

Maria Penttilä

Kliininen päättely epäspesifin alaselkävivun fysioterapeuttisessa arvioinnissa

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Fysioterapeutti

Fysioterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

20.11.2014

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Maria Penttilä Kliininen päättely epäspesifin alaselkäkivun fysioterapeuttisessa arvioinnissa 18 20.11.2014
Tutkinto	Fysioterapeutti
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaaja(t)	Ulla Härkönen, Fysioterapian lehtori Tarja-Riitta Mäkilä, Fysioterapian lehtori
<p>Tämä opinnäytetyö tarkastelee, mitä on kliininen päättely ja miten fysioterapeutin tulisi arvioida epäspesifiä alaselkäkivun kliinisen päättelyn näkökulmasta. Toteutusmuotona on narratiivinen eli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka ei tutkimusmetodin tarjoa analyttistä tulosta vaan pyrkii kuvailemaan ilmiötä sekä ajantasaistamaan tietoa.</p> <p>Epäspesifi alaselkäkipu on aiheena ajankohtainen, sillä noin 90 % alaselkävivun epäspsifiä alaselkäkipua. Kuitenkin epäspesifin alaselkävivun luokittelu ja kliininen tutkiminen on epäselvää. Kliininen päättely on lääketieteessä käytetty käsite, jolle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Se on ajattelun, päätöksenteon ja käytännön toiminnan yhteistyötä, jonka lopputuloksena valitaan potilaalle parhaiten sopiva hoito. Nykytiedon valossa kliininen päättely eroaa muusta ajattelusta sen kolmen keskeisen elementin avulla, joita ovat tieto, kognitio ja metakognitio.</p> <p>Kliinistä päättelyä ohjaavat päättelystrategiat, kuten hypoteettis-deduktiivinen ja narratiivinen päättely. Hypoteettis-deduktiivisessa päättelymallissa terapeutti muodostaa potilaan tilasta hypoteesin, jota hän testaa hoidon aikana. Epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa hypoteesin muodostamiseen liittyviä ongelmia on spesifin tiedon puute, jolloin hypoteesin tarkka testaaminen on vaikeaa. Narratiivisessa päättelymallissa terapeutti pyrkii muodostamaan potilaan tilasta kokonaiskuvan. Se sisältää ymmärryksen paitsi potilaan diagnostisesta ongelmasta, myös henkilöstä itsestään. Narratiivinen päättelymalli epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa soveltuu hyvin kivun kroonistumisriskin arviointiin. Lisäksi terapeutin aikaisempi kokemus ohjaa kliinisen päättelyn prosessia. Kokenut fysioterapeutti hyödyntää aikaisempia potilaskohtauksiaan, toisaalta epäspesifin alaselkävivun yksilöllisyys vaatii, että fysioterapeuttinen arviointi toteutetaan aina potilaan lähtökohdista. Aloittelevan fysioterapeutin kokemattomuus saattaa heikentää vuorovaikutusta potilaan kanssa.</p> <p>Johtopäätöksensä työlle on, ettei pelkkä päätöksenteko ole kliinistä päättelyä. Kliininen päättely tapahtuu sen kolmen keskeisen elementin kautta. Epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa korostuu potilaasta kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen, metakognitiiviset taidot ja eettisyys. Erilaisia päättelystrategioita tulee käyttää laajasti. Jotta kliinistä päättelyä epäspesifin alaselkävivun fysioterapeuttisessa arvioinnissa voidaan tutkia tarkemmin, tarvitaan lisää tietoa sekä kliinisestä päättelystä ja epäspesifistä alaselkävivusta.</p>	
Avainsanat	kliininen päättely, epäspesifi alaselkäkipu, fysioterapeuttinen arviointi

Author Title Number of Pages Date	Maria Penttilä Clinical Reasoning in Assessment of Non-specific Low Back Pain in Physiotherapy 18 Autumn 2014
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation option	Physiotherapy
Instructors	Ulla Härkönen, Senior Lecturer Tarja-Riitta Mäkilä, Senior Lecturer
<p>This thesis is a survey about clinical reasoning in assessment of non-specific low back pain (NSLBP) in physiotherapy. The purpose is to clarify what clinical reasoning is and how physiotherapist should explore the patient with NSLBP, according to the approaches of clinical reasoning. The method of this research is a narrative literature review. Narrative literature review aims at assessing the phenomenon and providing current information about it.</p> <p>Approximately 90% of low-back pain is non-specific low back pain. However, the classification and clinical assessment of NSLBP is still unclear. Clinical reasoning is a commonly used term in medicine. The term is not explicit. It is said that clinical reasoning is a combination of thinking, decision-making and action. As a result of clinical reasoning the best treatment alternative for the patient can be chosen. There are three core elements that separate clinical reasoning from average decision-making: knowledge, cognition and metacognition.</p> <p>Clinical reasoning can be guided by different reasoning strategies, such as hypothetic-deductive and narrative reasoning. In hypothetic-deductive model the therapist forms a hypothesis regarding patient's condition. This hypothesis should be tested during the treatment. As specific information about NSLBP is still lacking, there are not specific assessment tools for this diagnose. This entails that testing the hypothesis is difficult. In narrative reasoning therapist forms an overall picture about patient's condition. This includes the understanding not only the problem but the person itself. Regarding NSLBP this kind of reasoning helps to predict those psychosocial risk factors that prevue the chronic pain. Narrative reasoning supports hypothetic-deductive reasoning in assessment NSLBP. Also therapist's previous experiences have influence to the clinical reasoning. Expert therapist can use the previous cases as a base of clinical reasoning, meanwhile novice can be too attached to the theory and forget the interaction with the patient.</p> <p>As a conclusion, clinical reasoning is more than just decision making. In assessment of NSLBP the physiotherapist should aim to form overall-picture about the patient. In addition, metacognition, self-reflection and ethical aspects have to be included in assessment. There is need for more evidence about clinical reasoning and non-specific low back pain.</p>	
Keywords	clinical reasoning, non-specific low back pain, physiotherapy assessment.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	2
3	Kliininen päättely	4
4	Kliininen päättely epäspesifin alaselkäkivun arvioinnissa	5
4.1	Hypoteesin muodostaminen – hypoteettis-deduktiivinen päättely	7
4.2	Kokonaiskuvan ymmärtäminen – narratiivinen päättely	8
4.3	Kokemus ja kokemattomuus	10
4.4	Eettisyys ja ulkoiset olosuhteet	11
5	Kliinisten päättelytaitojen kehittäminen	12
6	Johtopäätökset ja pohdinta	14
	Lähteet	16

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö tarkastelee kliinistä päättelyä epäspesifin alaselkävun fysioterapeuttisessa arvioinnissa. Fysioterapeuttinen arviointi tarkoittaa tässä opinnäytetyössä fysioterapeutin suorittamaa potilaan arviointia. Arviointi on kokonaisvaltainen käsite, johon kuuluu muutakin kuin esimerkiksi biomekaniikan tutkiminen. Opinnäytetyössä käytetään ilmaisua potilas sen sijaan, että puhuttaisiin esimerkiksi fysioterapian asiakkaista. Potilas on yleinen termi, jota on totuttu käyttämään perinteisessä terveydenhuollossa. (Trede–Higgs 2008: 43.)

