3 Käsitysten sisäiset ristiriidat ja käsitykset työn tekijästä .....	58
5.3 FYSIOTERAPIATILANTEET KÄSIKIRJOITUKSINA .....	62
5.4 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN RISTIRIIDAT .....	66
<b>6 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN KEHITTÄMINEN</b> .....	<b>69</b>
6.1 TYÖN LÄHIKEHITYKSEN HAHMOTTUMINEN .....	69
6.2 UUDEN TOIMINTAMALLIN KUVAUS JA KÄYTTÖÖN OTTO .....	72
<b>7 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN MUUTOS</b> .....	<b>77</b>
7.1 TYÖN RISTIRIITOJEN RATKAISEMINEN .....	77
7.2 LÄHIKEHITYKSEN SAAVUTTAMINEN .....	86
7.3 KEHITTÄMISPROSESSIIN SISÄLTYNYT OPPIMINEN .....	88
<b>8 POHDINTA</b> .....	<b>96</b>
8.1 TULOSTEN TARKASTELUA .....	96
8.2 TUTKIMUSPROSESSIN ARVIOINTIA .....	102
8.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS .....	104
8.4 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSIA .....	112
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>115</b>
<b>LIITTEET</b> .....	<b>127</b>
LIITE 1. SUOSTUMUS FYSIOTERAPEUTEILTA AINEISTON KÄYTTÖÖN TUTKIMUKSESSA .....	127
LIITE 2. SUOSTUMUS POTILAILTA AINEISTON KÄYTTÖÖN TUTKIMUKSESSA .....	128
LIITE 3. MUUTOSINTERVENTIOON SISÄLTYNYT KOULUTUS JA KEHITTÄMINEN TYÖYKSIKÖISSÄ 1998-1999. ...	129
LIITE 4. MUUTOSINTERVENTIOON SISÄLTYNYT KOULUTUS JA KEHITTÄMINEN TYÖYKSIKÖISSÄ 2000-2001. ...	130

## 1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain noin 12 000 henkilöä, joista suurin osa on yli 65-vuotiaita. Kuntoutuksen kannalta merkityksellisiä ovat aivoverenkiertohäiriöiden seurauksena syntyvät haitat, joista yleisin on liikkumiskyvyn vaikeus. Suurimmalla osalla se ilmenee toispuolihalvauksena, johon liittyy yleensä muitakin häiriöitä. Kaikista sairausryhmistä eniten hoitopäiviä maassamme käytetään juuri aivoverenkiertohäiriöpotilaiden akuutti- ja pitkäaikaishoitoon. Kuntoutuksen vaikuttavuudesta on kuitenkin selvää näyttöä. Oleellisena pidetään kuntoutuksen moniammatillisuutta, varhaista aloittamista ja potilasohjausta. (Kallanranta 2002) Elossa olevista aivoverenkiertohäiriöpotilaista noin 57-75 % toipuu toimintakyvyltään itsenäisiksi (Löfgren 2000).

Suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä johtuu aivoinfarktista. Viidenneksen aivoverenkiertohäiriöistä aiheuttavat aivoverenvuoto ja lukinkalvonalainen verenvuoto. Verenvuodoissa syynä on useimmiten valtimossa olevan pullistuman eli aneurysman puhkeaminen. (Virsu 1991) Aivoinfarktin seurauksena potilaalle jää usein vaikeita toiminnallisia häiriöitä, jotka vaikeuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Tällaisia häiriöitä ovat toispuolihalvaus, kommunikaatiohäiriöt sekä kognitiiviset haitat. Muistiin, tarkkaavaisuuteen, toiminnan ohjaukseen, toimintojen suunnitteluun ja kontrollointiin liittyvät häiriöt ovat yleisiä, samoin masennus. (Kauhanen 1999, Nyrkkö 1999)

Fysioterapian merkityksestä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden moniammatillisessa kuntoutuksessa ollaan yksimielisiä, mutta siitä minkälaiset potilaat hyötyvät eniten fysioterapian kaltaisesta kuntoutuksesta tiedetään varsin vähän. Tietoa tarvitaan fysioterapiassa käytettyjen harjoitteiden laadusta, tehosta ja kuormitusasteesta. (Kotila 1986) Myös tarkempaa näyttöä eri menetelmien vaikuttavuudesta kaivataan edelleen (Lennon 1996, Kwakkel ym.1999, Langhammer & Stanghelle 2000, Kallanranta 2002).

Vaikuttavien fysioterapian työkäytäntöjen lisäksi aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toipuminen edellyttää akuuttivaiheen hoidon ja kuntoutuksen liittymistä toisiinsa ja palvelujärjestelmän toimivuutta. Kuntoutuksen jatkuvuus ja johdonmukaisuus sekä pitkäaikaisuus ovat yhteydessä potilaan selviytyvyyteen. (Kallanranta 2002) Myös kurssimuotoisella kuntoutuksella voidaan

vaikuttaa iäkkäiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden suoriutumiseen, sosiaaliseen selviytymiseen ja mielialaan (Pitkänen 2000). Erityistä merkitystä iäkkäiden potilaiden kuntoutuksessa nähdään olevan myös moniammatillisella tiimityöllä (Tilvis 2002).

Näistä lähtökohdista käynnistettiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella syksyllä 1997 laaja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiapalvelujen tutkimus- ja kehittämisprojekti. Projektin tavoitteena oli Itä-Savon alueen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksen laadun kehittäminen. Tarkoituksena oli, että projektin avulla alueen fysioterapeuttien kanssa yhteistyössä kehitetään potilaan omatoimisuutta ja kotona selviytymistä tukevaa terapiakäytäntöä kehittäväällä työntutkimusotteella. (Talvitie ym. 2001)

Koko projektiin sisältyvä alueellinen kehittämistyö käynnistettiin yhteistyössä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen, Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan yksikön terveysalan ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kanssa. Kehittämisprojektissa on neljä tutkimushanketta, joissa arvioidaan toimintakykymittarin luotettavuutta, aktivoivan terapian vaikuttavuutta potilaiden fyysiseen ja henkiseen toimintakykyyn sekä fysioterapeuttien työn ja alueellisen yhteistyöverkoston kehittymistä projektin kuluessa. (Talvitie ym. 2001)

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kuvata projektiin sisältyvää muutosinterventiota ja seurata fysioterapeuttien työn kehittymisen mahdollisuuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa tutkimus- ja kehittämisprojektin aikana. Työn muutosta tutkittiin analysoimalla fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatapoja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa sekä projektin alussa että sen loppuvaiheessa työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta.

Raportin aluksi luvussa 2 käsitellään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kansainvälistä kehitystä, fysioterapeuttien työtä ja työn muutoshasteita suomalaisessa työelämässä sekä kehittäväää työntutkimusta tutkimus- ja kehittämisprojektin lähestymistapana. Luvussa 3 esitellään tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat. Tutkimukseen sisältyneen muutosintervention päävaiheita sekä tutkimuksen aineistojen keräämistä ja käsittelyä esitellään luvussa 4. Tulokset on jäsennelty fysioterapeuttien työn kehitysvaiheiden ja nykytilan analyysin tarkasteluun (luku 5), uuden terapiakäytännön kehittämisen kuvaukseen (luku 6) ja fysioterapeuttien työn muutokset käynnistymisen esittelyyn ja arviointiin (luku 7). Raportti päätetään luvun 8 pohdintaan.



## 2 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHTIA

Fysioterapeuttien työtä lähestytään tässä tutkimuksessa toisaalta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian näkökulmasta ja toisaalta osana suomalaista työelämän kehitystä. Tässä luvussa esitellään ensin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kansainvälisiä lähtökohtia, jotka ovat myös suomalaisen fysioterapian taustalla. Sen jälkeen luodaan katsaus aikaisempiin suomalaisiin tutkimuksiin, joissa fysioterapeuttien työ on ollut tutkimuksen kohteena. Työtä ja työn kehittämisen haasteita tarkastellaan myös työelämän ja asiantuntijuuden muutoksissa. Lopuksi esitellään kehittävää työntutkimusta tutkimuksen lähestymistapana.

### 2.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian lähtökohtia

Fysioterapian käyttö aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa alkoi 1940 - 50- luvuilla, kun neurofysiologiseen tietoon perustuvia terapioida alettiin kehittää fysioterapiassa. Kun ymmärrys keskushermoston toiminnasta ja osuudesta ihmisen toiminnan säätelyssä lisääntyi, alettiin kehittää menetelmiä, jotka ottivat huomioon keskushermoston toimintamekanismin. Näitä neurofysiologiaan perustuvia menetelmiä kutsutaan myös yhteisellä nimellä neuroterapeuttiset menetelmät tai fasilitaatiomenetelmät. (Gordon 1987, Talvitie 1991b)

Ensimmäinen näistä fasilitaatiomenetelmistä on PNF-menetelmä (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation). Suomalaiset fysioterapeutit tutustuivat tähän menetelmään 1950-luvulla opiskelemalla sitä ensin Yhdysvalloissa ja Tanskassa. Menetelmä oli alun perin kehitetty hermolihasjärjestelmän vaurioiden kuntoutukseen, mutta sitä käytetään myös lihasvoimaa lisäävässä tarkoituksessa. Toinen tunnetuimmista neuroterapeuttisista menetelmistä on Bobath-terapia, jonka kehittäminen käynnistyi kokemuksista CP (cerebral palsy)-lasten terapiassa. Terapiassa on korostunut näkemys keskushermostosta hierarkkisenä järjestelmänä. Käsityksen mukaisesti terapiassa avustetaan käsillä liikkeen oikeaa suoritusta ja pyritään estämään epänormaali liike-malli, jonka hallitsemattomat refleksit tuottavat. (Talvitie 1991b, Patridge 1996) Nämä menetelmät ovat olleet suomalaisessa fysioterapeuttikoulutuksessa vallitsevat menetelmät erityisesti 1970- ja 1980-luvuilla.

Neuroterapeuttisten menetelmien rinnalle on kehitetty oppimisen teorioihin perustuneita menetelmiä, joista varhaisin on 1950-luvulta CP-lasten terapiassa käytetty ohjaavan opettamisen (conductive education) Petó-lähestymistapa. Siinä ohjaaja rakentaa lapselle päiväohjelman, joka toteutetaan yleensä ryhmässä. Ohjaajan rooli on kasvatuksellinen, jolloin lapsen rooli oppijana korostuu. (Patridge 1996) Toinen oppimisen teorioihin perustuva menetelmä, motorisen uudelleenoppimisen ohjelma (motor relearning programme l. MRP) kehitettiin 1970-luvulla. Menetelmä pyrkii käyttämään hyväksi myös käyttäytymistieteitä ja biomekaniikkaa, vaikka se on saanut vaikutteita myös Bobath-terapiasta. Menetelmässä korostuvat toiminnallisten tehtävien harjoittelu. (Carr ym.1987, Patridge 1996)

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa menetelmien kehittyminen on jatkunut edelleen niin, että 1990-luvulla on alettu hyödyntää motorisen säätelyn teorioita erityisesti tehtäväkeskeisessä lähestymistavassa (task-oriented approach). Sen perustana on käsitys systeemisesti toimivasta motorisen säätelyn järjestelmästä. Tässä ajattelussa tuetaan monipuolisten tehtävien ja palautteen avulla potilasta löytämään itse omat hallintastrategiansa. Yksilön, tehtävän ja ympäristön vuorovaikutus on terapiassa keskeistä. (Carr & Shepherd 1998, Talvitie ym. 1999)

Sekä Ruotsissa (Nilsson & Nordholm 1992) että Australiassa (Carr ym.1994) tehdyissä kyselytutkimuksissa selvitettiin fysioterapeuttien käyttämiä terapiamenetelmiä ja menetelmien valinnan perusteita aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa. Menetelmien valintaan molemmissa maissa vaikutti oleellisesti se, millä vuosikymmenellä he olivat saaneet koulutuksensa. 1960-luvulla koulutuksessa oli painottunut PNF-menetelmä, 1970-luvulla vallitseva menetelmä oli Bobath-terapia ja 1980-luvulta lähtien näihin menetelmiin on yhdistelty mm. motorisen oppimisen periaatteita. (Carr ym. 1994)

Menetelmien valinnan perusteet molemmissa maissa olivat lähes identtiset. Tärkeimpinä perusteina fysioterapeutit pitivät käytännön työssä saamaansa kokemusta sekä käytännön sovelluksiin keskittyvää lisäkoulutusta. Viimeisimpänä valinnan perusteena oli mainittu joko fysioterapeuttikoulutus tai ammattikirjallisuus. Kirjallisuuden vähäisen käytön arveltiin olevan yhtenä taustatekijänä sille, että fysioterapeuttien oli vaikeata kertoa käyttämiensä menetelmien perusteita. Tämä oli australialaisten tutkijoiden mukaan huolestuttavaa, sillä viime aikoina on saatu paljon uutta tutkimustietoa motorisesta kontrollista, biomekaniikasta ja taitojen oppimisesta,

jotka tarjoaisivat kuntoutukselle teoreettisia perusteita. (Nilsson & Nordholm 1992, Carr ym. 1994)

Fysioterapian tulevaisuus neurologisessa kuntoutuksessa voi hyvinkin riippua siitä, miten fysioterapeutit pystyvät kuvaamaan ja perustelemaan käyttämiensä menetelmiä sekä osoittamaan niiden vaikuttavuutta (Carr ym.1994). Toisaalta ruotsalaiset tutkijat arvelivat, että vaikeus kuvata menetelmien perusteita pohjautuu perinteiseen näkemykseen fysioterapiasta, jossa korostuu käytännön kokemus (Nilsson & Nordholm 1992). Molemmissa maissa fysioterapeutit osoittivat kuitenkin näiden tutkimusten mukaan kiinnostusta uusista menetelmistä kohtaan (Nilsson & Nordholm 1992, Carr ym.1994).

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa Bobath-terapia on saavuttanut sekä Suomessa että kansainvälisesti hyväksyntää yhtenä johtavana lähestymistapana fysioterapiassa. Viime vuosina tämä lähestymistapa on kuitenkin kohdannut kritiikkiä, jonka mukaan menetelmän perusteet eivät enää vastaa viime vuosina saatua tutkimustietoa. Lennonin (1996) katsauksessa verrataan kirjallisuudessa esitettyjä Bobath-terapian ja ns. refleksihierarkkisen mallin mukaisia perusteita nykytutkimuksen tuottamaan tietoon, joka pohjautuu mm. motorisen kontrollin systeemimalliin. Katsauksen mukaan yksi keskeinen kehittämishaaste terapiakäytännölle on mahdollistaa potilaalle nykyistä aktiivisempi rooli. Tämä tapahtuu esimerkiksi siirtämällä ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa fysioterapeutilta potilaalle. Katsauksen yhteenvedossa todetaan, että aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa on useita erilaisia lähestymistapoja, joiden käyttökelpoisuus kaipaavaa ennen kaikkea lisää kliinistä tutkimusta. (Lennon 1996)

Nykykäsitys fysioterapiasta korostaa terapian dynaamisuutta ja terapiasuhteen muuttumista kuntoutumisen edetessä. Kuntoutusvastuun tulee siirtyä vähitellen enemmän potilaalle, jolloin riippuvaisuus terapeutista vähenee. (Talvitie ym. 1999) Potilaan näkeminen aktiivisena oppijana antaa hänelle mahdollisuuden harjoitella tarvittavia toimintoja niin paljon kuin mahdollista myös varsinaisen terapian ulkopuolella. Terapeutin vastuulla on tällöin tarkoituksenmukaisen harjoittelun suunnittelu ja organisointi. Myös harjoitteluympäristö voidaan suunnitella niin, että se tarjoaa potilaalle palautetta harjoittelusta terapeutista riippumatta. (Ada ym. 1990)

Potilaan aktiivisempi rooli terapiassa mahdollistuu myös, jos potilas voi itse tuoda esille omat tavoitteensa. Reidin ja Chessonin (1998) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden ja fysioterapeuttien asettamat tavoitteet eivät kohdanneet. Kun potilaita pyydettiin määrittelemään keskeiset ongelmansa, ne liittyivät aina toiminnallisuuteen. Potilaiden asettamat tavoitteet korostivat omatoimisuutta ja kotona selviytymistä, jossa myös riskinotto hyväksyttiin. Fysioterapeutit sen sijaan määrittivät vain yksittäisiin liikkeisiin liittyviä ongelmia ja korostivat tavoitteissaan turvallisuutta. (Reid & Chesson 1998) Myös Suomessa Suhosen (1993) tutkimuksessa aivoinfarktipotilaan omia näkemyksiä otettiin vain vähän huomioon päätöksenteossa.

Kuten fysioterapiassa yleensä myös neurologisessa fysioterapiassa on alettu tiedostaa teoreettisten perusteiden merkitys terapiamenetelmien käytölle. Fysioterapeutteja on kritisoitu siitä, että vanhentuneita menetelmiä ei ole vaihdettu nykytietoa vastaaviin uudempiin, tai ei ole päivitetty perinteisiä menetelmiä uuden tiedon myötä. (Lettinga ym. 1999)

Lettinga työtovereineen (1999) teki sisällön analyysiä kahdesta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa käytössä olevasta lähestymistavasta. Tutkijat vertasivat NDT (neuro development treatment)-terapian ja MRP (motor relearning programme)-terapian tieteellisiä periaatteita. Analyysin perusteella todettiin, että tieteellisten perusteiden ja terapiakäytännön suhde on varsin monimutkainen. Keskeisin ero näyttää olevan terapian sisällössä ja ohjausstrategioissa. NDT-terapiassa käsittelystrategiat perustuvat neuropatofysiologiaan, joten siinä käytetään mm. käsitteitä fasilitaatio ja inhibitio. (Lettinga ym. 1999) Fasilitaatiolla tarkoitetaan fysioterapiassa käsin avustamista ja tuntoärsyksen tuottamista avustamaan reaktiota. Inhibitiolla tarkoitetaan tuntoärsyksen tuottamista estämään reaktio (Talvitie ym.1999). MRP-terapiassa puolestaan korostuvat kognitiiviset strategiat ja biomekaniikka, jolloin ohjauksessa käytetään verbaalisia ja visuaalisia vihjeitä ja ongelmanratkaisutehtäviä. Terapian kehittäminen ei siis ole niin yksinkertaista, että korvataan perinteinen terapia jollakin toisella tai liitetään entiseen uusia periaatteita. (Lettinga ym. 1999)

Viime vuosina on siis alettu tarkastella kriittisesti näitä sodan jälkeen kehitettyjä menetelmiä, koska niiden taustalla olevan tiedon on todettu muuttuneen erityisesti neurofysiologisen ja neuropsykologisen tutkimuksen myötä (Sandström 1993, Sandström 1994, Stachura 1994, Lennon 1996, Lettinga ym.1999). Kriittisessä kirjallisuuskatsauksessaan Kwakkel työtovereineen (1999) toteaa, että viimeaikaiset tutkimukset antavat viitteitä intensiivisen ja tehtäväkeskeisen

lähestymistavan tuottavan todennäköisimmin parhaat tulokset aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa (Kwakkel ym.1999). Fysioterapian kehitysvaiheissa voidaankin tunnistaa potilaan roolin muutos aktiivisempaan suuntaan ja toisaalta terapian muuttuminen toiminnallisemmaksi ja intensiivisemmäksi. Uutta tietoa on yhä enemmän saavavilla, mikä lisää haasteita fysioterapeuttien työn jatkuvaan kehittämiseen.

## 2.2 Fysioterapeuttien työ tutkimuksen kohteena

Fysioterapeutin työtä on Suomessa 1990-luvun vaihteesta lähtien tutkittu useasta eri näkökulmasta. Talvitie (1991a) tarkasteli tutkimuksessaan fysioterapian historiallisia kehitysvaiheita, ja seurasi työkäytännön muutoksia fysioterapian kehittämisprojektin kuluessa. Tutkimuksessa arvioitiin kehittämistyön toteutumista selkäpotilaiden fysioterapiassa, keskoslasten fysioterapiassa, nivelreumaatikkojen ohjauksessa ja fysioterapiassa polven nivelsidevamman leikkauksen jälkeen.

Tutkimuksessa oli tavoitteena lisätä fysioterapeuttien valmiuksia kehittää omaa työtään. Työn kehittämässä suurinta jälkeenjääneisyyttä todettiin työvälineiden perusteissa ja työorientaation luonteessa. Tutkimuksessa todettiin sekä tarve fysioterapian koulutuksen kehittämiseen että fysioterapian kehittämiseen yhteistyössä eri organisaatioiden välillä ja sisällä. (Talvitie 1991a)

Toimiva terveyskeskus-projektissa kehitettiin ja tutkittiin terveyskeskusten toimintaa eri puolilla Suomea kehittävän työntutkimuksen lähestymistavalla. Terveyskeskusten työntekijät analysoivat työtään ja suunnittelivat toiminnalleen uusia malleja. Launis (1994b) on projektin viidennessä osaraportissa kuvannut yhden fysioterapeutin työtä työterveyshuollossa. Työtä on analysoitu fysioterapeutin pitämän päiväkirjan perusteella. Työterveyshuollon työntekijät pitivät päiväkirjaa yhden työviikon ajan ja kirjasivat vapaamuotoisesti tekemisensä ja työtä koskevia ajatuksiaan.

Raportissa esitelty fysioterapeutin päiväkirja sisälsi enimmäkseen oman työn kommentointia. Asiakkaita kuvatessaan fysioterapeutti oli lähes aina kiinnittänyt huomiota asiakkaan aktiivisuuteen tai passiivisuuteen. Työnsä yhtenä ongelmana hän nosti useasti esille suunnittelun sekä työn määrän ja laadun epäsuhdan. Ajattelutapojen eroja tuli päiväkirjassa esille sekä suhteessa lääkäriin että työn kohteessa olevaan työpaikkaan. (Launis 1994b) Fysioterapeutteja oli mukana

myös Toimiva terveyskeskus-projektiin sisältyneessä Launin (1994a) tutkimuksessa asiantuntijoiden yhteistyöstä perusterveydenhuollossa. Yhteistyön yhtenä ristiriitana nähtiin se, että asiakkaiden monimutkaistuvien ongelmien ratkaisua haettiin perinteisen yksilöasiantuntijuuden keinoin. (Launis 1994a)

Toimiva terveyskeskus-projektin kuudennessa osaraportissa yhden terveyskeskuksen fysioterapian henkilökunta kuvasi oman toimintansa muutoksia kehittämissä projektin aikana. Työntekijät yhtenäistivät aluksi hajanaista ajattelu- ja toimintatapaansa projektin kuluessa kuvaamalla toiminta-ajatuksensa myös kirjalliseen muotoon ja tehostamalla muun muassa ryhmätoimintojen sisällöllistä kehittämistä ja yhteistyön välineiden kehittelyä. Henkilöstön innokkaan hakeutumisen ammatillisiin lisäopintoihin todettiin osoittaneen fysioterapeuttien motivoitumista työnsä arviointiin ja jatkuvaan kehittämiseen. (Saarelma ym. 1994)

Suhosen (1993) tutkimuksessa seurattiin vuoden ajan muun muassa aivoinfarktipotilaiden kuntoutumista ja heidän saamaansa fysioterapiaa. Terapiaa analysoitiin fysioterapeuttien teema-haastattelujen avulla. Tutkimuksen perusteella näytti siltä, että fysioterapia miellettiin usein muusta potilaan toiminnasta ja elämästä irrallisena toimenpiteenä, tietynlaisten "temppejen" tekemisenä. Fysioterapeutit toivat hyvin vähän esille päivittäisten toimintojen harjoittamista. Myöskään fyysisen kunnon osatekijöitä ei mainittu fysioterapian tavoitteina. Terapian arviointi oli vaikeaa, koska systemaattisia arviointivälineitä ei ollut käytössä. Lisäksi potilaan ja/tai hänen omaistensa näkemyksiä otettiin vain vähän huomioon päätöksenteossa. (Suhonen 1993)

Fysioterapeutin työtä on tutkittu myös kuvaamalla fysioterapeuttien ammattikulttuuria terveyskeskuksissa. Viitanen (1997) tutkimuksessa aineistona käytettiin asiakirjoja, fysioterapeuttien haastatteluja ja videoaineistoa asiakaspalvelutilanteista. Tutkittujen fysioterapiayksikköjen ammattikulttuuri osoittautui eheäksi ja tiiviiksi. Yhtenä vahvana piirteenä oli erityisasiantuntijuuden korostuminen ja yksimielinen toimintaideologia, jossa painottui sekä ennaltaehkäisy että asiakaslähtöisyys. Toisaalta ammattikulttuurin tiiviys vaikeutti moniammatillista yhteistyötä. Työkäytännöt olivat yksilöorientoituneita, mutta eivät asiakaskeskeisiä. Asiakas oli edelleen vuorovaikutustilanteissa toiminnan kohde. Ammattikulttuurin tietoinen muuttaminen olisi tutkimuksen mukaan edellytys sille, että ideologisessa puheessa elänyt palvelukulttuuri näkyisi myös teoissa perinteisten työkäytäntöjen sijaan. (Viitanen 1997) Suomalaiset tutkimukset

fysioterapeuttien työstä nostavat esille monia kehittämisen tarpeita, jotka osittain koko suomalainen työelämä jakaa.

### 2.3 Työn kehittäminen työelämän muutoksissa

Työelämässä tapahtuvat suuret ja nopeat muutokset edellyttävät työntekijöiltä myös kykyä osallistua muutosten tuottamiseen. Se edellyttää muutosten ymmärtämistä, minkä avulla myös muutosten hallinta on mahdollista. Työn muutosta voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Muutos voidaan nähdä ensinnäkin asiantuntijuuden muuttumisena jatkuvaksi oppimiseksi ja ongelmanratkaisuksi. Muutosta voi tarkastella myös siirtymisenä yksilöasiantuntijuudesta yhteisölliseen, verkostomaiseen tai jaettuun asiantuntijuuteen. Korkeaa koulutusta ja pitkää työkokemusta ei voi enää pitää yleisenä asiantuntemuksen osoittimena. (mm. Launis 1997, Launis & Engeström 1999, Tynjälä 1999, Hakkarainen ym. 2000)

Suomalaisen työelämän tämän hetken muutospaineissa on kyseessä myös työnteon kulttuuristen muotojen muutos. Vastuu tuotannon ja palvelujen laadusta ja kehittämisestä siirtyy yhä enemmän tuotteiden ja palvelujen välittömille tekijöille. Toisaalta asiantuntijatyö ja asiantuntijaorganisaatiot kohtaavat työelämän nopeat ja monitasoiset muutokset, joihin ei kyetä enää vastaamaan hyvilläkään yksilösuorituksilla. Yksilöasiantuntijan valmiuksien kehittäminen ei riitä. Asiantuntijuus voidaankin nähdä enemmänkin verkostojen ja organisaatioiden kykyinä ratkaista yhdessä uusia ja muuttuvia ongelmia. Ratkaisuja voitaisi etsiä työtoimintojen arkipäivän analyseistä ja työn kehittämisen kokeiluista, joissa toimintatapoja yhdessä ja tietoisesti muutetaan. (Launis & Engeström 1999)

Kun työn muutosta on käsitelty organisaatioiden kehittymisenä oppivaksi organisaatioksi, on tarvittu erilaisia rajanylityksiä poistamaan esteitä yhteistoiminnan kehittymiseltä. (Virkkunen ym. 1997) Ensinnäkin suunnittelun ja toteutuksen rajan ylityksissä on kyse käytäntöön suuntautuvan suunnittelukulttuurin luomisesta. Tällöin murretaan rajaa perinteisen suunnittelutyön ja jokapäiväisen toiminnan väliltä. Suunnittelusta tulee osa arkityötä ja toiminnan kokonaisuutta koskeva vastuu kasvaa kaikilla tasoilla. Toiseksi strategioiden laatimisen ja arkisten toimintatapojen uudistamisen välisen rajan ylityksillä kytketään jokapäiväinen työ yhteisön mahdollisuuksien kehittelyyn. Tällöin kehittämisen ja muutosten tuottamisen merkitys kasvaa. Kolmanneksi organisaation ja sen ympäristön välisten rajojen ylittäminen merkitsee

kumppaneiden kanssa harjoitettavan yhteistoiminnan hallitsemista uudella tasolla. Tämä merkitsee vaakasuuntaisen yhteistoiminnan eri muotojen merkityksen kasvua. (Virkkunen ym. 1997)

Tutkittaessa työtä ja oppimista muutoksessa, on työn organisointia ja yhteistyön tyyppejä kuvattu historiallisesti kehittyvinä vaiheina. Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa paljon käytetyssä kuvaustavassa edetään käsityömäisestä työstä ja organisaatiosta rationalisoidun ja humanisoidun työn ja organisaation kehitystyyppin kautta ekspansiivisesti hallittuun työhön. (Engeström 1998, 21 - 23) Kun työtä on myöhemmin tarkasteltu siten, että yhteisöllisyys ja joustavuus nähdään koko ajan lisääntyvänä, on käsityömäistä työtä seurannut ensin byrokraattinen työ, sitten tulosvastuinen markkinalähtöinen työ ja edelleen tiimi- ja verkostomainen työ ja organisaatio. (Engeström 1998, 27 - 28)

Viimeaikaisissa kuvauksissa työn organisointitavat sekä tiedon ja yhteistyön eri tyypit on esitetty vaiheittain niin, että näiden vaiheiden kautta myös asiantuntijatiedon jäsentymisen voi ajatella kehittyvän. Ensimmäinen vaihe on tässäkin kuvauksessa *käsityömäinen työtapa*. Dokumentoitua tietoa on silloin vähän, mutta ei-kielellistä hiljaista tietoa paljon. Yhteistyö on ennemminkin spontaania kuin suunnitelmallista. Seuraavassa *massatuotanto*-vaiheessa työnjako on selkeätä ja tieto kielellisesti koodattua. Yhteistyötä koordinoidaan, mutta sitä ei yleensä koota yhteen. Kolmannessa *työprosessien parannus*-vaiheessa laatuun kiinnitetään huomiota ja käytännön prosessitietoon perustuvia prosessikuvauksia tuotetaan yhteisesti työstämällä. Neljännessä vaiheessa korostuu *tuotteistaminen*. Siinä hyödynnetään yhdistelytietoa ja eri näkökulmia, mutta esimerkiksi asiakkaan näkökulman määrittelevät työntekijät. Viidentenä ja vasta kehittymässä olevana vaiheena on analysoitu *yhteiskehittely*, jossa oleellista on verkostomainen työtapa ja dialoginen tieto. (Viktor & Boynton 1998, Engeström 2001)

Näkemyksien työn organisointitavoista kytkeytyy myös työtoiminnan orientaatioihin. Jos oppiminen nähdään osana työn tekemistä ja työorganisaation toimintaa, oppimistyylien tilalla on mielekkäämpää puhua työ- ja oppimisorientaatioista. Ne eivät ole yksilön psyykkisiä suhtautumistapoja, vaan ilmentävät tietoista toimintaa suhteessa ympäristöön. Vastaavasti metakognitiivisten taitojen sijaan puhutaan mieluummin reflektiivisistä taidoista, jotka eivät synny itsestään vaan ovat myös itsessään kehittämisen kohteena. (Järvinen ym. 2000, Poikela 1999)



Asiantuntijuuden näkeminen jatkuvana ongelmanratkaisuprosessina haastaa perinteisen näkemyksen oppimisesta. Progressiivinen ongelmanratkaisun prosessi onkin jatkuva oppimisprosessi. Ekspertiisi ei olekaan enää pysyvä ominaisuus, joka on kerran saavutettu koulutuksen ja työkokemuksen kautta, vaan se liittyy pikemminkin toimintatapaan: asiantuntijuus on jatkuvaa itsereflektiota ja oppimista eri tilanteissa. (Tynjälä 1999) Kun oppiminen ja asiantuntijuus kytkeytyvät näin toisiinsa, voidaan työn muutoksen hallitsemiseksi pyrkiä organisoimaan oppimisyhteisöjä toimimaan asiantuntijayhteisöjen tavoin, eli ratkaisemaan yhdessä ongelmia ja jakamaan omaa asiantuntijuuttaan. Yhteisön jäsenten erilainen osaaminen voisi näin parhaimmillaan toimia yhteisöllisen oppimisen voimavarana. (Hakkarainen ym. 2000)

Yhteisöllisen oppimisen taustalla on usein Vygotskyn (1978) lähikehityksen vyöhykkeen ajatus. Lähikehityksen vyöhykkeen käsite sisältyi alunperin kehityspsykologi Lev Vygotskyn kuvaamaan kulttuurihistorialliseen tai toimintateoreettiseen näkemykseen. Lähikehityksen vyöhyke perustuu näkemykseen oppimisesta yhteisenä toimintana, jossa asiantuntija tai kokeneempi henkilö luo tilanteita, joissa kokemattomampi voi kehittää tietojaan ja taitojaan. Lähikehityksen vyöhykkeen alaraja on siinä mihin yksilö pystyy itsenäisesti ja yläraja siinä, mihin hän kykenee ulkoisen tuen turvin. Vygotskyn mukaan sosiaalisessa yhteisössä syntyy usein päällekkäisiäkin lähikehityksen vyöhykkeitä, jotka ohjaavat yksilöä sellaisten kulttuuristen käytäntöjen omaksumiseen, joita hän ei vielä hallitse, mutta jotka kuuluvat hänen lähikehityksen vyöhykkeelleen. (Vygotsky 1978) Lähikehityksen vyöhyke voidaan myös ymmärtää välitarkana epätyydyttäväksi arvioidun ja uuden toimintatavan välillä (Engeström 1998, Vygotsky 1978).

## 2.4 Kehittävä työntutkimus lähestymistapana

”Kehittävä työntutkimus on 1980-luvun alussa virinnyt omintakeinen suomalainen lähestymistapa työn ja organisaatioiden tutkimiseen ja kehittämiseen” (Engeström 1998). Taustalla on kulttuuri-historiallinen toiminnan teoria. Toiminnan käsite kytkee yksilön ja yhteisön toisiinsa, jolloin yksilöä ei siis tarkastella vain sisäisten mekanismien ohjaamana. (Vygotsky 1978)

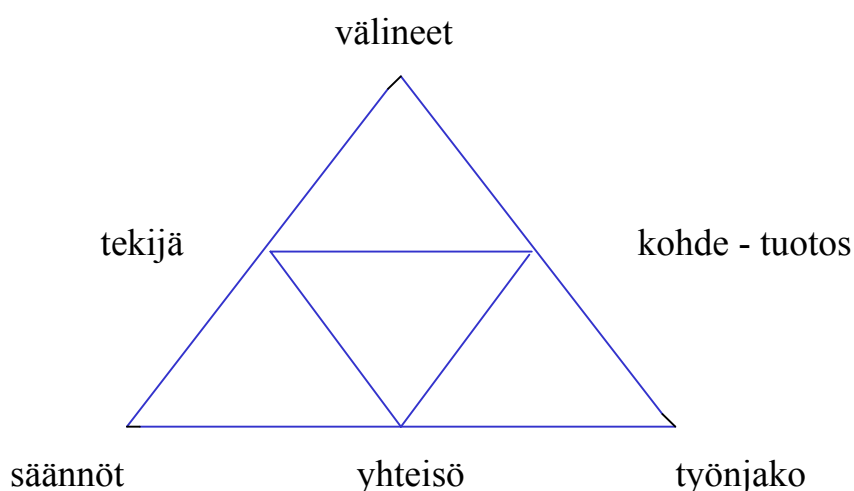
Kehittävän työntutkimuksen yhtenä lähtökohtana on, että yksilön teot ja ominaisuudet nähdään yhteistoiminnallisessa *toimintajärjestelmässä*, esimerkiksi työssä muodostuvina. Toisaalta yksilöiden teot myös muokkaavat toimintajärjestelmää, joka nähdään tutkimuksen ja kehittämisen perusyksikkönä. Tällainen yksikkö auttaa hahmottamaan työn ja sen muutokset osana työn kokonaisuutta. (Engeström 1998)

Toisena lähtökohtana on työtoiminnan tarkastelu *historiallisesti*, toimintajärjestelmän *sisäisten ristiriitojen kautta*. Historiallisten kehitysvaiheiden ymmärtäminen auttaa näkemään selvemmin myös tulevaisuuden vaihtoehdot. Toimintajärjestelmän sisäisiä ristiriitoja voidaan kuvata eriasteisina. Ensimmäisen asteen ristiriita vaikuttaa toimintajärjestelmän jokaisen osatekijän sisällä, sisäisenä kaksinaisluonteena. Kaksinaisluonne tarkoittaa esimerkiksi yhden toimintajärjestelmän osatekijän ymmärtämistä toisaalta hyödyllisenä (työn käyttöarvo) ja toisaalta rasitteena (työn vaihtoarvo). Toisen asteen ristiriita syntyy, jos jokin toimintajärjestelmän osatekijä kehityksen kuluessa muuttuu laadullisesti, mutta muut osatekijät pyrkivät säilymään ennallaan. Tällöin ristiriita ilmenee kahden eri osatekijän välisenä. (Engeström 1998)

Kolmannen asteen ristiriita syntyy, kun pyritään ratkaisemaan toisen asteen ristiriitoja organisoimalla toimintajärjestelmän kokonaisuutta uudelleen. Ristiriidat syntyvät jännitteistä entisen ja uuden käytännön välillä. Neljännen asteen ristiriita puolestaan syntyy, kun uusi toimintatapa vakiintuu, mutta jännitteitä kehittyy lähellä olevien muiden toimintajärjestelmien kanssa. Kaikki eriasteiset ristiriidat voidaan nähdä työn kehittämistä liikkeelle panevina voimina. (Engeström 1998)

Kolmantena kehittävän työntutkimuksen lähtökohtana on työtoiminnan ristiriitojen ratkaiseminen *vaiheittain etenevänä kehityssyklinä*, joka parhaimmillaan toteutuu hallitusti, työntekijöiden oppimistoimintana. Tällaista oppimista voidaan kutsua ekspansiiviseksi oppimiseksi. Ekspansiivinen oppiminen merkitsee työyhteisöissä vallitsevien ajattelu- ja toimintatapojen

saattamista tietoiseen tarkasteluun ja yhteiseen arviointiin. Oppimisen kohteena on kokonaisen toimintajärjestelmän laadullinen muutos, joka on luonteeltaan kollektiivinen. Oleellista kehittävässä työntutkimuksessa onkin se, että työntekijät itse kehittävät omaa toimintaansa. Oman työn tietoinen hallinta edellyttää kykyä analysoida työtä ja kehitellä siihen uusia ratkaisuja. (Engeström 1987, Engeström 1998) (Kuvio 1)



Kuvio1. Toimintajärjestelmän yleinen rakennemalli (Engeström 1987).

Toimintajärjestelmän **tekijä** on tutkittavassa työyhteisössä se, jonka näkökulmasta analyysia suoritetaan. **Kohteella** tarkoitetaan sitä ilmiötä, esineiden tai olentojen kokonaisuutta, jossa työyhteisö pyrkii halutun suuntaisiin muutoksiin. **Tuotos** tarkoittaa toiminnan avulla kohteessa tavoiteltavia muutoksia tai vaikutuksia. **Välineet** tarkoittavat työntekijöiden käytössä olevia työkaluja sekä käsitteellisiä välineitä ja malleja, joiden avulla kohdetta käsitellään. **Yhteisöllä** tarkoitetaan sitä työyhteisöä, joka käsittelee samaa kohdetta ja pyrkii samaan tuotokseen. **Työnjaoilla** tarkoitetaan kohteen käsittelyyn liittyvien tehtävien jakoa yhteisön eri työntekijöiden kesken. Toimintajärjestelmän **säännöt** muodostuvat työyhteisön kokonaisuutta ja eri ryhmiä koskevista säännöksistä, määräyksistä ja ohjeista sekä kirjoittamattomista normeista. (Engeström ym. 1987)

Tässä tutkimuksessa raportoidaan fysioterapeuttien työn muuttumista keskittymällä työn tekijän, kohteen ja välineiden välisiin toisen asteen ristiriitoihin. Engeströmin (1998) mukaan työn välineet ovat toiminnan teorian näkökulmasta keskeisellä sijalla tutkittavan työn ymmärtämiseksi. Toiminta välittyy työntekijöiden käyttämien välineiden kautta.

Kehittävä työntutkimus voidaan nähdä myös muutosstrategiana, joka yhdistää tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen. Kehittävän työntutkimuksen tutkimusote on reflektiivinen. Tutkimukseen sisältyy ekspansiivista oppimissykliä eteenpäin ohjaava interventio eli koulutuksellinen väliintulo. Intervention tehtävänä on a) tuottaa työntekijöille konkreettista havaintoaineistoa omasta työstään, siinä esiintyvistä häiriöistä ja uutta ennakoivista ratkaisuksista, b) asettaa heille tehtäviä tuotetun havaintoaineiston analysoimiseksi ja uusien toimintatapojen muodostamiseksi, sekä c) tarjota työntekijöille käsitteellisiä välineitä näiden tehtävien suorittamiseksi. Havaintoaineistona voivat toimia mm. haastattelut ja kuvanauhat, jotka toimivat ikään kuin peilinä oman työn analysoinnin tukena. Välitason analyysivälineitä voivat olla luokitukset tai mallit, joiden avulla peilin aineistoa voidaan eritellä. (Engeström 1998)

Kehittävää työntutkimusta on pidetty myös kansainvälisesti tunnetumman toimintatutkimuksen (action research) lajina (mm. Heikkinen 2001, Heikkinen ym. 2000), sillä myös toimintatutkimus on tyypillisesti työntekijöitä osallistava lähestymistapa. Engeström (1998) korostaa kuitenkin kehittävän työntutkimuksen kehittyneen ennemminkin niiden ristiriitojen ratkaisuna, joita toimintatutkimuksessa on todettu. Toimintatutkimuksen ja sen muunnelmien ongelmana hän pitää muutoksen suunnan, tavoitteiden ja sisältöjen määräytymistä. Jos määräytymisperusteena on löyhästi perusteltu ”kehittyneempi” tai ”parempi” toimintatapa, on työntekijöiden vaikeaa löytää työlleen kehittämissuuntaa tai tavoitteita. (Engeström 1998, 118-119)

Kehittävässä työntutkimuksessa on ratkaistu toimintatutkimuksen dilemma käyttämällä työn muutoksen tavoitteiden asettamisessa työhypoteeseja, jotka muuntuvat siirryttäessä tutkimuksen vaiheesta toiseen. Aluksi muodostetaan hypoteesi työn kehitysvaiheiden sisältämistä jännitteistä historiallisen analyysin perusteella. Sen avulla voidaan tunnistaa nykytilan haasteet. Seuraava hypoteesi on työn lähikehityksen vyöhykkeen kuvaus, jonka avulla hahmotetaan muutoksen kehityssuuntia. Uuden toimintamallin kuvaaminen voidaan nähdä kolmantena työhypoteesina, jonka avulla voidaan tarkastella esimerkiksi uusia työn välineitä tai muita osaratkaisuja. (Engeström 1998, 120 - 121)

Kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa seuraten on toteutettu useita sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämishankkeita, kuten terveystieteiden tutkimuskeskusten LEVIKE - projekti (mm. Engeström ym. 1987, Engeström ym. 1989, Engeström ym. 1990) ja yleisemmin terveystieteiden tutkimuskeskustyötä tarkastellut Toimiva terveystieteiden tutkimuskeskus-projekti (mm. Engeström & Saarelma 1990, Launis 1994a, Launis 1994b, Saarelma ym. 1994, Simoila 1994, Simoila ym. 1994). Koulutuksen tutkimuksessa kehittävää työntutkimusta ovat soveltaneet mm. Miettinen (1993b) ja terveydenhuollon opettajan työtä tutkinut Lambert (1994).

Talvitien (1991a) kehittävän työntutkimuksen sovellus fysioterapeuttien työhön osoitti, että fysioterapeuteilla on kykyä analysoida omaa työtään. Se kuitenkin edellytti ulkopuolisen henkilön tukea erityisesti teoreettisessa ajattelussa, tietojen hankinnassa ja hyväksikäytössä sekä kirjallisessa ilmaisussa. (Talvitie 1991a) Kehittävän työntutkimuksen prosessi voidaankin nähdä uudenaikaisena koulutusprosessina. Tutkijalla on siinä kolmoisrooli ensinnäkin aktiivisena tapahtumiin puuttujana, toiseksi niiden tallentajana ja erittelijänä ja kolmanneksi omien tekojensa ja tulkintojensa reflektiivisenä arvioijana. (Engeström 1998) Talvitie (1991a) tuo esille näiden lisäksi kokemuksenaan, että tutkijan ja kouluttajan roolien lisäksi työn muutospainetta tuli myös tarve toimia työnohjaajana.