Alaselkäkipu paikantuu L1-nikamasta pakarapoimujen yläpuolelle. Alaselkäkipu aiheuttaa runsaasti terveyspalvelujen käyttöä, työkyvyttömyyttä ja terveydenhuollon taloudellisia kustannuksia. 30-vuotiaista suomalaisista 80 % on joskus kokenut selkäkipua. Noin 90 % kaikista alaselkävunista on epäspesifiä alaselkäkipua. (Facultas 2008: 2.) Kuitenkin epäspesifin alaselkävun luokittelusta ja kliinisestä arvioimisesta on vain vähän tutkimusnäyttöä (Kilpikoski 2010: 20). Tiedon puuttuminen vaikeuttaa tehokkaan hoidon toteuttamista. Tämä aiheuttaa kustannuksia niin yksilö- kuin yhteiskuntatasollakin.

Toteutusmuotona opinnäytetyölle on narratiivinen kirjallisuuskatsaus, joka pyrkii kuvailemaan ilmiöitä ja ajankohtaistamaan tietoa niiden taustalla. Lopputuloksena on kuvaus siitä, mitä on kliininen päättely ja miten fysioterapeutin tulisi arvioida epäspesifiä alaselkäkipua kliinisen päättelyn näkökulmasta. Opinnäytetyö on sovellettavissa myös muihin lääketieteen diagnooseihin ja -aloihin.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

Opinnäytetyön **tavoitteena** on vastata kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Mitä on kliininen päättely?
2. Miten fysioterapeutin tulisi arvioida epäspesifiä alaselkikipua kliinisen päättelyn näkökulmasta?

Opinnäytetyön **tarkoituksena** on luoda kokonaiskuva kliinisestä päättelystä ja lisätä tietoa kliinisestä päättelystä fysioterapeuttisessa arvioinnissa erityisesti epäspesifin alaselkävun kohdalla. Opinnäytetyö on sovellettavissa myös muihin terveydenhuollon aloihin sekä diagnooseihin, sillä kliininen päättely on avainasemassa kaikessa lääketieteessä (Durning 2013: 215).

Opinnäytetyön toteutusmuotona on narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Se kuuluu kuvailevan kirjallisuuskatsauksen alalajeihin yhdessä integroidun kirjallisuuskatsauksen kanssa. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan antaa laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Se selittää ilmiöitä aiheiden takana, mutta ei tarjoa varsinaista analyttistä tulosta. Narratiivinen kirjallisuuskatsaus tiivistää aikaisemmin tehtyjä tutkimustuloksia, ja sen avulla epäyhteinen tieto voidaan järjestää yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Narratiivisesta katsauksesta voidaan erottaa kolme toteuttamistapaa. Toimituksellisessa katsauksessa julkaisun kirjoittaja suorittaa lyhyen kirjallisuuskatsauksen, joka tukee artikkelissa tai lehdessä käsiteltävää teemaa. Käytetty aineisto on usein suppea. Kommentoivat katsaukset ovat puolestaan keskustelua herättäviä. Kirjoittajan näkemys on lähempänä subjektiivista kerrontaa kuin objektiivista aineistoin esittelyä. Yleisin narratiivisen kirjallisuuskatsauksen muoto on narratiivinen yleiskatsaus, joihin myös tämä opinnäytetyö voidaan luokitella. Tällöin tutkimusta eivät rajaa tiukat säännöt. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineistoa ei rajata systemaattisesti. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä.

Opinnäytetyössä käytetty aineisto on kerätty kahdesta kliinisen päättelyn teoksesta, jotka valittiin opinnäytetyöhön niihin tehtyjen viittausten perusteella. Aineistoa on kartoit-

tettu CINAHL-, Pedro- ja Pubmed-tietokannoista, mutta lopulliseen opinnäytetyöhön valikoituivat CINAHL-tietokannasta peräisin olevat artikkelit. Perusteluna valinnalle oli tutkimusten laaja, kuvaileva näkökulma, joka sopi opinnäytetyön tutkimusmetodiin parhaiten (verrattuna spesfiin tutkimustulokseen, kuten vaikuttavuuden mittaamiseen). Hakusanoja kliiniselle päättelylle ovat olleet mm. *clinical reasoning*, *clinical judgement*. Epäspesifiin alaselkäkipuun liittyvä materiaali on löytynyt mm. sanayhdistelmillä *non-specific low back pain*, *low back pain*. Lisäksi hakusanoissa on käytetty nämä kaksi termiä sisältäviä yhdistelmiä (mm. *clinical reasoning in non-specific low back pain*, *clinical reasoning in physiotherapy*, *non-specific low back pain assesment*).

3 Kliininen päättely

Kliininen päättely (engl. clinical reasoning) on lääketieteessä käytetty, kompleksi käsite, jolle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Tutkimustyö viimeisten vuosikymmenten aikana on pyrkinyt selventämään kliinisen päättelyn terminologiaa. (Simmons 2010: 1151.) Yksinkertaisimmillaan kliininen päättely on ajattelun, päätöksentekoprosessin ja käytännön toiminnan synteesi (Higgs–Jones:2008: 4). Kliininen päättely on ajattelua ja päätöksentekoa, jonka avulla valitaan potilaalle parhaiten sopiva hoito (Jones–Rivett 2004: 3). Se on dynaaminen prosessi, joka hyödyntää myös tiedostamattomia päätteilystrategioita. Keskeistä on, että kliininen päättely ei sisällä ainoastaan päätöksentekoa, vaan prosessi jatkuu myös valitun toiminnan aikana. (Simmons 2010: 1155.) Kliinisen päättelyn prosessissa terapeutti muodostaa hoidon tarkoituksen, tavoitteen ja toteutuksen yhteistyössä potilaan kanssa. Yhteistyössä voi olla mukana myös potilaan perhe ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. (Jones–Rivett 2004: 3.)

Kliininen päättely ulottuu henkilön ymmärryksen tasolle yksittäisten valintojen tekemisen sijaan. Nykytiedon valossa kliininen päättely eroaa muusta ajattelusta sen kolmen keskeisen elementin avulla, joita ovat tieto, kognitio ja metakognitio (Simmons 2010: 1155;Higgs – Jones 2008: 5). Tieto on pohja, johon kliininen päättely perustuu. Teoria- ja tutkimustieto, ammattitaito ja henkilökohtainen tieto sekä osaaminen ovat osa kliinistä päättelyä. Kognitiolla tarkoitetaan tiedon käsittelytaitoja ja –tapoja. Näitä ovat esimerkiksi analyysien ja yhteenvetojen muodostaminen. Metakognitio on itsereflektointia, ajatuksia omasta ajattelustamme, ja se yhdistää aikaisemmin mainitut tiedon ja kognition yhteen. Metakognition avulla tutkija voi peilata omia toimintatapojaan, niiden riittävyyttä tai riittämättömyyttä. (Higgs–Jones 2008: 5.)

Kliininen päättely on konteksti- eli asiayhteyteen sidonnaista (Durning ym. 2011: 938). Jo tieto kliinisen päättelyn pohjana sitoo kliinisen päättelyn asiayhteyden. Kontekstisidonnaisuutta voidaan kuvailla myös potilaan, terapeutin ja hoitotilanteen välisissä suhteissa. Tällöin kaikki muuttujat muodostavat yhteisen vuorovaikutuksen keskenään, ja jokaisen oma, henkilökohtainen konteksti vaikuttaa koko tilanteeseen. Esimerkiksi hoitotilanteen kiireettömyys, potilaan mieliala, terapeutin vireystila ja osaaminen muok-

kaavat kliinisen päättelyn kontekstia. (Durning et al 2011: 928-929, 934.) Kliinisen päättelyn tulee tapahtua kaikissa tasoissa, ja terapeutin tulee huomioida kaikkien osallisten henkilökohtaiset kontekstit (Higgs–Jones 2008: 11). Myös kulttuuri- ja sosiaaliset taustat on osa kontekstisidonnaisuutta. Eri kansalaisuuksien yleistäminen ei kuulu kliiniseen päättelyyn, vaan taustalla on oltava ymmärrys jokaisen henkilön omasta, uniikista luonteesta. (Henley–Twible 2008: 467.)

4 Kliininen päättely epäspesifin alaselkävun arvioinnissa

Alaselkävunulla tarkoitetaan kipua, joka paikantuu alimpien kylkiluiden alapuolelle ja parapaimujen yläpuolelle. Kipu saattaa säteillä alaraajoihin. Alaselkävunista 90 % on epäspesifiä alaselkäkipua, jolloin oireet eivät viittaa hermojuurivaurioon tai vakavaan tautiin. Epäspesifi alaselkäkipu ei aiheuta välitöntä vaaraa, mutta pitkittyessään se on muiden selkäkipujen tapaan merkittävä työkyvyttömyyden riskitekijä. Ympäristötekijöiden vaikutus alaselkäkipuihin korostuu 15 ikävuoden jälkeen. Perinnöllisten syiden ohella riskitekijöitä ovat mm. raskas ruumiillinen työ, toistuva kumartelu ja selän kiertäminen, toistotyö, staattiset työtehtävät ja tärinä. (Facultas 2008: 2-4.) Myös elämäntavoilla on merkitystä, ja esimerkiksi tupakointi ja ylipaino vaikuttavat selkäkipun syntyyn (Käypä Hoito 2014). Psykososiaalisia riskitekijöitä ovat mm. stressi, ahdistuneisuus, masennus, epätavallinen kipukäyttäytyminen ja heikko työtyytyväisyys (Facultas 2008: 4.)

Epäspesifi alaselkäkipu ei diagnoosina sulje pois etiologiaa tai patologisia muutoksia. Se tarkoittaa, että tarkempi tieto puuttuu. Tiedon puute voi aiheuttaa ristiriitaisia näkemyksiä kivun luonteesta. (Josepshon– Bulow– Hedberg 2011: 2218). Sinikka Kilpikosken väitöskirjan (2010) mukaan alaselkäkipun tutkimiseen tarvitaan tarkempaa luokittelua, ja sen tulisi olla yksi tutkimustyön pääkohteista. Luokittelu edistää tietoa ilmiöstä, jota kliinisessä työssä tutkitaan. Tarkempi luokittelu edistää kliinisten päätösten tekemistä, hoidon tuloksia ja lisää ymmärrystä alaselkäkipuun. Monet tutkimukset osoittavat, että alaselkäkipua voidaan harvoin diagnosoida ainoastaan patobiologisista lähtökohdista. Patobiologisen näkökulman avulla voidaan kartoittaa vakavia riskitekijöitä, mutta sen avulla alaselkäkipua ei voida kuvata kokonaisvaltaisesti. (Kilpikoski 2010: 20–21.) Viime vuosina tutkimustyö on pyrkinyt jaottelemaan fysioterapian luokittelutapoja epäspesifille alaselkäkipulle, mutta yhä on epäselvää mitkä oireet viittaavat eri alaryhmiin (Josepshon– Bulow– Hedberg 2011: 2218.) Esimerkiksi Hannu Luomajoki

esittää Väitöskirjassaan (2010) liikekontrollin häiriöt epäspesfin alaselkävivun alaryhmänä ja esitteli liikekontrollin arviointimenetelmän. Sinikka Kilpikoski (2010) tutki väitöskirjassaan McKenzie-menetelmän käyttöä epäspesfin alaselkävivun arvioinnissa ja hoidossa.

Jokaisella terapeutilla on oma, yksilöllinen tapansa tutkia potilasta. Kaikilla terapeuteilla on oma tutkimusrutiini. Siihen voi kuulua esimerkiksi potilaan henkilökohtaisen profiilin hahmottaminen (työ, perhe, sosiaaliset olosuhteet) sekä kartoitus oireiden sijainnista, potilaan odotuksista ja tavoitteista sekä yleisestä terveydentilasta. Myös toimintakyvyn arviointi eri konteksteissa (psykykinen, sosiaalinen, fyysinen) sekä ergonominen ja ympäristön analyysi voivat sisältyä arviointiin. (Jones–Rivett 2004: 5.) Tutkimustilanteessa saattaa nousta esiin oletus, että potilas haluaa jo ensimmäisellä käynnillä konkreettista hoitoa oireisiinsa, kuten esimerkiksi hierontaa, sillä muuten hän ei ole tyytyväinen. On kuitenkin todettu, että useimmiten asiakas haluaa ensikäynnillään tietoa oireistaan. Selitys kivulle tai kuulluksi tuleminen voi olla paljon merkittävämpää kuin varsinainen hoito. Myös tutkiminen voi olla täynnä terapeutista kosketusta, ja antaa asiakkaalle kokemuksen, että hänestä välitetään. (Butler 2004: 36.) Näin ollen tutkimustilanteessa ei kannatta kiirehtiä, vaan pikemminkin korostaa tutkimiseen käytetyn ajan tärkeyttä.

Aikaisempina vuosina tutkimustyö on korostanut hypoteettis-deduktiivivisen päättelystrategian käyttöä kliinisessä päättelyssä (Fleming–Mattingly 2008: 55). Tällöin kliinistä päättelyä ohjaa hypoteesi ja sen testaaminen (Jones–Rivett 2004: 5). Viime vuosina teoreetikot ovat kuitenkin kiistelleet aiheesta argumentoiden, että hypoteettis-deduktiivinen strategia keskittyy diagnoosiin ilman, että se antaisi tarkkaa kuvaa potilaasta itsestään. (Fleming–Mattingly 2008: 55.) Osa tutkijoista ei puolla kliinisen päättelyn strategista erottelua lainkaan. Esimerkiksi kliinisen päättelyn ilmiötä kuvaillut Joy Higgs (2008) korostaa, että kliininen päättely tulisi nähdä tilannesidonnaisena, interaktiivisena ilmiönä, eikä yksittäisenä metodina.