Kehittävän työntutkimuksen hankkeet ovat yleensä kolmesta neljään vuoteen kestäviä tutkimus- ja kehittämishankkeita. Niille on tyypillistä kohteena olevien organisaatioiden työntekijöiden aktiivinen panos. Engeström (1998) kuvailee kehittävän työntutkimuksen yhtenä kehityshaasteena tiimi- ja verkostopohjaista työtapaa, jossa useamman tutkijan muodostama ryhmä voi tuottaa hyvin erityyppisiä tuloksia tieteellisistä artikkeleista koulutusaineistoihin ja kuvanauhoista osakysymyksiä käsitteleviin työraportteihin. Työtavalle on myös ominaista vuoropuhelun luonteisuus ja eri näkökulmien esiintulo. Tätä tutkimusta voidaan pitää fysioterapian tutkimus- ja kehittämissuorituksen osaraporttina, joka keskittyy muutosintervention esittelyyn ja fysioterapeuttien työn muutoksen kuvaamiseen työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapeuttien työstä ja sen kehittämisen mahdollisuuksista seuraamalla kuudessa työyksikössä fysioterapeuttien

ajattelu- ja toimintatavoissa tapahtuneita muutoksia aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta alueellisen tutkimus- ja kehittämissuunnan aikana. Tutkimuksen kohderyhmä, tutkimusaineisto ja menetelmät esitellään luvussa 4.

Tutkimusongelmina olivat:

1. Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia on tutkimuksen kohdeyhteisöissä kehittynyt?
  - Millaisena fysioterapeuttien työn kohde ja työn välineet on eri vaiheissa kuvattu?
2. Millaista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia on tällä hetkellä?
  - Millaiset ovat fysioterapeuttien käsitykset työnsä kohteesta ja työn välineistä sekä niiden kehittämisestä?
  - Millaisia ovat fysioterapiatilanteet ja fysioterapeuttien toimintatavat niissä?
3. Miten ja millaiseksi aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia voi kehittyä muutosintervention kuluessa?

Ensimmäiseen kysymykseen vastataan luvussa 5.1., jossa esitellään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheita tutkimuksen kohdeyhteisöissä. Toiseksi kuvataan fysioterapian historiallisen analyysin tuottamat työn jännitteet.

Toiseen kysymykseen vastataan luvussa 5.2. osoittamalla, miten fysioterapian historialliset jännitteet todentuiivat nykyisessä työkäytännössä. Työn ristiriidat ja kehittämishaasteet paljastuivat nykytilan analyysissä, jossa tarkasteltiin fysioterapeuttien käsityksiä työnsä kohteesta ja välineistä sekä toimintatapoja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa projektin alkuvaiheessa.

Kolmanteen kysymykseen vastataan luvuissa 6 ja 7. Ensin luvussa 6 tarkastellaan työn lähikehityksen hahmottumista, sen jälkeen kuvataan uusi toimintamalli ja sen kehittelyä ja käyttöön ottamista tukenut muutosinterventio. Luvussa 7 tarkastellaan miten fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatavat kehittyivät arvioimalla miten työn ristiriitoja ratkaistiin, miten tavoiteltu lähikehitys saavutettiin ja millaista oppimista kehittämisprosessiin sisältyi.

## 4 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ, AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä luvussa esitellään ensin tutkimuksen kohderyhmä sekä kohdeyhteisöt. Seuraavaksi esitellään tutkimuksen aineiston kerääminen ja tutkimukseen sisältyneen muutosintervention päävaiheet osana fysioterapian alueellista tutkimus- ja kehittämisprojektia. Muutosinterventiolla tarkoitetaan tässä projektiin sisältynyttä väliintuloa, joka toteutui fysioterapeuttien koulutushankkeena. Muutosintervention kuluessa fysioterapeuttien työn analyysiä ja työn kehittämistä ohjattiin tutkimuksen kohdeyhteisöissä. Lopuksi esitellään tarkemmin tutkimuksessa käytettyä haastattelu- ja kuvanauha-aineistoa, niiden hankintaa ja analyysyjä sekä paikallishistoriallisen aineiston keräämistä ja käsittelyä.

### 4.1 Kohderyhmä ja kohdeyhteisöt

Tutkimuksen kohderyhmänä oli 15 fysioterapeuttia ja kolme osastonhoitajaa kuudesta Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen fysioterapiayksiköstä. Nämä kuusi fysioterapiayksikköä valikoituivat tutkimuksen kohdeyhteisöiksi kaikille alueen fysioterapeuteille avoimen koulutus- ja tiedotustilaisuuden jälkeen marraskuussa 1997. Koulutus- ja tiedotustilaisuudessa esiteltiin fysioterapian alueellisen tutkimus- ja kehittämisprojektin alustava suunnitelma. Tilaisuuteen osallistui noin 50 fysioterapeuttia. Tutkimus- ja kehittämisprojektista kiinnostuneita pyydettiin vapaaehtoisesti ilmoittautumaan tutkijoille.

Kehittävässä työntutkimuksessa työtä tarkastellaan osana kokonaista toimintajärjestelmää. Tällä tarkoitetaan työyhteisöä tai organisaatiota tai usean työpaikan tai organisaation muodostamaa verkostoa. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena olevan toimintajärjestelmien verkoston muodostivat Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueelta kuusi fysioterapiayksikköä. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien ja osastonhoitajien määrä ja jakautuminen kohdeyhteisöissä on esitelty taulukossa 1.

<b>Tutkimuksen kohdeyhteisöt</b>	<b>Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit (lkm) / fysioterapeutteja + kuntahoitajia yhteensä (lkm)</b>	<b>Tutkimukseen osallistuneet osastonhoitajat (lkm) / osastonhoitajia yhteensä (lkm)</b>
Keskussairaala	2 / 9+2	1/1
Terveyskeskus a)	2/4½	1/1
Terveyskeskus b)	2/2	-
Terveyskeskus c)	2/2	-
Kuntoutuskeskus	6/13+5	1/3
Fysioterapiayritys	1/2	-
<b>Yhteensä:</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien ja osastonhoitajien lukumäärä (lkm) ja jakautuminen kohdeyhteisöissä.

Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien taustatiedot kerättiin ennen aineiston keräämistä heille lähetetyllä lomakkeella. Fysioterapeutit palauttivat lomakkeet tutkijalle keväällä 1998 ensimmäisen haastatteluaineiston keruun yhteydessä. Osastonhoitajien taustatiedot on esitelty myöhemmin erikseen, sillä he osallistuivat vasta toisen haastatteluaineiston keruuseen syksyllä 2000. Taustatiedot tutkituista fysioterapeuteista on tiivistetty kevään 1998 tilanteen mukaisesti taulukkoon 2.

<b>Ikä</b>	<b>lkm</b>
30-39v	n=10
40-49v	n=4
50v-	n=1
<b>Peruskoulutus</b>	<b>lkm</b>
kansakoulu/peruskoulu	n=5
keskikoulu/lukio	n=3
ylioppilas	n=7
<b>Kuntoutusalan koulutus/valmistumisaika</b>	<b>lkm</b>
Kuntohoitaja 1970-luku	n=3
Kuntohoitaja 1980-luku	n=6
Lääkintävoimistelija/Fysioterapeutti 1980-luku	n=4
Lääkintävoimistelija/Fysioterapeutti 1990-luku	n=11
Erikoislääkintävoimistelija 1980-luku	n=2
Erikoislääkintävoimistelija 1990-luku	n=2

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien taustatiedot 1998 (n=15).



Kaikilla fysioterapeuteilla oli fysioterapeutin tai aikaisemmalta nimikkeeltään lääkintävoimistelijan opistotason tutkinto. Koulutus kesti peruskoulupohjaisena 4,5 vuotta ja ylioppilaspohjaisena 3,5 vuotta. Fysioterapeutin koulutus siirtyi 1990-luvulla ammattikorkeakouluihin, joissa fysioterapeutin ammattikorkeakoulututkinnon voi suorittaa pääsääntöisesti 3,5 vuodessa.

Yhdeksällä fysioterapeutilla oli myös kuntohoitajan tutkinto ja kokemusta kuntohoitajan työstä. Kuntohoitaja oli koulutason tutkinto. Se oli mahdollista suorittaa vuodesta 1972 lähtien 1990-luvulle saakka, jolloin koulutus sulautettiin lähihoitajakoulutukseen. (Talvitie ym. 1999, 20) Neljällä fysioterapeutilla oli lisäksi erikoislääkintävoimistelijan tutkinto. Erikoislääkintävoimistelijan vuoden mittainen täydennyskoulutus oli mahdollista 1990-luvun alkuun saakka, kunnes se yhdistettiin fysioterapeutin ammattikorkeakoulututkintoon (Talvitie ym. 1999, 20).

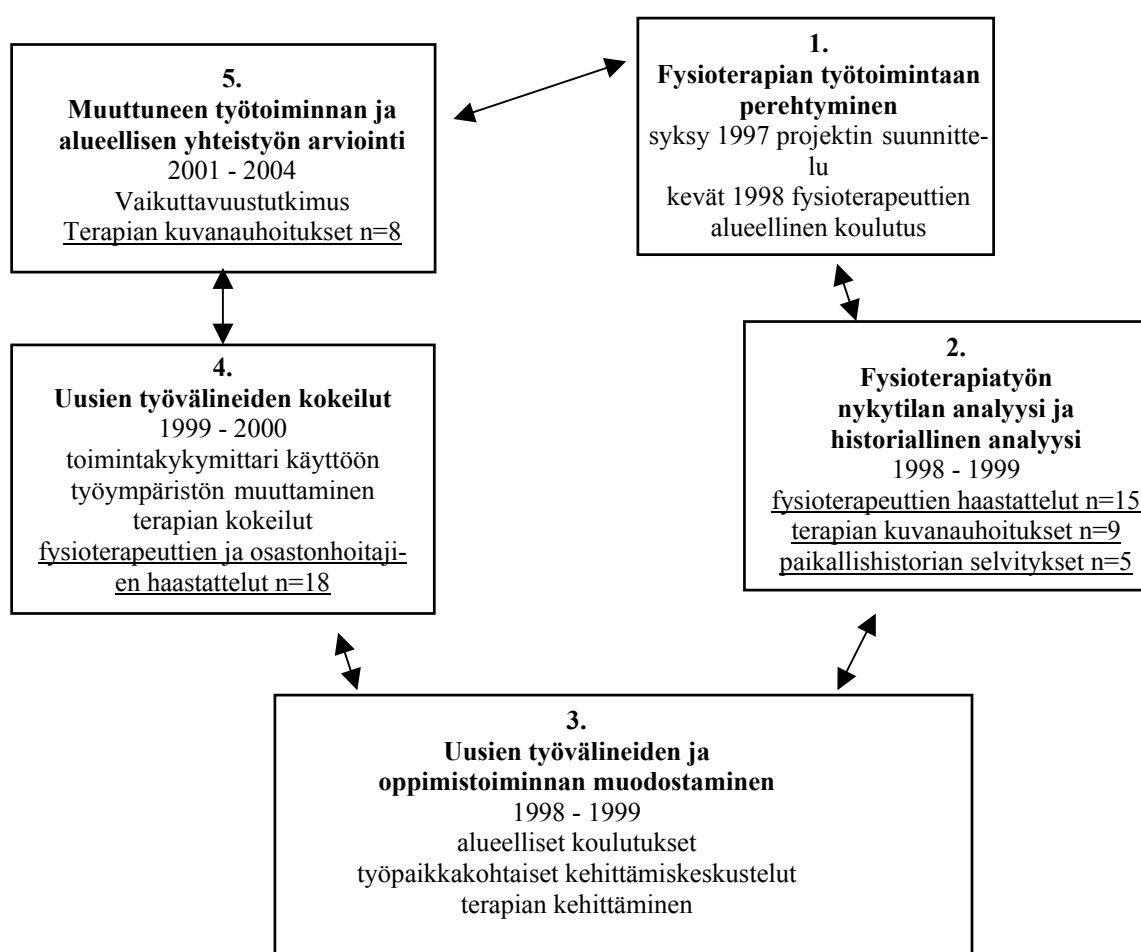
Fysioterapeuttien työkokemus kuntoutusalalla yhteensä vaihteli neljästä vuodesta 20 vuoteen ja fysioterapeutina yhdestä vuodesta 15 vuoteen. Kahdeksan fysioterapeuttia oli työskennellyt samassa työyksikössä alle 10 vuotta ja seitsemän fysioterapeuttia yli 10 vuotta. Yhdeksän fysioterapeuttia ilmoitti työskentelevänsä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden parissa lähes päivittäin. Kuuden fysioterapeutin työssä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia oli satunnaista. Lähinnä terveyskeskuksessa toimineiden fysioterapeuttien työssä saattoi kulua muutama viikkokin, ettei terapiassa ollut ketään aivoverenkiertohäiriöpotilasta.

Yhdeksän fysioterapeuttia oli osallistunut vähintään viikon mittaiseen Bobath -täydennyskoulutukseen. Lyhyempiin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaa sisältäneisiin täydennyskoulutuksiin oli osallistunut kolme fysioterapeuttia.

Tutkimukseen syksyllä 2000 haastateltujen kolmen osastonhoitajan ikä vaihteli 37 - 44 vuotta. Kaikki olivat ylioppilaita ja kaikilla oli erikoislääkintävoimistelijan tutkinto. Osastonhoitajan tai vastaavan fysioterapeutin työkokemusta heillä kaikilla oli samasta työyhteisöstä 10 - 14 vuotta.

## 4.2 Aineiston keräämisen ja muutosintervention päävaiheet

Tämän tutkimuksen aineiston kerääminen sisältyi Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutuneeseen fysioterapian tutkimus- ja kehittämisprojektiin. Projektissa pyrittiin fysioterapeuttien työn kehittämiseen kehittävän työntutkimuksen viiden vaiheen kautta vaiheittain etenevänä kehityssyklinä. (Talvitie ym. 2001) Tutkimuksen aineisto kerättiin kehityssyklin toisessa, neljännessä ja viidennessä vaiheessa. Kuviossa 2 on kuvattu tutkimusaineiston kerääminen ja muutosintervention päävaiheet osana alueellista tutkimus- ja kehittämisprojektia siten, että tutkimusaineisto on kuviossa alleviivattu.



Kuvio 2. Tutkimusaineiston kerääminen (alleviivattuna) ja muutosintervention päävaiheet osana alueellista tutkimus- ja kehittämisprojektia (mukaellen Talvitie ym. 2001).

Kehittävän työntutkimuksen vaiheiden kuvaaminen perustuu ekspanstiivisen oppimissyklin rakenteeseen. Ekspanstiivinen oppiminen tarkoittaa ristiriitatilanteen käynnistämää muutosproses-

sia, jonka seurauksena voidaan saavuttaa uusi toimintatapa. Uuden toimintatavan rakentumisen ajatellaan edellyttävän työntekijöiltä oppimista, mutta opittavat asiat eivät ole valmiina oppikirjoissa. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen koko toimintajärjestelmän ja työyhteisön muuttumiseen johtava prosessi, joka sisältää erilaisia oppimisen muotoja. Ekspansiivinen oppiminen on myös moniääninen prosessi, jossa erilaiset näkemykset kohtaavat. (Engeström 1998)

Tässä tutkimuksessa moniäänisyyteen pyrittiin monipuolisella aineistolla, jota kerättiin tutkimus- ja kehittämisprojektin eri vaiheissa.

### 1. Fysioterapian työtoimintaan perehtyminen (Kuvio 2.)

Tutkimus- ja kehittämisprojektin ensimmäisessä vaiheessa tutkijaryhmä suunnitteli projektia ja perehtyi tutkittavaan ilmiöön. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaan paneuduttiin tarkastelemalla aihetta käsittelevää kansainvälistä keskustelua ja uusimpia tutkimuksia sekä vallitsevaa työkäytäntöä.

Tutkijaryhmän muodosti projektin johtaja ja kaksi tutkijaa. Projektin johtaja vastasi koko projektin toteutumisesta, ohjasi projektiin sisältyneitä tutkimuksia ja osallistui projektin koulutustilaisuuksiin. Toinen tutkija vastasi muutosinterventiosta, osallistui koulutuksiin, järjesti tarvittavaa lisäkoulutusta ja vastasi fysioterapeuttien työn muutoksen tutkimuksesta. Toinen tutkija vastasi projektiin sisältyneen toimintakykymittarin luotettavuuden tutkimuksesta (Pyöriä ym. 2001, Pyöriä ym. 2002) ja osallistui erityisesti toimintakykymittarin käytön koulutukseen.

Projekti käynnistyi marraskuussa 1997 Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueen fysioterapeuteille avoimella koulutus- ja tiedotustilaisuudella, joka käynnisti tutkimukseen sisältyneen muutosintervention.

### 2. Fysioterapiatyön nykytilan analyysi ja historiallinen analyysi (Kuvio 2.)

Fysioterapeuttien työn analyysiä ja työn kehittämistä tuettiin muutosinterventioon sisältyneellä koulutuksella. Koulutusta järjestettiin muutaman kerran alueellisena koulutuksena, mutta enimmäkseen projektiryhmälle ja työpaikkakohtaisille pienryhmille. Projektiryhmä muodostui kaikista tutkimukseen osallistuneista fysioterapeuteista ja osastonhoitajista. Työpaikkakohtaiset pienryhmät koostuivat tutkimukseen osallistuneista fysioterapeuteista eri

kohdeyhteisöissä. Muutosinterventioon sisältyneestä koulutuksesta ja kohdeyhteisöissä toteutuneesta kehittämisestä on esitetty yhteenvedot liitteinä 3. ja 4.

Projektin toisessa vaiheessa kerättiin kustakin tutkimuksen kohdeyhteisöstä paikallishistoriallista aineistoa, jonka perusteella aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheita tarkasteltiin. Aineiston perusteella kuvattiin hypoteesi työn jännitteistä.

Nykytilan analyysin avulla tarkasteltiin nykyistä työtoimintaa ja pyrittiin osoittamaan, miten kuvatut historialliset jännitteet todentuivat työkäytännössä. Nykytilan analyysiä varten kerättiin tutkimusaineistoon fysioterapeuttien teemahaastattelut ja kuvanauhoituksia terapiatilanteista. Teemahaastatteluista ja kuvanauhoituksista tehtiin heti alustavaa analyysiä, jotta niitä voitiin käyttää myös koulutusmateriaalina. Muutosinterventioon sisältyneissä koulutustilaisuuksissa työntekijät saivat tutkijoiden tuella itselleen välineitä analysoida omaa työtään, eritellä työn ristiriitoja ja hahmotella tavoiteltava lähikehitys uuden toimintatavan pohjaksi. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian tavoiteltava lähikehitys hahmottui osana muutosinterventiota.

### 3. Uusien työvälineiden ja oppimistoiminnan muodostaminen (Kuvio 2.)

Kolmannessa vaiheessa tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit alkoivat kehittää työtään lähikehityksen tavoitteiden suunnassa. Työn kehittämistä tuettiin järjestämällä koulutusta alueellisesti, projektiryhmälle ja tutkimukseen osallistuneille fysioterapeuteille työpaikka-kohtaisesti fysioterapeuttien tarpeiden mukaan.

### 4. Uusien työvälineiden kokeilu (Kuvio 2.)

Työtoiminnan varsinainen muutos tapahtui projektin neljännessä vaiheessa. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakykyä arvioiva mittari (Pyöriä ym. 2001, Pyöriä ym. 2002) otettiin käyttöön, terapiatiloja uudistettiin, ohjaustapoja muutettiin ja harjoitusvälineitä hankittiin ja otettiin käyttöön. Fysioterapeuttien koulutus jatkui koko kehittely- ja kokeiluvaiheen ajan. Kehitetystä aktiivisesta terapiakäytännöstä muodostui uusi toimintamalli (Talvitie ym. 2001).

Projektin neljännessä vaiheessa käynnistettiin työn muutoksen arviointi. Tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit haastateltiin toiseen kertaan. Myös kohdeyhteisöjen kolme osastonhoitajaa haastateltiin.

## 5. Muuttuneen työtoiminnan ja alueellisen yhteistyön arviointi (Kuvio 2.)

Projektin viidennessä vaiheessa arvioitiin fysioterapeuttien työkäytännön muutosta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa kokoamalla tutkimusaineistoon kuvanauhoja terapiatilanteista. Vuoden 2001 alussa alkoi alueelliseen tutkimus- ja kehittämisprojektiin sisältynyt seurantatutkimus. Siinä verrataan projektin kuluessa kehitettyä aktivoivaa terapiaa perinteiseen terapiaan seuraamalla koe- ja kontrolliryhmäasetelmalla 80 aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista vuoden ajan sairastumisesta. Vaikuttavuustutkimus jatkuu vuoteen 2004 saakka.

### 4.3 Tutkimusaineiston kuvaus, hankinta ja käsittely

Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa ollaan kiinnostuneita tutkittavien työyhteisöjen ajattelu- ja toimintatapojen koko kirjosta (Engeström 1998). Tässä tutkimuksessa fysioterapeuttien työtä ja sen kehittymistä tarkasteltiin tutkimalla sekä fysioterapeuttien käsityksiä työstään että toimintatapoja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa tutkimukseen sisältyneen muutosintervention alussa ja lopussa. Aineistoa kerättiin sekä teemahaastatteluin ja kuvanauhoituksin että keräämällä paikallishistoriallista aineistoa.

Eri menetelmillä koottua aineistoa voitiin myös hyödyntää muutosinterventiossa peiliaineistona, jonka avulla työyhteisöjen ajattelu- ja toimintatapoja voitiin nostaa tietoiseen tarkasteluun. Erilaisten näkökulmien saattamista vuoropuheluun pidetään ekspansiivisen oppimisen edellytyksenä (Engeström 1998). Muutosintervention kuluessa kerättiin haastattelujen, kuvanauhoitusten ja paikallishistoriallisen aineiston lisäksi myös muuta aineistoa, erilaisia projektiivisiä tehtäviä, joita käytettiin muutosinterventioon sisältyneen koulutuksen tarpeen arvioimisessa, koulutussisältöjen valinnan perusteena ja koulutusmateriaalina. Projektiivisillä tehtävillä tarkoitetaan esimerkiksi kirjoitus- tai piirtämistehtäviä, joita voidaan käyttää täydentävänä aineistona ajattelutapoja tutkittaessa. Tehtävien avulla tutkittavat henkilöt pääsevät ilmaisemaan itseään ilman tutkijan läsnäoloa ja vaikutusta. Tehtäviin voidaan myös liittää jokin virike tehtävien tulkinnan helpottamiseksi, mikäli tehtäviä käytetään aineistona. (Syrjälä ym. 1996, 141)

Tässä tutkimuksessa projektiivisinä tehtävinä kerättiin koulutustilaisuuksissa käsiteltyjä fysioterapeuttien ennakkotehtäviä, joissa esimerkiksi pyydettiin fysioterapeutteja laatimaan

yhdestä potilaastaan yhtä päivää koskeva terapiasuunnitelma. Koulutustilaisuuksissa tallennettiin fysioterapeuttien näkemyksiä ja ryhmien yhteenvetoja myös tutkijan muistiinpanoihin. Muistiinpanoja ja fysioterapeuttien projektiivisia tehtäviä ei käytetty varsinaisena tutkimusaineistona, mutta runsas aineisto auttoi tutkijaa pääsemään lähelle tutkittavaa ilmiötä ja toimi muutosintervention välineenä analysoitaessa ja kehitettäessä fysioterapeuttien työtä.

Monipuolisesta aineiston keruusta käytetään myös nimitystä triangulaatio, joka voidaan luokitella esimerkiksi aineistojen triangulaatioon ja metodiseen triangulaatioon. Aineistojen triangulaatiossa käytetään yleensä useilla eri tavoilla, eri ajankohtina, eri paikoissa tai eri henkilöiltä kerättyjä aineistoja. (Eskola & Suoranta 1998, Raunio 1999) Tässä tutkimuksessa haastatteluaineistoa kerättiin sekä fysioterapeuteilta muutosintervention eri vaiheissa että kohdeyhteisöjen osastonhoitajilta muutosintervention loppuvaiheessa.

Metodinen triangulaatio käyttää erilaisia tutkimusmenetelmiä saman tutkimusongelman selvittämiseksi (Eskola & Suoranta 1998, Raunio 1999). Tässä tutkimuksessa kerättiin aineistoa fysioterapeuttien toimintatavoista sekä haastattelu- että kuvanauhoituksin. Kuvanauhoitusten käyttämistä haastatteluaineiston rinnalla voidaan perustella myös sillä, että fysioterapeuttien työ on terapiatyötä. Terapiatyössä yksi keskeinen elementti on ”vuorovaikutuksellisten käytäntöjen maailma”, joka avautuu terapeutin ja asiakkaan kohdatessa. Kuvanauhoituksia käyttämällä voitiin tulkita ja tehdä näkyväksi yhtä terapiatyön ydinaluetta, joka herkästi jää huomaamatta. (Jokinen ym. 2000) Useissa aikaisemmissa fysioterapeutin työtä tarkastelleissa tutkimuksissa on todettu ristiriitaa siinä, miten terapeutit ajattelevat toimivansa ja miten he käytännössä toimivat. (esim. Viitanen 1997, Baker ym. 2001)

Aineiston keruussa ja analyysissä käytettiin sekä etnografista että fenomenografista lähestymistapaa soveltamalla niitä kehittävään työntutkimukseen, joka itsessään on osallistava lähestymistapa. Molempia lähestymistapoja on soveltaen käytetty kehittävän työntutkimuksen hankkeissa. (Engeström 1998). Etnografiaa sovellettiin kuvanauhoitusten keräämisessä ja analysoimisessa ja fenomenografiaa sovellettiin haastatteluaineiston hankintaan ja analysointiin. Etnografisen menetelmän avulla tutkija näki itse, mitä tutkittavissa terapiatilanteissa tapahtui ja fenomenografisen menetelmän avulla tutkija keräsi fysioterapeuttien erilaisia käsityksiä työstään.

Kehittävässä työntutkimuksessa yksilön teot ja ominaisuudet nähdään osana yhteisöä ja siten toimintajärjestelmässä muovautuneina. Toisaalta yksilöiden tekojen nähdään myös muokkaavan toimintajärjestelmää. Ihminen on siis myös sosiaalinen olento, joka historiansa kuluessa on kehittynyt vuorovaikutuksessa kulttuurinsa kanssa. (Vygotsky 1978) Sekä etnografiassa että fenomenografiassa pyritään kuvailemaan ja ymmärtämään ihmistä ja hänen toimintaansa sosiaalisessa kontekstissaan.

Aineiston keruun ja analyysin lähtökohtina ja siten myös tutkijan ontologisina taustasitoumuksina voidaan tässä tutkimuksessa pitää käsitystä ihmisestä aktiivisena ja tavoitteellisena sekä yhteisöllisenä olentona. Ihmisen toiminnan tuloksena syntyvät kulttuurit ja työkäytännöt, jotka puolestaan myös muovaavat ihmistä. Ontologisilla taustasitoumuksilla tarkoitetaan tutkijan käsityksiä tutkimuksensa kohteesta, ihmisen olemassaolosta ja todellisuudesta, mitkä heijastuvat tutkimuksessa käytettävään käsitteistöön ja teoriaan. (Syrjälä ym. 1996, Hirsjärvi ym. 1997)

Tutkijan epistemologisilla taustasitoumuksilla tarkoitetaan tutkijan käsitystä tiedon luonteesta. Tutkijan tiedonkäsitys ohjaa tutkimuksen toteuttamiseen liittyviä valintoja. Etnografisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärryksen lisääminen, mihin kuvanauhojen käyttämisellä erityisesti pyrittiin. Tavoitteena oli myös keskustelun herättäminen, mikä edellytti tutkijaltakin aktiivisuutta ja tietoista pyrkimystä syvään vuorovaikutukseen tutkittavien kanssa. (Engeström 1998, Hirsjärvi ym. 1997, Syrjälä ym. 1996)

Etnografiassa lähtökohtana on myös oletus, että tutkittavilla on jotain yhteistä keskenään. Tavallisesti se on elämänasenne tai tapa tulkita todellisuutta. Modernissa, yhä yksilöllistyvämmässä yhteiskunnassa tämä on johtanut siihen, että etnografinen tutkimus sopii yhä pienempien ryhmien tutkimiseen. Yhä harvemmin löydetään ryhmiä, joiden jäsenet samastavat itsensä johonkin kollektiiviin. (Alasuutari 2001) Tässä tutkimuksessa esioletuksena ja etnografian käytön perusteluna oli ensinnäkin se, että fysioterapeuttien työ aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksessa tapahtuu selkeästi määriteltävissä olevissa yhteyksissä terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Toiseksi fysioterapeuteilla on paljon yhteistä lähtien vakiintuneesta koulutuksesta. Viitasen (1997) tutkimuksessa terveyskeskusten fysioterapeutit painottivat voimakkaasti oman työyksikön kiinteyttä. Tärkeimmiksi ammattikulttuuria tukeviksi piirteiksi tutkimuksessa nousivatkin asiantuntijuuden rinnalla yksimielinen toimintaideologia ja ammattiryhmän etnosentrisyys.

Myös fenomenografiaan sisältyy pyrkimys päästä vuorovaikutukseen tutkittavien kanssa. Fenomenografinen tutkimus lähtee siitä, että ihminen on autonominen subjekti, joka tietoisesti rakentaa itselleen käsityksiä ilmiöistä ja ympäröivästä maailmasta. Hän myös osaa ne kielellään ilmaista. (Marton 1988, Syrjälä ym. 1996, 121) Fenomenografisessa tutkimuksessa keskeinen käsite on käsitys. Se viittaa perustavaa laatua olevaan ymmärrykseen jostakin asiasta. Tutkimuksen kohteena on se, millaisena ilmiöt näyttäytyvät ihmiselle, eikä se, millainen joku oikeastaan on. Käsitys tutkimuskohteena edustaa fenomenografisen tutkimusotteen kehittäjän, ruotsalaisen Ference Martonin mukaan toisen asteen näkökulmaa, kun ensimmäisen asteen näkökulmassa tehdään suoraan päätelmiä siitä, miten joku on. (Marton 1981, Simoila 1993) Fenomenografiassa käsitykselle annetaan eri merkitys kuin arkipuheessa, jossa käsityksellä tarkoitetaan mielipidettä. Fenomenografiassa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä ilmiö merkitsee yksilölle. (Uljens 1989)

Etnografinen tutkimus on myös koko ajan kehittynyt niin, että pelkästä sosiaalisen elämän kuvaamisesta on edetty tulkintatapoihin, joilla ympäristön todellisuutta rakennetaan (Heritage 1984). Kummassakaan menetelmässä ei pitäydytä pelkästään tutkimushenkilön ulkoiseen tarkkailuun.

Fenomenografinen tutkimus nojautuu monessa suhteessa humanistisen tutkimuksen traditioon. Tutkija hyväksyy oman subjektiivisuutensa. Hallittu subjektiivisuus on yksi tutkimuksen luotettavuuden takeista. Tutkijan aikaisemmat tiedot ja odotukset vaikuttavat hänen tahtomattaankin aineiston hankintaan ja johtopäätösten tekoon. Näin ollen tutkijan on tiedostettava omat ontologiset ja epistemologiset taustasitoumuksensa ja myönnettävä, että ne vaikuttavat. (Syrjälä ym. 1996, 122)

Pelkän traditionaalisen fenomenografian käyttämisen heikkoutena työn muutoksen tutkimuksessa voidaan pitää sitä, että siinä tavoitetaan vain ihmisten käsitykset, mutta varsinainen toiminta jää toisarvoiseksi. Todellisen työkäytännön muutoksen voidaan kuitenkin ajatella edellyttävän sekä ihmisen kognitiivista muutosta että käyttäytymisen muutosta. Kognitiivinen muutos tarkoittaa opittavan asian ymmärtämistä ja käyttäytymisen muutos puolestaan kykyä käyttää tätä tietoa todellisten ongelmien ratkaisemisessa. (Gröhn 1992) Näin ollen sekä käsitysten tutkimista että toiminnan tutkimista rinnakkain voidaan pitää perusteltuna.



### 4.3.1 Haastattelut

Fysioterapeuttien käsityksiä työnsä kohteesta ja työn välineistä sekä niiden kehittamisestä selvitettiin haastatteluilla muutosintervention alussa ja lopussa. Haastattelu on tavallisin fenomenografisen aineiston hankintamenetelmä. Siinä toteutuu fenomenografian tiedonkäsitykseen kuuluva intersubjektiivisuus. Sillä tarkoitetaan oman tietoisuutemme läsnäoloa koko ajan, kun haemme tietoa toisen ihmisen ajattelusta ja tulkitsemme toisen henkilön ilmaisuja. Intersubjektiivinen luottamus edellyttää myös haastattelijan omien lähtökohtien tiedostamista. Haastattelijan on selvennettävä tarvittaessa kysymystensä viitekehystä saadakseen haastateltavan käsityksen asiasta esiin kokonaisuutena ja aitona. (Syrjälä ym. 1996, 122) Fenomenografinen haastattelu eroaakin tavanomaisesta haastattelusta siinä, että haastattelija pyrkii herättämään haastateltavissa uudenlaista tietoisuutta tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 168)

Fenomenografisessa tutkimuksessa haastattelukysymysten muotoilua ohjaa tutkijan valitsema näkökulma. Erityisesti on pyrittävä muotoilemaan ns. teeman avauskysymys kaikille haastateltaville samalla tavoin. (Larsson 1986) Haastatteluteemojen muotoilua ohjasi toimintajärjestelmän rakennemalli sekä työorientaatio. Työorientaatio tässä tutkimuksessa tarkoittaa kokonaisvaltaista laadullista kuvausta fysioterapeuttien tavasta ajatella työtään. Orientaatioiden tutkimuksessa keskeisiä kysymyksiä ovat ajattelu- ja toimintamallien sisältö ja niiden suhde käytäntöön (Engeström 1998).

Seuraavassa on lueteltu fysioterapeuttien haastatteluteemat, niiden suhde toimintajärjestelmän osatekijöihin (kohde, välineet ja tekijä keskeisenä) ja esimerkkejä teemojen avauskysymyksistä keväällä 1998:

- 1) tutkimus- ja kehittämisprojektiin osallistumisen tavoitteet, motiivit ja odotukset (Miksi tulit mukaan projektiin? / TEKIJÄ),
- 2) fysioterapeuttikoulutuksen antamat valmiudet ja periaatteet aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapialle (VÄLINEET),
- 3) lisäkoulutuksen merkitys omaan työhön (VÄLINEET),
- 4) keskeiset periaatteet aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa (tavoitteet, toteutus, arviointi, yhteistyö = KOHDE, VÄLINEET),

- 5) fysioterapeutin kokemat muutostarpeet aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa (VÄLINEET, TEKIJÄ)
- 6) työyhteisön muutostarpeet,
- 7) näkemys itsestä oman työn kehittäjänä (TEKIJÄ) ja
- 8) näkemys oman työyhteisön muutosvalmiudesta.

Toisen haastattelun teemat, niiden suhde toimintajärjestelmään ja esimerkit teemojen avauskysymyksistä syksyllä 2000 olivat:

- 1) projektin merkitys ja omiin tavoitteisiin pääseminen,
- 2) muutokset omassa ajattelussa (Mikä omassa ajattelussasi on muuttunut projektin kuluessa? / TEKIJÄ, KOHDE, VÄLINEET),
- 3) muutokset omassa työkäytännössä (Mikä omassa toiminnassasi on muuttunut projektin kuluessa? / TEKIJÄ, KOHDE, VÄLINEET),
- 4) merkitys omalle työyhteisölle,
- 5) merkitys alueelliseen yhteistyöhön ja
- 6) yleistä arviointia projektista ja siinä mukana olosta.

Keväällä 1998 projektin toisessa vaiheessa (Kuvio 2.) tehtiin ensimmäiset teemahaastattelut 15 fysioterapeutille. Haastatteluista lähetettiin tiedote fysioterapeuteille heti, kun he olivat ilmoittaneet osallistuvansa projektiin, ja kunkin työyksikön johdolta oli saatu lupa projektin käynnistämiseen. Sen jälkeen haastatteluajasta sovittiin puhelimitse. Tutkija teki ensimmäiset haastattelut maaliskuussa 4.3. - 13.3.1998 kunkin haastateltavan omalla työpaikalla haastattelua varten varatussa huoneessa työaikana.

Syksyllä 2000 projektin neljännessä vaiheessa (Kuvio 2.) tehtiin toinen haastattelu 15 fysioterapeutille. Fysioterapeuttien lisäksi haastateltiin myös kolme osastonhoitajaa. Tarkoituksena oli varmistaa tutkimuksen moniäänisyyttä. Osastonhoitajien haastatteluteemat olivat pääosin samat kuin fysioterapeuttien haastatteluissa. Erona oli se, että heitä pyydettiin arvioimaan projektin merkitystä sekä fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatapojen muutosta oman työnkuvansa näkökulmasta ja osastojensa kokonaisuutta tarkastellen. Syksyn 2000 haastatteluista sovittiin puhelimitse ja tutkija teki ne 29.9. - 30.11.2000 välisenä aikana. Haastatteluista kaksi toteutettiin tutkijan omassa työhuoneessa ja muut haastattelut tutkittavien työpaikoilla heidän työaikanaan.

Tutkimuksen aikana kohderyhmässä tapahtui yksi haastatteluaineiston keruuseen vaikuttanut muutos. Yksi projektissa mukana ollut kuntoutuskeskuksen fysioterapeutti jäi äitiyslomalle syksyllä 1998, joten hän oli mukana vain kevään 1998 aineistossa. Hänen tilalleen tutkimukseen vaihtui heti toinen fysioterapeutti, joka puolestaan oli mukana vain syksyn 2000 aineiston keruussa. Muuten haastateltavina olivat molemmissa aineistoissa samat fysioterapeutit. Myös yksityisessä yrityksessä työskennellyt fysioterapeutti osallistui molempiin haastatteluihin, vaikka hän jäi projektista pois jo vuoden 1999 aikana ennen varsinaista työn kehittälyvaihetta.

Fysioterapeuttien ja osastonhoitajien ensimmäisen haastattelun yhteydessä haastateltavat antoivat kirjallisen suostumuksen aineiston käyttämiseen tutkimuksessa (Liite 1.). Haastattelut kestivät keskimäärin yhden tunnin ja ne nauhoitettiin äänikaseteille. Tutkija teki kunkin haastattelun kuluessa lyhyitä muistiinpanoja helpottamaan kysymystensä muotoilua, varmistamaan kaikkien teemojen käsittelyn ja nopeuttamaan alustavan analyysin tekoa projektin etenemistä varten.

Kaikki 33 teemahaastattelua litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi tekstinpurkulaitteen avulla sanasta sanaan puhutun kielen mukaisesti. Joitakin merkintöjä haastateltavan ei-sanallisesta viestinnästä (naurahdukset, käsillä osoitetut asiat) tehtiin haastattelun kuluessa tutkijan muistiinpanoihin tai litterointivaiheessa tekstiin. Litteroitua haastatteluaineistoa kertyi 6-11 sivua yhdestä haastattelusta, yhteensä 288 sivua 1-rivivälillä.

Käsitysten ja ajattelumallien analyysi on kehittävän työntutkimuksen muissakin hankkeissa useimmiten tehty työntekijöiden teemahaastattelujen pohjalta. Kehittävässä työntutkimuksessa pyritään tavoittamaan moniäänisyys, jolla viitataan työpaikan toimintajärjestelmien erilaisten käsitysten tavoittamiseen. Fenomenografiassa haastatteluaineiston analyysin tavoite on löytää laadullisesti erilaiset tavat ymmärtää tutkittava ilmiö. Nämä laadullisesti erilaiset käsitykset voidaan kuvata kuvauskategorioina tai käsitystyyppinä. Tässä tutkimuksessa haastatteluvastauksista on haettu erilaisia käsitystyyppejä hyödyntäen Martonin (1981, 1984) kehittämään fenomenografista tutkimusotetta. Käsitystyyppejä tulkitaan toimintajärjestelmän rakennetta ja historiallista kehitystä vasten. (Engeström 1998)

Tärkein ero tavanomaisen fenomenografisen tutkimuksen ja kehittävässä työntutkimuksessa tehdyn käsitysten analyysin välillä on käsitystyyppien tulkinnan teoreettisessa viitekehyksessä. Tavanomainen fenomenografia pyrkii löytämään vastaajien käsitysten luokittelun lähtökohdat

haastatteluvastauksista ilman teoreettista kehystä. Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa hyödynnetään tietoisesti toimintajärjestelmän rakennemallia ja työn historiallisessa analyysissä löydettyjä kehitysvaiheita. (Engeström 1998, 142, Simoila & Harlamov 1994, Simoila ym. 1994)

Haastatteluvastausten välisen vaihtelun hahmottaminen edellyttää lukemista ja reflektiota. Tarkoituksena on ymmärtää haastattelun merkityssisältö ja vertailla käsityksiä. (Simoila 1993) Haastatteluaineistoa luettiin useaan kertaan läpi. Analyysin tässä vaiheessa teoreettisena viitekehyyksenä toimi toimintajärjestelmän rakennemalli. Tekstin sivuun koodattiin tulkinta siitä, mihin toimintajärjestelmän rakennemallin osatekijään haastattelujen ilmaisut liittyivät. Toimintajärjestelmän osatekijöistä muodostettiin yläkategoriat, joihin poimittiin tutkijan tulkinnan mukaiset ilmaisut haastatteluaineistosta. Yläkategoriat otsikoitiin toimintajärjestelmän osatekijöiden mukaisesti: kohde, välineet, tekijä, säännöt, yhteisö ja työnjako.

Kun yläkategorioihin sijoitettuja haastateltavien ilmaisuja luettiin yhä uudelleen ja vertailtiin käsitysten samanlaisuuksia ja erilaisuuksia, ne luokiteltiin selvästi toisistaan erottuviin käsitystyyppeihin. Käsitystyyppit kuvaavat aineistossa esiintyviä laadullisesti erilaisia käsityksiä, jotka ovat kuitenkin sinänsä samanarvoisia (Marton 1988, Järvinen & Karttunen 1997, Simoila 1994). Käsitystyyppiä ei voi määritellä etukäteen, vaan ne muodostettiin tulkitsemalla haastatteluaineistoa tässä vaiheessa aineistolähtöisesti. Käsitykset oli myös irrotettu haastateltavista, joten käsityksiä tarkasteltiin itsenäisinä merkityssisältöinä. Tarkoituksena ei ollut luokitella haastateltavia. (Simoila 1993) Käsitystyyppiä testattiin vielä suhteessa alkuperäiseen aineistoon. Lopulta aineiston käsittely rajattiin tässä tutkimuksessa käsitystyyppeihin, jotka kuvasivat työn kohdetta ja työn välineitä.

Käsitystyyppit ovat fenomenografisen tutkimuksen tuloksia. Käsitystyyppien on oltava hyvin ankkuroituja haastatteluaineistoon ja niitä on havainnollistettava haastatteluotteilla. Käsitystyyppien laadullisten erojen on oltava selviä. (Larsson 1986, Simoila 1993) Vaikka käsitystyyppit irrotetaan kontekstistaan, voidaan tuloksia tarkastella laajemmassa yhteydessä suhteessa teoreettiseen keskusteluun, josta tutkimusongelmat ovat nousseet. (Uljens 1989) Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston analyysin tulokset esitellään käsitystyyppinä, joita tarkastellaan suhteessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheisiin.

Haastatteluaineiston analyysiä syvennettiin tarkastelemalla työn kohdetta ja työn välineitä kuvaavia käsitystyyppejä vielä etsimällä aineistosta sisäisiä ristiriitoja. Kehittävässä työntutkimuksessa tarkastellaan erityisesti puheeseen tai toimintaan liittyviä ristiriitaisuuksia, joista käytetään käsitettä dilemma. Dilemmat ilmenevät epäröintinä, varauksina tai keskenään yhteen sopimattomina lausumina. Dilemmat eivät välttämättä johda häiriöihin, mutta ne ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmässä. (Engeström 1998)

### 4.3.2 Kuvanauhoitukset

Fysioterapeuttien työn nykytilasta ja sen kehittymismahdollisuuksista kerättiin haastatteluaineiston lisäksi myös kuvanauhoituksia sekä muutosintervention alussa että lopussa.