Vaikka kliinisen päättelyn alalajeista ja linjauksista kiistelläänkin, on kuitenkin tunnus-tettava erilaisten päättelymetodien olemassaolo ja niiden esiintyminen käytännön työssä (Higgs–Jones 2008: 5, Higgs–Loftus 2008:210.) Erilaisten päättelystrategioiden tiedostaminen saattaa edistää hoitointerventioiden vaikuttavuutta (Carrier – Levasseu r–Desrosiers 2012: 355). Kliinisessä päättelyssä tulisi kuitenkin hyödyntää laaja-alaisesti

kaikkia eri lähestymistapoja sulassa sovussa, eri tilanteiden mukaisesti (Groves 2012: 444). Kliinisen päättelyn tulisi aina sisältää enemmän yleisesti hyväksytyjä peri-aatteita kuin tiukkoja sääntöjä (Atkins–Ersser 2008: 79-80). Edellä kuvattuihin argumentteihin pohjaten opinnäytetyössä esitellään päättelystrategiat kliinistä päättelyä ohjaavina tekijöinä sekä lähestymistapoina, eikä luokitella niitä kategorisesti. Tämä mahdollistaa myös päättelystrategioiden käsittelyn suoraan suhteessa epäspesifin alaselkäkivun arviointiin ilman, että käsitteitä eriteltäisiin itsenäisinä termeinä.

4.1 Hypoteesin muodostaminen – hypoteettis-deduktiivinen päättely

Hypoteettis-deduktiivisessa lähestymistavassa terapeutti muodostaa potilastietojen pohjalta hypoteesin, oletuksen, potilaan tilasta. Se voi olla psyykkisesti, fyysisesti tai sosiaalisesti painottunut. Se voi kuvailla potilaan terveyttä estäviä ja edistäviä tekijöitä. (Jones–Jensen–Edwards 2008: 253). Hypoteesin muodostaminen alkaa jo potilaskohtaamisen ensihetkestä, joskus terapeutin tiedostamatta. Hypoteesia testataan tarkemman tiedonkeruun, kuten uudelleen tutkimisen, ja hoito interventioiden avulla. Näin terapeutti pyrkii jatkuvasti liittämään erilaisia kliinisiä tekijöitä potilaaseen, koko hoitoprosessin ajan. Uudelleen tutkiminen ja arviointi ovat osa hypoteettis-deduktiivista näkökulmaa. (Jones–Rivett 2004: 5-7.) Myös hoitoennusteen laatiminen saavutettujen tavoitteiden tarkastamiseksi kuuluu hypoteettis-deduktiiviseen malliin (Jones ym. 2008: 253).

Epäspesifin alaselkäkivun arvioinnissa hypoteesin muodostamiseen liittyy kolme haastetta. Ensimmäinen haaste on diagnoosiin liittyvän tarkemman tiedon puute kivun aiheuttajasta ja sen luonteesta. Diagnoosi itsessään ei tarjoa selkeää vastausta oireiden syyksi, jolloin hypoteesin liittäminen potilaan tilaan on vaikeaa. Tieto on yksi kliinisen päättelyn keskeisistä elementeistä (luku 3), ja toimii siten myös hypoteesin pohjana. Potilaasta saadun ensivaikutelman avulla terapeutti voi kuitenkin muodostaa ns. välittömän hypoteesin, joka tarjoaa puitteet tarkemmalle tutkimiselle. Potilaskohtaamisen ensihetket, kuten miten potilas kävelee vastaanotolle tai istuu, ovat avaimia välittömän hypoteesin muodostamiseen. Välitön hypoteesi on muodoltaan lakea, mutta se tarjoaa lähtökohdat potilaan tutkimisen suorittamiseen. Välitön hypoteesi kuvaa todennäköisimmät intervention aiheet, joita kartoitetaan lisätutkimuksilla. Hypoteettis-deduktiivisessa hypoteesin testaaminen jatkuu koko hoitoprosessin ajan. Potilaan täydentävä tutkiminen hoidon aikana joko tukee tehtyjä hoitolinjauksia tai antaa merkkejä hoidon sisällön muutostarpeesta. (Jones–Rivett 2004: 7.) Näin ollen hypoteettis-

deduktiivisessa päättelymallissa ei ole olennaista saada ns. ”oikeaa vastausta” välittömästi. Olennaista on muodostaa lähtökohta, josta tilannetta aletaan ratkaisemaan. Tämä korostuu epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa. Tarkan tiedon puuttuessa on hypoteesin muodostaminen mahdollista potilaasta saadun ensivaikutelman avulla.

Toinen hypoteettis-deduktiiviseen lähestymistapaan liittyvä haaste epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa on hypoteesin testaaminen. Mikäli hypoteesin muodostaminen ei onnistu tarpeeksi täsmällisesti, on sen testaaminen myös vaikeaa. Epäspesifille alaselkävivulle ei ole olemassa validoitua testistöä tai mittaria diagnoosin määrittelemättömyyden vuoksi. Käypä Hoito (2014) on laatinut ohjeet selkäkipupotilaan kliiniseen tutkimiseen. Ne tähtäävät selkäkipupotilaan hengenvaara tai vammautumisriskin kartoittamiseen, eivätkä siten sovellu täysin epäspesifin alaselkävivun arviointiin. Myös liike- ja liikekontrollihäiriöiden testauksesta ja niiden merkityksestä alaselkävivussa tarvitaan lisää vaikuttavuusnäyttöä (Käypä Hoito 2014.)

Kolmas hypoteesin spesifiin testaamiseen liittyvä haaste on kiputyypin määrittely epäspesifin alaselkävivun arvioinnissa. Alaselkäkipua on perinteisesti luokiteltu kiputyypin ja keston mukaan (Facultas 2008: 3). Tavallisesti kiputyypin luokittelu perustuu kipumekanismien luokitteluun. Näitä ovat nosiseptinen eli kudonsvauriokipu, neuropaattinen eli hermovauriokipu sekä idiopaattinen eli selittämätön kipu. (Vainio 2009: 156-157.) Kivun keston mukaan luokiteltaessa alaselkäkipu voi olla akuutti, subakuutti tai krooninen. Akuutti selkäkipu on kestoltaan alle kuusi viikkoa, pitkittyvä eli subakuutti 6 – 12 viikkoa ja krooninen alaselkäkipu yli kolme kuukautta (Facultas 2008: 3.) Kivun luokitteluun epäspesifin alaselkävivun hoidossa tarvitaan kuitenkin lisätutkimuksia (Kilpikoski 2010: 20.)

4.2 Kokonais kuvan ymmärtäminen – narratiivinen päättely

Narratiivisessa päättelyssä terapeutti pyrkii ymmärtämään paitsi potilaan ongelman, myös samalla potilaan henkilökohtaisen historian, sen mahdolliset kronologiset tapahtumat ja kokonaisuuden ongelman takana. Narratiivinen päättelytapa pyrkii ymmärtämään potilasta ihmisenä, hänen tunteensa ja odotuksensa. Sen avulla terapeutti pyrkii ymmärtämään ongelman vaikutuksen potilaan elämään ja potilaan hallinnan suhteessa tähän. Narratiivisessa päättelyssä ei ole oikeaa tai väärää vastausta, vaan kyse on terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Narratiivinen päättelytapa vaatii terapeutilta

enemmän kuin pelkästään biomekaniikan osaamisen tai tekniset taidot. Narratiivinen päättelyprosessi vaatii avoimuutta niin terapeutilta kuin potilaaltakin. Avoimuus terapeutille tarkoittaa omien henkilökohtaisten näkemysten, myös mahdollisten virhemahdollisuuksien, tunnustamista ja tiedostamista. (Jones–Rivett 2004: 5-6.)