Terapiatilanteiden kuvanauhoitusten keräämisessä ja analyysissä käytettiin etnografista lähestymistapaa. Etnografia on havainnoinnin muoto, joka tapahtuu luonnollisissa olosuhteissa. Tavoitteena on kuvata toiminnallisia käytäntöjä nimenomaan kokonaisuuksina eikä hajottamalla niitä osiin. (Eskola & Suoranta 1998) Pelkistäen etnografialla tarkoitetaan kansan kuvausta, menemistä kansan keskuuteen. Kehittävässä työntutkimuksessa etnografisia keinoja käytetään lähinnä tutkimuksen alkuvaiheessa, jotta saadaan kuva kehitettävän toiminnan alkutilanteesta. (Engeström 1998)

Aineiston keräämisen lisäksi kuvanauhoituksia käytettiin myös työn kehittämisen ja koulutuksen välineenä muutosinterventiossa. Kuvanauhat toimivat tutkijoiden ja työntekijöiden tapaa- misissa ikään kuin peilinä ja työn analysoimisen tukena. Peilillä tarkoitetaan tässä konkreettista ja havainnollista aineistoa, joka mahdollistaa omien toimintatapojen erittelyn ja arvioinnin, oman työn reflektion. Tavoitteena oli ymmärtää ja hallita työn muutoksia. Etnografiset tutkimukset eivät perinteisesti pyri muutokseen, missä suhteessa kehitettävän työntutkimuksen etnografia eroaa tavanomaisesta. (Engeström 1998) Etnografiassa ollaan kiinnostuneita siitä, mitä ihmiset tekevät ja miten sosiaalinen järjestys jäsentyy ihmisen tekemisen kautta. Myös puhuminen ymmärretään etnografiassa tekemisen välineenä. Lähtökohtana on ajatus, että asioille annetut merkitykset tuotetaan arkisten toimintojen kautta (Peräkylä 1990).

Keväällä 1998 projektin toisessa vaiheessa (Kuvio 2.) tutkimuksessa mukana olleita fysioterapeutteja pyydettiin kuvanauhoittamaan omaa työtään aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiatilanteissa. Kuvanauhoituksiin annettiin fysioterapeuteille ohjeeksi kuvata yksi tavanomai-

nen terapiatilanne. Ohjeita kuvattavien potilaiden valinnasta sairauden, toimintakyvyn, iän tai sukupuolen perusteella ei annettu. Myöskään terapian sisällöstä ei annettu ohjeita.

Fysioterapeutit toteuttivat kuvaukset joko asettamalla videokameran terapiatilaan jalustalle, jolloin ulkopuolista kuvaajaa ei tarvittu, tai niin, että kuvauksen teki yksikön toinen fysioterapeutti. Kaikkiaan 11 terapiatilannetta kuvattiin, mutta aineistoon hyväksyttiin niistä yhdeksän kuvanauhoitusta. Allastiloissa tehdyssä nauhoituksessa puhe oli tallentunut altaan hälyäänien takia niin heikosti, ettei sitä voitu käsitellä aineistona. Myös toisessa kuvanauhassa ääni tallentui huonosti, joten nauha jätettiin pois aineistosta. Projektin viidennessä vaiheessa (Kuvio 2.) vuoden 2001 aikana kerättiin terapiatilanteista kahdeksan kuvanauhoitusta samalla tavalla ohjeistettuna. Näistä kuvanauhoituksista kahdessa oli kuvattu saman potilaan terapiaa kahdessa työyksikössä kuntoutumisen eri vaiheissa.

Seitsemän fysioterapeuttia oli mukana molemmissa kuvanauha-aineistoissa. Kaksi fysioterapeuttia oli mukana aineistossa vain keväällä 1998 ja yksi vain vuoden 2001 aineistossa. Yksi fysioterapeutti oli mukana vuoden 2001 aineistossa kolmella eri kuvanauhalla. Aineistoon kerättiin kuvanauhoja sitä mukaa, kun tutkimukseen osallistuneilla fysioterapeuteilla oli aivoverenkiertohäiriöpotilaita terapiassaan ja videokamera käytettävissään. Ennen aineistojen keruun päättämistä tarkistettiin, että aineistoissa oli kuvanauhoja kaikista tutkimuksessa mukana olleista kohdeyhteisöistä ja kuntoutumisen eri vaiheissa olevien potilaiden terapiatilanteista. Ainoa poikkeus oli, ettei vuoden 2001 kuvanauha-aineistoon saatu kuvanauhaa yksityisestä yrityksestä siellä työskennelleen fysioterapeutin jäätyä pois projektista ennen terapian kehittämisvaihetta. Kuvanauhoitusten analyysivaiheessa todettiin, että molemmissa aineistoissa saavutettiin saturaatiopiste. Saturaatiolla tarkoitetaan tässä sitä, että lisäaineisto ei olisi tuonut enää olennaista uutta tutkimustehtäviin vastaamiseksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000) Saturaatiota perusteltiin myös sillä, että kerätyn kuvanauha-aineiston arvioitiin kuvaavan tyypillisiä terapiatilanteita ja osoittavan terapian kirjoa eri työyksiköissä. Aineisto näytti vastaavan myös paikallishistoriallisen aineiston osoittamaa kuvaa terapian nykytilasta.

Potilailta, joiden terapiatilanteita kuvattiin, pyydettiin kirjallinen suostumus kuvanauhojen käyttöön tutkimuksessa ja projektiin sisältyvässä koulutuksessa (Liite 2.). Yhteenvedo kuvanauhoitettuihin terapiatilanteisiin osallistuneiden potilaiden taustatiedoista keväällä 1998 on esitelty taulukossa 3 ja vuonna 2001 taulukossa 4.

Potilaan ikä	potilaan sukupuoli	potilaan puolioireet	aika sairastumisesta
42 - 85 v. ka. 62 v.	3 miestä 6 naista	4 oikean puolen oireet 5 vasemman puolen oireet	4 potilasta alle 3 kk 3 potilasta 4 - 9 kk 2 potilasta 2 - 10 v

Taulukko 3. Potilaiden taustatiedot kuvanauhoitetuissa terapiatilanteissa, kevät 1998, n = 9

Potilaan ikä	potilaan sukupuoli	potilaan puolioireet	aika sairastumisesta
52 - 87 v. ka. 68 v.	5 miestä 3 naista	1 oikean puolen oireet 6 vasemman puolen oireet 1 ei selviä puolioireita	3 potilasta alle 3 kk 3 potilasta 4 - 9 kk 2 potilasta 2 - 4 v

Taulukko 4. Potilaiden taustatiedot kuvanauhoitetuissa terapiatilanteissa, 2001, n = 8

Kuvanauha-aineistoa käsiteltiin etnografista analyysiä soveltamalla. Etnografisen tutkimuksen analyysiä voi ajatella sisällön analyysinä (Syrjälä ym.1996). Analyysi ei ollut tarkkarajainen, vaan se käynnistyi tutkijan alustavana analyysinä heti nauhoitusten jälkeen, ja jatkui yhdessä fysioterapeuttien kanssa osana muutosinterventiota. Kuvanauhoja katsottiin ensin kokonaisuuksina ja niistä poimittuja näytteitä käytettiin koulutusmateriaalina. Näytteiden valinta perustui alustavassa katselussa ensimmäisenä esille nousseihin teemoihin, jotka kytkeytyivät kuvanauhat teemahaastatteluihin.

Kuvanauha-aineistot litteroitiin sen jälkeen kirjalliseen muotoon kirjoittamalla nauhoista sanatarkasti sekä fysioterapeutin ja potilaan puhe että lyhyt selostus heidän toiminnastaan tilanteessa. Litteroitua aineistoa kertyi kaikkiaan 58 sivua 1-rivivälillä kirjoitettuna. Aineistosta pyrittiin sen jälkeen hahmottamaan terapiatilanteiden rakenne, josta tässä tutkimuksessa käytetään nimitystä käsikirjoitus. Käsikirjoitus tarkoittaa tässä sitä, millaiseksi terapiatilanne on vakiintunut. Käsikirjoitus viittaa työn ja ihmisten välisen vuorovaikutuksen etenemistä ohjaavaan suunnitelmaan tai traditioon. Käsikirjoituksena voidaan myös pitää vaiheittaista kuvausta tapahtumien etenemisestä alkupisteestä loppupisteeseen, jossa myös osanottajien roolijako on määritetty. Käsikirjoitus voi siis myös osoittaa, mitä osanottajien odotetaan eri vaiheissa tekevän tai sanovan. (Engeström 1998)

Myös kognitiivisessa psykologiassa käsikirjoituksella on tarkoitettu ihmisten tapaa jäsentää toistuvia tilanteita. Kun käsikirjoitusta käytetään kehittävässä työntutkimuksessa, pyritään myös pohtimaan, miten käsikirjoitukset syntyvät ja kehittyvät ja miten niitä omaksutaan tai

muutetaan työyhteisössä. Käsikirjoituksia ei ymmärretä yksilön ominaisuuksina vaan työyhteisön vuorovaikutuksessa syntyvinä. Niihin myös heijastuvat toimintajärjestelmän rakenne ja riskit. (Engeström 1998)

Kun terapiatilanteita alettiin tarkastella käsikirjoituksina, huomattiin niistä poimittujen näyttöiden sisältävän usein ikään kuin poikkeamia käsikirjoituksesta. Kehittävässä työntutkimuksessa näistä poikkeamista puhutaan häiriöinä ja innovaatioina. Häiriöt ovat näkyviä, mutta tahattomia poikkeamia käsikirjoituksessa. Ihmisten välisen vuorovaikutuksen häiriöt ovat tavallisesti ymmärtämisen vaikeuksia tai torjuntia. Ne saattavat ilmetä myös sanattomasti esimerkiksi levottomuutta ilmaisevina eleinä tai ilmeinä. Innovaatiot puolestaan voivat myös olla tietoisia aloitteita ylittää käsikirjoituksen rajat uuden idean tuottamiseksi. Innovaation leviäminen edellyttää yleensä vastakaikua muilta yhteisön jäseniltä. Toisaalta yhden työntekijän innovaatioyritys voidaan myös kokea häiriöksi, johon muut eivät tartu. Oleellista olisikin tunnistaa myös häiriöissä piilevät innovaatiomahdollisuudet. (Engeström 1998) Kuvanauha-aineistosta poimittiin lähempään analyysiin vain näyttöjä, jotka sisälsivät poikkeamia käsikirjoituksesta.

### **4.3.3 Paikallishistoriallinen aineisto**

Vastaaminen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittymisestä tutkimuksen kohdeyhteisöissä edellytti paikallishistoriallisen aineiston keräämistä. Muutosinterventioon sisältyneenä fysioterapeuteille annettiin tehtäväksi laatia kirjallinen selvitys aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheista omassa työyhteisössään osana koko organisaation kehittymistä. Fysioterapeutit saivat ohjeeksi hyödyntää toimintajärjestelmän rakennemallin osatekijöitä kirjallisen selvityksen jäsentäjänä.

Paikallishistoriallisen aineiston kerääminen toteutui keskussairaalassa ja terveyskeskuksissa vapaamuotoisina yhteismuisteluina, joita fysioterapeutit järjestivät omissa pienryhmissään. Kuntoutuskeskuksessa fysioterapeutit jakoivat aineiston keruun kolmelle työparille, joiden kirjalliset selvitykset yhdistettiin tutkijan ja työntekijöiden yhteisessä tilaisuudessa. Tutkija saattoi näin varmistaa aineistosta tekemiään tulkintoja. Fysioterapeutit olivat hyödyntäneet paikallishistoriallisen aineiston keräämisessä myös kollegoidensa haastatteluja ja erilaisia kirjallisia dokumentteja, kuten organisaatioiden toimintakertomuksia. Yrittäjänä toiminut fysioterapeutti ei varsinaisesti osallistunut paikallishistoriallisen aineiston keräämiseen, koska



hänen työhistoriansa yrittäjänä oli lyhyt. Paikallishistoriallisen aineiston lisänä käytettiin kuitenkin myös rikasta haastatteluaineistoa, johon sisältyi fysioterapeuttien mainintoja työnsä kehitysvaiheista. Historiallisen analyysin moniäänisyyteen pyrittiin tarkentamalla tutkijan alustavasti tekemiä tulkintoja kussakin työyhteisössä fysioterapeuttien kanssa yhdessä.

Taulukkoon 5. on tiivistetty tutkimusongelmat, aineistojen keräämisen ja analyysin menetelmät sekä ajoitus ja tulosten kuvaamistapa.

Tutkimusongelmat	Tutkimusmenetelmät, aineistot ja analyysitavat projektin eri vaiheissa	Tulosten kuvaaminen
1. Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia on tutkimuksen kohdeyhteisöissä kehittynyt? - Millaisena fysioterapeuttien työn kohde ja työn välineet on eri vaiheissa kuvattu?	<u>1999 – projektin toinen vaihe:</u> Fysioterapeuttien kirjalliset paikallishistorialliset selvitykset tehtiin yhteismuisteluita, haastatteluja ja dokumentteja (mm. toimintakertomuksia) hyödyntäen.	Keskussairaalassa, terveyskeskuksissa ja kuntoutuskeskuksessa fysioterapeuttien työn kehitysvaiheet suhteessa työn kehitystyyppeihin (luku 5.1)
2. Millaista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia on tällä hetkellä? - Millaiset ovat fysioterapeuttien käsitykset työnsä kohteesta ja työn välineistä sekä niiden kehittämisestä? - Millaisia ovat fysioterapiatilanteet ja fysioterapeuttien toimintatavat niissä?	<u>1998 – projektin toinen vaihe:</u> Fysioterapeuttien teemahaastattelut: käsitykset työn kohteesta ja välineistä (n=15) Fenomenografinen analyysi  Terapiatilanteiden kuvanauhoitusten (n=11) etnografinen analyysi.	Fysioterapeuttien käsitykset työnsä kohteesta ja työn välineistä muutosintervention alussa käsitystyyppienä. (luku 5.2)  Fysioterapeuttien toimintamallit terapiatilanteissa muutosintervention alussa: terapiatilanteet käsikirjoituksina. (luku 5.3)
3. Miten ja millaiseksi aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia voi kehittyä muutosintervention kuluessa?	<u>2000 – projektin neljäs vaihe:</u> Fysioterapeuttien teemahaastattelut: käsitykset työn kohteesta ja välineistä (n=15) fenomenografinen analyysi  Kohdeyhteisöjen osastonhoitajien teemahaastattelujen (n=3) fenomenografinen analyysi  <u>2001 – projektin viides vaihe:</u> Terapiatilanteiden kuvanauhoitusten (n=9) etnografinen analyysi	Kehitysmahdollisuuksien dokumentointi muutosintervention lopussa työn ristiriitojen ratkaisuna, tavoitellun lähikehityksen saavuttamisena ja muutosinterventioon sisältyneenä (luku 5.3)

Taulukko 5. Yhteenvedo tutkimusongelmista, aineiston keräämisen ja analyysin menetelmistä projektin eri vaiheissa ja tulosten kuvaamisen tavoista.

## 5 FYSIOTERAPEUTTIEN TYÖN KEHITYSVAIHEET JA NYKYTILAN ANALYYSI

Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa yleensä syklin toinen vaihe käsittää tutkittavan työn kohde- ja teorianhistoriallisen analyysin, aktuaaliempiirisen eli nykytoiminnan analyysin ja tavoiteltavan lähikehityksen vyöhykkeen hahmottelun (Engeström 1998). Tässä tutkimuksessa fysioterapeuttien työn kohdetta ja työn välineitä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa tarkasteltiin lomittain historiallisesti kehittyvänä työnä ja analysoimalla työkäytännön nykytilaa. Nykytilan analyysissä fysioterapeuttien työssä todennettiin historiallisen analyysin esille nostamia ristiriitoja. Nämä analyysit esitellään tässä luvussa lähtökohtana fysioterapeuttien työn kehittämiseksi.

Ensin käsitellään paikallishistoriallisen aineiston pohjalta fysioterapian kehitysvaiheita ja kuvataan historialliset jännitteet fysioterapeuttien työssä. Toiseksi esitellään työn nykytilaa käsitystyyppinä, jotka on muodostettu haastatteluaineiston perusteella fysioterapeuttien käsityksistä työnsä kohteesta ja työn välineistä. Kolmanneksi työn nykytilaa esitellään kuvanauha-aineiston pohjalta. Kuvanauhojen analyysissä terapatilanteita tarkastellaan käsikirjoituksina, joiden poikkeamat ovat tarkastelun keskiössä. Lopuksi todennetaan haastattelu- ja kuvanauha-aineistojen perusteella fysioterapeuttien työn keskeiset ristiriidat.

### 5.1 Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheet

Tutkittavan toiminnan kehityshistorian analyysi tuottaa eräänlaisen työhypoteesin siitä, millaisia ristiriitoja työn kehitysvaiheiden sisällä on syntynyt. Ristiriidoissa on kyse siitä, että jokin toimintajärjestelmän osatekijä, esimerkiksi työn kohde on muuttunut ja kehittynyt muiden osatekijöiden edelle. Tällöin muut osatekijät, vaikkapa välineet joutuvat ristiriitaan muuttuneen tekijän kanssa. (Engeström 1998) Historiallisen analyysin avulla pyrittiin vastaamaan tämän tutkimuksen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia on kehittynyt historiallisesti?

Kohdehistoriallinen analyysi tarkoittaa tässä tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheiden ja -ristiriitojen jäljittämistä erityisesti kohteen kehityksen

kautta. Tutkimuksessa tarkastellaan millaisena aivoverenkiertohäiriöpotilas on eri aikoina fysioterapiassa nähty ja millaiseen tuotokseen on eri aikoina pyritty. Teoriahistoriallinen analyysi tarkoittaa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa käytettyjen välineiden eli mittaus-, harjoittelu- ja apuvälineiden sekä niiden perustana olevien mallien ja tietorakennelmien kehityksen ja ristiriitojen erittelyä.

Historialliset analyysit on usein hyödyllistä tehdä rinnakkain sekä yleisellä, ammatin valtakunnallista kehitystä koskevalla tasolla että paikallisesti kyseisen työpaikan tasolla. Paikallisen analyysin hyötynä on konkreettisuuden varmistuminen. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa historiallinen analyysi perustui paikallishistorialliseen aineistoon, jota tarkasteltiin myös suhteessa johdannossa esiteltyyn aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kansainväliseen kehitykseen.

### **5.1.1 Fysioterapian kehitysvaiheet tutkimuksen kohdeyhteisöissä**

Kehittävässä työntutkimuksessa toiminnan historian analyysi tarjoaa työntekijöille kriittisen ajattelun välineitä ja aineksia. Nykyisten toimintatapojen alkuperän ja perusteiden tunteminen auttaa näkemään ne rajallisina ja aikaansa sidottuina toimintatapoina. Tämä antaa mahdollisuuden arvioida, mikä on historiallisesti väistyvää ja mikä puolestaan kehittyvää. Historiallisten kehitysvaiheiden ymmärtäminen auttaa näkemään selvemmin myös tulevaisuuden vaihtoehdot. (Engeström ym. 1990, Miettinen 1993a) Fysioterapeutit tekivät tässä tutkimuksessa omissa työyksiköissään keväällä 1999 paikallishistoriallista selvitystä siitä, miten aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia oli omassa työyksikössä ja -organisaatiossa kehittynyt.

Historiallinen analyysi auttoi fysioterapeutteja näkemään oman työnsä jatkuvasti muuttavana ja kehittyvänä. Fysioterapeutin työtä eriteltiin käyttäen jäsentelyn pohjana toimintajärjestelmän rakennemallin osatekijöitä. Tässä raportissa analysoidaan paikallishistoriaa työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta ja suhteessa työn ja organisaatioiden yleisiin kehitystyyppeihin: käsityömäiseen, massatuotantomaiseen, työprosessien laatua kehittävään, tuotteistavaan ja yhteiskehittelyyn pyrkivään työhön. (Viktor & Boynton 1998, Engeström 2001) Tätä työn kehitystyyppien yleistä kuvaustapaa käytettiin historiallisen aineiston analyysin apuna. Engeström (1998) korostaa, että tutkittavien toimintajärjestelmien oman erityisen historian

erittelyä eivät korvaa mitkään valmiit kaavat, mutta niitä voidaan kuitenkin käyttää apuvälineinä aineiston tulkinnassa.

Tutkimuksen kohdeyhteisöissä tunnistettiin sekä kaikille yhteisöille yhteisiä että toisistaan poikkeavia työn ja organisaatioiden kehitysvaiheita. Analyysi on jäsennelty tiivistelmäksi siitä, miten työn ja organisaatioiden yleisten kehitystyyppien piirteitä voitiin tunnistaa tutkimuksen kohdeyhteisöissä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheissa, kun niitä tarkasteltiin työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta. Analyysissä on mukana myös aineistosta nousseita teemoja, kuten työn kohteen hahmottaminen ulottuvuuksilla ”passiivinen hoidon vastaanottaja – aktiivinen osallistuja” ja työn välineiden kuvaaminen ulottuvuuksilla ”käsien tapahtuva ohjaaminen – itsenäiseen harjoitteluun ohjaaminen”.

Raportissa käytetään tutkimuksessa mukana olleista kolmesta terveyskeskuksen yksiköstä yhteistä nimitystä ”terveyskeskus”, sillä ne kuuluvat hallinnollisesti samaan organisaatioon, vaikka toimivatkin eri paikkakunnilla.

*Käsityömäisen työn kehitysvaihe:* Kansanterveyslaki ohjasi 1970-luvulla terveyskeskuksia tarkastelemaan fysioterapian työn kohdetta terveyden ja sairauksien ehkäisyn näkökulmasta. Fysioterapeuttien välineet olivat kuitenkin sairauslähtöisiä ja hoitavia. Fysioterapiassa työn tekijät olivat vielä 1970- ja 1980-luvuilla enimmäkseen lyhyen koulutuksen käyneitä kuntohoitajia, joiden työn välineinä korostui koulutuksen perusteella fysikaalinen terapia, hieronta ja yksilöllinen liikehoito. Vähitellen terveyskeskuksissa yleistyneet fysioterapeutit jatkoivat traditiota, jossa yksilöfysioterapia ja hoitavat toimenpiteet painottuivat.

Työn välineenä korostui kaikissa kohdeyhteisöissä erityisesti 1970- ja 1980-luvuilla manuaalinen, käsien tapahtunut potilaiden ohjaus, mikä oli tuolloin koulutuksessakin keskeistä. Fysioterapeutin työ määrittyi lääkäreiden lähetekäytännön kautta, mutta erityisesti terveyskeskuksessa fysioterapeutin työ oli omalla toiminta-alueella itsenäistä ja työnjako vähäistä.

Fysioterapeutit työskentelivät keskussairaalassa ja terveyskeskuksessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa lähinnä vuodeosastojen potilashuoneissa ja käytävillä, eikä erityistä terapiavälineistöä ollut. Potilaiden hoitoajat olivat pitkiä, jolloin korostui näkemys potilaasta hoidon passiivisena vastaanottajana. Terveyskeskuksen aineistossa kuvattiin, että ”potilaat

hoivattiin sänkyyn”, vaikka tavoiteltiin päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Fysioterapeutin toimenpiteitä jatkettiin usein pitkinä sarjoina rutiinimaisesti ilman erityistä edistymisen seurantaa.

*Massatuotantomaisen työn kehitysvaihe:* Terveyskeskuksissa 1980-luvun lopulla avokuntoutuksen ryhmätoiminnot olivat lisääntyneet, mikä ratkaisi osittain ristiriidan hoitavan fysioterapian ja kansanterveystyön hengen mukaisen terveystieteellisen fysioterapian väliltä. Ryhmiin lisäämisen taustalla oli kuitenkin lähinnä tehokkuusajattelu, sillä ryhmissä tavoitettiin vähäisillä henkilöstöresursseilla suurempi määrä kuntalaisia.

Kuntoutuskeskuksessa fysioterapeutin työ oli 1980-luvun alkuun saakka toimenpidekeskeistä suoritustason työtä. Organisaatiossa korostui selkeä työnjako. Fysioterapeutti suoritti lääkärin määräämät toimenpiteet ja vuodeosastot sekä fysioterapian osastot toimivat erillään toisistaan. Kuntoutujat kulkivat eri hoidoissa fysioterapeutilta toiselle ja kuntoutuskeskuksen eri osastojen välinen yhteistyö oli satunnaista. Työn välineenä kuvattiin ”plinttijumppa”, hoitopöydän päällä tapahtunut liikehoito, johon mallin mukaan uudet työntekijät perehdytettiin. Työn kohteena kuvattiin potilas passiivisena hoidon vastaanottajana.

*Työprosessien parannukseen pyrkivä työn kehitysvaihe:* 1990-luvun alussa keskussairaalaissa aivoverenkiertohäiriöpotilaat siirtyivät sisätautiosastolta neurologian osastolle, jossa hoitoajat alkoivat lyhentyä. Myös potilas ja omaiset alettiin ottaa useammin mukaan terapian suunnitteluun ja toteutukseen, mitä voi pitää työn kohteen laajentumisena.

Työn kohteen muutos näkyi omaisten ohjauksen lisääntymisenä, mutta terapiassa manuaalinen painotus kuitenkin entisestään korostui. Työssä pyrittiin yhtenäisempiin käytäntöihin ja yhtenä työprosessien kehittämisen välineenä käytettiin Bobath-lähestymistapaa noudattavaa täydennyskoulutusta. Se korosti käsin tapahtuvaa potilasohjausta. Keskussairaalan fysioterapeutit toteuttivat järjestelmällisen hoitohenkilökunnan ja alueen terveyskeskusten fysioterapeuttien kouluttamisen yhdenmukaiseen käsittelyyn. Vaikka yhtenäiseen käsittelytapaan jopa alueellisesti pyrittiin, perinteiset työn välineet eivät mahdollistaneet potilaan aktiivisempaa roolia.

Kuntoutuskeskuksessa fysioterapian yhtenäistämiseen pyrittiin diagnoosikohtaisilla kirjallisilla toimintaohjeilla ja toimipaikkakoulutuksella, joka nojasi keskussairaalan tavoin Bobath-lähestymistapaan. Arvioinnissa alettiin käyttää systemaattista havainnointia, joka ohjasi kuvailemaan kuntoutujan liikesuorituksia seikkaperäisesti. Työn laadun arvioinnissa korostui kuitenkin kuntoutujan yleinen tyytyväisyys kuntoutusjaksoon.

1980-luvun lopulta alkaen kuntoutujan rooli kuntoutuskeskuksessa alkoi muuttua vähitellen aktiivisemmaksi. Itsenäistä harjoittelua ohjattiin kuntoutujille viikonlopuiksi ja yhteistyötä pyrittiin rakentamaan vuodeosastojen henkilökunnan kanssa ottamalla yhteiseksi välineeksi osastokierrot.

Terveyskeskuksen fysioterapeutit saivat suhteellisen itsenäisesti suunnitella ja toteuttaa erilaisia avokuntoutuksen ryhmiä, joissa työn kohteena olivat kotona asuvat kuntoutujat. Fysioterapian tavoitteet tai menetelmät eivät kuitenkaan ryhmien myötä juuri kehittyneet. Ryhmien tavoitteellisuus, toteutuksen suunnitelmallisuus, osallistujia aktivoivien menetelmien käyttö ja arviointi alkoivat kehittyä varsin hitaasti vasta 1990-luvun lopulla.

*Tuotteistavan työn kehitysvaihe.* 1990-luvun puolivälissä keskussairaalaan perustettiin kolmipaikkainen aivohalvausyksikkö (stroke-unit), jota voidaan pitää pyrkimyksenä monialaisen yhdistelytiedon hyödyntämiseen. Yksikkö ei kuitenkaan juuri vaikuttanut fysioterapeuttien työhön. Potilaiden hoitoaika sairaalassa lyhentyi 1990-luvun lopulla entisestään, joten fysioterapeuttien työn kohteena oli nopeasti kotiutuva tai jatkokuntoutukseen siirtyvä potilas. Työn välineinä korostui potilaiden jatkokuntoutusarviointi, joka toteutettiin havainnoidulla potilaan liikkeitä ja toimintaa yksityiskohtaisesti. Erityisiä arviointi- tai harjoitustiloja ja välineitä ei edelleenkään ollut.

Potilaiden ja fysioterapeutin suhde jäi lyhyeksi, jolloin fysioterapeutti sai palautetta potilaiden kotona selviytymisestä vain, jos kuntoutus jatkui keskussairaalassa polikliinisesti. Alle 65-vuotiaiden vaikeavammaisten potilaiden jatkokuntoutuksesta vastasi Kansaneläkelaitos (Kela), jolloin kuntoutus jatkui tarvittaessa keskussairaalassa tai yksityisessä fysioterapiayrityksessä.

Yli 65-vuotiaiden potilaiden jatkokuntoutuksesta vastasi terveyskeskus. Terveyskeskuksen vuodeosastolle siirtyikin jatkohoitoon yhä moniongelmaisempia potilaita keskussairaala-

heti akuuttivaiheen jälkeen, mitä voi pitää myös fysioterapeuttien työn kohteen muutoksena terveyskeskuksissa. Fysioterapiassa pyrittiinkin yhteistyöhön vuodeosaston hoitohenkilöstön kanssa, mutta ristiriitaa aiheutui, kun yhteistä välineistöä ei kehittynyt. Vaikka kuntoutuksen tehostamiseen pyrittiin mm. tarjoamalla terveyskeskuksen vuodeosastoilla ns. intervallijaksoja kotona omaisten hoidossa olevien aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutumisen edistymiseen, niissä harvoin päästiin tavoitteisiin. Vuodeosastoympäristön arvioitiin päinvastoin passivoivan erityisesti intervallijaksoilla olleita potilaita, koska työn välineet eivät olleet kehittyneet vastaamaan heidän tarpeisiinsa.

Kuntoutuskeskuksessa oli jokaisella kuntoutujalla 1990-luvun alusta lähtien oma fysioterapeutti, mikä edisti asiakaslähtöisyyttä ja näkyi yksilöllisempien tavoitteiden asettamisena fysioterapialle. Vuodeosastot ja fysioterapia kehittivät edelleen pääasiassa omilla tahoillaan, vaikka yhteistä koulutusta jo käynnistettiin. Kun kuntoutuskeskukseen saatiin uusia tiloja ja harjoitusvälineitä sekä lisää erityistyöntekijöitä, ryhmätoiminta vilkastui, mutta muuten työkäytäntö säilyi perinteisenä: yksilöfysioterapiassa säilyi manuaalinen painotus ja pyrkimys moniammatilliseen toimintaan käynnistyi hitaasti.

Kuntoutuskeskuksessa 1990-lopulla maksajien vaatimukset kuntoutusjaksojen organisoimisesta ja tuotteistamisesta ohjasivat organisaatiota entistä tiukemmin, mikä näkyi esimerkiksi ajankäytön keskitetyssä ohjauksessa ja markkinoinnin korostamisena.

*Yhteiskehittelyä tavoitteleva työn kehitysvaihe.* Aivan viime vuosina keskussairaalassa oli todettu työn kohteen muutos niin, että yksin asuvien potilaiden määrä koko ajan lisääntyi ja moni potilas pyrittiin kotiuttamaan nopeasti. Kodissaan yksin selviytyvä ihminen fysioterapian kohteena aiheutti paineita kehittää uusia välineitä, mm. yhteistyöhön kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kanssa, mutta toimintakäytännöt ovat säilyneet ennallaan. Vastuu kotona asuvien potilaiden kuntoutuksesta on nähty ennemminkin terveyskeskusten tehtävänä.

Terveyskeskuksen avokuntoutuksessa työn kohteena nähtiin jo 1990-luvun alusta lähtien kotona asuva ja siellä omatoimisesti selviytyvä kuntoutuja. Fysioterapian yhteistyökumppaneita olivat kotisairaanhoidon tai kotipalvelun henkilöstö ja potilaan omaiset. Yhteisenä välineenä pyrittiin käyttämään yhteistoiminnallista suunnittelua, toteutusta ja arviointia erityisesti potilaiden kotiutumisvaiheessa. Yhteistoiminnallisuuden mahdollisuuksia nähtiin

mm. kuntoutustyöryhmän kokouksissa, yhteisillä kotikäynneillä sekä asunnonmuutostöiden ja apuvälinehankintojen yhteydessä, vaikka ne eivät aina toteutuneet.

Kuntoutuskeskuksessa maksajien vaatimukset lyhensivät kuntoutusjaksoja, mutta fysioterapian välineet eivät muuttuneet sen mukaisesti kuntoutujia aktivoivammiksi. Yhteistyöhön ja tiedonvälityksen tiivistämiseen jatkokuntoutuspaikkojen kanssa pyrittiin, mutta perinteiset välineet eivät ratkaisseet kuntoutusjaksojen lyhentymisestä aiheutunutta ristiriitaa.

Verkostomaiseen työtapaan pyrittiin myös kuntoutuskeskuksen sisällä, mutta fysioterapeuttien rooli moniammatillisissa työryhmissä oli vielä perinteisen työkäytännön mukainen. Jatkuvasti lisääntyvä kurssitoiminta ja niihin sisältyvät ns. toiminnalliset ryhmät yhteisenä työn välineenä ratkaisi vähitellen tätä ristiriitaa. Kurssimuotoisessa toiminnassa moniammatilliset työryhmät sekä suunnittelivat ja toteuttivat että arvioivat omaa työtään. Kursseilla työn kohde alettiin nähdä laajemmin ja kokonaisvaltaisemmin kuin yksilöfysioterapiassa. Kuntoutumisen edellytyksenä ei ollut enää päivittäinen yksilöfysioterapia, vaan kuntoutumisen nähtiin edistyvän myös ryhmien yhteisen tekemisen ja yksikön ulkopuolisen toiminnan avulla. Vaikka kuntoutujat olivat yhä vaikeavammaisempia, yksilöfysioterapiassa tämä työn kohteen muutos ei kuitenkaan muuttanut työn välineitä, vaan tiukat ammattirajat työn sisällön kehittämissä säilyivät.

### **5.1.2 Työn historialliset jännitteet**

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian paikallishistoriallista aineistoa ja johdannossa kuvattuja neurologisen fysioterapian kansainvälisiä kehitysvaiheita tarkasteltiin kussakin tutkimuksen kohdeyhteisössä fysioterapeuttien pienryhmissä, joissa tutkijan alustavaa analyysiä tarkistettiin.

Fysioterapian kohteen muutoksessa yhteisenä kehityssuuntana kaikissa tutkimuksen kohdeyksiköissä oli potilaan näkeminen yhä aktiivisemmassa roolissa ja nopeasti kotiin tai toiseen hoitopaikkaan siirtyvänä tai mahdollisimman itsenäisesti selviävänä ihmisenä. Keskussairaalassa aivoverenkiertohäiriöpotilaat olivat vain joitakin päiviä, joten työn tuotoksena oli usein arvio kuntoutustarpeesta ja päivittäisistä perustoiminnoista selviytyminen. Keskussairaalassa



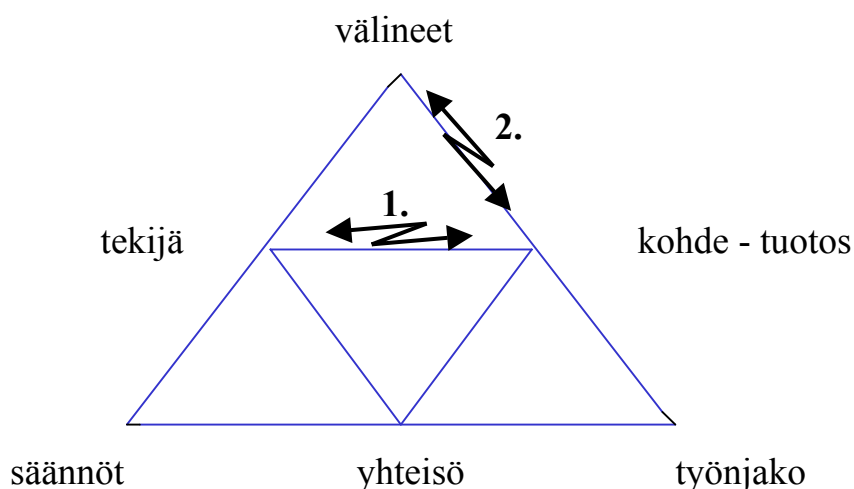
fysioterapia painottui sairauden akuuttivaiheeseen, mutta keskimääräisen sairaalassaoloajan arvioitiin koko ajan lyhentyneen, josta esimerkkinä näyte vuoden 1998 haastatteluaineistosta.

*...tärkeätä on, että potilas pääse vuoteesta ylös mahdollisimman omatoimisesta taikasta sitten sen omien resurssiensa mukaan, kykenee istumaan, ruokailemaan istuen tai istumaan, että häntä avustetaan ruokailussa, ihan kummin vaan, sitten jos keretään, nykyäänhän tahti on aikamoinen, hyöhä lähtee aika nopeasti pois...*

Terveyskeskuksen vuodeosastolle tai kuntoutuskeskukseen potilaat siirtyivät yhä useammin hyvin nopeasti akuuttivaiheen jälkeen. Terveyskeskuksen vuodeosastolla aivoverenkiertohäiriöpotilaat nähtiin ennemminkin geriatrisina potilaina, joilla oli useita toimintakykyä rajoittavia sairauksia. Terveyskeskuksessa fysioterapeutit tapasivat potilaita myös fysioterapian poliklinikalla avokuntoutuksessa tai kotikäynneillä. Kotiin potilaita siirtyi fysioterapeuttien kertoman mukaan aikaisempaa huonommassa kunnossa. Sekä terveyskeskuksessa että kuntoutuskeskuksessa fysioterapian asiakkaina kävivät myös jo vuosia tai vuosikymmeniä sitten sairastuneet potilaat, kuten seuraava näyte haastatteluaineistosta vuodelta 1998 osoittaa.

*...nykyisin tulee aika tuoreita tapauksia. Iäkkäämmät ihmiset ohjautuu keskussairaalaan meille vuodeosastolle. Siellä todella on sitte, alkuvaihe on takana ja saattaa olla viikko halvauksesta. Sitten on näitä kroonikoita, jotka on yli 65-vuotiaita, monastikin ollut jo, saattanu halvautua jo vuosia sitten, kymmenenkin vuotta sitten, heitä on tässä (fysioterapian poliklinikalla)... Koko ajan joudutaan kotiuttamaan aina huonompikuntoisempaa potilasta.*

Välineiden kehittämisessä sen sijaan muutos oli ollut kaikissa kohdeyhteisöissä melko vähäistä, vaikka haasteena näytti olevan arviointiin, itsenäiseen harjoitteluun ja verkostomaiseen työhön tarvittavien välineiden kehittäminen tai olemassa olevien välineiden käyttö. Työn välineiden kehittäminen ei näyttänyt missään kohdeyhteisössä vastanneen siihen tarpeeseen, minkä työn kohteen muutos oli aiheuttanut. Historiallisen analyysin pohjalta fysioterapeutin työssä voitiin nähdä kuvioon 3 tiivistettyjä työn kohteeseen ja työn välineisiin liittyneitä jännitteitä ja kehittämistarpeita.



Kuvio 3. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian historialliset jännitteet työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta.

1. ristiriita (kohde-tekijä): Nähdäänkö potilas kotona tai muussa ympäristössään aktiivisena ja vähitellen itsenäistyvänä ja omatoimisesti selviytyvänä ihmisenä vai passiivisena fysioterapian toimenpiteiden kohteena?
2. ristiriita (kohde-välineet): Ovatko käytetyt menetelmät kuntoutujan itsenäistymistä ja kotona selviytymistä arvioivia ja ohjaavia vai perinteiseen, terapeutin käsin tapahtuneeseen käsittelyyn nojaavia toimenpiteitä?

## 5.2 Fysioterapeuttien käsitykset työnsä kohteesta ja työn välineistä

Tässä ja seuraavassa luvussa vastataan tutkimuksen toiseen tutkimuskysymykseen tarkastelemalla, millaista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia oli muutosintervention alussa. Fysioterapian nykytilaa esitellään käsitystyyppinä, jotka muodostettiin haastatteluaineiston perusteella fysioterapeuttien käsityksistä työnsä kohteesta ja työn välineistä sekä itsestään työn tekijänä aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa. Käsitystyyppit ilmentävät laadullisesti erilaisia tapoja, joilla fysioterapeutit ajattelevat työtään.

Haastatteluaineiston lukeminen useaan kertaan avasi vähitellen myös käsitystyyppien sisäisiä ristiriitaisuuksia, jotka syvensivät ymmärrystä fysioterapeutin työstä. Ristiriitaisuudella tarkoitetaan sitä, että fysioterapeuttien ilmaisuissa vastauksen alussa kuvaillaan ikään kuin optimaalista tilannetta työssä, mutta ilmaisujen loppuosa paljastaakin, miten paljon puutteita ja vaikeuksia tämän ideaalitalan saavuttamisessa vallitsevassa työkäytännössä todellisuudessa oli. Tällaisia ristiriitoja voidaan Engeströmin (1998) mukaan pitää dilemmoina, jotka voivat olla heijastumia toimintajärjestelmän ristiriidoista. Ne voivat myös olla viitteitä siitä, että työ on muutosvaiheessa.

Haastatteluaineiston analyysin perusteella muodostetuista käsitystyypeistä ja myös niihin sisältyvistä dilemmoista on poimittu sanatarkkoja näytteitä tehtyjen tulkintojen perustelemiseksi. Näytteet on erotettu muusta tekstistä sisennyksellä ja *kursivoinnilla*. Niissä on näkyvissä litterointivaiheessa kullekin haastatellulle satunnaisesti valittu numero ja haastatteluvuosi. Näytteissä on alleviivattu ne ilmaukset, joiden perusteella ne on luokiteltu kuhunkin käsitystyyppiin.

Näytteiden tekstejä on muokattu vain sen verran, kuin on ollut välttämätöntä vastaajan anonymiteetin suojaamiseksi. Näytteistä on poistettu tai niissä on korvattu toisella vastaavalla sanalla mahdolliset haastateltavan puheeseen tyypillisesti liittyneet murre- tai muut ilmaisut, joista vastaajan voisi tunnistaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000)

### **5.2.1 Työn kohdetta kuvaavat käsitystyyppit**

Kohde-yläkategoriaan poimituista ilmaisuista voitiin erottaa kaksi erilaista käsitystyyppiä, kun niistä pyrittiin löytämään ilmaisujen tarkoitus. Fysioterapeutteja ei kuitenkaan voinut jakaa näihin kahteen ryhmään, vaan sama fysioterapeutti saattoi nostaa haastattelussa esille useitakin erilaisia käsityksiä työnsä kohteesta.

#### *1. Käsitystyyppi: Aktiivinen yhteiskunnan jäsen työn kohteena.*

Ensimmäiseen käsitystyyppiin luokiteltiin ilmaisut, joissa työtä näytti ohjaavan käsitys potilaasta mielekästä elämää omassa ympäristössään viettävänä ihmisenä. Luokitteluperusteena

käytettiin viittauksia potilaan aikaisempaan historiaan, ammattiin, harrastuksiin, elinympäristöön ja lähiverkoston.

*Jos halvauspotilas on kalastaja, ni sen kalastuksen pariin palaaminen, ensin pilkkimiseen, verkon vetämiseen, et kun on konkreettiset tavoitteet sille hommalle, ni se on helppompaa niinku löytää sen tavoitteen, jonku isomman jutun, ei pelkästään kotiutuminen, vaan mitä se ihminen on tottunu tekemään sillon terveenä ollessa. (H5/98)*

*Kyllä mä ainakin lähen siitä laajasta kokonaisuudesta, että siihen kuuluu ihan se elinympäristö, omaiset ja psyykinen, tää on must aika merkittävä motivoitumisen kannalta tää psyykinen tila tai kunto ja sitte tää, jos on semmosia harrastuksia, tai muita, mitä vois laittaa tavoitteeksi tai sitten tää, mitä siinä nyt ympärillä pyörii, sosiaalinen verkosto.(H13/98)*

*Ja tuota ja sitten tosiaan pyrin haastamaan edelleenkin vaimoa, miestä tai jotain sitä lähisukulaista vielä olemaan siinä terapiatilanteessa ajoittain mukana, että näkee mitä me harjotellaan ja miksi... Se on ollu tärkeätä, että työskennellään niitten asiakkaan omaisten kanssa myöskin, että heiät saadaan siihen kuntoutusrenkaaseen mukaan.(H2/98)*

Myös toisessa käsitystyyppissä potilas nähtiin aktiivisena osallistujana, mutta työn kohdetta kuvattiin terapiatilanteista käsin.

## 2. Käsitystyyppi: Terapiatilanteeseen osallistuva ihminen työn kohteena.

Toisessa käsitystyyppissä luokittelun perusteena käytettiin ilmaisuja, jotka kuvasivat potilasta aktiivisena osallistujana terapiatilanteessa. Osallistumisena tulkittiin konkreettinen harjoittelu ja harjoittelumotivaation ja harjoittelun merkityksen ymmärtämisen osoittaminen.