Narratiivisella päättelyllä voidaan ymmärtää patofysiologian lisäksi koko kirjo muita tekijöitä, joilla on vaikutusta potilaan terveyteen. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajien laatimien suositusten mukaan selkäkiputapauksissa, joihin ei liity hengenvaaraa tai vammautumisariskia on tärkeää tunnistaa psykososiaaliset paranemisen esteet, jotka ovat riskitekijöitä kivun pitkittymiselle. Tällainen tilanne on epäspesifisissä alaselkävaurioissa. Riskitekijöitä kuvataan ns. keltaisilla lipuilla. Keltaisia lipuja ovat potilaan epätavallinen kipukäyttäytyminen, pitkittynyt lepo, masentunut mieliala ja negatiivisuus, sosiaalinen vetäytyminen, moniin eri hoitoihin hakeutuminen ja tyytymättömyys hoitoon, huono työtyytyväisyys, ylihuolehtiva perhe tai tuen puute. Myös usko liikkumisen ja aktiivisuuden olevan haitaksi on kroonistumista ennustaja tekijä (Facultas 2008: 3-4.) Näiden riskitekijöiden arviointiin narratiivinen päättely on avainasemassa, sillä se pyrkii vuorovaikutuksellisuuteen ja sitä kautta potilaan kokonaiskuvan ymmärtämiseen. Kun potilaan kokonaiskuvasta on ymmärrys, on myös mahdollisten muutostarpeiden tukeminen helpompaa. Näin varmistetaan, ettei hoito jää diagnoosikeskeiseksi vaan ulottuu potilaan toimintakykyyn. (Jones–Rivett 2004: 5-6,16.)

Narratiivinen päättely epäspesifin alaselkävauriopotilaan arvioinnissa täyttää osaltaan puutteet, jotka hypoteettis-deduktiivinen päättelymalli jättää. Sen avulla huomio kiinnittyy kokonaiskuvaan, eikä spesifin tiedon puute ole yhtä ongelmallista kuin hypoteettis-deduktiivisessä mallissa. Narratiivinen päättely ei kuitenkaan väheksy fysiologiaan pohjautuvaa diagnostiikkaa, jota hypoteettis-deduktiivinen päättelystrategia perinteisemmin edustaa. Voidaan sanoa, että narratiivinen päättely tuo lisää sisältöä fyysisten oireiden arviointiin. Esimerkiksi potilaan kivun arviointi ulottuu kipumekanismien luokittelun ohella potilaan kipukokemuksen ymmärtämiseen (Jones-Rivett 2010: 13). Toisaalta narratiivisen päättelyn haasteena on terapeutin kyky tunnistaa omien henkilökohtaisten näkemysten, kuten asenteiden ja odotuksien, vaikutus tapaan, jolla hän näkee potilaan ongelman (Jones–Rivett 2004: 4) Epäspesifisissä alaselkävaurioissa esimerkiksi patobiologisen mahdollisuuden täysi kieltäminen oireiden taustalla tai potilaan arvostelu ihmisenä saattavat vääristää kokonaiskuvan muodostamista. Potilaan omien uskomusten ja

näkemyksen arvostelu sekä niiden tuomitseminen ei edistä hoitoa, vaan saattaa jopa hidastaa sitä (Jones – Rivett 2004: 4).

Tutkimustiedon mukaan Maailman terveysjärjestön (World Health Organization, WHO) kehittämä ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) käyttö epäspesifin alaselkävun arvioinnissa saattaa edistää kokonaiskuvan hahmottamista kliinisessä päättelyssä. Erityisesti vaikeiden, kroonisten alaselkäkipupotilaiden kohdalla ICF-luokituksen käyttö vaikutti toimivalta, sillä se mahdollistaa kliinisen päättelyn myös potilaan ympäristön ja osallisuuden kannalta. Ongelmien vaikutuksen ymmärtäminen suhteessa kokonaisuuteen saattaa helpottua, samoin potilaan tarpeiden ymmärtäminen. ICF-luokituksen käyttö saattaa helpottaa kliinisen päättelyn prosessia, sillä se tarjoaa pohjan kliiniselle päättelylle. Sen avulla voidaan suunnitella myös kuntoutusta, sillä ICF:n avulla voidaan hahmottaa ongelman suhde potilaan arkipäivään. (Josephson ym. 2010: 2224, 2226.). ICF-luokituksen hyödyntämistä kliinisen päättelyn työkaluna tulisikin korostaa, erityisesti epäspesifin alaselkävun arvioinnissa.

4.3 Kokemus ja kokemattomuus

Kokeneen ammattilaisen kliinistä päättelyä ohjaa tuttujen tilanteiden ja hahmojen tunnistaminen. Tilanteen tunnistaminen pohjautuu muistin toimintaan. Kyse on aivokuorelle muodostuneista yleisten tilanteiden prototyypeistä, jotka yksilö kykenee tunnistamaan ja joissa hän kykenee toimimaan. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sairauden oirekuvan taustan ja tutkimisen tuntemista (Jones–Rivett 2004: 8.) Lisäksi kliinistä päättelyä voivat ohjata käytännön mallit (*models of practice*). Käytännön mallit ovat abstrakteja ajatuksia siitä, miltä esimerkiksi valitun hoitokäytännön tulisi näyttää. Ne kuvaavat ajatuksia siitä, millaisia oletuksia liitämme tilanteeseen. Niitä voidaan kutsua mielen kartoiksi, jotka tarjoavat rakenteen kliiniselle päättelylle. Ne muodostavat käytännön työn ohjenuoran ja periaatteet. Käytännön mallit voivat olla opittuja, tietoisesti valittuja tai tiedostamattomia. Joskus näiden aikaisemmin opittujen tilanteiden vaikutus työn sisältöön on vaikea tiedostaa. (Trede–Higgs 2008: 33.)

Epäspesifin alaselkävun kliinisessä päättelyssä kokemus voi olla hyöty tai haitta. Kokemus saattaa mahdollistaa paremmat kognitiiviset taidot, jolloin esimerkiksi asioiden yhteen liittäminen kokonaiskuvan muodostamiseksi on helpompaa. Aikaisemmat potilaskohtaamiset edesauttavat oireiden tunnistamista. Erilaisten muistikokonaisuuksien

hyödyntäminen ei kuitenkaan yksin riitä, vaan tarvitaan myös narratiivisen päättelyn keinoja. Aiemmin opittujen kokonaisuuksien soveltaminen ilman ymmärrystä potilaasta itsestään ei takaa hoitomenestystä. Tutkimusrutiinin tulisi eriytyä aina yksilöllisesti tilanteen mukaan (Jones–Rivett 2004: 5,8.) Kokemattomuus tuo puolestaan epävarmuutta potilaan fysioterapeuttiseen arviointiin. Etäisesti tutuissa tilanteissa, joihin ei kuitenkaan ole syntynyt rutiinomaista työtapaa, saattaa helposti palata muistelemaan oppikirjoja. ”Mitä sitten piti tehdä” on kysymys, josta saattaa tulla päättelyä ohjaava malli. Olisiko uran alkuvaiheissa jopa vapauttavaa päästä pois ajattelua ohjaavista oletuksista, jolloin läsnäolo asiakastilanteessa helpottuisi?

4.4 Eettisyys ja ulkoiset olosuhteet

Mikä on potilaan rooli kliinisessä päättelyprosessissa? On todettu että potilaat, joilla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon sisältöön, saavat myös parempia hoitotuloksia (Jones–Rivett 2004: 9.) Kirjallisuudessa puhutaan jaetusta päätöksenteosta. Ilman potilaan osallistumista ei ole terapiaa. Terapeutin tulisi rohkaista potilasta toimimaan ja osallistumaan päätöksentekoon (Fleming–Mattingly 2008: 56.) Jaettu päätöksenteko ei ulotu ainoastaan potilaaseen ja terapeuttiin, vaan myös potilaan läheisiin ja moniammatilliseen hoitoympäristöön (Jones–Rivett 2004: 9.) Tämä pätee paitsi epäspesifin alaseläkivun arvioinnissa, myös kaikkien muiden potilaiden fysioterapeuttisessa arvioinnissa. Jaettu päätöksenteko sisältää myös eettisen näkökulman. Joskus terveydenhuollon ammattilaisia on kritisoitu, että oma ammatillinen toiminta menee potilaan huolen ja tuntemuksien yli. Näkemykset potilaan kanssa eivät aina kohtaa. Yksi kliinisen päättelyn suurimmista haasteista on harmonisoida yleisesti hyväksytyt terveydenhuollon käytännöt näyttöön pohjautuvaan tutkimustietoon sekä asiakaslähtöiseen käytäntöön. Hoitokäytäntöjen tulisi olla eriytettyjä, ei yleistyksiä. (Higgs–Jones 2008: 11.) Eettisen toiminnan tulisi olla osa kliinistä päättelyä koko prosessin ajan. Rajallistenkin resurssien keskellä toiminnan tulee olla oikeudenmukaista kaikille. (Jones ym. 2008: 252.) Kyky tehdä päätöksiä eettisesti on monimutkainen osa kliinistä päättelyä ja koko hoitoprosessia (Higgs–Jones 2008: 4.)

Kliiniseen päättelyyn vaikuttavat myös asiat, jotka eivät suoraan liity potilaaseen. Länsimaalaista 2000-luvun yhteiskuntaa leimaa epävarmuus. Taloudelliset haasteet vaikuttavat niin kuluttajiin kuin palveluiden tuottajiinkin. Terveydenhoitoala on tavallisesti mielletty sitoutuneeksi ja huolehtivaksi, mutta epävakaus heijastuu myös terveyden-

huoltoon. Organisaatiomuutokset sekä yksityisten ja julkisten palvelujen roolijako herättävät kysymyksiä. Epävakauden alla pitkäkestoisten suunnitelmien teko on hankalaa. Teknologian ja informaation kehittyessä myös terveydenhoitoalan ammattilaisten tulee vakuuttaa yleisö osaamisellaan. Tiedon nopea välittyminen mahdollistaa, että myös potilaat ovat tietoisia terveydestään. (Fish–Higgs 2008: 20-23,29.) Vastaanotolle tulesaan potilaalla saattaa olla jo oma diagnoosi oireilleen. Potilaan oletusten kumoaminen voi olla ristiriitaista, sillä jokainen henkilö on oman terveytensä paras asiantuntija. Toisaalta fysioterapeutilla on ammattitaito, johon hän voi väitteensä perustaa. Tämän kaltaisen tilanne vaatii hyviä kommunikaatio- ja ihmissuhdetaitoja.

5 Kliinisten päättelytaitojen kehittäminen

Kliinisen päättelyn virheet liitetään tavallisesti kognition virheisiin. Esimerkiksi potilaan havainnointi saatetaan tehdä niin, että yritetään puolustaa ennalta laadittua hypoteesia, sen sijaan, että havaintojen pohjalta muodostettaisiin hypoteesi. (Higgs–Jones 2008:10-11). Virheet eivät itsessään ole haitaksi, sillä kliinisen päättelyn lopputulos tulisi aina olla oppiminen. Terapeutin tulisi nähdä itsensä paitsi opettajana, myös oppijana. Fysioterapiassa terapeutin rooli opettajana näkyy konkreettisesti esimerkiksi motorisen kontrollin ja liikemallien harjoittamisessa. Ennen kaikkea opettaminen korostuu potilaan toteuttamassa itsehoidossa. Jotta terapeutti voi puolestaan oppia omista kliinisistä kokemuksistaan ja kasvaa terapeutina, tulee kliinisen päättelyn olla avointa ja reflektivoavaa. Tätä reflektivoavaa ajattelua ohjaa metakognitio: ajatuksia omasta ajattelustamme ja ajatuksia, jotka rajoittavat ajatteluamme. (Jones-Rivett 2004:10-11, Hodges 2004:121.) Metakognitiiviset taidot ovat avaimia omien ajatusten järjestämiseen, virheiden paljastamiseen ja sitä kautta kehittyneeseen kliiniseen päättelyyn (Higgs–Jones 2008: 10-11).

Tullakseen tietoiseksi omista oletuksistaan on tultava tietoiseksi, mistä oletukset nousevat. Omien oletusten tehokas, objektiivinen tutkiminen voi olla vaikeaa. Intuutio, itsevarmuus, avoimuus, joustavuus, rehellisyys, vastuunotto, inhimillisyys ja empatia ovat avaimia omien oletusten arviointiin sekä uusien näkökulmien tiedostamiseen. Näin ollen ne ovat avaimia myös onnistuneeseen kliiniseen päättelyyn. Reflektioiva ajattelija on kriittinen, kyseenalaistaa reabiliteetin ja validiteetin, sekä tiedostaa oman riittämättömyytensä. Oman riittämättömyyden tunnustaminen on avain kaikkeen kriittiseen ajatteluun, ei ainoastaan kliiniseen päättelyyn. (Jones–Rivett 2004: 9–11.)

Opinnäytetyön alussa määriteltiin kliinisen päättelyn pohjalla olevan tieto. Ilman riittävästi tietoa ei ajattelu ole rationaalista. Rationaalinen ajattelu antaa edellytykset toimia vaikeissakin tilanteissa (Brookfield 2008: 74). Laaja tieto ei itsessään riitä, vaan tiedon on oltava hyvin järjestäytyneitä (Simmons 2010: 1153). Tiedon järjestäytyneisyys tarkoittaa, että terapeutti ymmärtää asiat kokonaisuuksina, ei yksittäisinä muuttujina. Esimerkiksi pallean suhde syviin vatsalihaksiin ja näiden yhteisen roolin ymmärtäminen hengityksessä ja ryhdin hallinnassa kuvaa terapeutin hyvin järjestäytyneitä tietoa. (Jones-Rivett 2004: 107.) Tietokirjaviisuus on myös integroitava henkilökohtaisiin voimavaroihin. Tiedon järjestäytyneisyydessä voidaan erottaa kaksi tasoa: ammatillinen ja henkilökohtainen osaaminen. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu potilaan kokonaisuuden ymmärtäminen. Ymmärrys siihen, miksi potilas tulee vastaanotolle, vaatii ammatillista osaamista biomekaniikasta. Lisäksi ammatillista osaamista ovat potilaan hoidossa tarvittavat käytännön taidot ja interventiokeinot. Henkilökohtaiseen osaamiseen kuuluu omien ajattelustrategioiden ja omien voimavarojen ymmärtäminen. Omien voimavarojen arviointiin vaikuttavat henkilökohtaiset kokemukset ja ajatukset. (Simmons 2010: 1153.) Tiedon jäsentämistä voi harjoitella esimerkiksi ajatuskarttoja käyttämällä. Ajatuskartan avulla voi olla helppo tarkastella omien ajatusten sisältöä, niiden järjestäytymistä sekä yhteen liittämistä dynaamisella tavalla. Se rohkaisee monipuoliseen ja luovaan ajatteluun sekä lisää itsevarmuutta. (Cahill-Fonteyn: 488-490.)