*...et hän luottaa ja tulee mukaan ja hänelle tulee myös oma motivaatio... Eli sikäli kun hänen tämä vointinsa sallii hän myös itse alkaa osallistumaan aktiivisesti... (H6/98)*

*Mun mielestä tärkeintä siinä on se ihminen ite, että hän niinku todella tietää mitä me tehään, miksi me tehään, eikä niin että hänelle tehään sarja temppeja. (H1/98)*

### **5.2.2 Työn välineitä kuvaavat käsitystyytit**

Tässä tutkimuksessa fysioterapeutin työn välineinä pidettiin sekä erilaisia terapiamenetelmiä, apuvälineitä, harjoittelumuotoja ja mittausvälineitä, että käsitteellisiä välineitä, kuten työtä ohjaavia malleja ja terapiamenetelmien perustana olevia tietorakenteita sekä arjen

toimintakäytäntöjä. Fysioterapeuttien käsitykset terapian perusteista ja keskeisistä lähtökohdista olivat vastausten mukaan muodostuneet ammatillisen koulutuksen, erilaisten lisäkoulutusten ja oman kokemuksen perusteella. Perusteita kuvattiin varsin yleisellä tasolla. Fysioterapeuttien peruskoulutus oli fysioterapeuttien mielestä antanut hyvin vaihtelevasti perusteita työlle. Monet korostivat harjoittelun ja työkokemuksen merkitystä.

Haastatteluvastausten ilmaisut luokiteltiin kolmeen käsitystyyppiin kuitenkin niin, että saman fysioterapeutin ilmaisuja saattoi jakautua useaan käsitystyyppiin. Käsitystyypeissä on tulkinta siitä, mikä määritteli fysioterapian välineiden käyttöä ja millaisia merkityksiä fysioterapeuttien ilmaisuihin työnsä välineistä sisältyi. Käsitystyypeiksi muodostui *auktoriteetti, toimintakäytännöt ja terapiasuhde*.

### 1. Käsitystyyppi: Auktoriteetti työn välineiden perusteena.

Tähän käsitystyyppiin luokiteltiin kuvaukset, joissa fysioterapian perusteena oli johonkin terapiamenetelmään liittynyt ilmaisu tai menetelmää edustanut henkilö. Selvimmin nimeltä mainittu menetelmä oli Bobath - lähestymistapa, johon viitattiin joko suoraan nimeltä mainiten tai käyttämällä konseptiin fysioterapeuttien keskuudessa yleisesti liitettyjä käsitteitä kuten fasilitaatio, inhibitio ja patologiset refleksit.

*Jos löytyy joku hyvä liike, joka laukasee hyvin spastisuutta. (H10/98)*

*Jos aattelee näitä patologisia refleksejä ja nää tasot kans, että. Kyllä se musta jonkunlainen perusta on myös tämmösessä, ettei vaan terveen kans. (H13/98)*

*Erittäin suuren merkityksen (annan lisäkoulutukselle), silleen että. Sekä huomannu sitä, että monet asiat loksahaa, ja että näihä sitä on tullu tehtyäki ja tämmösi hienoja ku on lukenu, kirjallisuutta, gurujen kirjottamia kirjoja lukenu, mutta nyt tavallaan tekemisen kautta ja väistämättä aina häivähtää tää meidän (Bobath-)kouluttajan olemus siellä taustalla. Elikkä kuinka hän näytti niitä juttuja ja painotti niitä juttuja, se ei voi olla vaikuttamatta tällä hetkellä sitte... (H14/98)*

*Sitten ku tulin tänne töihin, ni oli työkavereita, jotka oli käyneet Bobath-peruskurssin, sain heiän muistiinpanoja ja tääl oli sisäistä koulutusta, ni se autto, että tästä hommas-ta rupes jopa tykkäämään. (H12/98)*

Auktoriteettien suuri merkitys työtä ohjaavien välineiden valinnassa aiheutti fysioterapeuteissa myös ahdistusta siitä, mikä olisi tällä hetkellä ”hyväksyttyä” terapiaa. Seuraavan esimerkin mukaan fysioterapeutti hahmotti apuvälineen merkityksen potilaan elämänpiiriä

laajentavana tekijänä, mutta oli silti epävarma toiminnastaan, koska se ei ehkä ollutkaan auktoriteettien hyväksymää.

*Esimerkiks toi, halvaantuneen kans tuo kävelykepin käyttö tai joku apuvälineitten käyttö, niin, se on välillä paha ja välillä sitä tarvis. Joskus tuntuu, et ai hyvänen aika, kun siitä oiskin apua, mutta ku ei sitä vissiin saa käyttää. Nii, että se tuota tekee kävelystä virheellistä ja muuta tämmöstä. Mut sit se kuitenkin mahdollistas sen turvallisen, vaikka lähtee vähän laajempaan piiriin siinä omassa elämässään... Jos ei uskalla liikkua vaikka ulkona, niin sen avulla sitten vois päästä turvallisesti ulos.(H13/98)*

Esimerkissä näkyy työn perusteiden epäröintiä, mitä voi pitää toimintajärjestelmän ristiriitaisuuteen tai työn muutosvaiheeseen viittaavana dilemmana.

## 2. Käsitystyyppi: Toimintakäytännöt välineinä.

Toiseen käsitystyyppiin sisältyi suurin osa välineisiin liittyvistä kuvauksista. Tähän käsitystyyppiin luokiteltiin sekä ilmaisut, joissa fysioterapiaa määrittivät erilaiset arjen toimintakäytännöiksi vakiintuneet ja organisaation toimintaa ohjanneet välineet että harjoittelutavat ja niitä ohjanneet tilannesidonnaiset käytännöt. Toimintakäytäntöjä olivat mm. lähetekäytäntö (lähetteet, kuntoutussuunnitelma), kirjalliset palautteet ja tiedonvälitys. Harjoittelutapoja olivat toiminnallinen harjoittelu ja siihen käytetyt tilat, aika, kertamäärät ja konkreettiset harjoitusvälineet. Toimintakäytäntöjä ja harjoittelutapoja ei eroteltu omiksi käsitystyypeikseen, sillä ne kytkeytyivät selkeästi toisiinsa, mikä näkyi myös runsaina dilemmaattisina ilmauksina. Keskeisimpänä työn välineenä näytti olleen potilaan arkeen kytkeytyvä harjoittelu, joka nimettiin tyypillisesti toiminnalliseksi harjoitteluksi.

*...mie oon ajatellu sitä, että se toiminnallisuus, että ei tehä vaan jottain liikettä liikkeen vuoksi, käden vemputusta vaan sen takia, että mie sanon, että minkä takia tämä liike on tärkeä, että sinä saat noustua ylös, että sinä saat laitettua mahdollisesti sukat jalkaan. Että tavallaan miusta se toiminnallisuus on aika semmonen hyvä asia näissä monenkin ihmisen harjoittelun perustana. Siinä on just se ihminen, miksi se on hänelle just tärkeä.(H3/98)*

Vaikka toiminnallista harjoittelua korostettiin, sen toteutumista haittasivat mm. tilojen ja harjoitusvälineiden sopimattomuus.

*Se (vuodeosasto) on vähän hassu ympäristö tulla kuntoutusjaksolle. Muuten se jo passi-voi, totta kai, ympäristönä ilman muuta.(H7/98)*

*Tilat on sellanen, mikä meilläkin sitä, ei parantunu laajennuksenkaan myötä, et ois va-paampi tila, alakerrassa on tilat ahtaat... joku kävelyn ohjaaminen on ongelma, isot peilit täällä yläkerrassa ois hyvät, mut ku on portaat, ni ei pääse tänne. (H5/98)*

*...täällähän on hirmu vähän semmosia tiloja, jotka on semmosia kodinomaisia tiloja... Ois parisänky ja joku nojatuoli ja mattoja lattialla, ja sit se niinku palvelis vielä pa-remmin mun mielestä sitä tavoitetta siitä toiminnallisuudesta. Kattos meneekö se jalka sinne maton alle ja miten se pääsee sängystä ylös.(H10/98)*

*... mie haluisin kuitenkin enempi tehdä niinku niitä harjoituksia kotioloissa. Mun mielestä nää on niinku liian kaukana toisistaan. Pelkään sitä, että et ne ei oo tarpeeksi siirrettä-vissä siihen kotiympäristöön.(H2/98)*

Vallitsevassa työkäytännössä harjoitusympäristö ja harjoitteluvälineet eivät näyttäneet tukeneen fysioterapeuttien tavoittelemaa toiminnallista harjoittelua, vaikka todellisessa ympäristössä ja toiminnallisessa tilanteessa tapahtuvaa harjoittelua korostettiin. Toiminnallista harjoittelua näyttivät rajoittaneen myös lähetekäytäntöön, käytettävissä olevaan aikaan ja terapian ker-tamääriin liittyvät tekijät.

*ku myöki soitetaan ...(jatkohoitopaikkaan), ni siellä sitte vastaus on, että niin, me aloi-tamme terapian jos meidän lääkärimme katsoo sen tarpeelliseksi. Elikkä siinä saattaa mennä kolme päivää ennen kun...lähete on tullu fysioterapiaan. Että miks se pittää olla niin ? (H4/98)*

*Yks asia, mitä me näitten avh-potilaitten kanssa joudutaan tekemään on nää kuntoutussuunnitelmat. Mut sekin on, et ei oo vielä se käytäntö kehittynyt, et onko se kätevämpi tehä keskussairaalassa...(H13/98)*

*...tässä käypi (poliklinikalla) kerran viikossa, tunnin kerrallaan, niin loppujen lopuks mikä se hyöty sille on. Et melkeen vois sanoo, et jos kävis pari kertaa vuodessa lai-tosjaksolla, kolme viikkoa, niin se hyötys paljon enempi. (H8/98)*

*Toisaalta eihän sillä (15 min terapialla) ole mitään mahollisuuksia tai ne on pienet, ellei sitten saaha niitä yhteisiä linjoja hoitajien kanssa. Et silloinhan se on melkeen plus miinus nolla. Sitten taas jos edistymistä alkaa tapahtua niin hoitohenkilökunta-kin panostaa sitten enemmän.(H7/98)*

Haastatteluaineistossa oli useita mainintoja myös siitä, etteivät pelkät fysioterapian toimin-takäytännöt riittäneet potilaan kuntoutumiseksi, joten työn välineenä nähtiin myös yhteiset toimintakäytännöt muun henkilöstön ja potilaan omaisten kanssa.

*Se tahti on aikamoinen sillä osastolla, ja siellä kyllä huomaa sen, että esimerkiksi siinä että potilaalle ei anneta aikaa tehdä itse. Esim. silloin kun omatoiminen vuoteesta ylös nousu tapahtuu hitaasti, ni sille potilaalle ei oo antaa aikaa tehdä sitä hitaasti, vaan hänet tempastaan sieltä ylös. Että kyl se niinku nytte on ikäväkseni on menny takapakkia tän kiireen ja henkilökunnan vähyyden vuoksi ... ja sit se jalkauttaminen esim. viikonloppuisin tuoliin avustaminen kaikki tämmönen on hyvin vähästä, hyvin vähästä. Monesti potilaat sit maanantaina sanoo, et eivät oo ollu yhtään pystyssä. (H4/98)*

*että semmonen ohjanta on lisääntyny paljon. Ja potilaalle mutta myös omaisille, et omaisten ohjaaminen, omaisten läsnäolo on kyllä lisääntyny valtavasti, omaiset on hoitotilanteessa mukana (H11/98)*

*Miusta aika kivasti nykyään nää hoitajat kyllä kuitenkin, hyö sitten, käyään niinku yhdessä läpi niitä, et miten tää ois ehkä hyvä, et voisitteko kokeilla vaikka näin nostamista tuoliin tai muuta. Mutta sitten monesti se tyrehtyy siihen, et sitten kun ei oo aikaa hoitajilla, on kiire, sitten vaihtuu toinen hoitaja ja , et se ei ookaan tavallaan se omahoitaja aina siinä. Se ei oo ihan kuukausien projekti, se on ihan vuosien projekti. (H3/98)*

Yhteiset toimintalinjat työn välineinä osoittautuivat kuitenkin ennemminkin ideaaliksi kuin vakiintuneiksi käytännöiksi, mikä viittaa toimintajärjestelmän ristiriitoihin.

Toiminnallinen harjoittelu työn välineenä oli haastatteluaineistoissa tyypillistä, mutta vain yhdessä ilmaisussa pohdittiin myös harjoittelun perusteena hengitys- ja verenkiertoelimistön kuormittamista.

*Sitte itellä tietenkin mietityttää se, et nää kaikki tehot, miten tehokkaasti nää harjoitukset tulee, onko se tarpeeks verenkiertoa, hengitystä, tätä puolta kuormittavaa. Ettei se oo liian raskasta, kaikkia näitä puolia. Kyllä miusta se vaikeus määrittellä jokaisen kohdalla sitä harjoituksen riittävyttä, kaikkeen tämmöseenkin tuntus että pitäs vielä paljon mieltä ja kehitellä sitä puolta... (H2/98)*

Vaikka varsinaisesta harjoittelun vaikuttavuuden arvioinnista ei ollut muita mainintoja, käivattiin useissa ilmaisuisissa yhtenäistä potilaan toimintakyvyn arvioinnin välinettä.

*Nimenomaan lähettiin siitä, et me haluttas sitä meiän kirjaamista helpottaa, koska se on melkonen stressi noi paperit tässä hommassa. Et me pystyttäs sitä helpottaa, yhtenäistää ja tavallaan siin on myös tonne osastolle päin, pystys sitä kautta sitä viestiä jättään. (H15/98)*

*Ei, ei meillä oo mitään mittaria. Myö ollaan sitä kyllä ... niinku mietitty, et pitäs saada joku semmonen konkreettinen mittaristo, et testataan tai merkataan alkutilanne ja seurataan ja sitte lopussa, et kuin paljo se on muuttunu se tilanne. (H9/98)*



Vastauksista välittyi se, että arviointivälinettä kaivattiin lähinnä kirjaamisen ja tiedonvälityksen tueksi. Seuraavassa esimerkissä fysioterapeutti myös kytki potilaan mukaan arviointitilanteeseen, joka tosin ei sekään näyttänyt vakiintuneen arkikäytännöksi.

*Mut jos olis semmonen mahdollisuus, että vois kaikki niinku videoida siinä alussa, heti muutaman toiminnan siinä, ja lopussa vois videoida ni silloin se ois helppo näyttää kuntoutujalleki, että sulla on tällä tavalla parempi se, mutta ei oo läheskään aina mahdollisuutta siihen.(H10/98)*

Potilaan toimintakyvyn arviointi- ja harjoittelutapojen perustelut olivat varsin yleisellä tasolla ja suunnittelu oli jäsentymätöntä, mistä seuraavat esimerkit.

*Että mie otan osioita sieltä sun täältä, ja sovellan varmaan omiakin menetelmiä sinne mukaan sen verran ku tuntuu, että. Ei oo niin paljon esim. siitä Bobathista, se yhen päivän koulutus oli ja sieltä sai vinkkejä, mutta en mie niinku puhtaasti osaa esim. sen mukaan toimia. Se on semmosta, mitä oma silmä ja käsi näkee ja tuntee, ja sitten yrittää soveltaa sen mukaan niitä terapiatilanteita.(H9/98)*

*Helpostihan se menee se oma työ siihen, että, tietysti joku kiire saattaa meillä lisätä vielä sitä, ettei enää kerkii silleen kunnolla suunnitella ja ajatella mitä tehhään ja mistä se kuntoutuja hyötyis.(H8/98)*

Tämän käsitystyyppin ilmaisuisissa asiakaslähtöisyys näkyi esimerkiksi edellisen esimerkin pohdintana siitä, mistä kuntoutuja hyötyisi. Dilemmat olivat kuitenkin yleisiä ja organisaation toimintaa ohjanneet käytännöt näyttivät rajoittaneen asiakaslähtöisyyden toteutumista.

### 3. Käsitystyyppi: Terapiasuhde välineenä.

Tähän käsitystyyppiin luokiteltiin ilmaisut, joissa fysioterapian välineenä nähtiin vuorovaikutuksen rakentaminen luottamukselliseksi, tavoitteelliseksi, asiakasta motivoivaksi ja oppimista edistäväksi sekä asiakasta kunnioittavaksi.

*...mutta aina ensin se mul on se, että ensin kohtaat sen ihmisen ja siitä sitten, tavallaan se vuorovaikutus tuo sen tarpeen (H14/98)*

*...ja myös mie pystyn saamaan vuorovaikutuksen tähän ihmiseen et hän luottaa ja tulee mukaan ja hänelle tulee myös oma motivaatio oman itsensä hoitamiseen.(H6/98)*

*...siis tiedon siirtäminen ... vaikeissa ja kriittisissä tilanteissa eläville kuntoutujille...(H1/98)*

*Että se ei mee siihen, että myö tempastaan hänet istumaan ja tempastaa tuoliin vaan ja sillä siisti, et nyt istutaan, vaan se, että potilas ymmärtää miks, miks tehään juuri näin, miks se aina pitäis tehdä juuri näin, että se hänelle tulis se oma oppiminen sinne taustalle... että se olis yhteneväistä se käytäntö, et tavallaan myö tehtäs kaikki samalla lailla, mikä tukis sitä potilaan oppimista, me fysioterapeutit plus sit myöskin osaston henkilökunta. (H3/98)*

Terapiasuhde luokiteltiin välineeksi myös silloin, kun potilaan omat tai yhteisesti muotoillut tavoitteet nimettiin terapiaa ohjaavina.

*Se ehkä se yks tärkeintä on saada se ihminen motivoitumaan, heti alusta lähtien, ekan tapaamisen jälkeen, yhteinen sävel siihen, että ne tavoitteet luoda ja ihminen saada siihen mukaan. Sen oon huomannu käytännössä, että jos ei homma lähe kulkemaan, silleen et ei löydetä yhteisiä tavoitteita, ni homma on, mitä omana kokemuksena, ni aika pitkälle, lopputulos ei oo hyvä. (H5/98)*

*...mie en tavallaan voi, jos asiakas sanoo, et ei se tuota hankaluutta, ni mä en voi tavallaan sanoo, et kuule kyllä tää sulle vähän tuottaa (hankaluutta). Et jos hän ei ite sitä koe, niin pitää sitä (tavoitetta) laskee. (H14/98)*

*Toisaalta yks on semmonen että, mie pyrin kunnioittamaan potilaan mielipidettä, et. Tosin se aina sotii välillä niinkun miusta fysioterapian tavoitteita vastaan, et jos potilas ei kerta kaikkiaan oo yhteistyöhalunen, niin miusta ei oo mitään järkee lähtee sit väkisin passiivisesti tekemään harjoituksia tai muuta, et se on, mie oon pyrkiny pitämään sen potilaan kunnioituksen kuitenkin, se on yks semmonen tärkeä asia siinä. (H9/98)*

Vaikka asiakaslähtöinen tavoitteiden asettaminen näytti määrittävän tässä käsitystyyppissä fysioterapeuttien toimintaa, sen toteutuminen työkäytännössä ei ollut itsestään selvää, kuten edellinen esimerkki osoittaa. Siinä fysioterapeutti ilmaisee olleensa vaikeassa ristiriitatilanteessa pohtiessaan potilaan mielipiteen ja fysioterapian tavoitteiden välistä suhdetta. Vaikka fysioterapeutti korostaa asiakkaan mielipiteen kunnioittamista toimintaansa määrittävänä tekijänä, vastauksen perusteella fysioterapian tavoitteet on asettanut kuitenkin joku muu kuin potilas.

### **5.2.3 Käsitusten sisäiset ristiriidat ja käsitykset työn tekijästä**

Fysioterapeuttien käsityksiä sävytti haastatteluaineiston tulkinnan perusteella pyrkimys ylläpitää myönteisesti väritynyttä kuvaa fysioterapeutista ja fysioterapeutin työstä. Fysioterapeuttien käsityksiin työnsä kohteesta ja erityisesti käsityksiin työn välineistä sisältyi kuitenkin paljon sisäisiä ristiriitaisuuksia, dilemmoja, jotka ilmenivät epäröinteinä tai rajoituksina työn tavoitetilan ja toteutuneen käytännön välillä. Dilemmat viittaavat toimintajärjestelmän ristiriitoihin. Haastatteluaineiston perusteella näytti siltä, ettei käsitykseen työn kohteesta

aktiivisena potilaana voitu vastata käytetyillä menetelmillä. Taulukossa 6. on yhteenveto haastatteluaineiston perusteella muodostetuista käsitystyypeistä, niiden välisistä ristiriidoista sekä käsityksiin sisällyneistä dilemmeista työn välineitä kuvaavissa käsitystyypeissä.

<b>Työn välineitä kuvanneet käsitystyytit:</b>	<b>1. Auktoriteetti työn välineiden perusteena</b>	<b>2. Toimintakäytännöt työn välineinä</b>	<b>3. Terapiasuhde työn välineenä</b>
<b>Työn kohdetta kuvanneet käsitystyytit:</b>  <b>1. Yhteiskunnan aktiivinen jäsen työn kohteena</b>  <b>2. Terapiatilanteeseen osallistuva ihminen työn kohteena</b>	Auktoriteetti ohjaa terapeuttilähtöiseen käsittelyyn MUTTA fysioterapeutin oma päättelyn mukainen toiminta ohjaisi potilasta aktiivisemmaksi  <i>”sen (kävelykepin) avulla sitten vois päästä turvallisesti ulos”</i>	Toiminnallinen harjoittelu viittaa potilaan aktiivisuuteen, MUTTA lähetekäytäntö, harjoittelu-aika, harjoittelun kertamäärät, tilat, arviointivälineet, käytäntöjen yhtenäisyys ohjaavat terapeuttilähtöiseen ja tilannesidonlaiseen käytäntöön  <i>”tunnin kerrallaan, niin loppujen lopuksi mikä se hyöty sille on”</i>	Potilaan motivaatio, omat tavoitteet ja oppimisen tukeminen viittaavat potilaan aktiivisuuteen, MUTTA käytetyt menetelmät ohjaavat terapeuttilähtöiseen käytäntöön  <i>”jos potilas ei kerta kaikkiaan oo yhteistyöhalunen”</i>

Taulukko 6. Haastatteluaineiston perusteella työn kohdetta ja välineitä kuvaavat käsitystyytit, sekä esimerkkejä välineisiin liittyneistä dilemmeista.

Vaikka molemmissa työn kohdetta kuvanneista käsitystyyteistä potilas nähdään aktiivisena, välineitä kuvanneista käsitystyyteistä välittyy niiden sisäisten ristiriitaisuuksien takaa käsitys terapeuttilähtöisistä välineistä.

Fysioterapeuttien työn nykytilan analyysiä pyrittiin vielä täydentämään muodostamalla haastatteluaineiston perusteella käsitystyytit kuvauksista, joissa käsiteltiin työn tekijää. Tekijänä pidettiin tässä tutkimuksessa fysioterapeuttia, jonka näkökulmasta aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaa tarkasteltiin. Fysioterapeutit kuvasivat käsityksiään itsestään työn tekijänä selkeimmin tarkastellessaan suhdettaan alkamassa olleeseen kehittämisprojektiin ja yleensä työhön. Fysioterapeuttien käsitykset työn tekijästä voitiin luokitella kahteen käsitystyyppiin.

### 1. Käsitystyyppi: Työn tekijä toimenpiteiden suorittajana.

Tähän käsitystyyppiin luokiteltiin ilmaisuja, joista välittyi pitäytyminen totutuissa toimintata-voissa, työn kehittämisen tarpeiden tai mahdollisuuksien epäily tai kieltäminen.

*Mutta sit kun niitä (avh-potilaita) tulee harvemmin, ni sitä herkästi menee siihen entiseen. Se on jotenkin ikävää, mutta se on totta, mie myönnän sen. (H3/98)*

*... et myö saatas myös tästä jotakin uutta, tietoa hemiplegiapotilaan kuntoutuk- sessa ja neurologisessa fysioterapiassa ja tämmösessä. ..., et ootan että saahaa sitte hyviä vinkkejä ja muuta semmosta. (H9/98)*

*Se tietysti tahtoo olla sit aina se aika ja se, ne rajotukset, et kuitenkin on noi tera- piat tehtävä ja nuo hommat. Et se on sitte jostain sit pois, jos kaikki ollaan yhtä aikaa (kehittämispalaverissa), et se on taas semmonen ikuisuuskyksymys. (H10/98)*

Uutta tietoa ja uusia ideoita työhön odotettiin ennemminkin oman yhteisön ulkopuolelta kuin oman kehittelyn tuotoksena syntyvinä. Jälkimmäinen esimerkki viittaa siihen, ettei terapian suunnittelua tai työn kehittämistä mielletty työntekijän rooliin sisältyväksi tai siihen ei ollut ta-pana varata aikaa. Osa fysioterapeuteista ei nähnyt kehittymisen tarpeita omassa osaamises- saan, osa ei uskonut niitä löytyvän ulkopuoleltakaan.

*...mutta tota ei niinkää sillai omassa työssä ajattelis, et mitään hirveen radikaalisti muuttasin tai olis jotain ongelmia, semmonen ikuinen aikapulahan varmaan mikä tera- peuteilla on (H1/98)*

*En mie nyt oikeen tiiä (oman osaamisen kehittämisestä), koska no, kyllähän totta kai to- siaan, kun niin pitkä aika siitä kun on valmistunut, niin ilman muuta sitäkin tarvii, mut- ta uusinta tietoo, mutta en mie nyt oikeen usko, että mitään hirveen ihmeellisiä hokkus- pockustempuja on olemassakaan. (H7/98)*

Jälkimmäisessäkin vastauksessa fysioterapeutin käsityksessä näkyy dilemma. Toisaalta hän arvioi, että tietojen päivittämistä tarvitaan, mutta ei toisaalta usko uuden tiedon vaikuttavan työhönsä.

### 2. Käsitystyyppi: Työn tekijä suunnittelijana ja kehittäjänä.

Tähän käsitystyyppiin luokiteltiin ilmaisut, joissa korostui fysioterapeutin rooli suunnitteli- jana ja omaa työtä jatkuvasti kehittävänä siinä ilmenevien tarpeiden suuntaisesti. Käsitys- tyyppiin sisältyi kuitenkin paljon dilemmoja, joista välittyi ideaalitalanteen ja arkikäytännön

ristiriitoja.

*Et kyl myö niinku porukassakin aika paljon, meil on semmosia asioita, mitä myö yhdessä mietitään ja ihmetellään...mie aina sanonkin, et mie heittäydyn taas hölmöksi, ja mie kysyn, et miten työ teette ku mie en ossaa. Että miusta se niinkun kyllä kehittää, et sitä pähkäillään.(H3/98)*

*Et kyl vähän jännittää (projektin alkaminen), että varmaan joutuu aika paljon itestään antamaan likoon, mutta toisaalta niin, mie oon aina ollu sitä mieltä kyllä, että se fysioterapeuttien työskentely verhojen takana ei niinku välttämättä oo hyvä asia, et ollaan niinku salassa.(H11/98)*

Käsitykset fysioterapian ammattikulttuurista välittyvät näissä esimerkeissä hyvinkin päinvastaisina, vaikka molemmissa näkyy samansuuntainen tavoite. Toisen ilmaisun perusteella oma yhteisö on avoin yhteiselle pohdinnalle ja jopa oman osaamattomuuden tunnustamiselle. Jälkimmäisessä ilmaisussa fysioterapian ammattikulttuuriin liitetään oman työn salaaminen muilta. Myös käsitykset oman yhteisön kehittämisvalmiuksista vaihtelivat eri yksiköissä.

*Meidän joukossa on niitä jotka haluaa kehittää, ja jotka haluaa vain tehdä rauhassa töitä. Tavallaan se yhteinen kehittäminen se kyllä ontuu aika pahasti... Et se on kyllä tosi työlästä.(H15/98)*

*Kyllä musta tuntuu, että me ollaan valmiita kaikki kehittämään, et kuitenkin myö ollaan tässä ... suht nuoria, ei ole monta vuotta tavallaan työkokemusta, että ei sillä lailla olla urauduttu...(H2/98)*

Jälkimmäisessä esimerkissä fysioterapeutti liitti kehittämisvalmiuden nuoruuteen ja päätteli, että urautuminen pitkän työkokemuksen myötä voisi olla kehittymisen este. Seuraavassa esimerkissä käsitys kehittämisvalmiuksista on myös myönteinen, vaikka perusteluista välittyy päinvastainen kuva nykykäytännöstä.

*Varmaan valmiudet on kohtalaisen hyvät, mutta sitä, mitä ihmettelee tässä tietysti ite, et meillä ... keskinäinen ajatusten vaihto ei oo kauheen runsasta. Elikkä mehän voitais enemmän keskenämme jo pohtia ja miettiä ja tule kattomaan miten mie teen ja mitä mieltä sie oisit tästä ja tämmöstä näin, niin miusta sitä on hirmu vähän, ihan tosi vähän. Et ... antosimpia hetkiä on ollu just opiskelijoitten kanssa miettimiset... Miks ei sellasta vois olla käytännön työelämäkin ? ... Sellasta ajatusten vaihtoa.(H4/98)*

Fysioterapeutin ilmaisu on ristiriitainen, mutta hän löytää kuitenkin opiskelijoiden ohjaustilanteista ituja toimintamalleiksi työntekijöidenkin kehittymiselle. Useilla fysioterapeuteilla

oli kuitenkin kokemuksia aikaisemmista kehittämishankkeista. Fysioterapeuttien käsityksissä työn kehittäminen nähtiin työstä irrallisena, ikään kuin ylimääräisenä lisätehtävänä, eikä niinkään luonnollisena osana työtä.

*Ja tykkäisin hirveesti, että työtä pystys jatkuvasti kehittämään, vaikkakin kaikenmaailman ylimääräiset projektit on raskaita työn ohessa, mut ne kuitenkin, niistä saa, saa semmosta uutta, mikä tuo sitte taas uusia ideoita ja vinkkejä ja jaksamistakin täällä työssä. (H9/98)*

*No kehittämisestä tietysti toivois sitä, niinku kaikessa muussaki tässä hirveessä auditoinnin mylläkässä, et se kehittäminen jäis elämään. Hirmu monta hyvää työtä tehdään ja vaiva nähdään ja sitten se ei jää eloon ... pitkälle on semmosia et tehhään joku, että näin toimitaan ja tehhään, ja tehhään siitä paperi ja se paperi pannaan mappiin. Sitten vuoden päästä huomataan, ett herran jestas, tämmönenki on tehty ja ollaankos myö toteutettukaan näin tätä ?. (H4/98)*

*...se on hyvä itellekin, kun opiskelija on siinä seuraamassa omaa terapiaa, siinä joutuu ite perustelevaan ... onhan se joskus raskasta, mutta kyllä siitä oppii kans. (H12/98)*

Tässäkin esimerkissä fysioterapeutti näki opiskelijan kanssa työskentelyn myös omana oppimistilanteenaan, joka edellytti oman työn perusteiden pohdintaa, mutta toisaalta osoittautui vaativaksi.

Nykytilan analyysin monipuolistamiseksi ja fysioterapeutin työn kehittämishaasteiden tunnistamiseksi oli mielekästä käyttää haastattelujen lisäksi myös terapiatilanteiden analyysiä kuvanauhoilta.

### 5.3 Fysioterapiatilanteet käsikirjoituksina

Fysioterapiatilanteita tarkasteltiin kuvanauhoilta käsikirjoituksina, joiden rakentumista arviointiin ensin kokonaisuutena. Kuvanauhoilta pyrittiin tiivistämään terapiatilanteiden yhteiset piirteet ja tavanomainen eteneminen kuvaamalla ns. tyypikäsikirjoitus.

Käsikirjoitus on vaiheittainen kuvaus siitä, miten tapahtumat etenevät alusta loppuun. Samalla käsikirjoitus määrittelee, millaisia rooleja osallistujien edellytetään edustavan ja mitä heidän odotetaan sanovan tai tekevän. (Engeström 1993)

Tarkempaan analyysiin poimittiin vain tilanteet, jotka tulkittiin poikkeamina tästä tyyppikä-sikirjoituksesta. Poikkeamat ilmenivät joko häiriöinä tai innovaatioina. Häiriöt ovat tahat-tomia poikkeamia käsikirjoituksesta ja ne johtavat usein siihen, että keskustelu palautetaan takaisin käsikirjoituksen mukaiseksi sivuuttamisella tai suostuttelulla. (Engeström 1993) Ihmisten välisen vuorovaikutuksen häiriöt ovat tavallisesti ymmärtämisvaikeuksia, torjunta- ja tai erimielisyyksiä. Tunnuksmerkkinä häiriöstä voi olla kieltosanan ”ei” ilmaantuminen keskusteluun tai levottomuutta ilmaisevina eleinä tai ilmeinä. (Engeström 1998)

Innovaatiot ovat joko tietoisia tai tiedostamattomia aloitteita ylittää käsikirjoituksen rajat jonkin uuden ratkaisun tuottamiseksi. Joskus toisen osapuolen innovaatio voi myös olla toi-selle osapuolelle häiriö. Toisaalta häiriöissä voi olla innovaation mahdollisuus, joten niitä ei ole aina mielekästä erottaa toisistaan. (Engeström 1998)

Terapiatilanteet noudattivat hyvin samankaltaista käsikirjoitusta riippumatta tutkimuksen kohdeyhteisöstä. Käsikirjoitus määritteli fysioterapeutin ja potilaan vakiintuneet roolit. Tera-piatilanteista löytyi myös yhteisiä piirteitä riippumatta siitä, oliko tilanteessa kyseessä akuut-tivaiheen terapia keskussairaalassa vai jo kuntoutumisessaan edistyneen potilaan terapia kuntoutuskeskuksessa, terveyskeskuksessa tai yrityksessä.

Tilanteet näyttivät jäsenyneen terapeuttilähtöisesti, jolloin potilas pääsääntöisesti toimi fysio-terapeutin ohjeiden mukaisesti. Fysioterapeutin rooli oli tilanteissa aktiivinen. Tilanteiden alussa fysioterapeutti järjesteli tilannetta ja välineitä, nimesi harjoittelua, ohjasi alkuasentoa, määräsi tehtävän, kysyi ja arvioi. Potilaan roolina oli noudattaa fysioterapeutin ohjeita ja vastata kysy-myksiin. Potilaan ei odotettu tekemän aloitteita tai ehdotuksia, vaan seuraavan fysioterapeutin ohjeistamaa tilanteen etenemistä.

Useissa tilanteissa fysioterapeutin ja potilaan näkemykset eivät näyttäneet kohtaavan, mikä ai-heutti häiriöitä käsikirjoituksessa. Seuraaviin taulukoihin 7. ja 8. on koottu esimerkkejä käsikir-joituksista ja niissä ilmenneistä poikkeamista, jotka olivat joko häiriöitä tai innovaatioita. Esi-merkeissä *toiminta on kursivoitu* erotuksena puheesta ja alleviivauksilla osoitetaan poikkeamat käsikirjoituksesta.

KÄSIKIRJOITUS	POIKKEAMAT
<p><b>Esimerkki 1.</b>  Ft: Tuntuuko siltä että vois irrottaa nyt, vois harjoitella näin, voisiko irrottaa tästä pöydältä näin ?  <i>Auttaa oik. ranteesta kiinni pitämällä käsien samanaikaista nostamista. Otatko vielä ?</i>  <u>P:Kokeillaanpas ilman jottei oo koko aikaa...</u>  Ft: <i>Irrottaa otteensa</i>  P: <i>Nostaa kädet ilman ohjausta ylös</i>  Ft: <u>Nyt meni vähän pieleen</u>  <i>Tarttuu kiinni potilaan ranteista</i>  <u>P: Menikö?</u>  Ft: Koko ajan rinta tässä (pöydän reunassa) kiinni, nostat vaan kädet, et selkää. <i>Käsi lavan päällä ohjaa</i>  Just ja alas. Vielä, hyvä, alas. Noin ja seis.(KN1/98)</p>	<p>Harjoittelu-tilanne, jossa potilas istuu pöydän ääressä ja fysioterapeutti ohjaa vieressä potilaalle yläraajojen harjoitetta.</p> <p>Potilas osoittaa haluavansa kokeilla harjoitusta itsenäisesti.  Potilas saa fysioterapeutilta <u>kielteisen palautteen</u>, mutta ei saa tilaa itsearvioinnille ja palautte näyttää jäävän epäselväksi.  Innovaatio:  Potilas tekee <u>aloitteen</u>  (fysioterapeutin toiminnalle häiriö).</p> <p>Häiriö:  Potilas ei näytä saavan tehtävästä ymmärrettävää palautetta.</p>
<p><b>Esimerkki 2.</b>  Ft: Siirräpäs jalkoja vähän, koukkuun polvea.  P: <i>Liikauttaa vasenta jalkaa vähän.</i>  Ft: vähän ... <i>(menee potilaan eteen ja painaa kädellä jalkaterien päältä)</i> Ja siirrä paino jaloille <i>(siirtyy taas potilaan taakse ohjaamaan käsillä)</i>  Ft: Teet hyvän ojennuksen selässä.  <u>Millon sä tämmöistä liikettä käytät?</u>  <u>P: Silloin kun mie jotain lattialta otan kamaa.</u>  Ft: Mm ja takaisin näin  P: <i>Oikaisee itsensä</i>  Ft: Minkälaisia muunlaisia tilanteita olis?  Ft: Mitä muita tilanteita, et sä olet tollasessa asennossa hetken ainakin ?  P: <i>ei vastaa</i>  Ft: Entäs sitten ihan tällainen että jatkuis tämä meidän liike tästä, elikkä ja nouset seisomaan <i>(ohjaa käsillä nousemaan)</i> näin  P: <i>Nousee seisomaan</i>  Ft: ja hyvä ojennus. (KN3/98)</p>	<p>Potilas istuu hoitopöydän laidalla jalkapohjat lattiassa ja fysioterapeutti ohjaa vuoroin potilaan etupuolelta ja vuoroin potilaan takaa.</p> <p>Häiriö:  Fysioterapeutin ajatus tehtävän arkikytkenästä ja potilaan mielikuva harjoituksesta eivät näytä kohtaavan.</p>

Taulukko 7. Esimerkit 1. ja 2. terapiatilanteiden käsikirjoituksissa ilmenneistä poikkeamista projektin alkuvaiheessa. (P= potilas, Ft= fysioterapeutti)



KÄSIKIRJOITUS	POIKKEAMA
<p><b>Esimerkki 3.</b>            Ft: Tehdään niin, että otat molemmilla käsillä kepin multa, samalla kun nouset seisomaan ja kun istut alas annat kepin miulle takas.            Nouse seisomaan ja kurkota keppiä, saat aloittaa.            P: <i>Nousee ylös tukien kädellä polvestaan.</i>            Ft: Voi ”Leena” seis            P: ”Leena”            Ft: <u>Älä työnnä tuolla kädelläsi sieltä polvesta vaan ota keppi.</u>            P: <i>Kurkottaa keppiä</i>            Ft: Nouse seisomaan samalla. Hyvä. Nyt kurkotat, istuudut. Hyvä. (KN4/98)</p>	<p>Potilas istuu hoitopöydän laidalla ja fysioterapeutti ohjaa hänen etupuolelleen.</p> <p>Häiriö:            Fysioterapeutin <u>ohje harjoituskepin käytöstä ei näytä vastaavan potilaan mielikuvaa seisomaan noususta.</u> Tehtävä näyttää ristiriitaiselta, sillä se suuntaa potilasta yläraajojen symmetriseen käyttöön eikä seisomaan nousuun, jota fysioterapeutti ohjaa.</p>
<p><b>Esimerkki 4.</b>            Ft: Sinä ossaat sen kääntyä            P: Ai, ai miten koskee            Ft: Lipsaha tuolle kyljelle            P: Enkä lipsaha            Ft: <u>Lipsaha vaan, mie oon tässä tukena</u>            P: <i>Yrittää kääntyä.</i> En pääse            Ft: <u>Ihan kuule oikeesti ponnistat</u>            P: Eikä kärsikään tuolla lonkalla            Ft: Kokeilepas ihan kerralla, se on...            P: <i>Yrittää</i>            Ft: Sie työnnät silleen jännästi            P: En, mie en nyt kivennä tuota lonkkaa.            (KN7/98)</p>	<p>Potilas makaa selinmakuulla hoitopöydällä. Fysioterapeutti ohjaa sivusta.</p> <p>Häiriö:            Fysioterapeutti <u>suostuttelee</u> potilasta kääntymään kyljelleen, mutta <u>potilas kieltäytyy</u>, eikä suostu kääntymään, koska lonkka on kivulias.            Fysioterapeutin käyttämä menetelmä ohjaa spastisuuden laukaisemiseen vartalon kierroilla, vaikka se näyttää aiheuttavan potilaalle lonkkakipua.</p>

Taulukko 8. Esimerkit 3. ja 4. terapatilanteiden käsikirjoituksissa ilmenneistä poikkeamista projektin alkuvaiheessa. (P= potilas, Ft= fysioterapeutti)

Häiriö näytti aiheutuvan usein siitä, että harjoitustehtävä ei tarjonnut potilaalle riittävää mielikuvaa tai palautetta siitä, mikä oli tehtävän tarkoitus tai mihin se liittyi. Kun terapatilanteita katsottiin fysioterapeuttien kanssa yhdessä, muut fysioterapeutit ymmärsivät helposti, mikä oli tilanteessa toimineen fysioterapeutin ajatus harjoituksen perusteesta ja tavoitteesta. Kun tilannetta ohjattiin tarkastelemaan potilaan saaman mielikuvan ja oppimisen näkökulmasta, alettiin vasta ymmärtää potilaan vaikeus hahmottaa esimerkiksi harjoituksen kytkentä johonkin mielekkääseen arkitoimintaan.

Samaa kuvanauha-aineistoa on käytetty myös tutkittaessa tarkemmin terapeutin ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin diskurssianalyysiä. Fysioterapeutin diskurssit otsikoitiin ”liikkeiden mallintaminen” ja ”harjoittelun tavoitteet ja perusteet”. Potilaan diskurssiksi muodostui ”mahdollisuus saada huomiota” ja ”yritys tulla ymmärretyksi”. (Talviti & Reunanen 2002) Kun terapatilanteita tarkasteltiin analysoimalla käsikirjoituksissa ilmenneitä häiriöitä, löytyi aineistosta samoja ilmiöitä. Häiriöanalyysissä terapeutin toiminnan ja

potilaan ymmärryksen kohtaamattomuus oli yleistä. Innovaatiot olivat puolestaan usein potilaan aloitteita, jotka jäivät tilanteissa huomiotta, ja saattoivat näyttäytyä fysioterapeutin näkökulmasta häiriöinä.

Kuvanauhoilla nähtiin myös fysioterapeutin innovaatioita, jotka poikkesivat työyhteisön käytännöistä, eivätkä saavuttaneet yleistä hyväksyntää. Vasta muutosintervention kuluessa nämä innovaatiot alkoivat vähitellen levitä yleiseen käyttöön, kun niiden perusteita tarkennettiin. Esimerkkinä tällaisista innovaatioista olivat fysioterapeutin käyttämät visuaaliset vihjeet pyritessä rakentamaan potilaalle mielekkäämpiä tehtäviä.

Kuvanauhojen analyysiä tehtiin useassa vaiheessa. Perinteisestä etnografiasta kehittävän työntutkimuksen käyttämä etnografia eroaa siinä, että tässä lähtökohtana on moniäänisyys. Se edellyttää tutkijoiden ja tutkittavien näkökulmien saattamista esille ja dialogiin keskenään. Näin ollen etnografinen kuvaus työtoiminnasta vasta pohjustaa varsinaista analyysiä. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa tutkijan alustavaa analyysiä jatkettiin osana muutosinterventiota.

#### 5.4 Fysioterapeuttien työn ristiriidat

Fysioterapeuttien työn ristiriidat todennettiin fysioterapeuttien kanssa yhteisessä analyysissä. Yhteinen työn analyysi toteutui osana muutosinterventioon sisältyneenä koulutusta. Konkreettisenä havaintoaineistona analyysissä käytettiin fysioterapeuttien teemahaastattelujen alustavaa analyysiä ja kuvanauhoilta poimittuja näytteitä terapiatilanteiden häiriöistä. Fysioterapeutit ja kaantuivat aluksi kolmeen pienryhmään, joissa oli fysioterapeutteja eri kohdeyhteisöistä.