Case-based learning eli tapausesimerkkeihin pohjautuva oppiminen on perinteisesti ollut olennainen elementti terveydenhuollon ammattilaisten opetuksessa. Tapausesimerkkien tavoitteena on auttaa opiskelijaa hahmottamaan hoidon sisältöä teoreettisessa muodossa, kuitenkin käytännön tilanteeseen pohjautuen. Tapausesimerkissä esitellään tavallisesti potilaan anamneesi, potilaan kokema ongelma ja kliiniset havainnot. Teoreettinen päättely on turvallista, ja opiskelija saa mahdollisuuden kyseenalaistaa myös olemassa olevia hoitokäytäntöjä. Lisäksi toteutustapa mahdollistaa harvinaisempien diagnoosien käsittelyn. Haasteena kuitenkin on, että esimerkiksi käytännön testaamisen ja tutkimisen taidot eivät kehity. Myös oleellinen tieto saattaa jäädä puuttumaan, sillä tapausesimerkin esitiedot ovat rajalliset. Kliinisen päättelyn lopputuloksen hahmottaminen voi olla vaikeaa, ja kognitiivisen ajattelun selkeyttämiseksi suositaankin esimerkiksi ohjaavia arviointilomakkeita tapausesimerkkien tukena. Kliinisen päättelyn taitoja voidaan kehittää vain käytännön tilanteissa, mutta tapausesimerkki on korvaa-

maton tapa tuoda päättelytaitojen kehittämistä myös teoriatilanteisiin. (Rivett–Jones .2008: 477-480.)

6 Johtopäätökset ja pohdinta

Kliininen päättely on välttämätön taito terveydenhuollon ammattilaisille (Durning ym. 2011: 215). Ammattilaisuuteen kuuluu autonomiaa, vastuunottoa, luotettavuutta ja päätöksentekoa epävarmoissakin olosuhteissa. Pelkkä päätöksenteko ei ole kliinistä päättelyä. Kliiniseen päättelyyn sisältyy kolme keskeistä elementtiä (tieto, kognitio, metakognitio), joihin päättely perustuu. Fysioterapeuttiseen arviointiin tulee sisältyä kaikki nämä kliinisen päättelyn elementit. Epäspesifin alaselkäkivun arvioinnissa korostuu potilaasta kokonaisvaltaisuuden ymmärtäminen ja terapeutin metakognitiiviset taidot. Potilaan kokonaiskuvan ymmärtämiseksi tulee kliinisen päättelyn olla laaja-alaista, ja sen tulee hyödyntää laaja-alaisesti kaikkia kliinistä päättelyä ohjaavia lähestymistapoja. Eettisyyden tulee olla läsnä kaikessa kliinisessä päättelyssä.

Teoksessa *Clinical reasoning for manual therapists* (2004) väitetään, että jo kaksi kysymystä kertovat, onko terapeutin kliininen päättely kehittynyttä: millaisen hypoteesin terapeutti on muodostanut ja mitä psykososiaalisia tekijöitä potilaan tilaan liittyy. (Hodges 2004: 105.). Kliinisen päättelyn näkökulmasta voidaankin kysyä, onko mikään epäspesifiä? Voiko oireiden syy jäädä epäselväksi kliinisen päättelyn virheiden vuoksi? Selvää vastausta ei ole. Epäspesifistä alaselkäkivusta tarvitaan lisää tutkimustietoa, samoin kliinisestä päättelystä. Jatkotutkimusehdotuksena opinnäytetyölle onkin kartoittaa kliinisen päättelyn ilmiötä vielä kokonaisvaltaisemmin sekä kartoittaa päättelyprosessin virheitä tarkemmin.

Vaikka kahden yhtä vaikean aiheen käsitteleminen samassa opinnäytetyössä on haastavaa, ne myös tukevat toisiaan: epäspesifin alaselkävun arvioinnissa kliinisen päätelyn painopiste siirtyy spesifistä testaamisesta potilaan ja terapeutin välisen vuorovaikutuksen ja potilaan kokonaisvaltaisuuden ymmärtämiseen. Potilaan kokonaisvaltaisuuden korostaminen on opinnäytetyön vahvuus, ja se oli minulle myös henkilökohtaisesti prosessin tärkein opetus. Itse asiassa koko opinnäytetyön idea syntyi tämän kokonaisvaltaisuuden ymmärtämisen tarpeesta. Olen saanut tehdä käytännön työtä opinnäytetyöprosessin aikana. Kun aiheen jäsentämisen alkuvaiheessa vastaanotolle tuli potilas, jolla lääkärin lähetteen mukaan oli akuutti määrittelemätön alaselkäkipu, suoritin fysioterapeuttisen tutkimisen tarkasti. Asiakas ei kuitenkaan tullut vastaanotolle enää uudestaan, vaikka myöhemmin käydyn puhelinkeskustelun mukaan kipu ei ollut helittänyt. Mietin pitkään, mikä meni pieleen: olinhan tehnyt kaikki testit asiaan kuuluvalla tavalla. Kollegani katsoi kirjaamani asiat ja varmisti toimineeni hoitosuositusten mukaisesti. Silti asia jäi vaivaamaan minua. Kun opinnäytetyön idea rajaantui käsittelemään kliinistä päättelyä ymmärsin, että olin unohtanut asiakkaan kokonaiskuvan hahmottamisen ja hoitotilanteen vuorovaikutuksellisuuden. Tämän myötä työlle syntyi myös ns. piilotarkoitus, joka hahmottui vasta prosessin loppuvaiheessa. Tarkoituksena on erilaisen fokuksen tuominen fysioterapeuttiseen arviointiin. Tutkimustilanteessa suoritettavien, yksittäisten ”temppejen” sijaan tarvitaan kokonaisvaltaisempia taitoja.