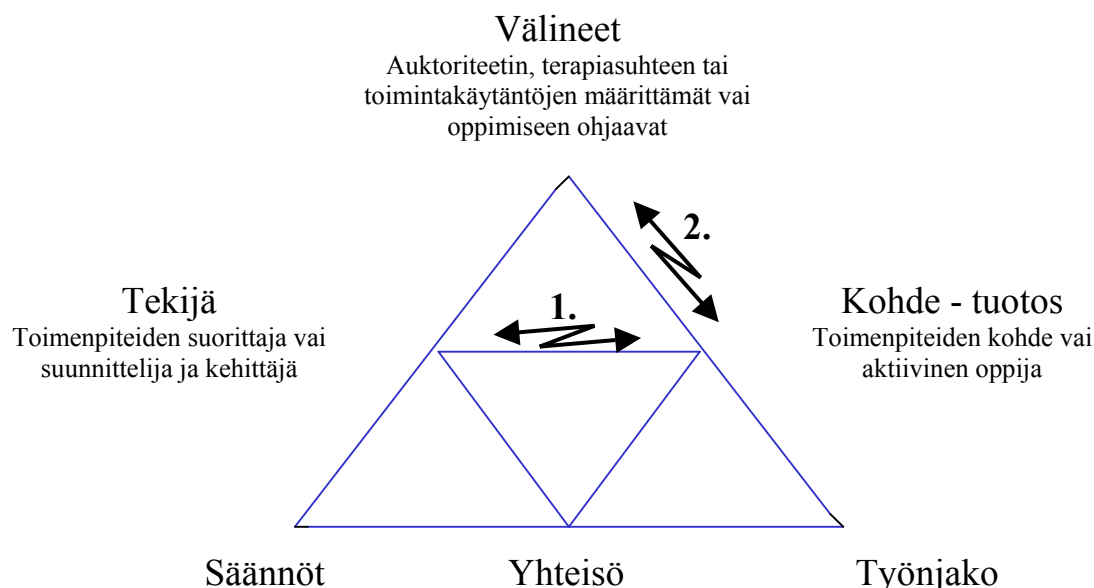
Kuvanauhojen ja niiden alustavan sisällönanalyysin käsittely yhdessä fysioterapeuttien kanssa varmisti analyysin moniäänisyyttä. Työntekijöille asetettiin myös tehtäviä työn analysoimiseksi, ja heitä ohjattiin käyttämään käsitteellisiä välineitä näiden tehtävien suorittamiseksi. Yhtenä käsitteellisenä välineenä käytettiin toimintajärjestelmän rakennemallia. Yhteisellä käsittelyllä voitiin myös välttää tulkintojen irrottaminen alkuperäisestä kontekstistaan. Alkuperäisen kontekstin kunnioittamista pidetään yhtenä etnografian onnistumisen edellytyksenä (Syrjälä ym.1996).

Haastattelujen perusteella fysioterapeuttien käsityksiä omasta työstään sävytti ensilukemalta hyvin myönteisesti väritynyt kuva terapeutista, mutta tarkemmassa analyysissä käsitysten

sisäiset ristiriitaisuudet paljastuivat. Ristiriitaisuuksia löytyi myös yhteisessä analyysissä, kun teemahaastattelujen perusteella syntynyttä alustavaa käsitystä fysioterapeuttien ajattelutavoista verrattiin kuvanauhoilla nähtyyn terapiaan ja fysioterapeuttien toimintatapaan. Yhteisessä analyysissä kysyttiin: 1) Miten terapiatilanteet vastaavat käsityksiä työn kohteesta ja työn välineistä, ja 2) voidaanko käytetyillä välineillä vastata työn kohteena käsitetyn aktiivisen potilaan tarpeisiin? Analyysin syventäminen edellytti fysioterapeuteilta myös perehtymistä uusimpiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapian perusteista, sekä nykytilan tarkastelua suhteessa historiallisen analyysin tuottamiin jännitteisiin.

Paikallishistoriallisen aineiston perusteella todettiin fysioterapian kohteen muutoksessa yhteisenä kehityssuuntana potilaan näkeminen yhä aktiivisemmassa roolissa ja nopeasti kotiin tai toiseen hoitopaikkaan siirtyvänä, mahdollisimman itsenäisesti selviävänä ihmisenä. Haastatteluaineiston perusteella käsitystyyppi, jossa työn kohteena kuvattiin yhteiskunnan aktiivinen jäsen, vastasi historiallisen analyysin tulosta. Toisessakin käsitystyyppissä työn kohteena käsitettiin aktiivinen ihminen, mutta käsitys terapiatilanteessa toimivasta ihmisestä rajautui tilannesidonnaisesti.

Näytti siltä, että kuvanauhoilla nähdyissä terapiatilanteissa todentuivat ne työn välineitä kuvanneet käsitykset, joissa korostui terapeuttilähtöisyys ja tilannesidonnaisuus. Sen sijaan käsitykset potilaan aktiivisuutta ja oppimista tukevista toimintakäytännöistä tai terapiasuhteen rakentamisesta eivät todentuneet kuvanauha-aineiston analyysissä. Esimerkiksi haastatteluaineistossa fysioterapeutit kuvasivat työnsä kohteena aktiivisen potilaan, jonka omat tavoitteet ohjaavat terapiaa. Kuvanauhoidetuissa terapiatilanteissa potilaan omaa päätöksentekoa, suunnittelua, arviointia tai ongelmanratkaisua ei nähty. Tämä fysioterapeuttien ajattelutapojen ja toimintamallien ristiriitaisuuden tunnistaminen oli ratkaisevaa työn kehittämisen käynnistymiseksi. Nykytilan analyysissä todennettiin fysioterapeuttien työkäytännön ristiriidat, jotka havainnollistetaan kuviossa 4.



Kuvio 4. Fysioterapeuttien työssä todennetut tekijän, kohteen ja välineiden väliset ristiriidat.

1. ristiriita (tekijä-kohde): Onko terapia terapeutti- vai asiakaslähtöistä? Potilas nähtiin toimenpiteiden kohteena, eikä aktiivisena oppijana. Potilas ei osallistunut tavoitteiden asettamiseen, ongelmaratkaisuun tai oman edistymisen arviointiin suhteessa omaan ympäristöönsä. Terapia oli terapeuttilähtöistä, jossa fysioterapeutti järjesteli tilannetta ja toimi aktiivisena potilaan puolesta.

2. ristiriita (kohde-välineet): Ohjaako välineiden valintaa auktoriteetti, terapiasuhte, toimintakäytännöt vai potilaan oppiminen? Menetelmien valinnan perusteet olivat tilannesidonnaisia ja lähtökohtana oli terapeuttin käsittely. Ohjausmenetelmät eivät mahdollistaneet potilaan oppimista tai monipuolista harjoittelua. Fysioterapeuteilla ei ollut käytössään potilaan oppimista ja terapian suunnittelua tukevia arviointivälineitä eikä itsenäisen harjoittelun tiloja tai välineitä.

Tässä raportissa kuvatut kaksi työn ristiriitaa ilmentävät toisen asteen ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä. Työn kohde on työn kehittyessä vähitellen muuttunut aktiivisemmaksi, mutta työn välineet ja työn tekijän rooli ovat pyrkineet säilymään ennallaan, mikä on kärjistänyt ristiriidat.

## 6 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN KEHITTÄMINEN

Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa yleensä syklin kolmas ja neljäs vaihe käsittävät työn uuden toimintamallin suunnittelua ja käyttöön ottoa (Engeström 1998). Tässä luvussa esitellään fysioterapeuttien työn muutoksen käynnistymistä tarkastelemalla ensin työn tavoitellun lähikehityksen hahmottelua ja sitä tukenut muutosintervention toteutuminen. Sen jälkeen esitellään uusi toimintamalli ja sen käyttöön ottamisen tapoja tutkimuksen kohdeyhteisöissä.

Fysioterapeuttien työn kehittymistä tuettiin muutosinterventiolla, joka sisälsi fysioterapeuttien tarpeiden mukaisia koulutustilaisuuksia keväästä 1998 vuoden 2001 loppuun asti (liitteet 3. ja 4.). Tässä luvussa esitellään fysioterapeuttien työn muutoksen käynnistymistä tarkastelemalla ensin työn tavoitellun lähikehityksen hahmottelua. Sen jälkeen esitellään uusi toimintamalli ja terapiakäytännön kehittämisen konkreettisia vaiheita eri työyksiköissä. Lopuksi esitellään työn kehittämistä tukenut muutosinterventio.

### 6.1 Työn lähikehityksen hahmottuminen

Työn historiallisen ja nykytilan analyysin kuluessa, kun työn ristiriidat alettiin tunnistaa, alkoi hahmottua uudenlainen näkemys fysioterapeutin työn kohteesta. Jos kuntoutuja nähtäisiin oppijana, se edellyttäisi ensinnäkin fysioterapeuteilta toisistaan poikkeavaa roolia palvelujärjestelmän eri tasoilla ja eri kohdeyhteisöissä. Toiseksi kuntoutujan rooli oppijana ja oppimisprosessin saumaton tukeminen ei yhteisöissä edellyttäisi uusien, yhteisten välineiden kehittelyä sekä toimintakyvyn arviointiin että harjoitteluun. Soveltuvista välineistä, tiloista tai ohjauskäytännöistä ei löytynyt valmiita esimerkkejä tai malleja, mutta muutosintervention kuluessa kehiteltiin sekä omia ideoita että hyödynnettiin uusinta tutkimustietoa. Lähikehityksen hahmottelua tehtiin fysioterapeuttien kanssa yhdessä keväällä 1999 osana muutosinterventiota. Lähikehityksen avulla haettiin kehittämistyölle suuntaa.

*Keskussairaalaan* haluttiin varustaa tila aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakykymittauksia varten. Tavoitteeksi asetettiin, että fysioterapeutti tekee mahdollisimman pian potilaan sairastuttua toimintakykymittauksen, joka edesauttaisi oppimisprosessin käynnistymistä ja ohjaisi terapian suunnittelua. Vuodeosastolle alettiin suunnitella yhden potilashuoneen

varustamista soveltuvaksi myös omatoimisiin harjoituksiin. Potilaan ja omaisten kriisitilanteen tukeminen ja erityisesti oppimisprosessin käynnistymisen ohjaus nähtiin fysioterapeutin keskeisenä roolina keskussairaalamuokassa.

*Kuntoutuskeskuksessa* fysioterapeutin roolina nähtiin potilaan oppimisprosessin ohjauksen jatkaminen keskussairaalamuokassa tehdyn toimintakykyarvion ja siellä käynnistyneen harjoittelun pohjalta. Fysioterapeutin tehtävänä olisi ohjelmoida ja mahdollistaa harjoittelu kuntoutusjakson aikana potilaan tavoitteiden mukaisesti yhdessä hoitotyön- ja erityistyöntekijöiden kanssa. Tärkeänä pidettiin, että harjoittelua ohjataan nousujohteisesti vaikeutuvaksi ja kuormittavaksi päivittämällä ohjelmaa suunnitelmallisesti.

Uusina välineinä suunniteltiin otettavaksi käyttöön omatoimisen ja turvallisen itsenäisen harjoittelun tiloja ja välineitä. Tarkoituksena oli myös varmistaa, että potilas oppii hyödyntämään oman edistymisensä seurannan ja arvioinnin välineistöä mm. harjoittelupäiväkirjoja sekä lihasvoima- ja kestävyysharjoittelua. Harjoittelua oli tarkoitus integroida kuntoutuskeskuksen muuhun toimintaan ja ryhmiin. Omaisten ohjauksessa oli pyrkimys siirtää painotusta systemaattisemmin potilaan oppimisen ja itsenäisen harjoittelun tukemiseen. Itsenäisen harjoittelun määrää pyrittiin maksimoimaan.

Potilaan omatoimista harjoittelua pyrittiin tukemaan ja ohjaamaan potilasta sen suunnittelussa niin, että hän voi läheistensä ja/tai terveyskeskuksen tuella jatkaa ja arvioida harjoitteluun harjoituspäiväkirjan avulla kuntoutusjakson jälkeen kotona. Kuntoutuskeskuksen fysioterapeutin tulisi vastata potilaansa fysioterapian jatkuvuuden järjestämisestä ja tiedonsiirrosta sovitussa palveluverkostossa.

*Terveyskeskuksessa* fysioterapeuteilla oli perinteisesti hyvä asiakkaidensa asuin- ja elinympäristön sekä lähiverkoston tuntemus. Fysioterapeutilla olisi tältä pohjalta luonteva rooli aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kotona selviytymisen tukijana. Uudeksi tukimuodoksi oli tavoitteena järjestää kotona asuville mahdollisuus osallistua harjoitusryhmiin ja käydä päivittämässä kotiharjoitusohjelmia terveyskeskuksessa polikliinisesti. Harjoitusryhmien suunnitelmallisen toteutuksen kehittäminen edellyttäisi toimintakykymittauksiin perustuvaa tavoitteellisuutta, harjoittelun kuormittavuuden ja vaikeusasteen nousujohteisuutta sekä systemaattista seuranta.

Fysioterapeutin kotikäynneillä kuntoutujan kotiutuessa ja suunnitelmallisesti sen jälkeenkin olisi tuettava kotona selviytymistä. Kotona asuvan kuntoutujan kotona selviytymistä fysioterapeutin olisi tuettava myös tiedottamalla ja ohjaamalla häntä yhdistystoiminnan pariin sekä alueen erityisryhmiin ja liikunta- tms. palveluihin.

Terveyskeskuksen vuodeosastoille oli tavoitteena varustaa potilashuoneita ja muuta harjoitusympäristöä mahdollistamaan omatoimista harjoittelua. Päivä- ja viikko-ohjelman suunnittelua oli tarkoitus tiivistää määrätietoisesti potilaan omatoimisuutta tukeväksi yhteistyössä osaston henkilökunnan ja omaisten tai muiden läheisten kanssa. Terapian kehittämisen pohjaksi tiivistettiin kuvaukset tavoiteltavasta tilanteesta fysioterapeutin työn, työn kohteen ja välineiden näkökulmista terveydenhuollon palvelujärjestelmän eri yksiköissä. Tavoiteltava lähikehitys tutkimuksen kohdeyhteisöissä on kuvattu taulukossa 9.

	<b>KESKUSSAIRAALA</b>	<b>KUNTOUTUSKESKUS</b>	<b>TERVEYSKESKUS</b>
<b>TYÖN KOHDE -TULOS</b>	Potilas ja omaiset suuntautuvat toimintojen uudelleen oppimiseen ja tavoitteelliseen harjoitteluun.	Kuntoutuja on aktiivinen oppija, joka harjoittelee koko ajan yhä itsenäisemmin.	Kotona asuva asiakas hakee tietoa ja palveluita selviytyäkseen kotona, ja kytkee harjoittelunsa osaksi elämäänsä. Vuodeosastopotilas oppii mahdollisimman omatoimiseksi.
<b>VÄLINEET</b>	Toimintakykymittaukseen ja aktiiviseen harjoitteluun varustetaan tilat ja välineet. Vuodeosastolle aktiivista kuntoutumista tukeva huone. Ohjausmenetelmiä kehitetään.	Toimintakykymittaukseen ja aktiiviseen, omatoimiseen harjoitteluun varustetaan tilat ja välineet. Ohjauksen ja edistymisen seurannan menetelmiä kehitetään.	Yksi vuodeosaston huone keskitetään avh-potilaiden käyttöön. Aktivoivat poliklinikkaryhmät ja mittaus-tilan varustaminen. Ohjausmenetelmiä kehitetään ja edistymisen seurannan välineitä hyödynnetään.
<b>TEKIJÄ</b>	Fysioterapeutti arvioi, toimii kriisitukihenkilönä, ohjaa oppimisprosessin käynnistymistä.	Fysioterapeutti suunnittelee, tekee väliarviointia, ohjaa kuntoutujaa ja omaisia oppimisprosessissa eteenpäin.	Fysioterapeutti ohjaa käyttämään palveluja, tukee kotona selviytymistä, ohjaa rakentamaan osastolle mahdollisuuksia omatoimisuuteen.

Taulukko 9. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian tavoiteltava lähikehitys tutkimuksen kohdeyhteisöissä.

Fysioterapeuttien työn analyysivaihetta, työn ristiriitojen tunnistamista ja lähikehityksen vyöhykkeen hahmottelua tuettiin muutosinterventiolla vuosien 1998 ja 1999 kuluessa. Muutosintervention toteutumista on kuvattu tarkemmin liitteessä 3., jossa esitellään koulutuksen

vaihe, järjestämistapa ja koulutusteemat sekä konkreettiset toimenpiteet tutkimuksen kohdeyhteisöissä.

## 6.2 Uuden toimintamallin kuvaus ja käyttöön otto

Syksyn 1999 alusta lähtien työyhteisöissä alettiin määrätietoisesti pyrkiä kohti tavoiteltavaa lähikehitystä ottamalla kokeiluun uusia, perinteisestä fysioterapiasta poikkeavia terapiakäytäntöjä ja harjoittelemalla aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakykymittarin (Pyöriä ym. 2001, Pyöriä ym. 2002, Talvitie ym. 1996) käyttöä. Fysioterapeutit suunnittelivat ja pyrkivät järjestämään omiin työyksiköihinsä tiloja toimintakykymittauksiin ja omatoimiseen harjoitteluun. Erilaisia harjoitusvälineitä sekä systemaattisen arvioinnin ja edistymisen seurannan välineitä hankittiin, rakennettiin ja otettiin käyttöön. Ohjausmenetelmiä muutettiin ja ryhmätoimintoja uudistettiin. Oman työn ajankäyttöä kehitettiin ja uusia ratkaisuja niissä kokeiltiin. Yhteistyötä vuodeosastojen kanssa pyrittiin tiivistämään. Uuden toimintamallin käyttöön ottamista ja kokeiluja tuettiin muutosinterventioon sisältyneellä koulutuksella, jossa hyödynnettiin myös uusinta kansainvälistä tutkimustietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittämiseksi.

Uusi toimintamalli nimettiin aktivoivaksi terapiaksi, jota konkretisoitiin kuvaamalla aktivoivan terapian periaatteita, sisältöä ja toteutustapoja sekä osoittamalla aktivoivan terapian ja perinteisen terapian erot (Talvitie ym.2001).

### Aktivoivan terapian lähestymistapa

Keskeistä aktivoivassa lähestymistavassa on potilaan tietoinen ja konkreettinen osallistuminen harjoittelunsa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Näin ollen kognitiiviset tekijät otetaan huomioon sekä tehtävien suunnittelussa että harjoittelun organisoimisessa, ohjauksessa ja arvioinnissa. Kuntoutujan omaa ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa tehtävissä tuetaan. Tehtävät suunnitellaan niin, että ne ovat potilaalle mielekkäitä ja tuottavat palautteen potilaan suorituksesta myös ilman terapeutin läsnäoloa. (mm. Lehto ym. 2001, Marley ym. 2000, Wishart ym. 2000) Esimerkiksi tällaisesta palautteesta on kävelyn harjoittelu tehtäväradalla, jossa potilas saa konkreettisen palautteen selviytymisestään erilaisista esteistä. (Ada ym. 1990) Harjoitusohjelman laatimisessa käytetään jo tutkittuun tietoon perustuvia harjoitusmuotoja (esim. Kwakkel ym.1999), jotka eivät perinteisessä terapiassa vielä ole yleisessä



käytössä. Näitä harjoituksia sovelletaan yksilöllisesti, sillä kunkin potilaan sen hetkinen sairauden vaikeusaste, kognitiiviset tekijät ja motivaatiotekijät ratkaisevat, mikä harjoittelumuoto soveltuu käytettäväksi. (Talvitie ym. 2001)

### Terapian suunnittelu

Aktivoiva ja omatoimisuutta tukeva terapia perustuu aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyvyn systemaattiseen mittaamiseen, ja sen pohjalta tietoisesti suunniteltuun harjoitusohjelmaan. Mittaaminen mahdollistaa myös potilaalle oppimisprosessin käynnistymisen, jolloin hän voi tietoisesti suunnitella kuntoutumisensa tavoitteita ja terapian sisältöä omasta elämäntilanteestaan käsin. Tavoitteiden asettaminen edellyttää, että potilas on itse tietoinen omasta tilanteestaan, esimerkiksi fyysisistä ja kognitiivisista voimavaroistaan suhteessa elinolosuhteisiinsa ja sosiaaliseen tilanteeseensa. Useissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että kuntoutujat eivät osallistu terapiaa tai hoitoa koskevaan päätöksentekoon, vaikka sitä haluaisivatkin. Selvää näyttöä on siitä, että päätöksentekoon ja tavoitteiden asettamiseen osallistuminen edesauttaa kuntoutumista. (Payton ym. 1998) Potilaan aktiivisempi rooli terapiassa mahdollistuu, jos potilas voi itse tuoda esille omat tavoitteensa. Reidin ja Chessonin (1998) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden ja fysioterapeuttien asettamat tavoitteet eivät kohdanneet.

### Harjoittelutavat

**Asennonhallinnan ja tasapainon harjoittelussa** kuntoutumisen alkuvaiheessa korostuvat potilaan siirtymisen ja asennonhallinnan laadulliset tekijät. Esimerkiksi asennon symmetriaa harjoitetaan niin, että potilas saa jatkuvasti palautetta harjoittelustaan peilien, vaakojen, valokuvien, videokuvan, harjoituspäiväkirjojen, piirrosten ja graafien tai lattialle asetettujen askelmerkkien, jne. avulla muodostaakseen mielikuvan omasta suorituksestaan. Näin ollen potilas on alusta alkaen tietoinen harjoittelun merkityksestä, ja hän voi itse sekä suunnitella että arvioida suoritustaan. (Ada ym. 1990)

Asennon hallinnan eri elementtejä harjoitellaan esimerkiksi reaktiolaudan avulla. Reaktiolauta on projektin kuluessa tuoteistettu harjoitusväline, jonka avulla potilas harjoittelee joko seisten tai istuen laudan päälle syttyvien valojen sammuttamista käsillä tai jaloilla mahdollisimman nopeasti. Lauta rekisteröi suorituksesta reaktioajan ja tuottaa palautteen ohjelmoinnin perusteella valo- ja/tai äänimerkillä. (Bailey & Riddoch 1999) Reaktiolauta otettiin käyttöön ensin keskussairaalassa ja myöhemmin kuntoutuskeskuksessa.

Asennon hallintaa harjoitellaan myös voimalevyn avulla, jossa potilas saa visuaalista palautetta asennon hallinnasta ja sen kehittymisestä (Nichols 1997). Seisoma-asennon hallintaa harjoitellaan myös tukivaljaiden avulla, joissa potilas voi harjoitella turvallisesti seisoma-asennon hallintaa (Hesse ym. 1994). Valjaat hankittiin sekä keskussairaalaan että kuntoutuskeskukseen. Seuraavassa vaiheessa potilas ohjataan ilman valjaita etsimään ja osoittamaan visuaalisia vihjeitä eri puolilta huonetta, jolloin hän joutuu harjoittelemaan painopisteensä hallintaa tukipinnan päällä. Tasapainoharjoittelua vaikeutetaan siirtymällä tehtäviin, jotka edellyttävät painopisteen suurempaa siirtymää: kurkottaminen, esineiden ottaminen erikorkuisilta hyllyiltä, jne. Potilaalle havainnollistuu oman asennon symmetria ja tehtävän edellyttämä painonsiirto esimerkiksi peilin ja jalkojen alle sijoitettujen henkilövaakojen avulla. Näin ollen hän saa lähtökohdan omalle harjoittelulleen ja voi muodostaa sille omat tavoitteet suhteessa omaan elinpiiriinsä. Tasapainon kehittyessä harjoittelussa käytetään lisäksi erikorkuisia istuimia ja porrasaskelmia, step-lautoja ja kävelyä erilaisilla alustoilla, kävelyradoilla ja maastossa.

Harjoittelutapoina käytetään **tehtäväkeskeisiä harjoitteita**. Tutkimusten mukaan intensiivisellä ja tehtäväkeskeisellä harjoittelulla saavutetaan todennäköisimmin parhaat terapeuttiset tulokset (Dean ym. 2000, Kwakkel ym. 1999). Oppimisen kannalta riittävän intensiivinen harjoittelu mahdollistuu parhaiten, kun harjoittelu on potilaalle mielekäästä. Tämä edellyttää, että potilaat osallistuvat tehtävien rakentamiseen omien tavoitteidensa mukaisesti ja liittyvät harjoitukset päivittäisiin toimiin tai omiin harrastuksiin. Tehtävien mielekkyys lisää harjoittelun määrää sekä siirtovaikutusta (Dean & Shepherd 1997). Tehtäväkeskeisyys varmistaa, että kuntoutuja on itse tietoinen osallistuja, joka suunnittelee, toimii ja voi myös itse arvioida toimintaansa (Ada ym.1990, Dean & Shepherd 1997).

**Voimaharjoittelussa** jatketaan asennon hallinnan ja tasapainon harjoittelussa käytettyjä menetelmiä nousujohteisesti lisäämällä kuormitusta esimerkiksi harjoittelemalla korkeammalla step-laudalla ja käyttämällä painomansetteja. Nousujohteisella harjoitusohjelmalla pyritään luomaan pohja potilaan omatoimisuutta tukevalle itsenäiselle harjoittelulle. Lisäksi käytetään lääkinnällisen harjoitteluterapian (LHT) laitteita. Harjoittelun seurannassa käytetään toistojen lukumäärää RM-periaatteen (repetition maximum) mukaisesti sekä harjoituspäiväkirjaa. Perinteisessä terapiassa on vältetty voima- ja kestävyysharjoittelua, jonka

nykyisin tiedetään kuitenkin soveltuvan myös aivoverenkiertohäiriöpotilaille (Potempa ym. 1996, Sharp & Brower 1997).

**Kestävyysharjoittelussa** voidaan myös jatkaa tasapainon harjoittelussa käytettyjä menetelmiä lisäämällä nousujohteisesti harjoitteluaikaa ja lisäämällä intensiteettiä aerobisella tasolla, jolloin sydän- ja verenkiertoelimistö kuormittuu. Harjoittelussa käytetään juoksumattoa, polku- ja käsiergometriä, kävelyä eri muodoissaan (maastossa, kävelysauvoilla, juoksumatolla) ja soutulaitetta. Seurannassa käytetään syke- ja askelmittaria, kelloa, kävelymatkan mittaamista ja RPE (rating of perceived exertion)-asteikkoa sekä harjoituspäiväkirjaa. Potilaita ohjataan osallistumaan myös tarjolla olevaan ryhmäliikuntaan.

#### Ohjaustavat

Potilaan ohjaustavat suunnitellaan yksilöllisesti, esimerkiksi visuaalista ohjausta käytetään erityisesti silloin kun potilas ei ymmärrä verbaalista ohjetta (Talvitie 1996). Periaatteena on pyrkimys potilaan mahdollisimman itsenäiseen ja intensiiviseen harjoitteluun kontrolloidun terapian lisäksi. Perinteisessä terapiassa terapeutti yleensä käsin ohjaa oikean suorituksen, jolloin potilas on riippuvainen terapeutin antamasta palautteesta ja harjoittelumäärä jää vähäiseksi. Kun kuntoutumisen lähtökohtana on käsitys aivojen muotoutuvuudesta ja hermoverkon uudelleen järjestäytymisestä, on arkipäiväistenkin taitojen uudelleen oppimisen edellytyksenä näiden toimintojen aktiivinen harjoittelu ja toiminnoista saatu ohjaava palaute. (Virsu 1992, Gillen & Burkhard 1998, Lowrie 1998) Erityisesti visuaalinen palaute on merkityksellinen tilanteissa, joissa aivoverenkiertohäiriöön liittyy tuntepuutoksia, tai sanallisten ohjeiden ymmärtäminen on vaikeata. (Ada ym. 1990)

#### Harjoitusympäristö

Nousujohteinen harjoittelu sekä tasapainon, voiman että kestävyuden näkökulmasta edellyttää tietoisesti valittua harjoitusympäristöä ja harjoitusympäristön muokkaamista niin, että ympäristö on jatkuvasti potilaan taitoja vastaava. Ympäristön visuaaliset vihjeet lisäksi tukevat potilaan omatoimisuutta helpottamalla tehtävän mukaisen mielikuvan syntymistä (Ada ym. 1990, Bailey & Riddoch 1999). Aktivoivan terapian ja perinteisen terapian vertailu on tiivistetty taulukkoon 10.

	<b>AKTIVOIVA TERAPIA</b>	<b>PERINTEINEN TERAPIA</b>
<b>Lähestymistapa</b>	Kuntoutujan oma päätöksenteko ja osallistuminen ongelmanratkaisuun, kuntoutujan osallistumista tukeva terapia	Terapeuttikeskeinen terapia, jossa terapeutti päättää tavoitteet ja toimintatavat
<b>Terapian suunnittelu</b>	Toimintakyvyn systemaattinen arviointi ja seuranta <u>suunnitellaan</u> : - eri kuntoutusvaiheisiin soveltuva nousujohteinen harjoittelu <u>seurataan</u> : - testien avulla terapian toteutumista - harjoituspäiväkirjojen avulla kuntoutuja toteuttaa itsearviointia	
<b>Harjoittelutavat</b>	Tehtäväkeskeinen harjoittelu - kestävyysharjoittelu - asennonhallinnan ja tasapainon harjoittelu - toiminnalliset harjoitteet	Liikkeiden oikea suoritus - asennonmuutosten ja tasapainon harjoittaminen - raajojen ja vartalon liikkeiden harjoitukset - liikkumisen harjoitukset
<b>Ohjaustavat</b>	Kognitiivisen ja motorisen oppimisen aikaansaaminen sanallisen, visuaalisen ja manuaalisen ohjauksen avulla. Eri ohjaustapojen suunnitelmallinen käyttö.	Terapia perustuu pääasiallisesti manuaaliseen käsittelyyn: epänormaalien liikemallien ja lihastonuksen kohoamisen estäminen ja tonuksen vähentäminen
<b>Harjoitteluympäristö</b>	Kuntoutujan aktiivisuutta ja omatoimisuutta tukevat harjoitusvälineet ja vaihteleva ympäristö	Fysioterapeutin ohjauksessa tapahtuva terapiovälineiden käyttö.

Taulukko 10. Aktivoivan terapian ja perinteisen terapian vertailu (Talvitie ym. 2001).

Uuden toimintamallin käyttöön ottoa tuettiin muutosinterventiolla, jonka toteutumista vuosien 2000 ja 2001 kuluessa on esitelty liitteessä 4. Siinä on esitelty koulutuksen ajankohta, koulutuksen järjestämistapa ja koulutusteemat sekä konkreettisesti tapahtuneet kehittämistoimet, mm. uusien välineiden hankinta ja käyttöön otto tutkimuksen kohdeyhteisöissä.

Muutosinterventioon sisältyi lukuisa määrä erilaisia koulutustilaisuuksia, joista suurin osa toteutui tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien ja projektin tutkijan tai tutkijoiden kehittämiskeskustelujen muodossa. Lähtökohtana pidettiin dialogisuutta, jossa tutkijat ohjaavat fysioterapeutteja oman työnsä analysoimisessa ja kehittämisessä, mutta eivät tuo valmiita ratkaisuja. Dialogisuuden tavoittamisessa lähtökohtana pidetään sitä, että ryhmä ihmisiä suhtautuu toisiinsa kollegoina. Sen toteutuminen mahdollistaa riittävän turvallisuuden tunteen avautua vuorovaikutukseen ja riskienkin kohtaamiseen. (Laitinen 1996)

## 7 FYSIOTERAPEUTTIIEN TYÖN MUUTOS

Fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatavoissa tapahtuneita muutoksia suhteessa työn kohteeseen ja työn välineisiin analysoitiin kehittämissyklin viidennessä vaiheessa. Aineistona käytettiin muutosintervention loppuvaiheessa toistettuja fysioterapeuttien teemahaastatteluja ja terapiatilanteiden kuvanauhoituksia sekä kohdeyhteisöissä muutosintervention kuluessa tapahtuneita konkreettisia kehittämistoimenpiteitä, joita on kuvattu liitteissä 3. ja 4.

Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa uuden toimintatavan arvioinnilla on nähty kolme päätehtävää. Ensinnäkin arvioidaan uuden toimintatavan konkreetteja vaikutuksia eli tarkastellaan, miten aiempia työn ristiriitoja voitiin ratkaista. Toisena arviointikohteena on tavoitellun lähikehityksen saavuttaminen ja kolmantena itse kehittämisprosessi. (Engeström 1998) Aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapiassa fysioterapeutin työn kohteen ja työn välineiden näkökulmasta tapahtuneita muutoksia arvioitiin näistä kolmesta näkökulmasta.

### 7.1 Työn ristiriitojen ratkaiseminen

Työssä tapahtuneiden laadullisten muutosten arvioimiseksi fysioterapeuttien ajattelu- ja toimintatapoja konkreettisesti vertailtiin projektin alkutilanteen ja lopputilanteen aineistojen perusteella. Lopputilanteen haastatteluaineistosta muodostettiin työn kohdetta ja työn välineitä kuvaavat käsitystyyppit, joista on poimittu näytteitä osoittamaan ristiriitojen ratkaisua. Ensimmäisen työn ristiriidan ratkaisu edellytti työn kohteen hahmottamista uudelleen. Oleellisin muutos fysioterapeuttien käsityksissä työnsä kohteesta oli oppimisen käsitteen kytkeminen fysioterapiaan. Kun työn kohteena alettiin nähdä *potilas oppijana* ja työn tuotoksena kuntoutumisprosessi oppimisprosessina, muuttui myös fysioterapeuttien käsitys omasta roolistaan ja terapiatilanteiden asiakaslähtöisyys ymmärrettiin uudella tavalla.

*Niin, kyllä se totta on, että me ei oo annettu tähän asti sen potilaan ite ajatella yhtään. Mehän ollaan määrätty tuolikin mihin se potilas istuu...(H4/00)*

*No kyllä miun mielestä niinkun täähän perusajatuksena, täähän on hirvittävän hyvä, kun aatellaan, että se potilaan oma orientaatio siihen tehtävään ja se oma päätöksenteko, et tavallaan hän on itse mukana siinä tehtävässä eikä myö anneta kaikkee valmiina...Et me ollaan vähän niinku oppaita. (H3/00)*

*Et kyl mie huomaan, että kyl sille, kyllä potilaalle selvästi antaa, oon oppinu antamaan enemmän aikaa, mieltii miten hän jonkun asian tekis... Että siihen on ollu niinku vaikee oppia, et tuntuu, et malttaa vaan ite olla vähän aikaa ja kuunnella miten se potilas ite tämän asian ratkasis. (H3/00)*

Käsitystyyppissä, jossa työn kohteena oli *potilas oppijana* luokiteltiin ilmaisut, joissa potilaalle annettiin aikaa ja tilaa osallistua tavoitteiden asetteluun ja ongelmanratkaisuun. Ajan antaminen mahdollisti potilaan aktiivisen osallistumisen, mitä puolestaan voi pitää edellytyksenä oppimiselle. Terapiasuhteen muuttuminen asiakaslähtöisemmäksi edellytti sekä potilaan että fysioterapeutin roolin muuttumista. Fysioterapeutin rooli alkoi vähitellen muuttua ohjauksellisemmaksi, mikä edellytti fysioterapeutilta myös oman oppimisen käynnistymistä. Jälkimmäisessä esimerkissä fysioterapeutti näkee analogisesti myös itsensä oppijana, joka on vähitellen oppinut antamaan potilaalle aikaa. Oman roolin muutosta fysioterapeutit pitivät kuitenkin vaikeana, mikä viittaa siihen, ettei oman toiminnan tietoinen tarkastelu ole kuulunut fysioterapeuttien perinteiseen toimintatapaan. Fysioterapeuttien käsityksiä itsestään työn tekijänä tarkastellaan lähemmin luvussa 7.3.

Myös käsitystyyppi työn kohteesta *aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä* oli yhä näkyvissä, mutta fysioterapeutin työ näytti myös laajentuneen verkostomaisemmaksi ja ulos fysioterapiayksiköstä, kuten seuraava esimerkki osoittaa.

*No sitten ehkä, sitten muuta, mitä ollaan, tää liittyy vähän tähän kunnan, liikunta-, oikeestaan sauvakävelyreitit suunnitteluun, kunnan kanssa yhteistyössä. Huomattiin, miten vaikee on kävelytelineellä liikkuu tällä kylällä, kaikki nää suojateitten kohat... Se on hyvin pieni aika ku ne käy terapiassa ja, tai ovat siellä kotona. Kyllä niiden täytyy käydä pankissa ja kaupassa ja muualla. (H5/00)*

Esimerkin mukaan näkemys potilaasta yhteiskunnan jäsenenä ohjasi fysioterapeuttia aktivoimaan omaa rooliaan suhteessa ympäröivään yhteisöön ja siihen vaikuttamiseen. Käsitys potilaasta aktiivisena oppijana johti myös fysioterapian välineiden kriittiseen tarkasteluun ja uusien välineiden kehittelyyn.

Toisen ristiriidan ratkaisuun päästiin ottamalla käyttöön potilaan oppimista tukevia välineitä toimintakyvyn systemaattiseen arviointiin ja harjoitteluun. Kun uusia välineitä vähitellen suunniteltiin ja otettiin käyttöön, sai potilaskin niiden avulla mahdollisuuden itse arvioida edistymistään. Fysioterapeutit alkoivat terapiaa kuvatessaan käyttää ilmaisuisaan oppimisen

käsitteistöä. Työn välineiden valintaa määrittä *potilaan oppiminen*, mistä muodostui käsitystyyppi. Siihen luokiteltiin oppimiseen viitanneet ilmaisut, mm. orientaatio, ongelmanratkaisu, palaute ja päätöksenteko.

Toimintakykymittarin käyttöä oli muutosintervention alussa kaivattu lähinnä kirjaamisen ja tiedonvälityksen välineeksi. Vähitellen muutosintervention kuluessa mittaria alettiin hyödyntää uudessa merkityksessä. Toimintakyvyn arviointi alettiin nähdä välineenä, joka havainnollisti konkreettisella tavalla potilaalle tämän lähtötilanteen, ja ohjasi niin potilasta kuin fysioterapeuttiakin asettamaan terapian tavoitteita ja suunnittelemaan harjoitusohjelmaa.

*...ni kyllä miusta se (mittari) palvelee. Se antaa lähtökohdan sille potilaan tilanteelle, se antaa ...- ne tehtävät, ne on niin hyviä harjoitteita jo, ja sitten voi taas kehittää eteen päin. Miusta se on hyvä, ainakin nyt on palvelu käytössä ja se on potilaita motivoiva, ne oottaa kans, et miten mie nyt jalat yhdessä, ja miten jalat harallaan, ja mites mie nyt tälläviisi, enhän mie oo seisonu yhdellä jalalla, enhän mie muista millon mie oon seisonu, et siin niinkun sellasiikin tulee. Miusta se on hyvä... Aktivoi...(H11/00)*

*...sitten tota mittaria käytän..., sitten testin perusteella...on aika helppo löytää sieltä mitä asioita käydään harjoittamaan, painottamaan. Must on hirmu kiva, et hyvin suoraan semmosta linjaa, et jos ei oo sellast, toiminnassa kauheen suurta häikkää, niin sit ollaan mietitty, et onko sitten ihan lihaskuntopohjanen harjoittelu, enemmän LHT:tä tai muuten ulkoilusta kestävyyttä. Mut sit jos huomaa, että on enemmän, et toiminnallisesti on ratkasevia asioita ihan siellä kotona pärjäämisen kannalta, ni sit on katottu niitä asioita.... Mut se on ollu kyllä toi mittari älyttömän hyvä, ohjaava. (H16/00)*

Oppimista ohjaavina välineinä voidaan pitää myös ohjauksellisia ja ympäristöön rakennettuja ratkaisuja, jotka mahdollistivat potilaalle itsenäisen, mielekkään sekä riittävästi kuormittavan harjoittelun, josta sai konkreettisen palautteen. Ohjausmenetelmiä pyrittiin muuttamaan tietoisemmin potilaan osallistumista edellyttäviksi. Harjoittelun ohjauksessa käytettiin ympäristöön suunniteltuja visuaalisia vihjeitä ja mallintamista.

*Se palautejärjestelmä, ennen annettiin suullisesti sitä palautetta, se ei ollu niin konkreettista. Nyt kun esim. peilin kautta tai sitten tän esim. kävelymatkan lisääntymisen myötä (H5/00)*

*Se on huomattavasti mielekkäämpää se ryhmän pitäminen kuin aikasemmin... No se oli semmosta aikasemmin sitä hyvin monotonista, samanlaista päivästä toiseen. Nyt kuitenkin, kun enimmäkseen se on tapahtunut semmosena kiertoarjoituksena ja muuta... harjoituksessa voidaan vaihdella kuntoutujan tason mukaan sitä vaikeusastetta, tottakai se motivoi. Ennen kaikki teki samalla tavalla, osalle liikkeitä ja harjoitukset oli liian vaikeita, osalle liian helppoja... vetäjä ei turhaudu siinä, eikä turhaudu kuntoutujakaan... ja saavatkin huomattavasti paremman hyödyn. (H10/00)*

*Ettei jäädä junnaamaan joittenki yksittäisten liikkeitten kanssa, vaan tosiaan et se siirtys sitte sinne henkilön omaan elinpiiriin. Kyllähän siinä käytiin sauvakävelyt ja kaikki muutkii läpi, mutta tää (pyöräily) oli semmonen, jota hän oli aikasemmin harrastanut paljon ja kaivannut tässä sairastamisaikana ja tuskaillut, eikö koskaan enää pääse pyöräilemään... Et niinku he ite teki sitten, että koko aika suurensi sitä lenkkiä ja kattovat kellosta aikaa, ja kokeillen sykemittaria... Ja sen voi kuvitella miten paljon se anto tälle ihmiselle. (H2/00)*

Esimerkkien mukaisesti fysioterapeutit kertoivat eri tavoin varmistavansa, että potilas saa konkreettisen palautteen toiminnastaan tai tehtävän onnistumisesta. Potilaan aktiivinen rooli todentui myös kuvanauhoilla niin, että voitiin osoittaa uuden ns. tyypikäsikirjoituksen rakentuminen. Uudessa käsikirjoituksessa potilas sai tilaa suunnitella toimintaansa, harjoitella itsenäisiä hallintastrategioita, tehdä itse valintoja sekä arvioida edistymistään. Uuden käsikirjoituksen perinteisestä poikenneita ominaisuuksia oli uusien konkreettisten välineiden ja tilojen käyttäminen sekä ohjausmenetelmien muutos. Sekä haastatteluissa että kuvanauhoilla uudessa käsikirjoituksessa oli selvänä muutoksena aikaisempaan manuaalisen, käsin tehtävän ohjauksen vähentyminen. Taulukoissa 11. ja 12. havainnollistetaan kolmella esimerkillä uuden käsikirjoituksen ominaisuuksia ja myös käsikirjoituksessa ilmenneitä poikkeamia.



KÄSIKIRJOITUS	POIKKEAMAT
<p><b>Esimerkki 1.</b>  Ft: <u>Mitä sie itse arvioisit</u>, jos vaikka ees silloin tällöin niitä portaita menis ?  P: Kyllähän se tietysti hyvä olis, että ajan kanssa kulkis siitä ja niihän minä meinaan vielä tehäkin. En minä vielä ihan jää.  Ft: Jos vaikka sinne miettis sinne kotiläksyynkin , että jos nyt ei ihan joka kerta, jos se tuntuu (kivuliaalta), ettei ihan kokonaan unohtas niitä portaita ?  P: Niin, <u>kun sitä kuitenkin joutuu joskus</u>, niin tuolla, se riippuu portaista , meiänkin on aika hyvät, mutta tuolla jossakin kaupoissa. <u>Minä en siiä mennä niihin pyöriviin portaisiin</u>, minä oon joskus menny takapakkia, meinas käydä vahinko, tapaturma, miun otti päästä, miun tekkee oikeen ilkeetä. Mutta minä kulen portaita, mutta ne on hirveen matalia ne portaat ja kun kaiteet on ja niitä on paljon.  Ft: Ainakin Sokoksella on portaat.  P: Niin, <u>Sokoksella on ja Tokmannilla on.</u>  (KN1/01)</p>	<p>Fysioterapeutti ja potilas katsovat yhdessä videonauhaa, jolle on nauhoitettu potilaan toimintakykytestauksesta mm. porraskävelyn testaus.  Fysioterapeutti näyttää tukevan potilasta itse rakentamaan näkemystään harjoittelusta.  Innovaatio:  <u>Videonauhan käyttö potilaan ohjauksen välineenä; Kuvanauhalla konkreettisesti nähty porraskävelyn testaus näyttää aktivoivan potilasta itse pohtimaan selviytymistään kotiloissa..</u></p>
<p><b>Esimerkki 2.</b>  <i>Potilas nostaa maalipurkin pöydälle, tukee vasemmalla kädellään kantta ja oikeassa kädessä olevalla naulalla taivuttaa purkin kannen siivekkeitä ylös...</i>  <i>Potilas tukee vasemmalla kädellään puupalikkaa pöytää vasten ja oikeassa kädessä olevalla pensselillä maalaa palikkaa alhaalta ylöspäin pitkin vedoin...</i>  <i>Pöydällä on vasara, sakset, nauvoja ja rautalankaa.</i>  <i>Potilas lyö vasaralla (oikeassa kädessä ) naulan palikan päähän, tukien vasemmalla kädellä naulasta, nostaa palikan pöydältä naulasta kannattelemalla...</i>  P: ... Mihinkäs sen nyt nostas ?  Ft: Voiskos sen johonkin roikkumaan laittaa ?  (KN8/01)</p>	<p>Päiväsairaalapotilas maalaa puisen terapiapalikan. Fysioterapeutti antaa sivusta tarvittaessa ohjeita.  Innovaatio:  Mielekäs tehtävä <u>edellyttää molempien käsien käyttämistä, mahdollistaa potilaan itsenäisen harjoittelun, voi rohkaista potilasta pieniin kotiaskareisiin ja näyttää haastavan ongelmanratkaisuihin.</u></p>
<p><b>Esimerkki 3.</b>  Ft: Säilytämä tämä asento koko ajan. Käänny kattoon ikkunasta, näetkö tänään siellä mitään tarkeeta ?  P: <i>Potilas kääntää katseen oikealle, jolloin vasen polvi painuu koukkuun.</i>  Ft: <u>Mikä oli taas se korjattava asia ? Mikä piti säilyttää ?</u>  P: <i>Potilas ojentaa vasemman polven..</i>  Ft: Oiskohan kello paljon tähän aikaan ?  P: <i>Potilas kääntää katseen vasemmalle seinäkelloa kohti.</i>  P: Kymmenen yli.  P: <i>Potilas korjaa vasemman polven asentoa.</i>  (KN3/01)</p>	<p>Akuuttivaiheessa oleva potilas seisoo valjaiden varassa kasvot peiliin päin. Fysioterapeutti ohjaa vieressä ja muuntelee tehtävän vaikeusastetta. Tehtävä näyttää ohjaavan potilasta kiinnittämään huomion kriittisiin kohtiin ja löytämään itse pystyasennon ylläpitämiseen tarvittavan hallintastrategian.  Innovaatio:  <u>Valjaat ja peili mahdollistavat potilaan aktiivisen roolin. Ympäristön visuaalisia vihteitä hyödynnetään harjoittelussa.</u></p>

Taulukko 11. Esimerkit 1.-3. terapiatilanteiden uudesta käsikirjoituksesta projektin lopuvaiheessa. (P= potilas, Ft= fysioterapeutti)

KÄSIKIRJOITUS	POIKKEAMA
<p><b>Esimerkki 4.</b>  P: <i>Saa kaikki pyykkipojat laatikkoon ja levähtää.</i>  Ft: Sie tietysti voit tuota siun asentoo miettii, miettii. Sillo ku se (paino) oikeelle lähtee, lähtee tuo tonus nousemaan, ni sulla vartalo lähtee kallistumaan. Muuttuuko se yhtään jos tääkin (vasen) kannikka pyssyy tuolla penkissä ? ...  P: <u>Sitä mie mietin , et oisko se jos se ois enemmän tuonne selekään (tukea) ?</u>  Ft: Nii ?  K: <u>Et pitäiskö olla semmonen ...(korkeampi selkänöja)</u>  Ft: <u>Epäilen</u>, jos se (tuoli) on hirveen korkee ja sä nojjaat, <u>ni se sit tuota lavan liikettä (estää)</u>. En tiä.  Tietysti myö voitaa ens kerralla kokkeilla et mitenkä se  P: Nii, <u>miula on vaan semmonen käsitys</u> et se kontakti vähentäs ... tonusta vai mikskä sitä nyt sanotaa. (KN2/01)</p>	<p>Potilas istuu pöydän ääressä ja irrottaa vasemmalla kädellään pyykkipoikia muovialustasta siirtääkseen ne yksitellen vasemmalle pöydällä olevaan muovilaatikkoon.  (On laskenut samalla lukumääriä)  Innovaatio 1:  <u>Itsenäinen ja mielekäs harjoitus, joka mahdollistaa itsearvioinnin.</u>  Innovaatio 2.  <u>Potilas tekee aloitteen erilaisen tuolin käyttämisestä</u> harjoituksessa vasemman yläraajan rentoutumiseksi.  Häiriö:  Fysioterapeutti ilmaisee epäilynsä <u>eikä tartu aloitteeseen heti</u>, vaikka potilas vielä tarkentaa näkemystään. Näyttää siltä, ettei potilaan aktiivisuutta tukevaan dialogiin päästä.</p>
<p><b>Esimerkki 5.</b>  Ft: Tuntuuko helpommalta tehdä - oikeella vai vasemmalla ?  P: Ei sitä osaa vielä ihan sanoa, pitäs ussempaan keran, ussempaan päivänä, <u>ei tätä hirvii ihan yksinään tehdä.</u>  P: <u>Jatkaa harjoitusta, mutta horjahtaa ja ottaa tukea tuolin selkänöjasta.</u> Nyt se vähän heittää.  Ft: Onko toisin päin helpompi ?  P: Ei sitä osaa vielä sanoa, pitää kokeilla ussempaan päivänä. <u>Silleen niinku tuntuu, että niinku vähän ahistuttas.</u>  Ft: Mmmm. <u>Otaa pahiset askelmerkit lattialta pois, ja asettaa tilalle neljä pahviympyrää puolikkaareen.</u>  Ft: Kokeillaanpas ensin niinkun koskettaa näihin punasiin, vuorotellen. (KN5/01)</p>	<p>Potilaan kotona fysioterapeutti ohjaa potilaalle kotiharjoitusohjelmaa, jossa potilas harjoittelee tasapainonsa hallintaa seisten koskettamalla jalalla lattialla olevia askelmerkkejä. Potilas kuitenkin arvioi, ettei uskalla tehdä harjoituksia yksin ja että hengästyy harjoittelussa.  Innovaatio:  Tehtäväkeskeinen harjoittelu (askelmerkkien käyttäminen) tekee tasapainon harjoittelusta mielekkään ja voi <u>mahdollistaa potilaan itsearvioinnin.</u>  Häiriö:  Fysioterapeutti keskittyy ohjaamaan jo seuraavaa harjoitetta eikä puutu potilaan huolenilmaisuihin, jotka kuitenkin näyttävät muodostuvan esteeksi itsenäiselle harjoittelulle.</p>

Taulukko 12. Esimerkit 4. ja 5. terapiatilanteiden uudesta käsikirjoituksesta projektin loppuvaiheessa. (P= potilas, Ft= fysioterapeutti)

Manuaalisen ohjauksen käyttöä fysioterapeutit pystyivätkin minimoimaan, kun uudet välineet mahdollistivat potilaan omatoimisen ja silti turvallisen harjoittelun. Manuaalinen ohjaus rajattiin tilanteisiin, joissa se oli sillä hetkellä ainoa informaatiokanava, jonka kautta potilas sai mielikuvan tehtävästä.

*Mie pystyn vertaamaan, mitä potilaassa tapahtuu, kun mie oon siinä kiinni (tai ) mitä siinä tapahtuu, kun mie annan vaan vihjeitä. Niinkuin niissä(koulutuksen alussa käytetyissä) valokuvissakin se näkyy, ettei sillä potilaalla oo mitään mahdollisuutta toimia, kun mie oon siinä niinkun iilimato kiinni. Sehän vaan nojailee minuun ja onhan se tyytyväinen, kun ihminen on siinä lähellä, mutta se, mihin pyritään, se jäi uupumaan siitä. (H4/00)*

Vaikka haastattelujen ja kuvanauhojen perusteella fysioterapeuttien käyttämät välineet olivat muuttuneet potilaan oppimista ohjaaviksi ja fysioterapeutin oman roolin muutos usein näkyi, tavoitteisiin ei aina päästy. Ensinnäkin kuvanauhoilla oli vielä nähtävissä häiriöitä, jotka ovat osoituksena muutoksen vaikeudesta, vanhan ja uuden toimintatavan törmäyksistä. (Taulukko 12.) Myös haastatteluissa omaa oppimistaan pohtiessaan fysioterapeutit itsekkin tunnistivat muutoksen vaikeuden. Toiseksi fysioterapeuttien käyttämien välineiden kehittelyn ei arvioitu riittävän, vaan kehittymisen edellytyksenä pidettiin myös muun yhteisön kehittymistä samansuuntaisesti.

*Et sit niitä pitäs tulla pitkin päivää niitä tilanteita, missä sitä harjottelua tulis, et sitä ei voi aatella, että se on yks, puol tuntia päivässä jotain (H3/00)*

Projektin alkuvaiheessa terapia näyttäytyi kuvanauhojen perusteella hyvin samankaltaisena riippumatta potilaan kuntoutumisprosessin vaiheesta. Akuuttivaiheen terapiassa ja jo vuosia sitten sairastuneen terapiassa käytettiin samankaltaisia menetelmiä. Projektin loppuvaiheessa terapian erilaisuus eri kohdeyhteisöissä ja potilaan oppimisprosessin eri vaiheissa oli ilmeistä. Taulukossa 13. on esimerkki kahden terapiatilanteen käsikirjoituksista, jotka perustuvat kuvanauhoituksiin saman kuntoutujan terapiasta kuntoutumisen eri vaiheissa.

KÄSIKIRJOITUS	POIKKEAMA
<p><b>Esimerkki 6.</b>  Ft: Kun tulet siihen perusasentoon, ni <u>kato peilistä</u> ai-  na, että se on hyvä asento. Onko nyt, <u>onko polvi suo-</u>  <u>rassa ?</u> Näyttääks se tuolta peilistä ihan suoralta ?  P: Kyl se näyttäs.  Ft: No se ei kuitenkaan oo.  P: Ai jaa.  Ft: Oikaseppas vielä.  P: <i>oikaisee vasemman polvensa.</i>  Ft: No nyt, joo.  <i>Potilas laittaa jalat yhteen vierekkäin.</i>  Ft: Oisko sitä ilmaa hyvä laittaa sinne jalkojen väliin ?  P: <u>Laajentaa vielä tukipintaa siirtämällä jalat irti toi-</u>  <u>sistaan ja jatkaa vuorottaisia jalan nostoja askelmal-</u>  <u>le.</u>  (KN3/01)</p>	<p>Akuuttivaiheessa oleva potilas seisoo valjaiden tukemana katse peiliin päin. Potilas harjoittelee pystyasennon hallintaa ottamalla askelen vuorotellen molemmilla jaloilla lattialla olevalle askelmalle. Fysioterapeutti opettaa vieressä kysyen tai tarvittaessa suullisesti ohjeistaen potilasta kiinnittämään huomiota toisaalta pystyasennon hallinnan kannalta kriittisiin kohtiin ja toisaalta peilin käyttämiseen oppimisen apuna.</p> <p>Innovaatio: Peiliä ja valjaita käytetään oppimisen apuvälineenä vaiheessa, jossa potilas ei vielä pysy itsenäisesti seisoma-asennossa. Potilas näyttää löytävän itsenäisen pystyasennon hallinnan.</p>
<p><b>Esimerkki 7.</b>  Ft: Meeppäs vielä takaperin.  <i>Pot. jatkaa harjoitusta, ja vaihtaa välillä sivuttain kävelyyn samaa rataa.</i>  Ft: Ja tuuppa takasin sivuttain oikee kylki edellä.  P: <u>tulee sivuttain, mutta <i>vaihtaakin välillä sivuttaisiin</i></u>  <u>ristiaskeliin.</u>  Ft: <u>Hyvä, sie hankaloitit</u>, joo, vielä takasin, teppä vielä ristikkäin se toinenki puoli.  <i>Pot. jatkaa harjoitusta.</i>  Ft: Mites se meni ?  P: <i>potilas ei vastaa</i>  Ft: <u>Oliko rintamasuunta eteen päin ?</u>  P: <u>Ei tainnu olla.</u>  Ft: Ei ollu ihan. Ja takasin, tu vielä takasin.  (KN4/01)</p>	<p>Harjoitussaliin on tehty kävelyrata, jossa potilas kävelee erilaisia pehmeitä mattoja ja porrasaskelmia pitkin. Fysioterapeutti ohjaa suullisesti videokameran takaa samalla tilannetta kuvatessaan. Tehtävä mahdollistaa potilalle harjoittelun eri vaikeustasoilla potilaan oman arvioinnin mukaisesti.</p> <p>Innovaatio:  Potilas näyttää vaikeuttavan itse harjoitustaan, jonka huomaa itselleen liian helpoksi. Fysioterapeutti kannustaa jatkamaan.</p> <p>Innovaatio:  Itsenäisen harjoittelun mahdollistavassa tehtävässä fysioterapeutti näyttää ohjaavan potilasta itse arvioimaan suoritustaan.</p>

Taulukko 13. Esimerkit 6. ja 7. saman potilaan terapiasta kuntoutumisen eri vaiheissa projektin loppuvaiheessa. (P= Potilas, Ft= Fysioterapeutti)

Uusien työvälineiden kehittämissä tapahtui joitakin rajanylityksiä (Virkkunen ym.1997, Engeström 1998). Niissä fysioterapeutit kytkivät terapiaansa elementtejä, jotka perinteisesti ovat sisältyneet puheterapeutin tai toimintaterapeutin työn kuvaan. Esimerkiksi käden toiminnan harjoittelussa käytettäviä pelejä ja muita perinteisemmin toimintaterapeuttien käyttämiä välineitä hyödynnettiin aikaisempaa enemmän myös fysioterapiassa manuaalisen ohjauksen tilalla. Pelien avulla pystyasennon hallinnan tai yläraajan toiminnan harjoittelu oli potilalle mielekkäämpää, mikä mahdollisti intensiivisemmän harjoittelun. Numeroiden, kirjainten tai värien käyttäminen harjoituksissa visuaalisina vihjeinä liitti toimintaan luontevasti myös tilannesidonnan puheen harjoittelua.

Uusien työvälineiden kehittelyä voidaan pitää myös perinteisen suunnittelun ja arkityön toteutuksen rajojen ylityksenä. Suunnittelu alettiin selvemmin nähdä osana arkityötä. Vaikka terapiatilanteissa fysioterapeutti saattoi olla vain sivusta seuraamassa ja tarvittaessa ohjaamassa potilasta (Taulukko 11. esimerkki 2.), tehtävien suunnittelu ja mielekkäiden harjoitusten rakentaminen koettiin haasteellisena ja perinteisestä työkäytännöstä poikkeavana.

*Kyllä, eilen oli kiva kuunnella, et kun heillä (toisessa yksikössä) on ollu jo se kuntoutushuone, niin miten se sitten meillä, varmaan samoihin asioihin törmätään, tuli just mielee, että jos me täällä saahaan viety jotakin asioita eteen päin, ni vois sit auttaa heitä siellä tai kysyy heiltä, miks se ei oo sitten pelannu, et niinkun semmonen ois helpompaa.(H11/00)*

*Se selkeyttää ainakin, jos se mittari kulkee mukana, samalla tavalla mitataan joka paikassa, ni kyllähän se jo selkeyttä, että siitä mittarista näkee jo...Varmaan selkeyttää sitä. (H10/00)*

Uuden toimintamallin käyttöön ottaminen ja siihen sisältyneen arviointi- ja seurantarjestelmän käyttöön valmistautuminen jäensivät fysioterapeuttien käsitystä työn yhteiskehittelystä. Yhteisen kehittelyn koettiin auttaneen fysioterapeutteja tutustumaan toisiinsa, yhtenäistämään käsitteistöään ja näkemyksiään, tehostamaan tiedonvälitystään, sekä selkeyttämään terapian hahmottamista erilaisena potilaan kuntoutumisen eri vaiheissa.

Fysioterapeuttien käsityksissä työn välineistä näkyi edelleen sisäisiä ristiriitoja tavoitteiden ja toimintakäytäntöjen välillä. Uuden toimintatavan edellyttämien tilojen järjestäminen oli useammassa kohdeyhteisössä konkreettinen muutos, mutta suuren työn takana. Kaikissa yhteisöissä tilasuunnitelmat eivät onnistuneetkaan tai niissä kokeiltiin muutosintervention kuluessa useampiakin ratkaisuja.

*..me yritettiin tollasta terapiahuonetta saada, ni sitähän on tehty jo vuosia sitä työtä, et ennen jo tätä projektia ...Mut tää sitten vauhditti sitä, että oli vaikka minkälaisia ehdotuksi ja ne sitten aina hautautui..., et ihan sattumaa, et tuosta vapautu tiloja ja oltiin nopeita, niin se oli siinä ilman mitään kirjelmiä, tässä vaan nokakkain sovittiin viidessä minuutissa.. et meil on yks huone lisää, tämmönen,... nyt ne testausvälineet ja sitten näitä harjoitusvälineitä koottu yhteen huoneeseen, jossa ei ole plinttiä... Et se on se kaikkein konkreettisin. Sitten osastolla on tapahtunut se, että sinne tulee se semmonen kuntoutushuone, kolmen potilaan kuntoutushuone, joka oli myös ollu henkilökunnan ajatuksissa, että sattu oikeen hyvään saumaan se meidän ehotus (H17/00)*

*Että siinä vaan (ryhmätilan etsimisessä) toivon mukaan kehittyi meidän neuvottelutaidotkin, et mie oon kokenu senkin niinku haasteena, et kuinka me esitetään asioita ja jaksetaan viedä niitä sinnikkästi eteen päin, eikä luovuteta vaikka tulee näitä törmäyksiä ja kylmää vettä niskaan, kyllä se sitäkin on. (H2/00)*

Työn ristiriitojen ratkaisut liittyivät kiinteästi uuden toimintamallin rakentamiseen, johon päästiin pyrittäessä kohti tavoiteltua lähikehitystä.

## 7.2 Lähikehityksen saavuttaminen

Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa saavutetun muutoksen kokonaisarviointi edellyttää konkreettisten työn laadullisten muutosten lisäksi vertailua uuden toimintamallin ja sen toteutumisen välillä (Engeström 1998, 153). Kun lähikehityksen saavuttamisen kriteerinä käytetään aktivoivan terapian kuvausta ja vertailua perinteiseen terapiaan (Taulukko 10.), voidaan mallia pitää edelleen perusteltuna ja fysioterapeuttien saavutettavissa olevana. Uudessa toimintamallissa aktivoivan terapian lähestymistavan kuvaus konkretisoitui erityisesti työn kohteen uudelleen hahmottamisena. *Suunnitteluun, harjoitteluun, ohjaukseen ja ympäristöön* liittyvät kuvaukset näkyivät erityisesti välineiden kehittelynä ja ohjauksen monipuolistumisena.

Fysioterapeuttien haastatteluissa uusi toimintamalli sai tukea, mutta sen toteutumisessa koettiin edelleen vaikeuksia. Erityisenä haasteena nähtiin potilaan ja fysioterapeutin vuorovaikutussuhteen ja ohjauksekäytäntöjen todellinen muuttuminen. Pelkkä uusien arviointi- ja harjoitusvälineiden käyttöön otto ei riitä. Oman työn muuttuminen arvioitiin hitaana ja vaikeana prosessina, jossa ajattelun muutos ei välttämättä tarkoita toiminnan muuttumista. Terapiatilanteiden kuvaukset perusteella tehtiin sama tulkinta. Vaikka nauhoitetuissa tilanteissa nähtiin paljon uuden käsikirjoituksen mukaisia innovaatioita, myös selviä häiriöitä esiintyi. (Taulukko 12. esimerkit 4. ja 5.)

Työn muutosta arvioitiin myös tekemällä vertailua tavoitellun lähikehityksen kuvaukseen (Taulukko 9.). *Työn kohteen* uudelleen hahmottuminen ja uusien välineiden käyttöön otto osoittivat, että kehitys eteni tavoitellun lähikehityksen suunnassa. Työn tekijään liittyvissä käsitystyypeissä kuvaukset työn suunnittelun ja toteutuksen suhteesta vaihtelivat vielä projektin loppuvaiheessa. Osa fysioterapeuteista pitäytyi työn suunnittelun ja toteutuksen erotteluun, mikä näkyi esimerkiksi vaikeutena löytää aikaa suunnittelua tai yhteistä työstämistä varten.

*Et ne oikeestaan, mitä aallonpohjia, et tuli välillä olo, että on meillä 45 min varattu aikaa ja tehä tehokasta työaikaa puol tuntii... et sitten niinku sitä, että okei, kun tuolla (työntekijällä) on kerran aikaa, niin laitetaan (potilaita) lisää. Et semmonen yhdessä vaiheessa oli tosi rankkaa. (H15/00)*

*niitten asioitten työstäminen porukassa jää, mikä on todella ... se on se harmittavin asia. Ja se työstäminen mun mielestä tarkoittaa sitäkin, että niitä vois ideoida porukalla, eihän yks idea ole pelkästään se idea, vaan useammat silmät näkee sen asian monelta kantilta ja niitä ois voitu saaha toimivammiks. (H1/00)*

Yksittäisen fysioterapeutin aktiivinen toiminta koettiin joskus ”sooloiluna”. Aloitetta yhteiseen ideointiin tai ikään kuin lupaa jonkin uuden idean kokeiluun jäätiin alussa odottamaan joko tutkijoilta tai osastonhoitajilta. Tämä viittaa näkemykseen työstä, jossa päätöksenteko ja toteutus nähdään erillään toisistaan. Osa fysioterapeuteista puolestaan kokeili rohkeammin työnsä suunnittelun ja toteutuksen rajanylitystä. Projektin koettiin antaneen kaivattua taustatukea ja kannustusta omien ideoiden konkreettiseen toimeenpanoon ja ideoiden soveltamiseen sekä omassa yksikössä että jakamiseen koko verkostossa.

*Sitä rohkeutta on tullu, ei niinku, ennen ehkä arasteli, ettei niitä omia ideoitu niin tuua vielä, mutta nyt kaikki ideat ottaa käyttöön hyvin äkkiä ja käy kokeilemaan.(H5/00)*

Tutkimus- ja kehittämisprojektissa tapahtuneet muutokset näkyivät lähinnä fysioterapeutin ja potilaan terapisuhteen ja -tilanteiden kehittämisessä, ja sen myötä välttämättömiksi havaittujen uusien työvälineiden yhteiskehittämisessä ja käyttöön ottamisessa. Muutosinterventio keskittyi fysioterapeuttien koulutukseen ja työn kehittämiseen, mutta aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen kokonaisuuden kehittäminen edellyttäisi monialaista toteutustapaa. Fysioterapeuttien työn kehittämistä voidaan kuitenkin pitää lähtökohtana myös mahdollisille monialaisille kehittämistoimille.

Kehittämisprosessin arviointivaihetta voidaankin tarkastella myös seuraavan kehittämissyklin nykytilan analyysinä. Asiakaslähtöisyyden kehittymistä työkäytännössä ja moniammatillisen kuntoutuskäytännön yhteiskehittelyä voidaankin pitää fysioterapeuttien työn seuraavana tavoiteltavana lähikehityksenä.

### 7.3 Kehittämisprosessiin sisältynyt oppiminen

Kehittämisprosessin arvioinnissa pelkkä kehittämissyklin tarkastelu osallistujien vaikutelmien varassa ei riitä. Arvioinnissa on käytettävä tietoisesti valittuja kriteereitä ja se on suunnattava tarkasti määriteltyihin kohteisiin. (Engeström 1998) Tämän tutkimuksen kehittämissyklin arvioinnissa kriteerinä käytettiin ekspansiivisen oppimisen ja siihen pohjautuvan kehittävän siirtovaikutuksen käsitteitä. (Engeström 1998, Engeström 2001) Aineistona käytettiin muutosintervention loppuvaiheen haastatteluaineistoa, josta on tulkinnan perusteluksi poimittu näytteitä fysioterapeuttien käsityksistä itsestään työn tekijänä ja projektissa mukana olleena. Millaista oppimista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittämisprosessin kuluessa tapahtui? Sisältyikö prosessiin kehittävää siirtovaikutusta?

Ekspansiiviseen oppimiseen perustuvan kehittävän siirtovaikutuksen eli transferin tavoite on pyrkiä yhteistoiminnallisesti vaikuttamaan organisaatioiden muutokseen. Siirtovaikutuksen perustana on uuden toimintamallin oppiminen ja ekspansiivinen siirtyminen toisiin tilanteisiin. Merkityksellinen oppiminen ei siis tapahdu vain yksilön sisällä kognitiivisena muutoksena, vaan yhteisöllisenä tapahtumana. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen koko työyhteisön muuttumiseen johtava prosessi, jolle on tunnusomaista toiminnan kohteen ja motiivin laajeneminen. Oppimissyklin kuluessa kyseenalaistetaan ja hahmotetaan uudelleen, mihin toiminnalla pyritään, miten se tuotetaan ja miksi. (Engeström 1998, Engeström 2001)

Perinteinen ajattelutapa siirtovaikutuksesta on se, että yksilö tallentaa muistiinsa jonkin tehtävän yhteydessä oppimansa kognitiivisen rakenteen ja ottaa saman tietorakenteen käyttöön josakin uudessa tehtävässä. Siirtovaikutus on toisaalta käsitetty myös sosiokulttuurisena ilmiönä, jossa korostetaan, että oppiva yksilö, toiminnan konteksti ja tehtävän edellyttämä tieto nähdään kokonaisuutena. Tällöin siirtovaikutuksena pidetään siirtymää toimintakontekstista toiseen. Kehittyneimpänä siirtovaikutuksena pidetään sitä, että eri toimintajärjestelmät kehittävät yhdessä jotakin uutta vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Engeström 2001)

Ekspansiivista oppimissykliä kehittämissyklin kuluessa voidaan arvioida käyttämällä kriteereinä kehittävän siirtovaikutuksen kolmea tunnusmerkkiä. Ensimmäinen edellytys siirtovaikutukselle on se, että oppiminen on organisoitu prosessiksi, jossa useampi toimintajärjestelmä keskenään neuvotellen ja yhteistoiminnallisesti toteuttaa yhteisen kehittämishankkeen. (Engeström 2001) Näin konkreettisesti tapahtui tässä hankkeessa, mutta



prosessiin sisältyi myös sekä perinteisen siirtovaikutuksen että seuraamuksellisten siirtymien piirteitä kehittävän yhteistyön pohjana.

Kehittämishankkeessa oli intensiivisesti mukana viisi fysioterapiayksikköä, jotka muodostivat toimintajärjestelmien verkoston. Alkuvaiheessa mukana ollut kuudes kohdeyhteisö, yksityinen yritys ja siellä työskennellyt fysioterapeutti jäi pois hankkeesta ennen varsinaisen kehittämistyön käynnistymistä. Viiden toimintajärjestelmän verkosto muodosti kuitenkin kehittämistyölle laajapohjaisen kehyksen, sillä mukana oli sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon yksiköitä ja yksityinen kuntoutuskeskus.

Perinteistä siirtovaikutusta näkyi siinä, että projektin kuluessa omaksuttuja tietorakenteita hyödynnettiin myös toisessa yhteydessä. Kun käsitys työn kohteesta muuttui, se ei vaikuttanut vain työhön aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kanssa, vaan oppiminen nähtiin laajemmin muidenkin potilasryhmien kuntoutumisen keskeisenä elementtinä.

*Miun mielestä tää oikeestaan on vähän sama kenen tahansa potilasryhmän kanssa meillä täällä tää ohjaaminen. Et me ollaan vähän niinku oppaita. Miun mielestä se sopii aika hyvin tähän meidän työhön, et tavallaan se potilas on siinä mukana ja hän kertoo niitä omia, mitä hän vois tehdä...kun mietitään mikä ois sopiva liikuntamuotoja, ni ai niin, onhan meillä siellä alhaalla se kuntosali, että tavallaan se tulee oman oivaltamisen kautta, mikä tässä on se idea. Kyllä, nimenomaan miun mielestä tällä on ollu se vaikutus muuhunkin terapiaan. (H3/00)*

*Kyllä ehtottomasti, se on kyllä, et ihan kaikkeen, ei pelkästään avh:ssa vaan se on ihan kaikessa, se on kirkastanu ja selkeyttäny tätä hommaa kaiken kaikkiaan. (H5/00)*

Jotta yhteistoiminnalliseen koko fysioterapiaverkostoa koskevaan kehittämiseen voitiin päästä, koettiin välttämättömänä fysioterapeuttien oman työn yhteinen analyysi. Oman työn avaaminen muille ei ole haastattelujen perusteella entuudestaan kuulunut ammattikulttuuriin.

*No silleen alkuunhan se (projektin työtapa) ahisti ihan hirveesti. Tuntu, että kauheeta, että ei ei ei, et se oli kyllä sellanen ahdistava tunne, en oo varmaan ainut, jolla se oli. Et tuntu, et tuntu, et ei tästä tule mitään, et kamalaa.*

Tutkijan jatkokysymys: Mikä siinä ahisti ?

*No siinä varmaan ahisti, että siinä sitä omaa työtä avataan niinku toiselle, miust tuntuu, että se ahisti. Ja sit kun ei tullukaan mittään valmista. Ku työ ette sanoneetkaan, että tehkää näin, että sitä piti ite lähtee ideoimaan, et miust tuntu, et alkuun se niinku ahisti se. Että otettiin pois ne entiset, mutta mitään ei annettu tilalle. (H3/00)*

Oman työn esille nostaminen ja sen käsittely ryhmissä eri näkökulmista vaati työntekijöiltä rohkeutta. Vuosien työkokemuksen jälkeen omien ja kollegoiden työtapojen kriittinen arviointi ahdisti. Tämä viittaa siihen, että näkemys itsestä omaa työtä jatkuvasti tarkastelevana ja kehittäväenä oli vieras. Projektin myötä näkemys omasta työstä jatkuvaa oppimista ja reflektiota edellyttävänä alkoi kirkastua.

*En onneksi ole tyytyväinen, koska on vielä paljon tekemistä. Ja just se, mitä ite mietin, niin mä oon aika nopee ja siinä tulee se ristiriita, että mä en ehkä odota tarpeeksi kauan sitä potilaan toimimista, vaan sitten jo hökäsen siihen. Ja sitten justiinsa se, että mie oon vähän käskyttäjä, mun pitää sitä vieläkin, mä annan vieläkin, edelleenkin tehtävät on liian valmiita, ota tai vie tai tee. Ne vois olla vielä enemmän sellasia vihjeisiin perustuvia.(H4/00)*

*Mutta tuota, toisaalta, nyt kun ruvetaan jälkeen päin miettimään, niin täähän on miusta se motorisen oppimisen perusta. Meiän täytyy itse ensin havaita, mikä tässä on mennyt pieleen, tai ... et miten niinku ollaan tehty aikasemmin, et myö ensin analysoidaan sitä. Ja tavallaan meiän pitää oppii pois se entinen, ja ottaa uus oppi tilalle. Mutta ehkä se on edelleen niinku vaikee se, että ku se pitää, se ei oo niin yksinkertasta, et ois ne tietyt harjoitteet, et ne sopis kaikille. Mutta myö ei koeta, tai en mie ainakaan koe sitä enää ahistavana. Vaan toisaalta on aika mukava mieltä nyt sitten näitä, kun mie tiiän, et se ei johdu vaan ehkä siitä, että mie oisin jotenkin huono, et mie en osaa. Vaan se on varmaan kaikille se, et tää ei oo helppoo ja meiän täytyy mieltä, et kelle sopii mikäkin harjoitus.(H3/00)*

Jälkimmäisessä esimerkissä fysioterapeutti ilmaisee oivaltaneensa analogian oman oppimisensa ja terapiaa ohjaavan motorisen oppimisen lainalaisuuksien välillä. Tätä voidaan pitää esimerkkinä siirtovaikutuksesta siirryttäessä toimintakontekstista toiseen. Esimerkin vastaus viittaa lisäksi fysioterapeutin joutuneen käsittelemään kokonaisvaltaisemmin suhdettaan työhön ja jopa työn merkitystä itsetunnolle. Ilmaisussa aikaisempi työkäytäntö kuvataan suoritustason työnä, jossa samat harjoitteet sopivat kaikille. Uusi työkäytäntö sen sijaan näyttäytyy vaativampana, mutta myös yhteisöllisenä haasteena, jossa kaikkien on mietittävä harjoitteiden soveltamista.

Kun yhteiseen oman työn analyysiin kytkettiin selvemmin fysioterapian kehitysvaiheet paikallishistoriallisen aineiston avulla ja fysioterapiaa tarkasteltiin osana omien työyhteisöjen organisaatiokulttuuria, alkoi fysioterapeuttien aluksi kokema ahdistus helpottaa. Oman työn kehittämistarpeet nähtiin yhteydessä muuhun yhteiskunnan kehitykseen, jatkuvasti muuttuvana ja kehittyväenä, eikä yksittäisen fysioterapeutin huonoutena. Fysioterapeutit alkoivat vähitellen

rohkeammin hyödyntää omia ideoitaan ja luovuuttaan ja myös projektin myötä rakentunutta yhteistyöverkostoa.

*Ja tosi mielenkiintosta on ollu niinku nähä se, mitä on muissa yksikäissä kehitetty, ja sit kuitenkin, et se ei oo jääny kuitenkaan heiän omaks tiedoks sinne, vaan se on tullu kaikkien mahdollisesti hyödynnettäväksi, jos pystyy hyödyntämään. (H9/00)*

*...sellanen kannustava ilmapiiri sitten kuitenkin ollu, näissä yhteisissä kokoontumisissa-kin... (H19/00)*

*Ite tykkään tällasesta, koska se antaa luovuudelle mahdollisuuksia toimia, ite keksiä, kyllä mie tykkään tästä. Koska niitä valmiita juttuja, se on aina riski sitten, että se on yks näkökanta, vaan yhen ihmisen tai yhen porukan näkökanta. Tässäkin kun saa monelta suunnalta, niin ku tässäkin on huomannu, että on kollega siellä, joka on ollu hirmu räväkkä keksijä ja tulee näitä juttuja, ne on kyllä tosi hyviä. (H5/00)*

Esimerkit osoittavat, miten kehittävään siirtovaikutukseen päästiin avaamalla omaa työtä muille ja toisaalta ottamalla avoimesti kokeiluun tai kehittelyyn sekä omia että verkoston muiden fysioterapeuttien ideoita. Ekspansiivisesti hallittu työ edellyttääkin yhteisöltä yhteistä tietoperustaa ja yhteistoiminnallista työn suunnittelua, arviointia ja tietoista kehittämistä (Engeström 1998).

*kaikki ei suhtaudu samalla tavalla projektiin.... Kaikki on kyllä mielestäni ollu hyvin sitoutuneita asiaan, mutta millä intensiteetillä, ni se on vaihdellu selvästi...(Muissa työntekijöissä) on jonkun verran on varmaan aiheuttanu semmosta ihmetystä, mutta myös ihan aitoo kiinnostusta ja innostusta, että teillä tapahtuu tosi jännää ja merkittävää ... niin ne on kiinnostuksella ja sillä tavalla mielenkiinnolla pannu merkille, että neurologinen kuntoutus niinkun, ja meiän talossa menee eteen päin.. (H18/00)*

Vaikka fysioterapeuttien sitoutumisen aste kehittelytyöhön vaihteli, kaikki viisi kohdeyhteisöä olivat yhteistyöverkostossa tiiviisti mukana. Vain fysioterapiayrityksessä yksin työskennellyt fysioterapeutti jäi projektista pois ennen työn kehittelyvaihetta. Fysioterapeutin keskeisin perustelu projektista pois jäämiseen oli keskustelukumppanin puuttuminen. Muiden työyksiköitten fysioterapeuttien kanssa yhteisesti järjestetyt kokoontumiset ja tutkijoiden henkilökohtainen yhteydenpito eivät näyttäneet riittävästi tukeneen yksin työskennelleen fysioterapeutin projektiin osallistumista, kun luonnollinen taustayhteisö puuttui.

Toisena edellytyksenä kehittävän siirtovaikutuksen tapahtumiselle on sellaisten uusien teoreettisten käsitteiden muodostuminen oppimisen aikana, joiden avulla työn kohde hahmotetaan

uudelleen. Teoreettiset käsitteet ovat tapoja hahmottaa ilmiöitä kehittyvinä systeeminä. Teoreettinen käsite voidaan myös ymmärtää abstraktista konkreettiin kohoamisena. Tällöin ilmiö hahmotetaan ensin havainnollis-kokemuksellisena kokonaisuutena. Sen jälkeen ilmiön alkuperä ja sisäisiä suhteita löydetään ja mallinnetaan ilmiön ns. alkusolu. Alkusolu on systeemin kehitystä selittävä ja yksittäisen tilanteen ylittävä käsite. (Engeström 2001)

Tässä tutkimuksessa siirtovaikutuksen väline oli *alueellinen kehittämisprojekti*, jossa teoreettisina välineinä olivat kuvanauhoitetuissa terapiatilanteissa todetut *häiriöt ja oppimisen käsitteistö*. Fysioterapian kehittämistarpeet tunnistettiin analysoimalla terapiatilanteissa todettuja häiriöitä ja hahmottamalla työn kohde uudelleen oppimisen käsitteistön avulla. Oppimisen käsitteistön käyttö edellytti myös samaa näkemystä terapian kehittämisestä kaikissa kohdeyhteisöissä. Oppimisen näkökulma jäsensi ratkaisevasti fysioterapeuttien käsitystä terapiatilanteista. Työn kohteen uudelleen hahmottaminen johti myös oppimista ohjaavien välineiden kehittämiseen. Sen varaan rakentui myös aktivoiva terapiakäytäntö uutena toimintamallina.

Fysioterapeutit pystyivät käynnistämään oman työnsä tietoisesta kehittämisestä, mutta siinä edettiin eri vaiheisiin. Muutostarpeen tunnistaminen ja työn kehittäminen edellyttivät muutosintervention, jossa merkittävää oli oman työn ohjattu analysointi kuvanauhoilta terapiatilanteissa todettuja häiriöitä tarkastelemalla. Kuvanauhojen käyttö terapian nykytilan analyysissä koettiin tehokkaana lähtökohtana omalle oppimiselle.

*Ehkä justiisa se oli tosi herättävä, vaikka ehkä sitä eniten sitä ärsytystäkin nostava, siinä alkuvaiheessa justinsa se tapa katsoa niitä videoita, mitä itse tekee. Se oli varmaan niinkun semmonen, että... jos tulis ite potilaaksi ja 27 asiaa yhen tunnin aikana yritetään tehdä ja mikä vauhti ja kiire niissä oli niissä videoissa. Ja sitten tosiaan se potilaan passiivisuus siinä vielä. Niinkun miun mielestä nää keinot on ollu hyviä tän läpiviemiseen... Ehkä just näitten videoitten ja valokuvien ja näitten kautta se on itellekin tullu eläväksi. Vaikeehan sitä on varmasti niinkun muuten nähdä, kun sen videon kautta tai sen kuvan kautta, että mitä siltä potilaalta vie, kun sen vetää tähän kainaloonsa. (H4/00)*

*Kyllä toki tommosten elävien esimerkkien kautta saa ihan erilailta, kun jos sitä vaan tekstiä lukis paperilta... Et kuitenkin yllättävän paljon tuli niitä esimerkkejä, mitä on käyty, että ihmiset laitto itensä hienosti likoon... (H2/00)*

Kolmas kehittävän siirtovaikutuksen kriteeri edellyttää, että uusien käsitteiden käyttöönotto uusien ratkaisujen tai toimintamallien välineenä näkyy käytännön muutoksina hankkeen seurauksena. (Engeström 2001) Selkeimmin käytännön muutokset näkyivät työn kohteen ja

terapiasuhteen uudelleen hahmottumisena sekä työn välineiden kehittämissä, joita on esitelty luvuissa 6.2. ja 7.1.

Ratkaisuja ja ideoita työn kehittämiseksi oli ollut ennen projektiakin, mutta fysioterapeuteilla oli huonoja kokemuksia mahdollisuuksistaan vaikuttaa oman työnsä laajamittaiseen kehittämiseen omissa työyhteisöissään. Tämän projekti etuna nähtiin, ettei ratkaisuja annettu ”ylhäältä” valmiina, vaan ne edellyttivät omaa muuttumista ja oppimista.

*Semmonen projekti missä lähdetään siitä, että se tekijä muuttuu itse sisältä ja muuttaa toimintatapojansa, niin se jää elämään. Mutta semmonen, että se kirjataan paperille, eikä sitä viedä loppuun asti, ni eihän ne voikaan jäädä elämään. Tai semmoset, että tulee ne ohjeet jostakin ylemmältä taholta ja ne vaan lukastaan, ni sen jälkeen toimitaan entisellä tavalla. Et kyllä mä luulen, et jos joku sanoo, ettei niinku mitään oo omassa itsessään tapahtunut, ni se ei oo sitten ajatellu tän projektin aikana yhtään. Mie en usko että semmosta voi olla tai ettei mikään muuttuis. (H4/00)*

Ekspansiivinen oppiminen voi sisältää monia erilaisia oppimisen muotoja ja eri yksilöt myös kokevat ekspansiivisen oppimissyklin eri tavoin. Joillekin oppimissykli merkitsee ajoittaisia intensiivisiä koulutusvaiheita, toiselle taas käännteentekevää muutosta omassa työorientaatiossa. (Engeström 1998, Engeström 2001) Tässäkin tutkimuksessa fysioterapeuttien käsitykset kehittämisprosessin etenemisestä ja oman oppimisen osuudesta työkäytännön muuttumisesta vaihtelivat. Projektin kuluessa osa fysioterapeuteista aktiivisesti suunnitteli ja jopa tuotteisti kehittämäänsä harjoitusvälineitä, osa suuntautui verkoston toiminnan kehittelyyn, ja osa rajoittui lähinnä oman toiminnan tarkasteluun. Suurin osa fysioterapeuteista arvioi, että kehittämistyö edellyttää aikaa omalle muutosprosessille.

*Onhan tää ihan mielenkiintonen (projekti) ja toisaalta on hyväkin, että tää on kestänyt näin pitkään, ku sitä on itekin tuota kypsyy, niinku sulautunu siihen, on kerinnyt aina niinku vähän asiat muhia. Saattaa olla, että se iskostuu sitten paremmin, kuin jos jotain hätäilemällä tehtäs, et nopeesti vaan. (H13/00)*

*Mutta se, että mie en pysty itteeni niin äkkiä muuttamaan, Kun mie menin tolle osastolle, ni kyllä mulle tulee se auttajan rooli siihe, ja läsnäolemisen. Ja sit kun mie paljon tietysti puhun, jota olen myös yrittänyt välttää, niin sit sen puheen myötä tulee myös se tarttumisen ja kaikki nää. Nyt on ihan niinku vetäytyttävä taakse, että antas tilaa sille potilaalle näyttää niitä taitoja... Nyt mie annan sitä vastuuta potilaalle. Siihen mie oon tän myötä kasvanu. (H11/00)*

*Se mittarin käyttö vielä...alussa oli pikkunen kynnys, ku kollegan kans mietittiin sitä, et täs on niin monta lippuun ja lappuu ja miten ne kysymykset esitetään potilaalle kun pyydetään tekemään jotakin...(H5/00)*

Näissä esimerkeissä fysioterapeutit tunnistivat projektin vaatineen käsiteltyjen asioiden kypsymistä, harjoittelua ja omaa, tietoista kehittymistä. Uusi toimintamalli ei välittömästi istunut työkäytäntöön ja edellytti ponnisteluja, mikä kuitenkin hyväksyttiin asiaan kuuluvana. Osa fysioterapeuteista puolestaan toivoi projektin nopeampaa etenemistä ja myös valmiimpia ratkaisuja kehittämistyön helpottumiseksi.

*Et mitä sie käytännössä nyt teet, et ku asia on teoriassa näin, ni mikä on se käytäntö, et sehän vaatii aikamoista niinkun oivalluskykyä ja ideointia ja aikaa, ei se vaan viidessä minuutissa ennen sitä terapiatilannetta, no niin, nyt mie hökäsen tämmösen harjotteen. Vaan siun pitää se etukätee se suunnitella. Että onhan se siinä mielessä hankala, ku ei oo mittään valmista.(H7/00)*

*Alussa minuu sanotaanko pikkusen jopa ärsytti se, että kun ois jossain asioissa voinu vähän oikookin. Että mennä suorempaan niihin tiettyihin menetelmiin, mitä tässä vois käyttää, mistä on hyvää tutkimustietoa... Ja nythän sitä jonkun verran meidän oman oivaltamisen kautta haettii... Sillon oli itellä, kun oli vielä kaikkee tuota, siirty toisen tyyppisiin tehtäviin, ni se oli silloin, ei jaksanu niin hirveen paljon keskittyä. Että se tuli tunne, että siinä olis vähän ehkä voinu oikoa.(H12/00)*

Näissä esimerkeissä muutosintervention edellyttämä fysioterapeuttien oma osallistuminen suunnitteluun ja kehittäytyöhön koettiin työläänä, ja kaivattiin ennemminkin perinteisiä koulutustilaisuuksia. Joissakin tilaisuuksissa kokeiltiin kirjallisuudesta poimittujen esimerkkien tarjoamista ikään kuin esimerkkeinä yhteistä ideointia nopeuttamaan.

*...te ootte sitten kuitenkin vetäny sen, te ootte niinku ennalta tienny sen, sen tavoitteen mihin te vedätte näitten ryhmien kaikki tuotokset ja sit se yhteenveto on kuitenkin semmonen, minkä työ ootte jo periaatteessa tienneet. Mulle jäi niinkun semmonen kuva...(H10/00)*

Valmiiden ideoiden tarjoaminen kuitenkin häiritsi ainakin tämän fysioterapeutin motivaatiota yhteiskehittelyyn. Toisaalta kirjallisuuden ja uuden tutkimustiedon hyödyntäminen ei näyttänyt kuuluneen minkään työyhteisön vakiintuneisiin työkäytäntöihin eikä se laajamittaisesti kehittynyt projektin kuluessakaan. Terveyskeskuksissa fysioterapeutit kokivat, että heiltä edellytetään osaamista niin monelta alueelta, ettei voimia riitä kaikkeen. Muissakin yksiköissä vierastettiin erityisesti englanninkielistä aineistoa eikä vakiintuneita tiedonhaun käytäntöjä kohdeyhteisöissä ollut.

*En mie nyt aikasemmin ainakaan ollu näistä hemeistä mittään hirveesti ettiny, mittään artikkeleita aktiivisesti tai muuta. Et jonkunhan ne on tuotava etteen, että luet nyt nää. Koska meillä on niin paljon muuta.*

*No kun ne on suurimmaks osaks englanniksi, et aika vähän mie oon niitä loppujen loppuks sitten lukenu. Että sit toisaalta, sit toisaalta, päivän mittaan kun täällä käytännössä tekee sitä työtä, ni mie en oo jaksanu illaks sitten enää ottaa sitä lukemista. Joskun sillon tällön jotakin artikkelia oon lukenu, mutta aika vähän. (H3/00)*

Kirjallisuuden hyödyntäminen edellytti ulkopuolista ohjausta. Muutosintervention aktivoiva merkitys näkyi siinä, että fysioterapeuttien yhteinen työskentely jäntevöityi aina, kun tutkijat antoivat heille selkeitä tehtäviä. Mikäli tehtävää ei annettu, fysioterapeutit harvemmin tarttuivat omatoimisesti heille tarjottuun tai esiteltyyn kirjallisuuteen tai kyseisen teeman systemaattiseen kehittelyyn. Syvimmälle kehittämisteemojen käsittelyssä päästiin, kun fysioterapeutit valmistuivat koulutuspäiviin ennakotehtävillä ja esittelivät tuotoksiaan yhteisen käsittelyn pohjaksi. Ennakotehtävät, jotka olivat kirjallisia tehtäviä tai kuvanauhoituksia näyttivät konkretisoivan käsiteltävää teemaa mielekkäästi. Vasta projektin loppuvaiheessa verkoston eri yksiköissä osa fysioterapeuteista aktiivisesti työsti uusia välineitä verkoston yhteiseen käyttöön, eikä valmiita ratkaisuja tai ohjeistusta jääty odottamaan projektin tutkijoilta.

Kehittämistyön myötä nousi esille myös projektin merkitys työssä jaksamiseen ja työmotivaatioon, mitkä voidaan nähdä edellytyksenä työn kehittämiselle.

*... aika pitkään on tehty aika perinteisesti, ja on vähän semmosta työhön väsähtämistä-kin ja se(projekti) oli sellanen motivaatiota lisäävä tekijä näille jumppareillekin. Jos mie ite ajattelen, että paras tapa työssä kehittyä tää menetelmä ja työmotivaation kannalta tää on olennainen ollut. Et niinku arvostan suuresti. Ja tietenkin teidän ulkopuolista panostusta. Ei meillä, meillä on kuitenkin sen tyyppinen tää tekijäjoukko, ettei löydy sellasta itseohjautuvuutta, eikä yleensääkään varmaan, aina tarvitaan tämmösissä se ulkopuolinen ohjaaja, mutta missä määrin, et joskus tuntu, että sitä ois tarvittu vielä enemmän. Mutta mie koen, että työmotivaation kannalta äärimmäisen hyvä asia..., se on semmosta työn arvostamista, mitä minä kehitän, ni sitä tässä arvostetaan. (H14/00)*

*Tai mie oon ite ottanu sen haasteena, ni se on niinku osaltaan myös tässä työssä jaksamisessa ni ainaki mulle tuonu tosi paljo. (H15/00)*

*Vaan hänellä (osastonhoitajalla) on taitoo nähdä, että tuo ihminen on tuossa hyvä ja tuo tuossa ja sillä tavalla kannustaa jokaista. Tää on miusta äärimmäisen tärkeä. Ja kun jokainen pääsee osoittamaan sitä omaa osaamistaan yksikössä, niin silloinhan tästä saa loistavan paketin. (H6/00)*

*...on vaikea ajatella muunlaista mallia, ilman että se on jostain ulkoopäin tuotu malli. Kyllä se pitää näin lähteä, ni silloinhan se elää, ihmiset sitoutuu siihen. Paras malli ilman muuta, mutta hirveen raskassoutunen toteuttaa ilman tämmöstä projektin vetäjää. Et vaatii ilman muuta sen tutkijan työpanoksen, meillä on vaatinut ja se ois muuten pysähtynyt jo monet kerrat. Et yks pitää olla, joka sen vetää ja aina kasaa ja taas jatkuu.(H17/00)*

Muutosintervention ja ulkopuolisen tuen merkitys fysioterapeuttien jatkuvaan oppimiseen ja työn edelleen kehittämiseen koettiin tärkeänä. Fysioterapeutit olivat innokkaita ja valmiita kehittelytyöhön, kunhan se oli jossakin muodossa tuettua. Vaikka työyhteisöjen itseohjautuvuus systemaattisessa työn kehittämisessä alkoi varsin hitaasti kehittyä, konkreettiset työkäytännön muutokset osoittivat, että työ alettiin hahmottaa yhteisöllisemmin ja jatkuvaa kehittämistä vaativana.

## 8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli lisätä ymmärrystä fysioterapeuttien työstä ja sen kehittämisen mahdollisuuksista. Tutkimuksessa seurattiin fysioterapeuttien työkäytännön muuttumista aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa tutkimus- ja kehittämisprojektin kuluessa työn kohteen uudelleen hahmottumisesta työn välineiden kehittelyyn. Tässä luvussa tarkastellaan ensin historiallisen ja nykytilan analyysin tuottamia työn ristiriitoja sekä niiden ratkaisuja ja uuden toimintamallin käyttöön ottamista. Seuraavaksi arvioidaan kehittävän työntutkimuksen soveltumista tutkimuksen lähestymistavaksi. Samalla tarkastellaan kehittämisprosessiin sisällyntä oppimista osana työelämän edellyttämää asiantuntijuuden muutosta ja fysioterapeuttien työorientaation kehittymistä. Myös käytettyjen menetelmien luotettavuutta ja tutkijan osuutta prosessin kuluessa tarkastellaan. Lopuksi esitellään tutkimuksen perusteella tehtyjä johtopäätöksiä ja ehdotuksia jatkotutkimuksiin.

### 8.1 Tulosten tarkastelua

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehitysvaiheet noudattelevat neurologisen fysioterapian kansainvälisiä kehitysvaiheita. Kehittyminen on kytkeytynyt sekä terveystieteiden koulutuksen kehittämiseen ja lisäkoulutuksen tarjontaan että terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehitysvaiheisiin. Määrätietoinen fysioterapian kehittäminen näyttää kuitenkin



tapahtuvan hyvin hitaasti, vaikka kritiikkiä vanhentuneita näkemyksiä kohtaan on esitetty jo 1990-luvun alusta lähtien. (mm. Ada ym. 1990, Talvitie 1991a, Carr ym. 1994, Lennon 1996, Nilsson & Nordholm 1992, Sandström 1993, Sandström 1994, Suhonen 1993)

Fysioterapian nykytilaa analysoitaessa fysioterapeutit kuvasivat projektin alkuvaiheessa terapiansa perusteita hyvin yleisellä tasolla, mihin tulokseen ovat päätyneet myös aikaisemmat tutkimukset eri maista (Nilsson & Nordholm 1992, Carr ym.1994). Näidenkin tutkimusten mukaan kirjallisuuden ja uuden tutkimustiedon hyödyntäminen ei ole yleisesti sisällynyt fysioterapeuttien työkäytäntöön. Sen sijaan tärkeinä perusteina pidettiin työssä saatua kokemusta ja käytännön sovelluksiin keskittynyttä lisäkoulutusta. (Nilsson & Nordholm 1992, Carr ym.1994) Tässä tutkimuksessa Bobath-konseptin mukainen lisäkoulutus ilmeni auktoriteettinä, joka ohjasi työn välineiden valintaa. Toisaalta työtä ohjasivat myös työyhteisöjen toimintakäytännöt ja terapiasuhde, mitä voidaan pitää työkokemuksen hyödyntämisenä.

Fysioterapeuttien käsitykset työn kohteesta ja työn välineistä poikkesivat kuitenkin siitä, mitä kuvanauhoilla nähtiin terapiatilanteissa tapahtuvan. Asiakaslähtöisyys ja potilaan aktiivinen osallistuminen ilmenivät vain fysioterapeuttien käsityksissä. Kuvanauhoilta välittyi sen sijaan tilanteiden terapeuttilähtöisyys, jossa potilaalle ei jäänyt tilaa tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun, ongelmanratkaisuun tai arviointiin. Myös potilaan toimintakyvyn arviointia ja toiminnallista harjoittelua korostettiin, vaikka niihin tarvittavat tilat ja välineet olivat puutteelliset tai niitä ei ollut lainkaan käytössä.

Ristiriitoja fysioterapeuttien käsitysten ja tilanteissa todetun käyttäytymisen välillä on todettu muissakin tutkimuksissa. Tutkittaessa terveyskeskuksissa toimivien fysioterapeuttien ammattikulttuuria todettiin fysioterapeuttien puheen asiakaslähtöisyydestä ja toiminnan terapiatilanteissa olleen ristiriidassa toistensa kanssa. (Viitanen 1997) Ristiriitaa eri menetelmillä saaduissa tuloksissa todettiin myös tutkittaessa sitä, miten usein ja millä tavoin fysioterapeutit pyrkivät ohjaamaan iäkkäitä potilaitaan osallistumaan terapian tavoitteiden asetteluun. Potilaiden tutkimistilanteissa tehty ääninauha paljasti paljon vähemmän terapeutin ja potilaan yhteistä tavoitteen asettelua kuin mitä terapeutin haastattelujen perusteella voitiin päätellä. (Baker ym. 2001) Myöskään Suhosen (1993) tutkimuksessa aivoinfarktipotilaiden kuntoutumisesta asiakkaat eivät juurikaan osallistuneet tavoitteidensa asetteluun. Argyris & Schön (1978) kuvaavat toiminnan ja teorioiden välistä kuilua muistuttamalla, että ammatillista toimintaa

määrittävät erityisesti käyttöteoriat. Käyttöteorioiden ja julkilausuttujen teorioiden välillä on usein iso ero.

Kun työn kohde alkoi vähitellen hahmottua uudella tavalla, tunnistettiin myös arvioinnin merkitys erityisesti potilaan oppimisen näkökulmasta ja myös suunnittelun välineenä sekä itsenäisen harjoittelun välineiden tarve. Toimintakykymittaria oli kaivattu, mutta mittarin käyttöön ottaminen oli hidasta ja edellytti paljon ohjausta ja käytön harjoittelua. Mittaaminen liitettiin usein kirjaamiseen, joka näyttäytyi varsin ongelmallisena. Kirjaamisen ongelmilla voisi olla yhteys fysioterapeuttien arviointimenetelmien vähäisyyteen. Ellei potilaan tilaa systemaattisesti arvioida on sekä potilaan itsensä että fysioterapeutin tietysti vaikeaa suunnitella tai seurata kuntoutumisen edistymistä. Vasta vähitellen muutosintervention kuluessa mittaria alettiin käyttää välineenä potilaan oppimisen käynnistämiseksi ja fysioterapian suunnittelua ohjaavana, ja sen merkitys alueellisen verkoston yhteistyön välineenä alkoi jäsentyä. Toimintakykymittarin käyttömahdollisuudet potilaan oppimisprosessin tukemisessa edellyttävät kuitenkin vielä lisää tutkimustietoa (Pyöriä ym. 2002).

Toimintakykymittarin käyttöön ottamisen lisäksi fysioterapeutit kehittivät itse uusia välineitä myös potilaiden itsenäiseen harjoitteluun. Potilasta aktivoivien välineiden uudistamisessa ja harjoitusympäristöjen rakentamisessa tapahtuikin selkeintä kehitystä, kun harjoittelun ja monipuolisen palautteen yhteys potilaan oppimiseen oivallettiin. Nämä ovat hyviä esimerkkejä innovaatioista ja rajanylityksistä, jotka osoittavat ekspansiivisen oppimissyklin mukaista kehittymistä. (Virkkunen ym. 1997)

Fysioterapeutin työ avautui tässä tutkimuksessa hyvin samankaltaisena kuin aikaisemmissa tutkimuksissa 1990-luvun alusta lähtien. Talvitien (1991a) tutkimuksessa todettiin keskeisinä kehittämistarpeina mm. työvälineiden perusteiden hallinta. Arviointivälineiden puuttumisesta raportoi myös Suhonen (1993). Perusteiden epävarmuutta osoitti myös fysioterapeuttien käyttämien käsitteiden jäsentymättömyys. Vaikka motorinen oppiminen on yksi fysioterapian keskeisiä käsitteitä ja potilaan ohjaamista on pidetty oleellisena fysioterapian menetelmänä, ei oppimisen käsitteistöä tutkimuksen alkuvaiheessa juuri käytetty ja ohjauksen käytännöistä välittyi yksipuolisuus. Toisaalta ensimmäinen suomenkielinen fysioterapiaa kokonaisuutena käsittelevä ja samalla fysioterapian käsitteistöä yhtenäistävä teos ilmestyi vasta 1990-luvun lopussa (Talvitie ym. 1999).

Kirjallisuudessa korostettu terapeutin ohjauksellinen rooli ja potilaan tietoisuuden ja toiminnan yhteys näkyivät myös uudessa toimintamallissa, joka projektin kuluessa kehiteltiin. Vaikka fysioterapeuttien käsitys työn kohteesta alkoi vähitellen hahmottua uudella tavalla, oli vielä projektin loppuvaiheessa sekä fysioterapeuttien haastatteluissa että kuvanauhoilla selviä merkkejä kehittämisen tarpeista edelleen. Uusien, potilaan aktiivisuuteen perustuvien välineiden käyttöön ottaminen ei yksin näyttänyt takaavan asiakaslähtöisyyden toteutumista. Useissa muissakin tutkimuksissa potilaan rooli on fysioterapiatilanteissa ollut passiivinen, eivätkä fysioterapeutit näytä kiinnittävän riittävästi huomiota terapiatilanteisiin vuorovaikutustilanteina, joissa potilaan oppimiselle on annettava tilaa (mm. Talvitie 1996, Thornquist 1994, Williams & Harrison 1999).

Asiakaslähtöisyyden todentuminen työkäytännössä ja fysioterapeuttien tiedonhankinnan taidot edellyttävät tämänkin tutkimuksen perusteella lisää huomiota. Vuorovaikutustaidot sekä tiedonhankinnan ja -käsittelyn taidot määritellään keskeisiksi alueiksi fysioterapeutin pätevyyssehdoissa (Talvitie ym.1999). Elinikäistä oppimista, näyttöön perustuvaa työkäytäntöä ja asiakaslähtöisyyttä pidetään myös kansainvälisesti keskeisinä fysioterapian ammatillista käyttäytymistä kuvaavina tekijöinä (MacDonald ym. 2001).

Fysioterapian asiantuntijan (ekspertin) osaamisessa on yhtenä keskeisenä ulottuvuutena nähty asiakaslähtöisyys, jossa mm. aktiivinen kuunteleminen ja vastaaminen asiakkaan kommentteihin ovat oleellisia (Jensen ym.2000). Tässä tutkimuksessa fysioterapeutin ja potilaan kohtaamattomuudeksi tulkittiin kuvanauhojen analyysissä esimerkiksi sellaiset poikkeamat käsikirjoituksesta, joissa potilas ei näyttänyt ymmärtävän harjoituksen merkitystä tai joissa fysioterapeutti ei reagoinut potilaan kommenttiin. Näitä häiriöitä löytyi aineistosta vielä kehittämiprojektin loppuvaiheessa. Vastaavasti Viitasen (1997) tutkimuksessa kohtaamattomuudeksi arvioitiin mm. sellaisten sanojen käyttö, joita asiakas ei ehkä ymmärtänyt tai tilanteet, joissa fysioterapeutti ei anna asiakkaalle aikaa puhua loppuun. (Viitanen 1997)

Fysioterapeutin ja potilaan kohtaaminen terapiatilanteissa edellyttää sekä peruskoulutukselta että täydennyskoulutukselta vuorovaikutusprosessien syvällisempää tarkastelua ja terapian elementtien tiedostamista. Vuorovaikutusprosessien aikana rakennetaan ja ylläpidetään

sosiaalista todellisuutta. Prosessien kuluessa tulisi tarkastella mm. miten yhteistä ymmärrystä luodaan. (Jokinen ym. 2000)

Tutkimus- ja kehittämisprojektin toisen vaiheen seurantatutkimus vastaa haasteeseen selvittää erilaisten kuntoutusmenetelmien keskinäisiä vaikuttavuuseroja (Rissanen & Aalto 2002). Vaikka erityisesti Bobath-terapiaa on tutkittu paljon, varsinaisesta fysioterapian vaikuttavuudesta potilaiden näkökulmasta on vähän tietoa. Langhammerin ja Stanghellen (2000) tutkimuksessa verrattiin Bobath-menetelmää ja motorista uudelleen oppimishjelmaa (Motor Relearning Programme), jossa käytettiin tehtäväkeskeistä harjoittelua vasta sairastuneiden (n= 61) kuntoutuksessa. Tulokset osoittivat, että potilaat, joiden terapia sisälsi tehtäväkeskeistä harjoittelua, viipyivät vähemmän aikaa sairaalassa ja paransivat motorista suoriutumistaan merkitsevästi enemmän kuin Bobath-terapiaa saaneet potilaat.

Carr työtovereineen (1998) on uusimmassa kirjassaan pyrkinyt nostamaan esille vaihtoehtoisen tavan käsitellä neurologista kuntoutusta. Eri menetelmiä ei varsinaisesti vertailla keskenään, vaan kirjassa pyritään yhdistämään kuntoutuksen menetelmiin uutta tutkimustietoa hermolihasjärjestelmän kontrollista, suorituksen biomekaanisista näkökohdista, tietoisuuden ja toiminnan yhteyksistä sekä patologiaan ja adaptaatioon liittyvästä viimeaikaisesta kehityksestä. Kirjan esipuheessa viitataan myös terapeutin rooliin valmentajana, joka osaa toiminnan harjoittamisen menetelmät ja osaa organisoida itsenäistä harjoittelua. (Carr & Shepherd 1998)

Koska uusien kuntoutusmuotojen kehittämisestä kaivataan edelleen myös laadullista tietoa (esim. Kallanranta 2001), voidaan tätä tutkimusta ja siihen sisältyvää uuden toimintamallin kehittelyä ja käyttöön ottamista sekä potilaan hahmottamista aktiivisessa roolissa, tarkastella myös kuntoutuksen arvioinnin näkökulmasta. Kuntoutuksen arviointitutkimuksessa pelkääntään luonnontieteellinen tutkimusasetelma ei yksistään riitä, vaan tarvitaan myös laadullista arviointia mm. kuntoutustoiminnan sisäisestä dynamiikasta ja erilaisista työotteista. (Suikkanen & Lindh 2001)

Kuntoutuksen arviointia voidaan Suikkasen ja Lindhin (2001) mukaan tarkastella neljällä eri tasolla: Arvioinnin yleisin taso on *kontekstin taso*, joka ottaa huomioon yhteiskunnan muuttumisen vaikutukset kuntoutustoimintaan ja jolla arviointi kohdistuu erityisesti politiikkaan

ja lainsäädäntöön. Toisella tasolla kuntoutusta arvioidaan paikallisissa puitteissaan (*puitteiden taso*), jolloin arviointikohteena ovat paikallisen tason verkostot ja yhteistyö palvelujärjestelmissä. (Suikkanen & Lindh 2001) Tässä tutkimuksessa työn analyysiä ja työn kehittämishaasteita tuotettiin ensin fysioterapeuttien käsitysten perusteella. Projektin kuluessa yhteistä toimintamallia ja siihen liittyviä välineitä kehitettiin kohdeyhteisöjen yhteiskehittelyinä.

Kolmas kuntoutuksen arvioinnin taso on *tilannesidonnaisen toiminnan taso*, jolla arvioidaan innovaatioita. Innovaatiot voivat olla kuntoutuksen toimintamalleja, niiden lähtökohtia, vuorovaikutusta ja itse toiminnan prosesseja. (Suikkanen & Lindh 2001) Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin fysioterapian nykytilaa, ja kehitettiin sen pohjalta uutta toimintamallia, jonka toteutumista projektin loppuvaiheessa arvioitiin sekä haastattelujen että kuvanauhojen perusteella.

Neljäs taso kuntoutuksen arvioinnissa on *yksilötaso*, jossa arvioidaan lähinnä yksilön arkielämässä selviytymistä objektiivisena ja subjektiivisena vaikuttavuutena. Arvioinnissa näillä kaikilla neljällä tasolla voidaan esittää joko miten- tai miksi- kysymyksiä. (Suikkanen & Lindh 2001) Tässä tutkimuksessa saavutettiin kuvailevaa ja luokittelevaa tietoa fysioterapian prosesseista miten-kysymyksillä, eikä pyrittykään yksilötason syy- ja seuraussuhteiden selvittämiseen.

Kuntoutuksen tutkimuksen haasteina pidetään yhteiskunnallisten tekijöiden ja paikallisen toimintaympäristön huomioon ottamista sekä historiallisen ulottuvuuden tarkastelua. (Suikkanen & Lindh 2001) Tässä tutkimuksessa voidaankin nähdä pyrkimys ottaa huomioon alueellinen toimintaympäristö ja toimijoiden väliset toimintakulttuurit alkaen tutkitun työn historiallisista kehitysvaiheista. Järvikoski ja Härkäpää (2001) korostavatkin, että on kyettävä avaamaan intervention ”mustaa laatikkoa”, sillä vain kuntoutuksen kohderyhmässä tapahtuneiden muutosten selvittäminen harvoin riittää kuntoutusohjelmaa koskevien johtopäätösten tekoon. Johtopäätösten tekeminen edellyttää, että on myös kuvattu ja jäsennetty itse toimintaa, toimintaprosessia ja -ympäristöä. (Järvikoski & Härkäpää 2001)

## 8.2 Tutkimusprosessin arviointia

Kehittävä työntutkimus soveltui tutkimuksen lähestymistavaksi useammasta näkökulmasta tarkasteluna hyvin. Fysioterapeuttien arvioinneista välittyi tutkimuksen myönteinen merkitys sekä työssä jaksamiseen että konkreettisten muutosten tapahtumiseen työkäytännössä. Myös Työterveyslaitoksen hyvinvointitutkimuksen (Launis ym.1998) mukaan työhön liittyvä hyvinvointi kytkeytyy työn sisältöön ja sen muuttumiseen.

Osa fysioterapeuteista rohkaistui kehittämään ja kokeilemaan työssään uusia, innovatiivisia ratkaisuja, jotka myös lisäsivät työn mielekkyyttä. Innovatiivisuutena voidaan pitää kykyä ja halua tuottaa jotakin uutta, tarkastella asioita uusista näkökulmista ja kokeilla tai etsiä uusia vaihtoehtoja. Tällainen kyky tarkastella ympärillä tapahtuvia muutoksia ja eritellä niitä näyttää edistävän työssä jaksamista. (Koiranen 2001)

Kehittävän työntutkimuksen lähestymistapa noudattelee myös tämän hetkistä näkemystä asiantuntijuudesta ja sen kehittymisestä jatkuvana itsereflektiona ja yhteisöllisenä oppimisprosessina. Työntekijät pystyvät parhaiten kehittämään omaa työtään, kun saavat ohjausta työn tutkimiseksi, tukea oman aktiivisuuden käyttämiseksi ja välineitä oman työnsä kehittämiseksi. Lisäksi kehittävä työntutkimus on itsessään jatkuvasti kehittyvä lähestymistapa, mitä osoittavat kehittävän työntutkimuksen peruslähtökohtiin perustuvien uusien menetelmien kokeilut (Virkkunen ym. 1999, Tuomi-Gröhn ym. 2001.)

Kun asiantuntijuutta tarkastellaan laajemmin eri aloilla, voidaan todelliset asiantuntijat erottaa kokeneista ei-eksperteistä siinä, että heidän työskentelytapaansa voidaan kuvata asteittain etenevänä ongelmanratkaisuprosessina. Asiantuntija jatkuvasti määrittelee uudelleen tehtäviään ja toimintaansa. Kun hän on ratkaissut jonkin tehtäväkenttäänsä kuuluvan ongelman, siitä ei seuraa toiminnan rutinoituminen, vaan uusi, entistä korkeammalla tasolla oleva ongelmanasettelu. Asiantuntija joutuu ongelmanratkaisuprosessien kuluessa usein myös ylittämään osaamisensa ylärajan. Tässä prosessissa asiantuntija jatkuvasti oppii uutta ja kasvattaa omaa asiantuntemustaan. (Bereiter & Scardamalia 1993, Tynjälä 1999)

Korkeaa koulutusta ja pitkää työkokemusta on perinteisesti pidetty yleisenä asiantuntijuuden osoittimena. Viimeaikaisessa tutkimuksessa on kuitenkin kiinnitetty huomiota siihen, että kaikki korkean koulutuksen ja pitkän työkokemuksen omaavat henkilöt eivät kuitenkaan toimi työtehtävissään samalla tavalla: toisten työlle näyttää olevan ominaista jatkuva kehittyminen, kun taas toiset näyttävät pitäytyvän opituissa rutiineissa. (Tynjälä 1999)

Kehittävälle työntutkimukselle ominaista on se, ettei huomiota kiinnitetä ensisijaisesti tutkimuksen kohteena oleviin yksilöihin vaan työ nähdään yhteisöllisenä ja jatkuvasti muuttuvana. Kiinnostus suuntautuu ennemminkin työyhteisöissä vallitseviin orientaatioihin eli ajattelu- ja toimintamalleihin. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa fysioterapeuttien työorientaatiot näkyivät selkeimmin erilaisissa käsityksissä oman työn kehittämismahdollisuuksista ja kehittämisen tarpeista. Osa fysioterapeuteista ei tutkimuksen alkuvaiheessa kokenut tarvetta muutokseen omassa osaamisessaan, vaikka suhtautuivatkin yleisellä tasolla työn kehittämiseen myönteisesti. Työ näyttäytyi tutkimuksen alussa varsin tilannesidonnaisena, muistuttaen perinteistä käsityömaista työtä.

Projektin loppuvaiheessa kaikki fysioterapeutit tunnistivat muutoksia omissa ajattelu- ja toimintatavoissaan, mutta kaikille ei kehittynyt tarvetta määrätietoiseen oman oppimisen kehittämiseen. Joissakin ilmaisuissa fysioterapeutit tunnistivat kehittämisen arvon, mutta eivät välttämättä itse olleet vielä sen mukaisesti toimineet. Toisaalta tutkimuksen loppuvaiheessa fysioterapeuttien työssä näkyi selvemmin, että tilanteita oli suunniteltu ja pohdittu etukäteen. Osa fysioterapeuteista alkoi suuntautua tietoisesti aktiivisiin kokeiluihin, joissa voi nähdä selviä piirteitä ekspansiivisesti hallitusta työstä. Ekspansiivinen oppimissykli merkitsee toiminnan kohteen ja motiivin laajenemista. Oppimissyklin kuluessa ensin kyseenalaistetaan toimintaa ja vähitellen hahmotetaan uudelleen se, mihin toiminnalla pyritään, miten työtä tehdään ja miksi. Tämä myös edellyttää rajojen ylityksiä. (Engeström 1998)

Jatkuvasti muuttuvan työelämän haasteisiin vastaaminen edellyttää sekä ammattiin opiskelevilta että työntekijöiltä aktiivista suhdetta oppimiseen sekä kykyä oman toiminnan kriittiseen tarkasteluun yhteistoiminnallisesti ja monialaisesti. Kehittävä työntutkimus on osallistavana lähestymistapana tässäkin tutkimuksessa vastannut haasteeseen ja edesauttanut todettua kehitystä tutkimukseen osallistuneissa työyhteisöissä.

### 8.3. Tutkimuksen luotettavuus

Kehittävän työntutkimuksen tulosten yleistettävyyttä nähdään käytännöllisenä kysymyksenä. Tulokset yleistyvät käytännön toiminnassa ja leviävät uusina toimintamalleina ja välineinä, joita voidaan ottaa käyttöön muissa, samantyyppisissä toimintajärjestelmissä. Mikäli kehitetty toimintamalli on sisällöllisesti pätevä, sillä on mahdollisuudet levitä yleisempään käyttöön. Vaarana toki on, että tehdään liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä yhden työpaikan havaintojen perusteella. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa tuotettiin uusi toimintamalli usean erilaisen työyhteisön yhteiskehittelyinä. Toimintamalliin sisältyi myös aivan uusia tuotteita ja välineitä, joita otettiin käyttöön ja joiden käyttöä edelleen testataan. Jo tähän mennessä uutta toimintamallia ja sen kehittelyprosessia voidaan pitää onnistuneena. Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiassa uusi toimintamalli noudattelee monin tavoin kansallisia kuntoutuksen suosituksia ja hyödyntää ajankohtaista kansainvälistä tutkimustietoa.

Kehittävän työntutkimuksen luotettavuutta voi arvioida myös koulutusotteena (Engeström 1998). Yhtenä tämän tutkimuksen tuloksena kuvattiin fysioterapeuttien oppimista. Jos asiantuntijuutta halutaan tarkastella ja kehittää jatkuvaa oppimista ja itsereflektiota edellyttävänä, on oppimisen tasojen arviointi perusteltua. Lukijalla on tässä tutkimuksessa mahdollisuus arvioida tutkimuksen luotettavuutta tarkastelemalla oppimisen eri tasojen raportointia sekä aineistonäytteiden että tutkijan tulkintojen perusteella.

Kun tutkimusta arvioidaan koulutuksellisenä prosessina, on tarkasteltava myös muutosintervention toteutumista ja tutkijan omaa toimintaa siinä (Engeström 1998). Muutosinterventioon sisältynyt koulutus ja konkreettinen kehittäminen on lukijan arvioitavissa liitteistä 3 ja 4., joissa kuvataan prosessin eri vaiheisiin sisältyneen koulutuksen järjestämistapa, koulutusteemat ja konkreettiset kehittämistoimet työyksiköissä. Myös kehittämisprosessin kuluessa tuotettu uusi toimintamalli, aktivoiva terapia, sen perusteet sekä toteutustapoja on raportissa kuvattu tarkasti. Myös Miettinen (1993a) korostaa, että tarkka muutoksen välineiden kuvaus on tärkeätä. Hänen tutkimuksessaan opettajien työstä kuvattiin konkreettisesti eri opettajien aihekokonaisuuksiinsa tekemiä ratkaisuja. Tarkka kuvaus edesauttaa myös tulosten käytettävyyttä ja edelleen kehittelyä, mikä on kehittävän työntutkimuksen pyrkimys. (Miettinen 1993a).



Tutkijan osuuden arvioinnissa lähtökohtana oli kehittävän työntutkimuksen käsite moniääni-syydestä. Se edellyttää, että tutkijoiden ja tutkittavien näkökulmat saadaan esille dialogiin toisensa kanssa. (Engeström 1998) Dialogin voi määritellä eroavan tavanomaisesta keskustelussa siinä, että dialogissa tavoite ei ole väittelyn voittaminen vaan parhaan mahdollisen perustelun löytäminen (Laitinen 1996).

Tutkija arvioi omaa toimintaansa tarkastelemalla, miten dialogisuus näkyy kahdessa, muutosten-terventioon sisältyneessä koulutustilanteessa, jotka oli satunnaisesti kuvanauhoitettu. Toisessa tilanteessa tutkimuksen alkuvaiheessa fysioterapeuttien pienryhmä tekee omalla työpaikallaan työn nykytilan analyysiä tutkijan kanssa keskustellen ja yhden terapiatilanteen kuvanauhoitus-näytettä tarkastellen. Toisessa tilanteessa tutkimuksen loppuvaiheessa fysioterapeuttien pien-ryhmä toisella työpaikalla arvioi projektin tuloksia.

Kehittämiskeskusteluissa käytettiin puheessa me-muotoa, kun fysioterapeutteja haastettiin kes-kusteluun. Sen voi arvioida edistävän turvallisen ilmapiirin syntymistä. Dialogin ylläpitäjän tehtävänä onkin ennemminkin ohjata dialogia eteenpäin kuin toimia ryhmän erityisasiantuntija-na. Tarkoitus ei ole, että ryhmässä jonkin näkemyksen toivotaan voittavan. (Laitinen 1996)

Tutkijat käyttivät dialogin edistämiseksi myös asiantuntijan roolia esitellessään asiaa syventä-viä tutkimustuloksia. Fysioterapeutit arvioivat kuitenkin niitä aktiivisesti ja jatkavat itsekriitti-sesti meneillään olevaa analyysiä. Tutkija myös kohdistaa joitakin kysymyksiä suoraan jollekin ryhmän jäsenistä viittaamalla tämän asiantuntemukseen käsiteltävässä asiassa. Tämä voidaan arvioida tutkijan pyrkimyksenä välttää oman roolinsa ja näkemystensä korostumista.

Dialogin onnistumiseksi ohjataan noudattamaan niukkuuden periaatetta. Taitava dialogin yllä-pitäjä harkitsee tarkoin, missä tilanteessa sanoo jotakin. (Laitinen 1996) Kuvanauhoilla koulu-tustilanteissa tutkija käyttää enimmäkseen kysymyksiä, joihin fysioterapeutit vastaavat. Fy-sioterapeutit kuitenkin jatkavat asian käsittelyä myös keskenään niin, ettei käsittely etene vain tutkijan puheenvuorojen kautta.

Kuvanauhoilla nähdyissä tilanteissa voi nähdä tutkijan toiminnan kehittymisen verrattaessa tut-kimuksen alkuvaiheen tilannetta loppuvaiheen tilanteeseen. Alkuvaiheen koulutustilanteessa tutkijalla oli vielä selvästi ohjaajan ja osittain asiantuntijan rooli ryhmän aktiivisuudesta

huolimatta. Loppuvaiheen arviointikeskustelussa tutkija on ennemminkin yksi ryhmän osallistujia muiden fysioterapeuttien tapaan, mikä viittaa siihen, että tutkimus on ollut myös tutkijan oma oppimisprosessi.

Toisaalta Engeström (1998) muistuttaa, ettei tutkijan tule pelätä toimintajärjestelmään puuttamista. Työyhteisön voimavarat ja toiminnan liikevoimat ovat aina vahvempia kuin tutkijan mahdollisesti huonot neuvot tai ehdotukset. Tässä tutkimuksessa muutosinterventioon sisältyi useita koulutustilaisuuksia, joissa käytettiin myös useampia kouluttajia tai muita asiantuntijoita. Muutosinterventio ohjauksessa oli mukana kolmen tutkijan ryhmä, joka kävi myös keskinäistä dialogia koulutustilaisuuksien valmistelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Lisäksi tutkijat tuottivat sekä tutkimusraportteja ja artikkeleita että koulutusmateriaalia eri näkökulmista. (Pyöriä ym. 2000, Pyöriä ym. 2001, Talvitie ym.2001, Talvitie & Reunanen 2002) Tätä voidaan pitää yhtenä tapana tavoittaa Engeströmin (1998) esittämä kehittävän työntutkimuksen lähikehitys. Siinä toivotaan muodostuvan tutkijaryhmien vuorovaikutteisia verkostoja, jotka tuottavat useita erityyppisiä tuloksia ja erilaisia aineistoja. (Engeström 1998, 237)

Paikallishistoriallisen aineiston keräämisessä ja analyysissä luotettavuutta olisi voinut parantaa käyttämällä systemaattisempaa menetelmää, kuten ryhmähaastattelua (esim. Kovero & Launis 1999) tai tarkemmin dokumentoitua yhteismuistelua (Konkola 2001). Myös paikallishistoriallisen aineiston analyysiä olisi pitänyt tehdä syvällisemmin jo aikaisemmassa vaiheessa, mikä olisi ohjannut työn kehittelyä jäsentyneemmin. Tässä tutkimuksessa historiallisen analyysin lähtökohtana olivat työyksiköittäin laaditut työn kehitysvaiheiden kuvaukset. Vaikka paikallishistoriallisen aineiston analyysi jäi pinnalliseksi, se oli merkittävä vaihe fysioterapeuttien työn kehittämisprosessissa. Historiallisen näkökulman avulla työn yhteisöllinen luonne ja jatkuva muuttuminen alkoivat hahmottua.

Haastatteluaineiston luotettavuus voidaan arvioida aineiston laadun perusteella (Hirsjärvi & Hurme 2000). Kaikki tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit haastateltiin. Haastatteluaineiston keruun ja käsittelyn luotettavuutta voidaan pitää hyvänä, sillä tutkija teki kaikki haastattelut ja litteroinnit itse. Luotettavuutta paransi myös se, että tutkija käytti teemahaastattelurunkoa ja teki muistiinpanoja haastattelujen aikana. Haastattelujen äänitys ja litterointi onnistuivat myös teknisesti vaikeuksista. Vain yhdessä ääninauhassa kuuluvuus oli osittain heikentynyt, mutta muistiinpanojen avulla litterointia voitiin täydentää ja hyväksyä se aineistoon.

Fenomenografisen tutkimuksen luotettavuus perustuu aineiston ja johtopäätösten validiteettiin: aineiston ja johtopäätösten tulee vastata tutkittavien ajatuksia ja toisaalta liittyä tutkimuksen lähtökohtiin. (Syrjälä ym. 1996) Luotettavuuden kulmakivenä on siis prosessi, jossa tutkija luo aineistostaan hyväksyttävän ja perustellun tulkinnan. Vastaavuuden osoittamiseen pyritään käyttämällä lainauksia alkuperäisestä aineistosta ja esittelemällä aineisto lähes kokonaan tai käyttämällä rinnakkaisluokittelijaa. (Järvinen & Karttunen 1997)

Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on parantanut se, että haastatteluaineistosta tehtyjä tulkintoja testattiin antamalla tulkinnat luettavaksi ja kommentoitavaksi muutamalle tutkimukseen osallistuneelle fysioterapeutille. Lisäksi aineiston käsittelyssä käytettiin ensin kehittävän työntutkimuksen lähestymistavan mukaisesti toimintajärjestelmän rakennemallin osia aineiston yläkategorioina. Vasta sen jälkeen aineisto analysoitiin aineistolähtöisesti. Toisaalta tutkija teki haastatteluaineiston analyysin yksin, joten mahdollisuus väärintulkintoihin on ollut olemassa. Lukijalle on kuitenkin raportissa tarjottu mahdollisuus arvioida tutkijan tulkintojen vastaavuutta.

Aineiston aitous riippuu tutkijan ja haastateltavien yhteisymmärryksestä. Sen osoittamiseksi on kuvattava aineiston hankintaprosessin tilanneyhteys, selvitettävä luottamuksen rakentamiseen pyrkiminen ja esiteltävä riittävästi litteroituja otteita haastatteluista. (Syrjälä ym. 1996) Tässä tutkimuksessa on kuvattu haastatteluista sopimisen tapa, haastattelujen aika, paikka ja kesto, taustatietojen keruutapa ja haastattelun toteutustapa sekä haastattelurunko.

Luottamuksen rakentamiseen tutkijan ja haastateltavien välille pyrittiin tutkimuksesta tiedottamisella tiedotus- ja koulutustilaisuudessa sekä tiedotuskirjeellä. Kirje sisälsi myös suostumuspyynnön tutkimukseen osallistumiseen ja aineiston käyttämiseen tutkimuksessa. (liite 1.) Koska tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoiseen ilmoittautumiseen ja tutkija oli lähes kaikille tutkimukseen osallistuneille fysioterapeuteille entuudestaan tuttu, voidaan päätellä, että riittävä luottamus oli jo tutkimukseen ilmoittautumisvaiheessa saavutettu.

Aineiston aitouden osoittamiseksi tuloksissa on runsaasti näytteitä litteroiduista haastatteluista ja esillä on myös esimerkki tutkijan tekemästä jatkokysymyksestä (s.89). Jatkokysymyksen avulla tutkija pyrki rohkaisemaan haastateltavaa syventämään aiheen käsittelyä. Haastattelijalta

edellytetään aktiivista kuuntelemista, ja paneutumista haastateltavan tarkoituksiin. Seuraavat kysymykset tehdään siis ennemminkin haastateltavan antamien johtolankojen perusteella kuin oman suunnitelman mukaan. (Syrjälä ym. 1996)

Litteroitujen esimerkkien avulla pyritään myös osoittamaan käsitystyyppien aitous. Aitous viittaa siihen, että haastatteluaineistossa todella oli riittävästi aineksia kuvattujen käsitystyyppien rakentamiseen. Aitous on myös arvioitava kuvaamalla luokittelun vaikeuksia. (Syrjälä ym. 1996) Tutkimuksessa haastatteluaineisto luokiteltiin ensin yläkategorioihin, joiden lähtökohtana oli toimintajärjestelmän rakennemalli. Haasteellisinta oli erottaa aineistosta käsitykset työn tekijästä, sillä ne sisältyivät usein käsityksiin työtä ohjaavista periaatteista ja tietorakenteista, jotka luokiteltiin työn välineisiin. Myös työn välineiden moninaisuus edellytti, että ilmaisut luokiteltiin ensin useisiin eri luokkiin, ja vasta vähitellen luokkia voitiin yhdistää käsitystyypeiksi, joihin luokkien sisältö tiivistettiin.

Käsitystyyppien rakentaminen oli tutkimuksen hitain ja työläin vaihe. Tutkimuksen toteuttaminen pitkäkestoisena prosessina kuitenkin helpotti työtä, sillä käsitystyyppien muodostamista tehtiin ja tarkistettiin useassa eri vaiheessa, osittain myös tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien kanssa yhdessä. Runsaille litterointinäytteillä on pyritty osoittamaan käsitystyyppien laadullisia eroja ja niiden muodostamisen perusteita.

Haastattelunäytteiden valinnassa pyrittiin siihen, että fysioterapeuttien käsitysten kirjo tulisi esille. Laadullisen aineiston esittämiseen kuuluu vivahteisuus, jolloin aineiston vaihtelu ja poikkeamat on tärkeää nostaa esille (Hirsjärvi & Hurme 2000). Toisistaan poikkeavista käsitystyypeistä on useita esimerkkejä näytteinä. Vivahteisuuden ja aitouden saavuttamiseksi päädyttiin myös murteellisen ilmaisun säilyttämiseen haastattelunäytteissä, vaikka sen arvioitiin mahdollisesti häiritsevän joitakin lukijoita. Otteiden esittäminen kirjoitusmuodossaan voi myös ohjata lukijaa arvioimaan puhutun kielen merkitystä terapiatilanteissa. Yksittäisen haastateltavan tunnistaminen pyrittiin kuitenkin tekemään mahdottomaksi. Kaksi näytettä raportista poistettiin sen perusteella, että tutkimukseen osallistunut fysioterapeutti tunnisti toisen fysioterapeutin ilmaisun tarkistaessaan tekstiä.

Kuvanauhojen käyttäminen aineistossa noudatteli etnografista otetta. Kuvanauhoitukset mahdollistavat tutkittavien käyttäytymisen havainnoinnin ja heidän näkökulmansa nostamisen

esille. Kuvanauhoitusten käyttö myös mahdollistaa erilaisten analyysitapojen kokeilun. (Lindlof 1995) Kuvanauhoitusten käyttäminen etnografiassa on varsin hitaasti lisääntynyt, vaikka niiden avulla voidaan monipuolisesti tarkastella sosiaalisia tilanteita. Huomiota voidaan kiinnittää tilanteen ympäristöön, toimintaan, puheeseen ja tutkittavien väliseen vuorovaikutukseen muutenkin, kuin perinteisesti nonverbaalista kommunikaatiota tutkimalla. (Heath 1997) Teknisten ongelmien takia kaksi aineistoon suunniteltua nauhoitusta hylättiin. Erillisen mikrofonin käyttäminen olisi ratkaissut näissä nauhoituksissa todetun ongelman. Kahden nauhan hylkäämisestä huolimatta molemmissa aineiston keruuvaiheissa saatiin kuitenkin työn analyysiä varten riittävä aineisto, joka edusti sekä kaikkia tutkimuksen kohdeyhteisöjä että erilaisia potilaita.

Vaikka videokuvauksen tiedetään muuttavan kuvattavien henkilöiden käyttäytymistä, arvioidaan kuitenkin, että kameran läsnäoloon totutaan, kun tilanne jatkuu (Lindlof 1995). Tässä tutkimuksessa tutkijan mahdollisesti tilannetta häiritsevää vaikutus eliminoitiin niin, että suurin osa kuvanauhoituksista tehtiin ilman kuvaajaa vain kameran ja jalustan avulla. Joissakin nauhoituksissa kuvaajana toimi saman työyhteisön toinen fysioterapeutti.

Useimmissa tutkimuksen kohdeyhteisöissä oli tehty kuvanauhoituksia jo aikaisemmin, joten myös osalle fysioterapeuteista ja potilaista, joiden terapiatilannetta kuvattiin, kuvaustilanne oli entuudestaan tuttu. Kuvanauhoituksen mahdollisesti häiritsevää vaikutusta pyrittiin vähentämään tiedotteilla, jotka sisälsivät sekä tiedotuksen tutkimuksesta ja aineiston käyttämisestä siinä, että suostumuspyynnön tutkimukseen osallistumiseen (liitteet 1. ja 2.).

Kehittävässä työntutkimuksessa kohdistetaan erityistä mielenkiintoa työssä esiintyviin häiriöihin ja poikkeamiin tavanomaisesta työstä erotuksena perinteiseen etnografiaan, jossa kuvataan työn normaalia kulkua. Toinen ero tavanomaiseen etnografiaan on kehittävä työntutkimuksen tarkoitus aikaansaada muutos interventioiden avulla. (Engeström 1998) Tässä tutkimuksessa kuvanauhoitusten merkitys korostui nimenomaan muutosintervention välineenä. Useat fysioterapeutit arvioivat, että kuvanauhoilta tarkasteltujen tilanteiden ohjattu analyysi oli välttämätöntä työn muutostarpeiden tunnistamiseksi.

Kuvanauhoitusten analyysiä tehtiin aineistolähtöisesti tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen alussa kuvanauhojen tilanteet vaikuttivat varsin sujuvilta ja fysioterapeuttien työ perinteisen käsikirjoituksen mukaiselta. Jokainen toistuva kuvanauhojen katselukerta avasi tilanteista

uusia näkökulmia. Vaikeutena olikin lopulta valita tutkimusongelmien kannalta oleellinen analyysitapa. Analyysissä käytettiin lopulta karkeata sisällönanalyysiä, jossa Engeströmin (1998) käyttämät käsitteet käsikirjoitus, häiriö ja innovaatio ohjasivat analyysiä. Häiriötilanteiden analyysi tarjosi kuitenkin riittävästi ainesta muutosintervention tueksi ja nykytilan analyysin aineistoksi haastatteluaineiston rinnalle.

Laadullinen tutkimusprosessi kuvataan usein myös tutkijan oppimisprosessina, jossa aineistoa kerätään monin eri tavoin, osittain myös turhaan (Kiviniemi 2001). Tämä tutkimusprosessi on välittynyt tutkijalle myös omana oppimisprosessina, jossa aineiston suuri määrä on ajoittain ahdistanut, mutta lopulta aineiston monipuolisuus on näyttäytynyt tutkimuksessa varsin merkityksellisenä. Erityisenä tutkimuksen vahvuutena voisikin pitää triangulaatiota, jossa haastattelu- ja kuvanauha-aineistoja verrattiin toisiinsa. Triangulaatio lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, mutta antoi myös monipuolisemman kuvan työn todellisuudesta. (vrt. Gröhn 1992, Raunio 1999) Triangulaatio mahdollisti fysioterapeuttien käsitysten ja toiminnan ristiriitaisuuksien paljastumisen ja edesauttoi oleellisesti muutostarpeen tunnistamista ja kehittämisen käynnistymistä.

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapiaa on tutkittu myös nojautumalla vain kyselymenetelmään. Lennon työtovereineen (2001) korostaa laajan kyselytutkimuksensa (n=1022) perusteella, että fysioterapeutit ovat jo kykeneviä ja halukkaita jakamaan näkemyksiään terapian perusteista. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa asiantuntijoiden yhteinen näkemys Bobath-terapian teoreettisista perusteista Iso-Britanniassa. (Lennon ym. 2001)

Tutkimus toteutettiin postikyselynä, jota pidettiin realistisimpana tapana saavuttaa yhteinen näkemys aivoverenkiertohäiriöpotilaiden parissa työskentelevien kokeneiden fysioterapeuttien keskuudessa. Kyselylomake sisälsi terapian perusteita kysyttäessä valmiit vastausvaihtoehdot. (Lennon ym. 2001)

Vaikka tutkimuksen mukaan suurin osa fysioterapeuteista kertoi noudattavansa terapiassaan ns. Bobath-konseptia, monet myös poimivat terapian perustaksi elementtejä muistakin lähestymistavoista, jolloin eri näkemyksissä oli paljon yhteneväisyyttä. Tutkijat pitivätkin Bobath-konseptin ja muiden lähestymistapojen vertailua vaikeana, mikäli terapiaprosessia ei voi huolellisesti analysoida. (Lennon ym. 2001)

Tutkijat pohtivat myös tutkimuksensa muita heikkouksia. Se, miten kyselyyn vastataan, ei välttämättä vastaa fysioterapeuttien toimintaa työkäytännössä. (Lennon ym. 2001) Tutkijoiden kriittisyyteen tutkimusasetelmaa kohtaan on helppo yhtyä. Yleensä usean menetelmän rinnakkainen käyttö lisää tutkimuksen validiteettia. Eri metodien käyttäminen toistensa yhteydessä kompensoi kunkin metodin heikkouksia ja rajoituksia samalla, kun niiden vahvat puolet tukevat toisiaan. (Eskola & Suoranta 1998, Raunio 1999, 341) Jos todellisuus ymmärretään kompleksisena ja monimerkityksisenä, hyväksytään sekin, että eri menetelmät voivat tuottaa ristiriitaisia tuloksi. Tällöin eri menetelmät vain tuottavat tietoa monitahoisen todellisuuden eri puolista. Erilaisia menetelmiä käyttämällä pyritään tuottamaan täydempi kuva tästä kompleksisestä todellisuudesta eikä niinkään luotettavampaa kuvaa yhdenlaisesta todellisuudesta. (Raunio 1999, 342) Toisaalta triangulaatiota perustellaan myös sillä, että usealla menetelmällä voidaan korjata mahdollinen luotettavuusvirhe, joka aiheutuu yhden menetelmän, ja siten vain yhden näkökulman käyttämisestä. (Eskola & Suoranta 1998)

Triangulaatiota on toisaalta kyseenalaistettu tieteenfilosofisesta näkökulmasta kysymällä, onko soveliasta yhdistää erityyppisiä aineistoja. Tällöin ajatellaan, että eri tutkimusmenetelmät perustuvat erilaisiin ihmiskäsityksiin ja ovat sen vuoksi yhteen sopimattomia. (Eskola & Suoranta 1998) Tämä ongelma korostunee, kun triangulaatiossa käytetään sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia menetelmiä. Tässä tutkimuksessa triangulaatiosta käytetään nimitystä ristiininvalidointi, joka tarkoittaa eri tavoin ja erilaisissa tilanteissa kootun aineiston vertailua tai asettamista vastakkain. (Syrjälä ym. 1996, 44, 141) Kehittävän työntutkimuksen viitekehykselle ominaista ristiininvalidointia tapahtui tässä tutkimuksessa luontevasti, kun haastatteluaineistoa ja kuvanauhoituksia asetettiin analyysivaiheessa vastakkain.

Lennon työtovereineen on tutkinut paljon Bobath-konseptin mukaista terapiaa viime vuosina nimenomaan fysioterapeuttien näkökulmasta, ja sille haetaan perusteltavuutta laajamittaisen käytön perusteella. Bobath-terapian katsotaan myös kehittyneen vuosien kuluessa alkuperäisestä lähtökohdastaan. (Lennon 1996, Lennon & Ashburn 2000, Lennon ym. 2001) Näiden tutkimusten pohjalta herää kuitenkin kysymys, onko Bobath-konsepti-käsitteen käyttämiselle enää perusteita? Pitäisikö ennemminkin ajatella, että myös neurologinen fysioterapia, josta aivoverenkiertohäiriöpotilaan fysioterapia on yksi osa-alue, on ajassa kehittyvä ja jatkuvasti muuttuva sen mukaan, miten tietomme, ymmärryksemme ja osaamisemme työkäytännössä rakentuu.

Myös Lettinga työtovereineen (1999) pitää liiallisena yksinkertaistamisena pyrkimystä kehittää terapiaa vain korvaamalla perinteinen terapia jollakin toisella tai liittämällä entiseen uusia periaatteita. Terapeuttien haastattelut ja työkäytännön havainnointi antavat terapiasta toisen kuvan kuin se, minkä terapian kehittäjä on aikanaan käsikirjassaan kuvannut. (Lettinga ym. 1999)

#### 8.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotuksia

Fysioterapeuttien oman työn kehittäminen käynnistyi, kun he saivat työnsä analyysiin yhteisiä välineitä. Kuvanauhoitukset terapiatilanteista toimivat työn analyysin oleellisina välineinä, peiliaineistona, joka ohjasi työn kriittiseen tarkasteluun. Fysioterapeuttien käsitykset omasta työstään poikkesivat siitä, mitä kuvanauhoilla terapiatilanteissa nähtiin, mutta ristiriitojen tunnistaminen käynnisti aktiivisen oppimisprosessin ja kehittelytyön. Työn kehittäminen edellytti fysioterapeuttien ohjaamista uuden tutkimustiedon käyttämiseen ja rohkaisua omien ideoiden kehittelyyn laajemmassa alueellisessa verkostossa. Tiedonhankinta ja -käsittelytaitojen vahvistaminen sekä oman työn itsereflektio ovat välttämätön edellytys muutostarpeiden tunnistamiselle ja kehittämistyön käynnistymiselle. Nämä ovat suuria haasteita fysioterapeuttien perus- ja täydennyskoulutukselle.

Työn kehittyminen koko työyhteisön ja alueen moniammatillisena hankkeena on selkeä jatkotutkimuksen ja -kehittelyn haaste, johon ei vastaa vain fysioterapeuttien toiminnan muuttaminen. Muutokset organisaatioissa edellyttävät kollektiivista ja rajoja ylittävää oppimista. Se edellyttää eri toimintojen ja eri ammattiryhmien välistä yhteistoimintaa sekä organisaatioiden sisällä että useampien organisaatioiden välillä. Kehittyneimmässä muodossaan yhteiskehittelyyn osallistuvat myös potilaat (Viktor & Boynton 1998).

Oppivassa organisaatiossa onkin parhaimmillaan kyse yhteistoimintaa estävien rajojen ylittämisestä.

Ekspansiivisesti hallittu työ edellyttää työyhteisöltä yhteistä tietoperustaa ja yhteistoiminnallista työn suunnittelua ja tietoista kehittämistä. (Virkkunen ym. 1997) Myös Launiksen (1994a) tutkimuksessa perusterveydenhuollon yhteistyöstä arvioitiin, että yhteisen kohteen jäsentäminen on moniammatillisten tiimien kehityksen keskeinen kysymys. Työkäytäntöjen



monialaisempi tarkastelu tulisi näkyä niin terveysalan koulutuksessa, täydennyskoulutuksessa kuin työyhteisöjen kehittämisprojekteissakin.

Mielenkiintoinen jatkotutkimus ja -kehittämiskohde olisi aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisprosessin tutkiminen monialaisena yhteiskehittelyinä, jossa voisi hyödyntää kehittävä työntutkimuksen piirissä viime aikoina käytettyjä uusia käsitteitä ja lähestymistapoja. Näitä käsitteitä ovat esimerkiksi rajanylityslaboratorio (mm. Kerosuo 2001) ja rajavyöhyke-toiminta (Konkola 2001, Tuomi-Gröhn & Engeström 2001, Wenger 1998). Rajavyöhyke-toiminnalla tarkoitetaan toimintatapaa, jossa eri toimintajärjestelmistä tulevat henkilöt, esimerkiksi opettaja, opiskelija ja työntekijät kohtaavat luonnollisissa tilanteissa niin, että kaikille muodostuu sama toiminnan kohde. Kohde ei olekaan opiskelija, kuten perinteisessä terveysalan harjoittelussa, vaan kohteeksi muodostuu jokin työkäytäntöön liittyvä kehittämistarve. Tällöin sekä opettaja, opiskelija että työntekijä astuvat omien toimintajärjestelmiensä rajojen yli yhteiselle rajavyöhykkeelle. Rajavyöhyketoiminnassa korostuu myös dialogisuus eri toimintajärjestelmien edustajista muodostuvassa ryhmässä. (Konkola 2001, Tuomi-Gröhn & Engeström 2001, Wenger 1998)

Yhden työyksikön sisäisille kuntoutustiimeille voisi myös muutoslaboratoriotyöskentely antaa sopivan viitekehyksen. Muutoslaboratorio perustuu kehittävä työntutkimuksen peruslähtökohtiin, mutta on toteutukseltaan yleensä lyhytkestoisempi. Muutoslaboratorion tarkoituksena on tuottaa koko toiminnan laadullisia uudistuksia, jotka edellyttävät uusien välineiden, työnjakojärjestelyjen ja sääntöjen kehittämistä. Myös muutoslaboratorio perustuu työntekijöiden aktiiviseen osallistumiseen ja ekspansiiviseen oppimiseen. (Virkkunen ym. 1999)

Muutoslaboratorio ja kehittävä työntutkimus ovat esimerkkejä työntekijöiden omaa osallistumista edellyttävistä kehittämisen menetelmistä, joissa valmiita ratkaisuja ei tuoda työyhteisöihin ulkopuolelta. Menetelmissä luotetaan työntekijöiden omiin kykyihin tutkia ja kehittää omaa työtään, kun he saavat ohjausta työn analysoimisessa. Tällöin myös asiantuntijuus ymmärretään jatkuvana ja yhteisöllisenä oppimisprosessina.

Tämän tutkimuksen perusteella aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapia tutkituissa työyhteisöissä kehittyi siihen suuntaan, mihin neurologisen kuntoutuksen kehittämistä on

linjattu valtakunnallisen kuntoutusselonteon taustalla olleessa asiantuntijakatsauksessa (Kallanranta 2002). Muutosintervention kuluessa alueellisen verkoston yhteiskehittelyä luotiin uusi toimintamalli, aktivoiva terapiakäytäntö, jossa lähtökohtana olivat myös uusimmat kansainväliset tutkimukset ja fysioterapian kehittämishaasteet. Uuden toimintamallin käyttöön ottaminen edellytti oppimista ja oman työn kriittistä tarkastelua. Tutkimuksen kuluessa rakentuneen alueellisen fysioterapiaverkoston toiminnan arviointi ja vakiintuminen edellyttävät vielä seuranta. Myös asiakaslähtöisen terapiasuhteen muodostuminen ja tietoisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen työkäytännössä osoittautuivat niin haasteellisiksi, että edelleen kehittäkseen ne kaipaavat lisää tutkimustietoa.

Työelämän jatkuva muutos, tutkimustiedon lisääntyminen, väestön ikääntyminen ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden suuri osuus fysioterapian kohderyhmänä kannustavat toivottavasti fysioterapeutteja jatkuvaan oppimiseen ja oman työn ja työyhteisön määrätietoiseen kehittämiseen. Tämän tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää niin aivoverenkiertohäiriöpotilaiden fysioterapian kehittämisessä kuin myös terveysalalla laajemmin rohkaisevana esimerkkinä kokeilevasta ja uusia innovaatioita sisältäneestä hankkeesta.

## LÄHTEET

Ada L, Canning C & Westwood P. 1990. *The Patient as an Active Learner*. Teoksessa: Ada L & Canning C. (ed.) *Key Issues in Neurological Physiotherapy*. Great Britain: Butterworth-Heinemann.

Alasuutari P. 2001. *Johdatus yhteiskuntatutkimukseen*. Helsinki: Gaudeamus Kirja, Yliopistopaino.

Argyris C & Schön DA. 1978. *Organizational learning: a theory of action perspective*. Massachusetts: Addison-Wesley.

Bailey MJ & Riddoch MJ. 1999. Hemineglect in stroke patients. Part II. Rehabilitation techniques and strategies: a summary of recent studies. *Phys Ther Rev* 4:77-85.

Bereiter C & Scardamalia M. 1993. *Surpassing ourselves. An inquiry into the nature and implications of expertise*. Chicago: Open Court.

Baker SM, Marshak HH, Rice GT & Zimmerman GJ. 2001. Patient participation in physical therapy goal setting. *Physical Therapy* 81(5):1118-26.

Bate P. 1997. Motor Control Theories - Insight for therapists. *Physiotherapy* 83(8):397-405.

Carr JH & Shepherd RB. 1998. *Neurological Rehabilitation. Optimizing Motor Performance*. Bath: Butterworth Heinemann.

Carr JH, Mungovan SF, Shephard RB, Dean CM & Nordholm LA. 1994. Physiotherapy in stroke rehabilitation: Bases for Australian physiotherapists' choice of treatment. *Physiotherapy Theory and Practice* 10:201-209.

Carr JH, Shepherd RB, Gordon J, Gentile AM & Held JM. (ed.). 1987. *Movement science. Foundations for physical therapy in rehabilitation*. London: Heinemann Physiotherapy.

Dean CM, Richards CL & Malouin F. 2000. Task-Related Circuit Training Improves Performance of Locomotor Tasks in Chronic Stroke: A Randomized, Controlled Pilot Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 81: April.

Dean CM. & Shepherd RB. 1997. Task related training improves performance of seated reaching tasks after stroke. *Stroke* 28:722-728.

Engeström Y. 1987. Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.

Engeström Y. 1998. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Edita.

Engeström Y. 2001. Kehittävä siirtovaikutus: mitä ja miksi ? Teoksessa: Tuomi-Gröhn T & Engeström Y. (toim.). Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia. Helsinki: Yliopistopaino.

Engeström Y, Engeström R, Helenius J & Koistinen K. 1987. Terveyskeskustyön kehittämistutkimus. Levike-projektin tutkimushankkeen I väliraportti. Helsinki.

Engeström Y, Engeström R, Helenius J & Koistinen K. 1989. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE-projektin tutkimushankkeen III väliraportti: Lääkärien vastaanottojen analysointia. Espoon kaupungin terveystoimisto.

Engeström Y, Engeström R, Helenius J, Koistinen K, Salonen E & Toiviainen H. 1990. Terveyskeskuslääkäreiden työn kehittämistutkimus. LEVIKE-projektin tutkimushankkeen II väliraportti: Kunnanlääkäri, terveystoimistolääkäri, omalääkäri. Espoon kaupungin terveystoimisto.

Engeström Y & Saarelma O. 1990. Toimiva terveystoimisto - kehittämis- ja tutkimusprojektin suunnitelma, Toimiva terveystoimisto-projektin osaraportti 1. Lääkintöhallituksen julkaisuja 161. Helsinki.

Engeström Y, Saarelma O, Launis K, Simoila R & Punamäki R-L. 1991. Terveyskeskusten uuden työtavan kehittäminen. Toimiva terveyskeskus-projektin osaraportti 2. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 7.

Eskola J & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Gillen G & Burkhardt A. 1998. Stroke Rehabilitation. A Function Based Approach. St. Louis: Moshby-Year Book.

Gordon J. 1987. Assumption underlying physical therapy intervention: theoretical and historical perspectives. Teoksessa: Carr JH, Shepherd RB, Gordon J, Gentile AM & Held JM. (ed.). Movement Science Foundations for Physical Therapy in Rehabilitation. London: Heinemann.

Gröhn T. 1992. Fenomenografinen tutkimusote. Teoksessa: Gröhn T & Jussila J. Laadullisia lähestymistapoja koulutuksen tutkimuksessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Hakkarainen K, Lonka K & Lipponen L. 2000. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Porvoo: WSOY.

Heath C. 1997. The Analysis of Activities in Face to Face Interaction Using Video. Teoksessa: Silverman D. Qualitative Research. Theory, Method and Practice. Sage Publications.

Heikkinen HLT, Huttunen R & Moilanen P. 2000. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: ATENA kustannus.

Heikkinen HLT. 2001. Toimintatutkimus - toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa: Aaltola J & Valli R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: PS-kustannus, Gummerus.

Heritage J. 1996. Harold Garfinkel ja etnometodologia. Jyväskylä: Gaudeamus

Hesse S, Bertel C, Schaffrin A, Malezic M & Mauritz K-H. 1994. Restoration of Gait in Nonambulatory Hemiparetic Patients by Treadmill Training With Partial Body-Weight Support. Arch Phys Med Rehabil Vol 75:1087-1093.

Hirsjärvi S & Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Kirjayhtymä.

Hunt A, Adamson B & Harris L. 1998. Physiotherapists' perceptions of the gap between education and practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 14:125-138.

Jensen GM, Gwyer J, Shepherd KF & Hack LM. 2000. Expert Practice in Physical Therapy. *Physical Therapy* 80(1):28-43.

Jokinen A, Suoninen E & Wahlström J. 2000. Miten tavoittaa auttamistyön ydintä ? Teoksessa: Jokinen A & Suoninen E. (toim.). Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapia-työn arjesta. Jyväskylä: Vastapaino.

Järvikoski A & Härkäpää K. 2001. Johdanto. Teoksessa: Järvikoski A, Härkäpää K & Nouko-Juvonen S. 2001. Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia 96/2001. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvinen A & Karttunen P. 1997. Fenomenografia - käsitysten kirjon kuvaaja. Teoksessa: Pounonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Järvinen A, Koivisto T & Poikela E. 2000. Oppiminen työssä ja työyhteisössä. Juva: WSOY.

Kallanranta T. 2001. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. ”Näyttöön perustuvaa” tietoa ja onnistuneita kuntoutustapauksia. Teoksessa: Järvikoski A, Härkäpää K & Nouko-Juvonen S. (toim.). Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia 69/2001. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.

Kallanranta T. 2002. Neurologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa: Aalto A-M, Hurri H, Järvikoski A, Järvisalo J, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T & Rissanen P. (toim.).

Kannattaako kuntoutus ? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportteja 267/2002.

Kauhanen M-L. 1999. Quality of life after stroke. Clinical, functional and psychosocial correlates. Acta Universitatis Ouluensis, serie D 559.

Kerosuo H. 2001. ”Boundary Encounters” as a Place For Learning and Development at Work. Outlines 1: 53-65.

Kiviniemi K. 2001. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa: Aaltola J & Valli R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Jyväskylä: PS-kustannus, Gummerus.

Koiranen M. 2001. Innovatiivisuus ja oppiminen työyhteisön muutospainissa. Kuntoutus 2: 18-25.

Kotila M. 1986. Incidence, case fatality and outcome of stroke. An epidemiological, clinical and follow-up study in an urban area in Southern Finland. Academic Dissertation. Helsinki.

Konkola R. 2001. Harjoittelun kehittämisprosessi ammattikorkeakoulussa ja rajavyöhyketoiminta uudenaikaisena toimintamallina. Teoksessa: Tuomi-Gröhn & Engeström Y. Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia. Helsinki: Yliopistopaino.

Kovero C & Launis K. 1999. Terveystieteiden muuttuvana asiantuntijatoimintana. Kaksi tapausesimerkkiä. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 163.

Kwakkel G, Kollen BJ & Wagenaar RC. 1999. Therapy Impact on Functional Recovery in Stroke Rehabilitation. Physiotherapy 85 (7):377-391.

Laitinen R. 1996. Oppivaa organisaatiota etsimässä. Ajatuksia Peter Sengen teoksesta The Fifth Discipline. Aikuiskasvatus 2:84-92.

Lambert P. 1994. Terveystieteiden oppilaitosten opettajien työn kehittäminen: Kehittävän työntutkimuksen sovellus ammatillisessa opettajankoulutuksessa. Helsingin yliopiston kasvatustieteen tiedekunta. Kasvatustieteen lisensiaatintutkielma.

Langhammer B & Stanghelle JK. 2000. Bobath or Motor Relearning Programme ? A comparison of two different approaches of physiotherapy in stroke rehabilitation: a randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*. 14:361-369.

Larsson S. 1986. Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi. Lund: Studentlitteratur.

Launis K. 1994a. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsityksiä ja arkikäytäntöjä. Stakes, tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus.

Launis K. 1994b. Päiväkirjojen käyttö työyksikön työn tutkimiseksi, esimerkkinä terveyskeskuksen työterveyshuolto. Teoksessa: Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saaremaa O & Kokkonen-Jussila M. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin. Toimiva terveyskeskus - projektin viides osaraportti. Stakes. Raportteja 80/1994. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Launis K. 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa: Kirjonen J, Remes A & Eteläpelto A. (toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos, Jyväskylän yliopisto.

Launis K & Engeström Y. 1999. Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa. Teoksessa: Eteläpelto A & Tynjälä P. (toim.). Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma. Juva: WSOY.

Launis K, Kantola T, Niemelä A-L & Engeström Y. 1998. Työyhteisöt vanhan ja uuden murroksessa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Lehto NK, Marley TL, Ezekiel HJ, Wishard LR, Lee TD & Jarus T. 2001. Application of motor learning principles: The physiotherapy client as a problem-solver. IV: Future directions. *Physiotherapy Canada*. Spring 2001:109-114.



- Lennon S. 1996. The Bobath concept: a critical review of the theoretical assumptions that guide physiotherapy practice in stroke rehabilitation. *Physical Therapy Review* 1:35-45.
- Lennon S & Ashburn A. 2000. The Bobath concept in stroke rehabilitation: a focus group study of the experienced physiotherapists' perspective. *Disability and rehabilitation*. 22(15):665-674.
- Lennon S, Baxter D & Ashburn A. 2001. Physiotherapy based on the Bobath concept in stroke rehabilitation: a survey within the UK. *Disability and rehabilitation*. 23(6):254-262.
- Lettinga AT, Siemonsma PC & van Veen M. 1999. Entwinement of Theory and Practice in Physiotherapy. A comparative analysis of two approaches to hemiplegia in physiotherapy. *Physiotherapy* 85(9):476-490.
- Lindlof TR. 1995. *Qualitative Communication Research Methods*. Sage Publications.
- Lowrie M. 1998. Plasticity. Teoksessa: *Neurological Physiotherapy*. Stokes M. (ed.). London: Mosby.
- Löfgren B. 2000. Rehabilitation of stroke patients who are older and severely affected: short- and long-term perspectives. *Top Stroke Rehabil* 6(4):20-29
- MacDonald CA, Houghton P, Cox PD & Bartlett DJ. 2001. Concensus on Physical Therapy Professional Behaviours. *Physiotherapy Canada*, Summer 2001:212-218.
- Marley TL, Ezekiel HJ, Lehto NK, Wishard LR & Lee TD. 2000. Application of motor learning principles: the physiotherapy client as a problem-solver II. Scheduling practice. *Physiotherapy Canada*. Fall 2000:315-320.
- Marton F. 1981. Phenomenography - describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10:177-220.

Marton F. 1988. Phenomenography: a research approach to investigating different understandings of reality. Teoksessa: Sherman E & Webb R. (ed.). *Qualitative Research in Education. Focus and Methods*. London: Falmer Press.

Miettinen R. 1993a. Kehittävän työntutkimuksen metodologisia kysymyksiä. *Psykologia* 28:441-445.

Miettinen R. 1993b. Oppitunnista oppimistoimintaan. Tutkimus opetuksen ja opettajankoulutuksen kehittämistä Suomen Liikemiesten Kauppaopistossa vuosina 1986-1991. Helsinki: Gaudeamus.

Nichols DS 1997. Balance Retraining After Stroke Using Force Platform Biofeedback. *Physical Therapy* 77(5):553-558.

Nilsson LM & Nordholm LA. 1992. Physical therapy in stroke rehabilitation: Bases for Swedish physiotherapists' choice of treatment. *Physiotherapy Theory and Practice* 8:49-55.

Nyrkkö H. 1999. *Cognitive deficits in postacute stroke*. Helsinki: Kela.

Patridge CJ. 1996. Physiotherapy approaches to the treatment of neurological conditions – a historical perspective. Teoksessa: Edwards E. (ed.). *Neurological Physiotherapy. A Problem-solving Approach*. London: Churchill Livingstone.

Payton OD, Nelson CE & Hobbs MSC. 1998. Physical therapy patients' perceptions of their relationships with health care professionals. *Physiotherapy Theory and Practice* 14:211-221.

Peräkylä A. 1990. *Kuoleman monet kasvot*. Tampere: Vastapaino.

Pitkänen K. 2000. *Stroke rehabilitation in the elderly*. Series of reports, University of Kuopio, Department of Neurology. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Poikela E. 1999. *Kontekstuaalinen oppiminen. Oppimisen organisoituminen ja vaikuttava koulutus*. Tampere: Tampereen yliopisto

Potempa K, Braun LT, Tinknell T & Popovich J. 1996. Benefit of Aerobic Exercise After Stroke. *Sports Med* 21(5):337-346.

Pyöriä O, Era P & Talvitie U. 2001. Agreement between standing balance and symmetry measurements in acute and chronic stroke. (käsikirjoitus)

Pyöriä O, Talvitie U & Villberg J. 2002. The reliability of the Functional Capacity Test for assessing postural change and balance after stroke. (käsikirjoitus)

Raunio K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Tampere: Gaudeamus.

Reid A & Chesson R. 1998. Goal Attainment Scaling. Is it appropriate for stroke patients and their physiotherapists ? *Physiotherapy* 3:136-144.

Rissanen P & Aalto A-M. 2002. Yhteenveto kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista. Teoksessa: Aalto A-M, Hurri H, Järvisalo A, Järvisalo J, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T & Rissanen P. (toim.). Kannattaako kuntoutus ? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, raportteja 267/2002.

Saarelma O, Launis K & Simoila R. (toim.).1994. Terveyskeskukset puhuvat: kokemuksia ja oivalluksia työn kehittämisestä. Toimiva terveyskeskus-projektin osaraportti 6. Helsinki: Stakes.

Sandström M. 1993. Käsitys aivojen hierarkisesta toiminnasta vanhentunut. Uutta ajattelua tarvitaan. *Fysioterapia* 8:4-6.

Sandström M. 1994. Käsitys pystyasennon säätelystä muuttunut. *Fysioterapia* 4:16-19.

Sharp SA & Brower BJ. 1997. Isokinetic Strength Training of the Hemiparetic Knee: Effects on Function and Spasticity. *Arch Phys Med Rehabil* 78:1231-1236.

Simoila R. 1993. Fenomenografia laadullisena tutkimusotteena. *Hoitotiede* 5(1): 21-30.

Simoila R. 1994. Terveystenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. *Stakes, tutkimuksia* 48. Jyväskylä: Gummerus.

Simoila R & Harlamov A. 1994. Terveystenhoitajan työn jännitteet. Teoksessa: Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saarelma O & Kokkinen-Jussila M. 1994. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveysteskustuksen analysointiin. Toimiva terveysteskus - projektin viides osaraportti. *Stakes, raportteja* 80/1993. Jyväskylä: Gummerus.

Simoila R, Harlamov A, Launis K, Engeström Y, Saarelma O & Kokkinen-Jussila M. 1994. Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveysteskustuksen analysointiin. Toimiva terveysteskus - projektin viides osaraportti. *Stakes, raportteja* 80/1993. Jyväskylä: Gummerus.

Stachura K. 1994. Professional dilemmas facing physiotherapists. *Physiotherapy* 80:357-360.

Suhonen L. 1993. Aivoinfarkti- ja reisiluun murtumapotilaiden fysioterapia. Seurantatutkimus erikoissairaanhoidossa ja terveysteskuksissa. Fysioterapian laatuprojekti osa II. Kotka: Kymenlaakson keskussairaala, Fysiatrian yksikkö.

Suikkanen A & Lindh J. 2001. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arvioinnista kohti kehittävää arviointia. Teoksessa: Järvikoski A, Härkäpää K & Nouko-Juvonen S. (toim.). *Monia teitä kuntoutuksen arviointiin. Tutkimuksia* 69. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.

Syrjälä L, Ahonen S, Syrjäläinen E & Saari S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. *Rauma: Kirjayhtymä Oy*.

Talvitie U. 1991a. Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Kehittävän työntutkimuksen sovellus lääkintävoimistelijan työhön. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 28. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Talvitie U. 1991b. Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: Fysioterapian kohteen ja menetelmien muuttuminen ja koulutuksen kehittyminen 1900-luvulla Suomessa. Sarja A: Tutkimuksia 5/1991. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Talvitie U. 1996. Guidance strategies and motor modelling in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice* 12:49-60.

Talvitie U, Ahola S, Sihvonen S, Taivassalo R, Turunen U & Urho N. 1996. Aivoverenkiertohäiriöisten toimintakyvyn arviointi fysioterapiassa. Fysioterapian kehittämisprojekti Jorvin sairaalassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Talvitie U, Karppi S-L & Mansikkamäki T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Talvitie U, Pyöriä O, Reunanen M & Nyrkkö H. 2001. Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa. Fysioterapiapalvelujen alueellinen kehittämisprojekti. *Suomen lääkäri-lehti* 18:2031-2035.

Talvitie U & Reunanen M. 2002. Interaction between physiotherapists and patients in stroke treatment. *Physiotherapy* 88(2):77-88.

Tilvis R. 2002 Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa: Aalto A-M, Hurri H, Järviskoski A, Järvisalo J, Karjalainen V, Paatero H, Pohjolainen T & Rissanen P. (toim.). *Kannattaako kuntoutus ? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta*. Stakes raportteja 267.

Thornquist E. 1994. Profession and life: Separate worlds. *Soc Sci Med* 39(5):701-713.

Tuomi-Gröhn T & Engeström Y. (toim.). 2001. Koulun ja työn rajavyöhykkeellä. Uusia työssä oppimisen mahdollisuuksia. Helsinki: Yliopistopaino.

Tynjälä P. 1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa: Eteläpelto A & Tynjälä P. (toim.). *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia*. Juva: WSOY.

Uljens M. 1989. Fenomenografi - forskning om uppfattningar. Lund: Studentlitteratur.

Victor B & Boynton AC. 1998. Invented here. Boston: Harvard School press.

Viitanen E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Acta Universitatis Tampensis 577. Tampere: Tampereen yliopisto.

Virkkunen J, Engeström Y, Pihlaja J & Helle M. 1999. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Helsinki: Edita.

Virkkunen J, Toikka K & Engeström Y. 1997. Oppimisen ja yhteistoiminnan uudet rakenteet: Euroopan komission vihreän kirjan "Partnership for a new organization of work" virittämiä ajatuksia. Teoksessa: Alasoini T & Kyllönen M. (toim.). Aallon harjalla. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma. Raportteja 4. Helsinki: Työministeriö.

Virsu V. 1991. Aivojen muotoutuvuus ja kuntoutuminen. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Virsu V. 1992. Aivojen muotoutuvuus kuntoutuksen ja ennaltaehkäisyn lähtökohtana. Kuntoutus 1:8-23.

Wenger E. 1998. Communities of practice. Learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press.

Vygotsky LS. 1978. Mind in society: The psychology of higher mental functions. Cambridge: Harvard University Press.

Williams S & Harrison K. 1999. Physiotherapeutic interactions: A review of power dynamic. Physical Therapy Review 4:37-50.

Wishart LR, Lee TD, Ezekiel HJ, Marley TL & Lehto NK. 2000. Application of motor learning principles: the physiotherapy client as a problem solver. 1. Concepts. Physiotherapy Canada. Summer 2000: 229-232.

## LIITTEET.

### Liite 1. Suostumus fysioterapeuteilta aineiston käyttöön tutkimuksessa.

Merja Reunanen  
Kesälahdentie 1501  
58520 HIUKKAJOKI  
p. 015-473 156

#### Aivohalvauspotilaiden fysioterapiaa kehittävä tutkimus- ja kehittämisprojekti

Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella on meneillään tutkimus- ja kehittämisprojekti, jonka tavoitteena on aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen laadun kehittäminen. Projekti toteutetaan yhteistyössä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen, Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan terveysalan koulutusyksikön kanssa.

Projektiin osallistuu fysioterapeutteja Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueelta ja heidän kanssaan yhteistyössä tutkijoina toimivat terveydenhuollon tohtori Ulla Talvitie ja terveydenhuollon maisterit Outi Pyöriä ja Merja Reunanen.

Kysely- ja haastatteluaineistoa sekä fysioterapiatilanteissa kuvattuja videonauhoja käytetään ensisijaisesti allekirjoittaneen tutkimuksessa, jossa seurataan fysioterapeuttien ajattelumallien ja toimintatapojen muuttumista aivohalvauspotilaiden fysioterapiassa projektin aikana. Tutkimukseni sisältyy terveystieteiden lisensiaatin opintoihini, joita teen Jyväskylän yliopistoon pääaineenani fysioterapia.

Videonauhoja käsitellään kyseiseen tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyvissä fysioterapeuttien sisäisissä kehittämis keskusteluissa ja koulutustilaisuuksissa sekä samaan projektiin sisältyvässä THT Ulla Talvitien tutkimuksessa, jonka kohteena on fysioterapiatilanteiden vuorovaikutus. Videonauhoista tarkastellaan terapiassa käytettäviä menetelmiä, joita pyritään projektin kuluessa kehittämään edelleen.

#### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Haluan osallistua tutkimus- ja kehittämisprojektiin ja annan luvan käyttää kysely- ja haastatteluaineistoa sekä työtäni kuvaavaa videonauhaa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutuvassa tutkimus- ja kehittämisprojektissa.

---

Aika ja paikka

allekirjoitus

puhelin

Innostavaa yhteistyötä toivotellen !

*Merja Reunanen*

## Liite 2. Suostumus potilailta aineiston käyttöön tutkimuksessa

Merja Reunanen  
Kesälahdentie 1501  
58520 HIUKKAJOKI  
p. 015-473 156

Aivohalvauspotilaiden fysioterapiaa kehittävä tutkimus- ja kehittämisprojekti

Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella on meneillään tutkimus- ja kehittämisprojekti, jonka tavoitteena on aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen laadun kehittäminen. Projekti toteutetaan yhteistyössä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen, Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Savonlinnan terveysalan koulutusyksikön kanssa.

Projektiin osallistuu fysioterapeutteja Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueelta ja heidän kanssaan yhteistyössä tutkijoina toimivat terveydenhuollon tohtori Ulla Talvitie ja terveydenhuollon maisterit Outi Pyöriä ja Merja Reunanen.

Tutkimus- ja kehittämisprojektissa tarvitaan videonauhoja fysioterapiatilanteista, joten pyydän ystävällisesti Teiltä lupaa yhden fysioterapiatilanteenne videokuvaamiseen ja fysioterapiaanne koskevien taustatietojen käyttämiseen tässä tutkimus- ja kehittämisprojektissa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Videonauhoja ja niissä esiintyvien kuntoutujien fysioterapiaa koskevia taustatietoja käsitellään kyseiseen tutkimus- ja kehittämisprojektiin liittyvissä fysioterapeuttien sisäisissä kehittämiskeskusteluissa ja koulutustilaisuuksissa, joita koskee vaitiolovelvollisuus. Videonauhoista tarkastellaan terapiassa käytettäviä menetelmiä, joita pyritään projektin kuluessa kehittämään edelleen.

### SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Anna luvan yhden fysioterapiaani sisältyvän terapiatilanteen videokuvaamiseen ja kyseisen videonauhan sekä fysioterapiaani koskevan taustatiedon käyttöön Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutuvassa tutkimus- ja kehittämisprojektissa.

---

Aika ja paikka

allekirjoitus

puhelin

Kiitos osallistumisestanne ja mukanaolostanne aivohalvauspotilaiden fysioterapian kehittämisessä !

*Merja Reunanen*



Liite 3. Muutosinterventioon sisältynyt koulutus ja kehittäminen työyksiköissä 1998 - 1999.

AJAN-KOHTA	KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN	KOULUTUSTEEMAT	KEHITTÄMINEN TYÖYKSIKÖISSÄ
<b>Kevät 1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Pienryhmissä työn analyysi x 2 / yksikkö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• projektin suunnittelu</li> <li>• fysioterapian kehitysvaiheet kansainvälisesti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• työn analyysiä kuvanauhoilta</li> <li>• Tutkimuksia ja kirjallisuutta työyksiköihin</li> </ul>
<b>Syysy 1998</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Pienryhmissä työn analyysi x 2 / yksikkö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• työn analyysiä</li> <li>• Motorisen oppimisen perusteita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• työn analyysiä kuvanauhoilta</li> </ul>
<b>Kevät 1999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 3</li> <li>• Työyksiköittäin työn historian kuvaukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aivojen muotoutuvuus ja tasapainon hallinta</li> <li>• Toimintakykymittarin käyttö</li> <li>• Historian ja nykytilan analyysi, lähikohityksen hahmottelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• työn historian kuvaukset</li> <li>• aktivoivan terapian toimintakokeilujen suunnittelua</li> <li>• toimintakykymittarin käytön harjoittelua</li> </ul>
<b>Syysy 1999</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Alueellinen koulutus x 1</li> <li>• Pienryhmissä kehittämiskeskustelut x 2 / yksikkö</li> <li>• Henkilökohtaista ohjausta</li> <li>• osaston henkilöstölle tiedotukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohjausstrategiat</li> <li>• Yksikkökohtaiset kehittämistehtävät: Harjoituspäiväkirjat ja tapausesimerkit</li> <li>• Nousujohteinen harjoittelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimintakykymittari käyttöön</li> <li>• omatoimisen ja aktiivisen harjoittelun välineitä käyttöön</li> <li>• valjaat ja reaktiolauta keskussairaalaan</li> <li>• aktivoivan terapian toimintakokeilut</li> </ul>

Liite 4. Muutosinterventioon sisältynyt koulutus ja kehittäminen työyksiköissä 2000 - 2001.

<b>AJAN-KOHTA</b>	<b>KOULUTUKSEN JÄRJESTÄMINEN</b>	<b>KOULUTUSTEEMAT</b>	<b>KEHITTÄMINEN TYÖYKSIKÖISSÄ</b>
<b>Kevät 2000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Pienryhmissä kehittämiskeskustelut x 2 / yksikkö</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittaaminen</li> <li>• Aktivoivan terapian perusteet ja kriteerit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toimintakyky-mittausvälineet joka yksikköön</li> <li>• Mittaustilojen varustus</li> <li>• "Harjoituskoti" kuntoutuskeskukseen</li> </ul>
<b>Syysy 2000</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Ennakkotehtävät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yksikkökohtaiset kehittämistehtävät</li> <li>• Kokemusten jakaminen: tapausesimerkit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uudet ryhmät ja kuntoutushuone-kokeilut terveyskeskuksessa ja keskussairaalassa käyntiin</li> </ul>
<b>Kevät 2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 2</li> <li>• Alueellinen koulutus x 1</li> <li>• Ennakkotehtävät</li> <li>• Henkilökohtaista ohjausta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittarin käyttö terapian lähtökohtana</li> <li>• Ikääntyvien tasapaino</li> <li>• Neuropsykologinen arviointi ja kuntoutus</li> <li>• Toimintaterapian ja fysioterapian kytkennät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aktivoivan terapian kehittelyä</li> <li>• vaikuttavuustutkimus alkoi</li> <li>• uusia pienvälineitä harjoitteluun</li> </ul>
<b>Syysy 2001</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektiryhmän koulutus x 1</li> <li>• Pienryhmät x 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivoivan terapian arviointia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valjaat, reaktiolauta kuntoutuskeskukseen</li> </ul>