Opinnäytetyössä on käytetty tutkimusmetodina narratiivista kirjallisuuskatsausta. Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen metodinen keveys aiheuttaa kuitenkin riskin, että lopputulos saattaa muodostua puolueelliseksi, kun tieteessä yleisenä tavoitteena on objektiivisuus (Salminen 2011:6-7.) Metodin keveys antaa opinnäytetyölle kuitenkin enemmän mahdollisuuksia kuin heikkouksia, sillä se mahdollistaa laajat aineistot sekä vapaamman vuoropuhelun tieteellisten lähteiden ja kirjoittajan omien ajatusten välillä. Näin opinnäytetyön tavoite kuvailla kliinistä päättelyä kokonaisvaltaisemmin on helpompi toteuttaa. Lisäksi vuoropuhelu mahdollistaa kliinisen päättelyn liittämisen opinnäytetyöhön konkreettisemmin sen sijaan, että kyseessä olisi vain teoreettisten lähtökohtien esittely. Muistettava kuitenkin on, että opinnäytetyö on kirjoittajansa ajatusten mukainen. Lainausten referointi ja niiden tulkinta on henkilökohtaisia, ja joku muu saattaa ymmärtää asiat eri tavoin. Oman kehittymiseni kannalta opinnäytetyöprosessin heikkous on ollut käytännön työn tiivis toteutus, jonka johdosta palautteen vastaanottaminen on jäänyt vähälle. Tämä on eniten harmillista oman kehittymiseni kannalta

”On tultava samanlaiseksi kuin ne, jotka tulevat arvostelemaan tekstin. Jos on kovin omaperäinen ja itsenäinen, hintana on se, että kukaan ei anna tunnustusta. Mutta tietysti voi olla hauskeempaa olla omaperäinen ja itsenäinen kuin arvostettu.” Tämä Rauno Tammisen (1993) ajatus teoksessa *Tieteellinen kirjoittaminen* (toim. Kinnunen – Löytty 2002) oli ensimmäisiä ajatuksia, joita luin kun aloitin opinnäytetyöprosessini. Olen aina kulkenut omaa polkuani, eikä opinnäytetyö tee poikkeusta. Sen vuoksi työn takana on helppo seistä, ja vastuun kantaminen lopputuloksesta tuntuu hyvältä. Suurkiitos koko prosessista kuuluu ohjaaville opettajille, opponentilleni, sekä muille tukijoilleni.

Lähteet

Ashby, Samantha – Richards, Kailee – James, Carole. 2010. The effect of fear of movement on the lives of people with chronic low back pain *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. Australia.

Atkins, Sue – Ersser, Steven J. 2008. Clinical reasoning and patient-centred care. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.). *Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition*. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Butler, David 2004. Ongoing low back, leg and thorax troubles with tennis elbow and headache. Teoksessa Jones, Mark – Rivett, Darren 2004 (toim.) : *Clinical reasoning for Manual Therapists*. Elsevier. Australia.

Brookfield, Stephen 2008. Clinical reasoning and generic thinking skills. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.): *Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition*. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Cahill, Mary – Fonteyn, Marsha 2008. Using mind mapping to improve students' metacognition. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.): *Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition*. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Carrier, Annie - Levasseur, Mélanie - Bédard, Denis - Desrosiers, Johanna 2012. Clinical Reasoning process underlying choice teaching strategies. A framework to improve

occupational therapists transfer skill interventions. Australian Occupational Therapy Journal. Australia.

Durning, Steven – R. Artino, Anthony Jr. – Pangar, Louis – Van der Vleuten, Cees PM – Schuwirth, Lambert 2011. Context and clinical reasoning: understanding the perspective of the expert's voice. Medical Education. Blackwell Publishing Ltd. Yhdysvallat ja Hollanti.

Durning, Steven J - Ratcliffe, Temple – Artino, Antony R. - Van Der Fleuten, Cees - Beckman, Thomas J. – Holmboe, Eric – Lipner, Rebecca S.- Schuwirth, Lambert 2013. How Is Clinical Reasoning Developed, Maintained, and Objectively Assessed? Views from Expert Internists and Internal Medicine Interns. Journal of continuing education in the health professions. Yhdysvallat ja Hollanti

Facultas Alaselkä- ja niskasairaudet 2008. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkelaitos TELA. Pohjolainen, Timo - Karppinen, Jaro – Kumpulainen, Timo – Läksy, Kristiina – Malmivaara, Antti – Puustjärvi, Kaija – Rantonen, Jarmo – Saxén, Ulla – Vihtonen, Kimmo – Pakkala, Ilkka. Painojussit.

Fish, Della – Higgs, Joy 2008. The context for clinical decision making in the 21st century. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.): Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Fleming, Maureen Hayes – Mattingly, Cheryl 2008. Action and narrative: two dynamics of clinical reasoning. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.) : Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Gifford, Louis 2004. Unnecessary fear avoidance and physical incapacity in 55-year-old housewife. Teoksessa Jones, Mark – Rivett, Darren 2004 (toim.) : Clinical reasoning for Manual Therapists. Elsevier. Australia.

Groves, Michele 2012. Understanding clinical reasoning: the next step in working out how it really works. Medical Education. Blackwell Publishing Ltd.

Haanpää, Maija 2009. Kipupotilaan tutkiminen. Teoksessa Kipu. Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009 (toim). 3 painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Henley, Elizabeth – Twible, Robyn 2008. Teaching clinical reasoning and culture. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.) : Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Higgs, Joy – Jones, Mark A 2008. Clinical decision making and multiple problem spaces. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008. Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Higgs, Joy –Loftus, Stephen 2008. A place for new research direction. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.): Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Hodges, Paul 2004. Chronic low back and coccygeal pain. Teoksessa Jones, Mark – Rivett, Darren 2004 (toim.) : Clinical reasoning for Manual Therapists. Elsevier. Australia.

Jones, Mark A. – Jensen, Gail – Edwards, Ian 2008. Clinical reasoning in physiotherapy. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim): Clinical Reasoning in health professions. 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Jones, Mark – Rivett, Darren 2004. Introduction to clinical reasoning. Teoksessa Jones, Mark – Rivett, Darren (toim.) : Clinical reasoning for Manual Therapists. Elsevier. Australia.

Josephson, Iréne – Bülow, Pia- Hedberg, Berith 2011. Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. Disability and Rehabilitation. Ruotsi.

Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009. Kipu. 3. painos. Duodecim. Helsinki.

Kalso, Eija – Elomaa, Minna – Estlander Ann-Mari – Granström, Veikko 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009 (toim). 3 painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu

Kalso, Eija – Kontinen, Vesa 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit. Teoksessa Kipu. Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009 (toim). 3 painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Kilpikoski, Sinikka 2010. McKenzie method in assessing, classifying and treating non-specific low back pain in adults with special reference to the centralisation phenomenon. Väitöstutkimus. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä.

Käypä Hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Fysiatryyhdistyksen asettama työryhmä. Alaselkäsairaudet. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=BE67790F64DC31BFA6810E755A42A1D4?id=hoi20001#NaN>> Päivitetty 10.9.2014

Rivett, Darren A. – Jones, Mark A. Using case reports to teach clinical reasoning. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008. Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Rivett, Darren A. – Jones, Mark A. 2008. Using case reports to teach clinical reasoning. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.): Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteiden sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>

Simmons, Barbara 2010. Clinical reasoning: concept analysis. Journal of Advanced Nursing. Yhdysvallat.

Trede, Franziska - Higgs, Joy 2008. Collaborative decision making. Teoksessa Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008 (toim.) : Clinical Reasoning in health professions 3rd Edition. Kolmas painos. Elsevier. Australia.

Vainio, Anneli 2009. Kiputilojen luokittelu. Teoksessa Kipu. Kalso, Eija – Haanpää, Maija – Vainio, Anneli 2009 (toim). 3 painos. Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu