

**Dokumentointimenetelmät, sisällön jäsentymisen ja asiakaskeskeisyys
fysioterapiadokumenteissa**

Anu Pukki

FTE.316 Pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Fysioterapianopettajan koulutusohjelma

Kevät 2004

TIIVISTELMÄ

Dokumentointimenetelmät, sisällön jäsentymisen ja asiakaskeskeisyys
fysioterapiadokumenteissa

Pukki Anu Elina

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2004

73 sivua, 3 liitettä

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää fysioterapian dokumentointimenetelmien käyttöä, fysioterapiakertomusten otsikoinnin ja sisällön jäsentymistä sekä asiakaskeskeisyyden ilmenemistä fysioterapiakertomuksissa ja päivittäisissä merkinnöissä. Tutkimushenkilöitä olivat Päijät-Hämeessä toteutetun fysioterapiatyön ja fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun kehittämisprojektiin osallistuvat fysioterapeutit. Aineisto koostui kyselylomakkeista, fysioterapiakertomuksista ja niihin liittyvistä muista fysioterapiaa kuvaavista dokumenteista. Kyselylomakkeen avoimet kysymykset ja fysioterapiadokumentit analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Kyselylomakkeen taustatiedot analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Tulokset on esitetty laadullisesti kuvailemalla ja osittain myös frekvenssi- ja prosenttijakaumina.

Tulokset: Fysioterapeuteista 85 % dokumentoi fysioterapiakertomuksen elektronisesti. Päivittäisistä merkinnöistä oli dokumentoitu elektronisesti 46 %, käsin kirjoittamalla 23 % ja merkinnät puuttuivat 31 %:sta palvelujaksoja. Otsikoiden käyttö oli niukkaa ja epäyhtenäistä. Sisältö jäsentyi loogisesti puolessa tutkituista dokumenteista. Otsikoinnin ollessa niukkaa tietoja toistettiin tarpeettomasti. Fysioterapeuttisen tutkimisen dokumentoinnissa sanallinen kuvailu on yleisin tapa esittää tutkimustuloksia. Objekttiivisten mittausten määrä väheni siirryttäessä alkututkimuksesta loppuarviointiin. Fysioterapeutit dokumentoivat terapiakeskeisesti. Asiakaskeskeisyys ilmeni fysioterapiadokumenteissa asiakkaan puheen referointina, asioiden kuvailuna ja asioiden toteamisena. Asiakaskeskeisyyden laajimmin käsitellyt teemat olivat kipu ja fyysinen toimintakyky, joita kuvattiin joko saavutettuina hyötyinä tai heikentyneen tilanteen kautta.

Johtopäätökset: Fysioterapiadokumenteissa asiakaskeskeisyys ilmenee ohuena ja sirpaleisena. Asiakkaan elämäntilanne ja sen merkitys fysioterapian tavoitteisiin, toteutukseen ja arviointiin näkyy heikosti tai ei ollenkaan. Fysioterapian dokumentoinnin haasteena näyttää olevan asiakaskeskeisyyden syventäminen ja asiakkaan ongelmien hahmottaminen suhteessa hänen elämäntilanteensa. Fysioterapiadokumenttien otsikointiin ja sisällön jäsentämisen loogisuuteen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Keinona voisi olla dokumentointikoulutuksen tai dokumentointia koskevan työnohjauksen lisääminen.

Asiasanat: fysioterapia, dokumentointi, asiakaslähtöisyys, kirjaaminen

ABSTRACT

Documentation method, outlining of contents and client-centered view in physiotherapy documentation

Pukki Anu Elina

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences, 2004

The aim of this study was to report physiotherapy documentation methods, investigate the outlining of contents and headings in physiotherapy documents and describe the client-centered view in those documents. All the 13 subjects were participating in the Päijät-Häme “physiotherapy and clinical training in physiotherapy education” development project. The dropout was seven physiotherapists. The subjects filled in a questionnaire and after selecting one patient copied all the documents of the physiotherapy period of this patient.

Method: The questionnaires and physiotherapy documents were evaluated with content analyses and the results quantified afterwards. Part of the material was classified with the SPSS –program. The Results are shown as qualitative descriptions and partly also with statistics as frequencies and per cents.

Results: 84 % of the physiotherapists used to make the physiotherapy documentation by computer based programs. Daily physiotherapy notes were made by computer in 46 % and by hand in 23 % of the cases. Notes were missing in 31 % of the physiotherapy documents. Headings were scantily and incoherently used. The content in physiotherapy documents was logically presented in half of the documents. The information was repeated mostly when few headings were used. The results of physiotherapy examination were most often presented as subjective descriptions of the physiotherapist. Objective measurements were done more in the beginning of therapy than in evaluation phase in the end of therapy. The physiotherapists used therapy-centered documentation style when writing patient information. The client-centered view seems to appear in the form of quoting the patient’s speech, in describing themes connected to the patient and in verifying things. The most frequent themes in the client-centered documentation were pain and physical functioning.

Conclusions: The client-centered view seems to be fragmented and thin in physiotherapy documentation. The total view of a patient’s life situation is not clearly expressed in relation to physiotherapy goals, methods and the evaluation of the results. It is a challenge to physiotherapists to get a deeper view of the client-centered practice and it’s documentation as well as looking at the patient’s problems in context with her life. In the future more attention should be paid to the heading and logic outlining of physiotherapy documents. Training and guidance in documentation might be useful methods in achieving better quality in physiotherapy documentation.

Keywords: physiotherapy, documentation, client-centered practice, patient information

SISÄLLYS

KÄYTETYT LYHENTEET VIITATUT LAIT JA ASETUKSET

1	JOHDANTO	1
2	KIRJALLISUUSKATSAUS	3
	2.1 Palvelumallit ja vuorovaikutus fysioterapian dokumentoinnin viitekehyksenä	3
	2.2 Dokumentointi	6
	2.2.1 Dokumentointiin liittyviä käsitteitä	6
	2.2.2 Dokumentoinnin lainsäädännölliset määrittäjät	7
	2.2.3 Elektronisen potilaskertomuksen käyttö dokumentoinnissa	8
	2.2.4 Dokumentointi yhteistyön välineenä	10
	2.2.5 Fysioterapian ja muun kuntoutuksen dokumentointi	12
	2.2.6 Fysioterapiakertomuksen jäsentyminen	13
	2.2.7 Yhteenveto	18
	2.3 Asiakaskeskeisyys	19
	2.3.1 Asiakaskeskeisyyteen liittyvät käsitteet	19
	2.3.2 Asiakaskeskeisyyden perustelu terveydenhuollossa	20
	2.3.3 Asiakaskeskeisyys päätöksenteon näkökulmasta	23
	2.3.4 Asiakaskeskeisyyden toteutuminen	25
	2.3.5 Yhteenveto	29
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	30
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	31
	4.1 Tutkimusasetelma	31
	4.2 Tutkimusaineisto	32
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	33
	5.1 Sisällönanalyysi	33
	5.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset	34
6	TULOKSET	35
	6.1 Taustatiedot	35
	6.2 Dokumentointimenetelmät	37
	6.3 Otsikkojen ja sisällön jäsentyminen	38
	6.3.1 Fysioterapiakertomuksien otsikot	38
	6.3.2 Sisällön jäsentyminen	39
	6.4 Asiakaskeskeisyys fysioterapiadokumenteissa	44
	6.4.1 Ilmaisutapa fysioterapiadokumenteissa	44
	6.4.2 Asiakaskeskeisyys ja sen ilmeneminen	45
	6.4.3 Asiakaskeskeisyyteen liittyvät teemat	48
	6.4.4 Asiakaskeskeisten teemojen tarkastelu	49
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	52

8	POHDINTA	53
	8.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	53
	8.2 Tulosten tarkastelu	54
	8.3 Jatkotutkimusmahdollisuuksia	58

	LÄHTEET	59
--	---------	----

LIITTEET

Liite 1: Kyselylomake

Liite 2: Saatekirje tutkimushenkilöille

Liite 3: Esimerkit manuaalisesti dokumentoiduista päivittäisistä merkinnöistä

KÄYTETYT LYHENTEET

Stakes	Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
STH	sosiaali- ja terveyshallitus
STM	sosiaali- ja terveysministeriö
WHO	World Health Organization

VIITATUT LAIT JA ASETUKSET

PotL 785/1992	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1.3.1993
A 99/2001	Asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19.1.2001
HetiL 523/1999	Henkilötietolaki 1.6.1999
L 621/1999	Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta eli julkisuuslaki 1.12.1999
A 431/1994	Henkilörekisteriasetus 3.6.1994
L 604/1991	Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 1.10.1991 kumottu ja korvattu seuraavalla lailla:
L 497/2003	Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 1.10.2003
L 610/1991	Laki kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1.10.1991
L 611/1991	Kuntoutusrahalaki 1.10.1991
L 731/1999	Suomen perustuslaki 1.3.2000

1 JOHDANTO

Fysioterapia on osa terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Fysioterapian voidaan sanoa olevan vaikuttamista joko välittömin tai välillisin keinoin potilaan tai asiakkaan terveydentilaan toiminnalle asetettujen tavoitteiden suuntaisesti (Hytönen 1991, Suomen fysioterapeuttiliitto 1998). Yksi fysioterapian päätavoitteista on asiakkaan tai potilaan tukeminen itsenäisen, mielekkään ja tyydyttävän elämäntilanteen saavuttamiseksi (Jette 1993). Asiakkaan tai potilaan osallistuminen päätöksentekoon häntä itseään koskevassa terapiassa tai hoidossa on osa jokaisen yksilön itsemääräämisoikeutta (Purtilo 1984, Talvitie 2000a). Kuntoutujalla on oikeus todellisiin valintoihin, mikä käytännössä tarkoittaa oikeutta autonomiaan eli itsemääräämiseen, loukkaamattomuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Tähän päästään asettamalla kuntoutuja ja hänen tarpeensa kaiken fysioterapian lähtökohdaksi. (Coy 1989, Frost 1993, Purtilo & Meier 1993, Elkin 2001.) Payton ym. (1998) suosittelee fysioterapeutteja pyrkimään asiakkaan asenteiden ja odotuksien aktiiviseen kuunteluun ja ymmärtämiseen, jotta vuorovaikutuksen myötä terapia ja sen lopputulos olisivat mahdollisimman hyvät. Tällöin lähestytään asiakaskeskeisyyden käsitettä.

Asiakaskeskeisyyden ilmenemistä on tutkittu jonkin verran. Isossa-Britanniassa fysioterapeuttien haastattelututkimuksessa ilmeni, että fysioterapeuteilla on asiakaskeskeiset arvot, käytäntökeskeinen tietämys ja ammattikuntaan sitoutunut toimintamalli (Beeston & Simons 1996). Suomessa Viitanen (1997, 105) tutki fysioterapian vuorovaikutustilanteita ja havaitsi, että tutkimustilanteet muuttuvat helposti asiakaskeskeisyydestä asiakaskeskeisyyteen ja asiakas subjektista tutkimusobjektiksi. Asiakkaan tuntemukset ja tavoitteet sivuutetaan helposti fysioterapeutin oman asiantuntijuuden saadessa pääosan (Thornquist 1994, Viitanen 1997, 130-131). Fysioterapiassa asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutussuhteen näkyväksi todentajaksi tuotetaan erilaisia kirjallisia dokumentteja erilaisiin tarkoituksiin. Siitä, miten Suomessa työskentelevät fysioterapeutit dokumentoivat ja miten asiakaskeskeisyys näkyy dokumentoinnissa, on varsin vähän tutkittua tietoa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on 1990-luvun loppua kohden kiinnitetty huomiota sekä hoidon että kuntouttavien toimenpiteiden dokumentointiin. Dokumentointia on pyritty säätelemään asetuksilla ja lainsäädännöllä. Lakien ja asetusten määrittely kirjaaminen eli dokumentointi on *toimenpide, jolla henkilö tai käsiteltävä asia merkitään tietojärjestelmään*. Tällöin asiakirja eli dokumentti on *tallenne, jolla on oikeudellista arvoa tai joka on laadittu*

tai vastaanotettu jonkin yhteisön tai yksittäisen henkilön toiminnan yhteydessä tai toimintaa varten. (Stakes 2001.)

Kuntoutuksen henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman luomisessa tarvitaan usein moniammatillista lähestymistapaa, jonka suurena haasteena on asiakkaan tai potilaan toiminta- ja työkykyä kuvaavien kirjallisten dokumenttien ja lausuntojen muodon kehittäminen jäsenystavaltaan yhdenmukaisiksi (Talo 2002). WHO (2001) on painottanut toimintakyvyn laaja-alaista kuvaamista ja suositellut uuden ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) käyttöä terveydenhuollon ja kuntoutuksen eri sovellusalueilla, tutkimuksessa, kliinisessä käytössä sekä elektronisessa dokumentoinnissa ja tilastoinnissa (Ks. myös Ojala 2001). Ennen mahdollista siirtymistä uudenlaiseen dokumentoinnin jäsentämiseen on selvitettävä fysioterapian dokumentoinnin tämänhetkinen tilanne.

Dokumentoinnin tutkimus on tarpeellinen jatkumo fysioterapeuttien arvojen, fysioterapia-käsityksien, kuntoutuja-terapeutti -vuorovaikutussuhteen ja käytänteiden tutkimukselle. Viime vuosina asiakaskeskeisyys, moniammatillisuus ja elektronisen dokumentoinnin kehittäminen ovat olleet esillä terveydenhuoltoalaa koskevissa, julkisessa mediassa käydyissä keskusteluissa (muun muassa Tolppanen 2000, Kuikka 2001, Reponen 2001, Juntunen 2003, Kaskinen 2003, Kärkkäinen 2003, Lotila 2003), mikä osaltaan tekee aiheesta ajankohtaisen.

Tämän laadullisen tutkimuksen tavoitteena on vastata kysymyksiin, mitä ja miten fysioterapeutit dokumentoivat ja miten asiakaskeskeisyys ilmenee näissä dokumenteissa. Tutkimuksen tärkeimmät käsitteet ovat fysioterapian dokumentointi ja asiakaskeskeisyys. Dokumentoinnilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa kaikkia niitä fysioterapeutin laatimia kirjallisia ja kuvallisia dokumentteja, joita tallennetaan asiakkaan hoidossa ja seurannassa käytettäväksi. Näin tulkittuna dokumentointi käsittää kirjallisen materiaalin, valokuvat, videot ja piirrookset sekä digitaaliseen muotoon saatetut vastaavat tuotokset. Kirjallinen materiaali käsittää fysioterapeutin tuottamat fysioterapialehdet, päivittäiset merkinnät, epikriisit, raportit, kirjeet, hoitokortit ja tutkimuskaavakkeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoiminnassa muodostuvat muut asiakirjat on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. Kirjaamisesta käytetään tässä tutkimuksessa käsitettä dokumentointi. Fysioterapiakertomuksella tarkoitetaan jatkuvaa fysioterapiadokumenttia, joka on osa potilaskertomusta. Asiakas-käsitteellä tarkoitetaan sekä kuntoutujaa että potilasta.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

Tarkastelen ensimmäiseksi terveydenhuollon palvelumalleja ja vuorovaikutusta fysioterapian dokumentoinnin laajana viitekehyksenä. Toisessa kappaleessa pohdin dokumentointia ensin terveydenhuollon yleisessä kontekstissa ja sitten fysioterapian kontekstissa. Kolmannessa kappaleessa selvitän asiakaskeskeisyyden käsitettä ja referoin asiakaskeskeisyyteen ja siihen liittyvään päätöksentekoon kohdistuvia aikaisempia tutkimuksia.

2.1. Palvelumallit ja vuorovaikutus fysioterapian dokumentoinnin viitekehyksenä

Terveydenhuollossa on viime vuosina siirrytty käyttämään palvelu-sanaa hoito-sanan sijasta. Stakesin (1999, 17) määrittelyn mukaan palvelu on organisoidun toiminnan tuloksena syntyvä aineeton hyödyke tarpeiden tyydyttämiseksi. Palvelutapahtuma on palveluntuottajan tai palvelunantajan ja asiakkaan välinen yksittäinen vuorovaikutustilanne. Tilastoinnin kannalta palvelutapahtumia ovat vain sellaiset tilanteet, joista dokumentoidaan tietoa. Saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien palvelutapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintasarjaa kutsutaan palveluprosessiksi. (Stakes 1999, 21-22.) Palveluprosessin osana palvelutapahtuma on mikä tahansa yksittäinen tilanne, jossa asiakas tai hänen ongelmansa ja tarpeensa ovat kyseisen palvelun tuottajan käsiteltävinä. Asiakkaan ei välttämättä tarvitse itse olla läsnä kyseisessä tilanteessa. (Stakes 1997, 33-34.)

Asiakkaan tarvitessa useamman organisaation palveluja puhutaan palveluketjusta. Se on saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutettava palveluprosessien kokonaisuus (Stakes 1999, 19). Joustavissa palveluketjuissa kaikkien palveluprosesseihin osallistuvien ammattihenkilöiden tulee olla tietoisia asiakkaan ja hänen tietojensa erilaisista siirtymävaiheista ja niihin liittyvistä yhteistyön ja tiedonkulun tarpeista. Organisaatiokeskeisen järjestämistavan sijasta korostetaan yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri toimijatahojen välillä potilaan ongelmien ratkaisemiseksi (Lauharanta 1997, Ruotsalainen 2000, 15-25). Joustava palveluketju on suositeltavampi käsite kuin joissain yhteyksissä käytetty käsite saumaton palveluketju. (Stakes 1999, 20.)

Fysioterapia on vuorovaikutussuhde, joka etenee ajallisesti tavoitteiden suuntaisesti. Terapiatilanteeseen vaikuttavat monet henkilökohtaiset ja yhteiskunnalliset kytkennät sekä fysioterapeutin ja asiakkaan tietojen, taitojen ja asenteiden ohella asiakkaan elinpiiri ja fysioterapeutin työorganisaatio. Molempiin terapiatilanteen toimijoihin vaikuttavat lisäksi vallitseva kulttuuri, sen arvot ja etiikka sekä yhteiskuntapoliittiset tekijät. (Talvitie ym. 1999, 27-33.)

Vuorovaikutus on kahden tai useamman henkilön välistä sanallista ja sanatonta viestintää. Viestintää tapahtuu muun muassa tuntoaistimuksien kautta, kuuntelemalla, näkemällä ja puhumalla. (Sundeen 1987, 86-94.) Sanallinen viestintä on tärkeää, mutta kahdenkeskisessä viestinnässä korostuu erityisesti sanaton viestintä. Sanatonta viestintää ovat esimerkiksi eleet ja ilmeet. (Wiio 1994, 153-155.) Terveystieteiden ammattilaisten vuorovaikutustaidot vaikuttavat asiakkaan kokemukseen itsestään tilanteessa toimijana. Ammattilaisten osoittamasta auktoriteetista seuraa asiakkaan kokemus vajavuudesta tai kykenemättömyydestä. (Lewis 1997, Novack ym. 1997, MacCulloch 1998.) Todennäköisesti itsensä auktoriteettina kokeva käyttäytyy auktoriteetin tavoin eli ottaa vallan (Janhonen 1999). Tutkiessaan potilastyytyväisyyttä eri maissa Lewis (1994) huomasi, että suurimmiksi tyytyväisyyttä lisääviksi tekijöiksi koettiin henkilökunnan vuorovaikutustaidot. Fysioterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksella on suuri merkitys muun muassa kotihoito-ohjeiden noudattamisherkkyyteen (Østerås & Haaland 2001) ja hoidon tuloksiin (Moffett & Richardson 1997).

Dialoginen vuorovaikutus perustuu yksilölliseen ja jaettuun tiedostamiseen. Sillä pyritään kohti asiakaslähtöistä hoitoa ja palvelua. Dialogisessa vuorovaikutuksessa kohde on jaettu eli kaikki osallistujat ovat selvillä tilanteesta ja tiedostavat puhuvansa samasta asiasta. Vuorovaikutuksella ei pyritä vain yksimielisyyteen. Sen sijaan osallistujat ymmärtävät, että heillä voi olla eriäviä ja yhteneviä perusteltuja näkemyksiä käsiteltävästä aiheesta. Tavoitteena on löytää keskustelun kautta asiakkaan tilanteeseen mielekäs tavoite ja keinot sen saavuttamiseksi. (Janhonen 1999, Mönkkönen 2002.)

Riikosen (1992) mukaan ongelmia ylläpitävien objektivististen ongelmamallien sijaan tulisi käyttää voimavarasuuntautunutta asiakastyön mallia. Tämän mallin keskeisiä periaatteita ovat onnistumisen ja kompetenssin osoittaminen ja havainnollistaminen, todennäköisesti kompetenssivastauksiin johtavien puheenaiheiden ja kysymystyyppien valinta, tavoitteiden

selvittely, tavoitteen suuntaisen kehityksen toteaminen sekä toiminnallisten ja kehitysympäristöjen vertauskuvien käyttäminen. Voimavarasuuntautunut haastattelu motivoi omien tavoitteiden, niiden saavuttamiseksi käytettävien menetelmien ja omiin resursseihin suuntautuvien vastauksien löytymiseen. Ongelmakeskeiset kysymykset tuottivat helposti ongelmakeskeisiä vastauksia. (Riikonen 1992.) Myös Järvikoski (1995) painottaa voimavarasuuntautunutta toimintamallia, jossa asiakas määrittelee terveydenhuollon ammattilaisen tuella ne tavoitteet, joihin hän voi sitoutua. Ammattilainen toimii tavallaan konsulttina jakaen asiantuntemustaan.

Launis (1994, 114-115) on kuvannut asiakkaan ja terveydenhuollon työntekijän vuorovaikutuksen ulottuvuuksia. Hänen mukaansa asiakkaan päätösvalta ja asiakkaan elämänsä maailman huomioonottaminen ovat keskeisimmät ulottuvuudet, joilla määritellään erilaisia toimintamalleja. Perinteinen malli kuvaa asiantuntijalähtöisen työtavan, jossa asiantuntija päättää ja tekee asiakkaan puolesta. Asiakkaan päätösvallan lisääntyessä siirrytään vähitellen kuluttajamalliin, jossa asiakas itse päättää, mitä asiantuntijapalveluja hän haluaa käyttää. Itsehoitomallissa asiakas nojautuu ihmisten keskinäisiin tukiverkostoihin ja irtautuu hiljalleen asiantuntijoiden hoitojärjestelmistä. Tasavertaisen vuorovaikutuksen mallissa paneudutaan vallankäytön sijaan sellaisten välineiden etsimiseen, joilla asiakkaan arkisen elämän ongelmat ja työntekijän tarjoama ammattitaito saadaan yhdistettyä.

Kirjallinen viestintä on välillistä vuorovaikutusta eri ihmisten kesken. Lukiessaan itsestään kirjoitettuja dokumentteja asiakas muodostaa kuvan siitä, millä tavoin kuntoutusjärjestelmässä työskentelevät näkevät hänet. (Mauro 1998, 89.) Tähän viestintään ja vuorovaikutuksen muotoon kiinnitettäneen lisääntyvää huomiota, kun lainsäädännön mukainen oikeus nähdä itseä koskevat asiakirjat saa lisää huomiota (HetiL 523/1999, A 431/1994, L 621/1999).

2.2 Dokumentointi

2.2.1 Dokumentointiin liittyviä käsitteitä

Terveydenhuollon dokumentoinnissa käytettyä termistöä on pyritty yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään, sillä terveydenhuollon eri sektoreilla käytetään erilaisia nimikkeitä. Yleisesti asiakirja määritellään tallenteeksi, jolla on oikeudellista arvoa tai joka on laadittu tai vastaanotettu jonkin yhteisön tai yksittäisen henkilön toiminnan yhteydessä tai toimintaa varten. Asiakasasiakirja on palvelutapahtuman (Ks. luku 2.1) seurauksena syntynyt asiakasta koskeva asiakirja. Potilasasiakirja on potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävä, laadittu tai saapunut asiakasasiakirja tai tekninen tallenne, joka sisältää potilaan terveydentilaa ja sairauksia koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoja ovat hoito- ja tutkimustietojen lisäksi muun muassa läheteet tutkimuksiin ja toimenpiteisiin sekä tulokset ja lausunnot, erilaiset ajanvaraus- ja potilaspäiväkirjat, potilasluettelot ja -kortistot, atk-tallenteet sekä ääni-, filmi- ja videotallenteet. Potilaskertomus on asiakaskertomus, joka sisältää tietoa asiakkaan sairauksista ja niiden hoidosta sekä asiakkaan terveydentilasta ja fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta kehityksestä. (Stakes 1997, 42-44, STM 2001a, 12.)

Terveydenhuollon keskeisin asiakirja on jatkuva potilaskertomus, jota perusterveydenhuollossa kutsuttiin aikaisemmin terveyskertomukseksi ja erikoissairaanhoidossa sairauskertomukseksi (STM 2001a, 28). Fysioterapiakertomus on fysioterapeuttien käyttämä osa potilaskertomusta. Sitä kutsutaan eri organisaatioissa eri nimillä. Useimmissa organisaatioissa nimenä on fysioterapialehti. (Holma & Noronen 2001.)

Käsite manuaalinen asiakirja kattaa manuaalisesti laadittavat ja ylläpidettävät paperimuotoiset terveydenhuollon asiakirjat, jotka ovat osa potilasta koskevaa tietojärjestelmää eli potilaskertomusta (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 26-28). Kirjaaminen on toimenpide, jolla henkilö tai käsiteltävä asia merkitään elektroniseen potilasta koskevaan tietojärjestelmään (Stakes 1997, 42) tai vastaavaan manuaaliseen potilaskertomukseen.

Potilaskertomuksissa käytettävät käsitteet esitiedot ja anamneesi ovat synonyymejä, kuten myös käsitteet loppulausunto, epikriisi ja hoitopalaute ovat toistensa synonyymejä (Stakes 1997, 44-45). Tilastoinnissa ja elektronisessa dokumentoinnissa käytettävä käsite toimenpide on määrätehtävän suorittamiseen tähtäävä kertaluonteinen toiminta (Stakes 1997, 67).

Fysioterapian dokumentoinnin ja dokumentointiin liittyvän tilastoinnin yhtenäistämiseksi on laadittu fysioterapianimikkeistö, joka pohjautuu Stakesin laatimaan kuntoutuspalveluluokitukseen. Nimikkeistö kuvaa luettelonomaisesti fysioterapiapalvelujen ja fysioterapeutin työn sisältöä. Fysioterapianimikkeistö muodostuu numerokoodatuista pääryhmistä ja niiden sisältämistä alaryhmistä sekä yksityiskohtaisista toiminnoista ja toimenpiteistä. Nimikkeistö ajanmukaistettiin viimeksi vuonna 2000. (Holma 2001.)

2.2.2 Dokumentoinnin lainsäädännölliset määrittäjät

Asiakkaille ja potilaille annettavien palvelujen kirjaamisvelvoite perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Asiakirjojen laatimisen tärkein peruste on henkilötietolain (HetiL 523/1999) mukainen käyttötarkoitussidonnaisuus. Sillä tarkoitetaan tietojen käyttötarkoitusten määrittelyä ennen niiden keruuta. Perusteina asiakirjojen laatimiselle ovat esimerkiksi tarve tehdä muistiinpanoja annetuista palveluista seurannan ja jatkuvuuden turvaamiseksi, asiakkaan ja työntekijän oikeusturvan takaamiseksi sekä opetusta ja tieteellistä tutkimusta varten. (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 4, STM 2001a, 10, PotL 785/1992, A 99/2001.) Tietosuoja on tietoturvan osa-alue, jolla pyritään estämään tietojen luvaton käyttö, käsittely ja haltuunotto (Stakes 1997, 48). Euroopan unionin direktiivi yksilöiden suojelusta henkilötietojen käsittelyssä astui voimaan 24.7.1995. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL 785/1992) määrää potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot salassa pidettäväksi tiettyjä poikkeuksia lukuun ottamatta. Terveysministeriön ammattihenkilöiden ja kunkin terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava potilasasiakirjat sosiaali- ja terveysministeriön määräyksien mukaan (STM 2001a, 27-29).

Suomen lainsäädäntö huomioi kehittämisen näkökulman terveydenhuoltoon liittyvässä dokumentoinnissa. Lakitekstin mukaan toimiva, kokonaisvaltainen potilaan hoito- ja palveluketju edellyttää potilaskertomustiedon dokumentoinnin kehittämistä. Näin palvelullaan suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (STM 2001a, 9.)

Asiakirjat muodostuvat palvelutapahtumien kirjauksista. Tämä tiedon esitystapa muuttuu normien, säädösten, standardien, luokitusten ja nimikkeistöjen kehittämisen myötä. Ylin vastuu asiakas- ja potilasasiakirjojen tietosisällöstä ja rekisterinpidosta on rekisterinpitäjällä eli organisaatiolla. Jokainen organisaation jäsen toimii osarekisterin vastuuhenkilönä

valvonnassa ja vastaa käyttämänsä rekisterin osa-alueen osalta tarpeellisuus- ja virheettömyysvaatimuksien toteutumisesta. (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 21-22.)

Potilasrekisteriin saa kirjata potilaan hoidon järjestämisessä, toteutuksessa ja seurannassa välttämättömiä tietoja. Keskeinen osa henkilötietolain säännöksiä käsittelee tietojen paikkansapitävyyden varmistamista. (STM 2001a, 11, HetiL 523/1999.) Asiakkaan palveluketjua koskevat tiedot voivat koostua ensisijaisesti vain sellaisista tiedoista, joiden kokoamiseen, hallintaan, ohjaukseen ja seurantaan asiakas on antanut luvan (Stakes 1999, 19).

Palvelutoiminnan prosessissa syntyvät asiakirjat on ryhmitelty mielekkäiksi kokonaisuuksiksi alkaen palvelupyynnöstä (lähete/hakemus/ilmoitus/hakeutuminen) ja päätyen palautteen toimittamiseen väestövastuulliselle ryhmälle (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 41). Suomessa aloitettiin 1990-luvulla potilaskertomusuudistus, jonka tavoitteena oli muun muassa vähentää potilaskertomuksen sivumäärää ja laajuutta. Tavoitteita ei kuitenkaan saavutettu, minkä vuoksi vuonna 2002 aloitettiin uusi asiakas- ja potilasasiakirjaprojekti dokumentoinnin yhdenmukaistamiseksi. Yhdenmukaistamisen tavoitteena on päällekkäisen tiedonkeruun minimointi, tietojen käyttötarkoitusten ja säilytysaikojen määrittäminen, tietojen helpompi kerättävyys ja siirrettävyys sekä tietojen laadukas analysointi ja hyväksikäyttö. Tällöin toimintayksiköiden palvelut pyritään yhdistämään ongelmakohtaisiksi palveluketjuiksi. (STM 2002b.) Elektronisen sairauskertomuksen käyttöönotolla pyritään saavuttamaan tällainen joustava palveluketju (Lauharanta 1997, Ruotsalainen 2000, 18). Asiakaskeskeinen ajattelutapa tukee palveluketjurakennetta ja yhdenmukaisuus on tarpeen verkostoituneessa toiminnassa (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 22).

2.2.3 Elektronisen potilaskertomuksen käyttö dokumentoinnissa

Ensimmäiset ajatukset tietokoneen hyväksikäytöstä terveydenhuollossa herätettiin maailmalla 1950-luvulla ja Suomessakin jo 1960-luvulla. Ensimmäinen tietokoneella ylläpidettävä sairauskertomus otettiin kokeilukäyttöön Varkauden terveyskeskuksessa vuonna 1980. (Saarelma 1992, 27-33.) Vuonna 1998 ei yhdessäkään yliopistosairaalassa ollut toimivaa, kokonaisvaltaista elektronista sairauskertomusjärjestelmää. Hankkeita sellaisen kehittämiseksi oli muun muassa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Pohjois-Karjalassa. Pääkaupunkiseudulla Peijaksen sairaalan ja alueen terveyskeskusten yhteistyönä syntyi

sähköinen lähete- ja hoitopalautejärjestelmä. EU:n rahoittamassa elektronisen sairauskertomuksen STAR -kehittämisprojektissa oli mukana useita suomalaisia terveydenhuollon organisaatioita. (Alanko ym. 1998.) Satakunnan Makropilotissa tutkittiin sähköisten järjestelmien käyttöä terveydenhuollossa (Liikanen 2002). Kansallinen Elektronisen terveys- ja sairauskertomuksen tietomäärittelyprojekti perustettiin luomaan synergiaa tällaisten hankkeiden välille ja kartoittamaan terveydenhuollossa käytettyjä tietojärjestelmiä (Hartikainen ym. 2000). Vuonna 1999 kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta käytti työssään tietotekniikkaa (Suomi ym. 2004).

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä 11.04.2002 todetaan, että valtakunnallinen sähköinen sairauskertomus otetaan käyttöön tulevaisuudessa. Tätä päämäärää varten sosiaali- ja terveysministeriö aloitti vuonna 2002 hankkeen, joka saatetaan valmiiksi vuoden 2007 loppuun mennessä. Hankkeen tavoitteena on varmistaa potilaskertomuksen ydintietojen yhtenäinen rakenne ja koodaustapa määrittelemällä ydintiedot ja tarjoamalla valtakunnallisina palveluina käyttöön tarvittavat koodistot ja standardit. Lisäksi pyritään varmistamaan potilastietojärjestelmien ja niiden välisen tiedonsiirron tietoturvallinen toteutustapa ja mahdollistamaan saumaton tiedonsiirto valtakunnallisesti sovittujen rajapintojen avulla. Hanke sisältää myös fysioterapian ja kuntoutuksen osa-alueet. (STM 2002b.)

Fysioterapian elektronisesta dokumentoinnista virisi jo 1990-luvulla keskustelua, mutta vasta 2000-luvulle tultaessa sen mahdollisuuksiin on paneuduttu vakavasti. Turun kaupungin kuntoutuksen yhteistyöprojektin raportissa (Virtanen 1990, 58) automaattinen tietojenkäsittely mainitaan mahdollisena dokumentoinnin välineenä, mutta asiaan ei paneuduta mainintaa syvemmin. Suomen fysioterapeuttiliiton kirjaamissuositusta esitelleessä artikkelissa (Holma & Noronen 1993) käydään pienimuotoista keskustelua automaattisen tietojenkäsittelyn mahdollisuuksista ja rajoituksista, mutta puuttuva tutkittu tieto ja näin ollen tarkka näkemys automaattisen tietojenkäsittelyn merkityksestä dokumentoinnissa estää kirjoittajien mukaan tutkittuun tietoon perustuvan pohdinnan. Vuonna 2001 julkaistussa artikkelissa (Holma 2001) sähköinen dokumentointi ja sitä tukeva fysioterapian nimikkeistöstandardi ovat näkyvästi esillä. Fysioterapianimikkeistön (2000) tarkoituksena on yhtenäistää fysioterapian termien käyttöä ja toimia apuvälineenä kirjaamisessa. Tietokonepohjaisen järjestelmän käyttö antaa mahdollisuuden reaaliaikaiseen tilastointiin. Nimikkeistön koodeja voidaan tällöin käyttää sellaisenaan fysioterapiatoimenpiteiden dokumentointiin. (Holma & Noronen 1993.)

Reposen (2001) mukaan elektronista dokumentointia käytettäessä kulut pienenevät ja henkilökunnan ajankäyttö järkeistyy. Näitä seikkoja Reponen pitää perusteluina dokumentointiin liittyville hallinnollisille muutoksille, jotka mahdollistavat joustavat palveluketjut. Yksi joustavan palveluketjun keskeisistä vaatimuksista on, että kulloinkin tarpeellinen tieto on rajoituksetta ja viiveettä ammattihenkilöstön käytettävissä. Tämä toteutuu tietojärjestelmäarkkitehtuurin rakentamisen ja siihen nojaavien tietojärjestelmien käyttöönoton myötä. (STM 1996a, 16-17.) Muita hyötyjä elektronisen sairauskertomusjärjestelmän käyttöönotosta ovat muun muassa sähköisen arkistoinnin edullisuus verrattuna paperiarkistointiin (Karinen ym. 1997), palvelujen nopeutuminen (Alanko ym. 1998) ja virheiden väheneminen sairaalatyössä (Bates 2000).

Elektronista sairauskertomusta suunniteltaessa ja käytettäessä on otettava huomioon lainsäädännön asettamat rajoitukset (STM 2001a, 10-12), mikä näkyy valtakunnallisessa sähköisen sairauskertomuksen käyttöönotto -hankkeessa tietoturvallisuuden kehittämisen painottamisena (STM 2002b).

Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportissa (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 26) arvioitiin, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutoiminnassa manuaaliset lomakkeet tulevat säilymään osana tietojärjestelmää viidestä syystä. Ensinnäkin asiakkaalle on annettava paperituloste. Toiseksi digitaalisesta asiakirjasta otetaan paperituloste laitekapasiteetin ajoittaisten rajoitusten vuoksi. Kolmanneksi viranomaisten välillä ei aina ole tietoliikenneyhteyttä. Neljäntenä syynä on digitaalisen pitkäaikaissäilytyksen ohjeiden puuttuminen. Viides syy on digitaalisen allekirjoitusmahdollisuuden puuttuminen. Tietotekniikan kehittymisen myötä osa mainituista syistä poistuu.

2.2.4 Dokumentointi yhteistyön välineenä

Vuonna 1990 julkaistussa Turun kaupungin kuntoutuksen yhteistyöprojektin raportissa määriteltiin fysioterapian dokumentointi seuraavasti: *Fysioterapian kirjaaminen on tiedonvaihtoa lääkintävoimistelijan ja lääkärin sekä muun terveydenhuoltohenkilöstön välillä. Lisäksi se palvelee kollegiaalisesti ja on myös dokumentti fysioterapian toteuttajalle itselleen* (Virtanen 1990, 58). Fysioterapian dokumentointi sai näin lähinnä tiedonvälityksellisen merkityksen.

Oulun läänissä toteutetun lääkäreiden ja fysioterapeuttien yhteistyötutkimuksen mukaan 63 % lääkäreistä ei saanut riittävästi tietoa fysioterapiaan lähettämiensä potilaiden hoidon tuloksista. 13 % vastanneista piti tärkeimpänä yhteistyön kehittämistapana fysioterapeutin antaman hoitotulos-palautteen lisäämistä. (Heikkinen ym. 1984.) Kekki ja Heino (1988, 84) totesivat fysioterapian toteutusta tutkiessaan, että yksi fysioterapiaan liittyvistä ongelmista terveyskeskuksissa oli puutteellinen yhteistyö ja kommunikaatio eri henkilöstöryhmien välillä. Talvitie (1991, 68) huomasi työorganisaation yhteistyösuhteita tutkiessaan, että täsmällistä tiedonvälitystä vaikeuttivat muun muassa lääkintävoimistelijoiden epäyhtenäiset ja –täsmälliset kirjaamistavat sekä yhtenäisten työvälineiden puuttuminen. Lemetyinen (1993) kartoitti yhteistyön sujuvuutta keskussairaalan fysioterapiaosaston ja muiden osastojen välillä. Vastaajista 29 % kertoi yhteistyön olevan riittämätöntä. Tutkimuksessa todettiin, että fysioterapeuttien tulee lisätä muun muassa tiedotusta. Myös potilaat toivoivat lääkärin ja fysioterapeutin välisen yhteistyön ja potilasta koskevan tiedonvälityksen paranevan (Oksanen ym. 1996, 34 ja 41).

Kirjallinen hoitosuunnitelma on kaikkien hoitoon osallistuvien yhteinen dokumentti, jonka tavoitteena on yhdenmukaistaa hoitoon osallistuvien käsityksiä asiakkaan hoitomahdollisuuksista ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä sekä –tavoitteista. Fysioterapeutin merkintöjen perusteella pitäisi saada käsitys fysioterapian etenemisen eri vaiheista, asiakkaan tilasta sekä fysioterapian vaikutuksesta. Merkintöjen tulisi myös toimia muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien apuna. Tämän vuoksi olisi dokumentoitava lyhyesti ja selkeästi asiallista kieltä käyttäen ja tuoden esille vain oleellisia tietoja. (Holma 1981.)

Toimiva terveyskeskus -tutkimus- ja kehitysprojektissa tutkittiin työntekijöiden käsityksiä keskinäisestä yhteistyöstään. Fysioterapeutit määriteltiin erityistyöntekijöiden luokkaan. Erityistyöntekijöitä kuvasivat parhaiten tiimiasiantuntijuuden mallit puhuttaessa ammattiryhmien välisestä yhteistyöstä ja yhteisen työstämisen malli puhuttaessa asiakkaan kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Erityistyöntekijöiden käsitykset erosivat perinteisiä yksilöllisen asiantuntijuuden malleja toteuttavista ammattiryhmistä, kuten lääkäreistä ja terveydenhoitajista. Näiden käsityserojen seurauksena tutkimuksen kohteena ollut asiakkaan hoitosuunnitelma ei muodostunut sellaiseksi välineeksi, joka olisi ratkaissut ristiriidan

asiakkaan monenlaisten ongelmien ja asiantuntijoiden eriytyneen työnjaon välillä. (Launis 1994, 250-255.)

Brunham ym. (1992) tutki eri organisaatioissa toimivien fysioterapeuttien keskinäistä tiedottamista. Tiedotustapoina vertailtiin videonauhaa ja kirjallista yhteenvetoa. Videoidun raportin saaneet fysioterapeutit osasivat vastata kysymyksiin paremmin kuin kirjallisen raportin saaneet. Jyväskylässä toteutetussa hoitotyön kokonaiselvityksessä todettiin vanhusten palvelukotien tiedonkulussa olevan heikkoutena tietojärjestelmän käyttäjäoikeuksien puuttuminen perus- ja lähihoitajilta (Leiwo ym. 2003, 51).

2.2.5 Fysioterapian ja muun kuntoutuksen dokumentointi

Tiedon esitystapa asiakasasiakirjoissa muuttuu normien, säädösten, standardien, luokitusten ja nimikkeistöjen kehittämisen myötä. Dokumentointilomake säätelee melko voimakkaasti dokumentointia (Lauri 1980). Tiedon siirrettävyyden ja hyväksikäytön muutokset asettavat kehittämisvaatimuksia myös dokumentoinnin muodolle (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 4).

Fysioterapiassa tuotetut dokumentit ovat osa institutionaalisia käytäntöjä. Viitanen (1997, 138-139) totesi tutkimuksessaan, että fysioterapeuttien ammattikulttuureissa vaikuttavat vahvasti koulutuksessa ja työyhteisöissä saatu ammattiin sosiaalistuminen. Dokumentit heijastavat sekä kuntoutusinstituutioon kätkeytyviä ajattelutapoja että yksittäisen fysioterapeutin ajattelua. Instituution ajattelutavat ilmenevät paikallisina tulkintoina laista, asetuksista ja suosituksista, ja niihin pyritään sosiaalistamaan kaikki yksikön työntekijät. Tutkimuksessa fysioterapeutit pitivät kaikenlaista hallinnollista työtä ja dokumentointia todellista työtä haittaavana toimintana (Viitanen 1997, 75). Mengshoelin (1997) mukaan dokumentointi on suuntaviivojen laatimisesta huolimatta riippuvainen yksittäisen fysioterapeutin ymmärryksestä, tiedostamisen tasosta ja ajankäytön priorisoinnista. Fysioterapeutin ajatteluun vaikuttavat koulutustaustan ja –ajankohdan lisäksi myös tietoisuus erilaisista fysioterapialla jäsentävistä malleista. Mallien siirtäminen käytännön työn dokumentointiin on ollut kehittämis- ja tutkimushankkeiden kohteena useissa maissa (Mengshoel 1997, Ojala 2001, Gustavsen & Mengshoel 2003).

Mengshoelin (1997) kehittämishankkeessa vertailtiin ICIDH-mallin ja Talon mallin yhteyttä reumatologisella osastolla tapahtuvan fysioterapian dokumentointiin ja kehitettiin dokumentoinnin suuntaviivoja. Dokumentoinnin painopiste siirtyi hankkeen myötä sairaushistorian kirjoittamisesta niiden seurausten kuvaamiseksi, joita kuntoutujalle oli muodostunut toiminnallisen rajoituksen tai haitan tasolle sairauden tai vamman myötä. Toisena kehityskohteenä oli potilasta motivoivien, konkreettisten tavoitteiden laatiminen ja dokumentointi. Kolmas uudistus oli tavoitteiden ja toteutuneen fysioterapian yksityiskohtainen evaluointi loppuarvioinnin yhteydessä. Tutkittaessa toimintakykymallin ja dokumentoidun fysioterapian yhteyttä aivohalvauspotilaiden kuntoutuksessa, huomattiin suurimman osan merkinnöistä kuuluvan kehon toimintaa kuvaavaan kategoriaan. Osallistuminen ja toimintaympäristön tekijät –kategorioissa ei ollut lainkaan merkintöjä. (Gustavsen & Mengshoel 2003.)

Dokumentointia voidaan käyttää lähtökohtana fysioterapian kehityskeskusteluissa ja työnohjauksessa sekä eri hoitomuotojen vertailussa työyksikössä (Mengshoel 1996). Dokumentoinnin avulla voidaan vertailla ja kehittää palveluja, työn sisältöä ja ajankäyttöä. Fysioterapian vaikuttavuus todentuu dokumentoimalla tapahtumia ja tuloksia koko fysioterapiajakson ajalta. (Holma 2001.) Kokonaisvaltainen kuva tilanteesta saadaan kirjaamalla myös asiakkaan antama palaute, tavoitteet, toiveet ja arviot. Hyvään dokumentointitapaan kuuluu fysioterapiapalautteen lähettäminen asiakkaan kanssa tehdyn sopimuksen mukaan esimerkiksi palvelun tilaajalle ja maksajalle. Suomen Kuntaliitto ja Suomen fysioterapeuttiliitto ovat laatineet hyvän palautekäytännön periaatteet ja suosituksen fysioterapiapalautteen sisällöstä (Holma 2001, Fysioterapiapalautteen sisältö 2004).

2.2.6 Fysioterapiakertomuksen jäsentyminen

Fysioterapiakertomus (Ks. kappale 2.2.1) ja siihen liittyvät päivittäiset merkinnät ovat dokumentteja siitä, mitä tutkimuksia on tehty, miten henkilöä on neuvottu, hoidettu ja kuntoutettu. Merkinnöistä saadaan selville myös ne, jotka eivät hyödy fysioterapiasta. Merkinnät kertovat oleellista tietoa fysioterapiasta uusia hoito- ja kuntoutuskertoja suunniteltaessa sekä jatkohoidosta ja –kuntoutuksesta päätettäessä. Näin palvelujen kohdentaminen helpottuu ja fysioterapian tarkoituksenmukainen käyttö lisääntyy. Fysioterapian laatua, tuloksellisuutta ja kustannuksia voidaan entistä paremmin seurata ja

arvioida käyttämällä hyödyksi tietokonepohjaista sairauskertomusta ja sen osana olevia fysioterapiassa tuotettuja dokumentteja. (Holma & Noronen 1993.)

Fysioterapeutit tekevät merkintöjä fysioterapiakertomuksen lisäksi myös muihin potilasasiakirjoihin. Turun yliopistollisen keskussairaalan hoitotyön kirjaamisen sisällön ja laadun tutkimuksessa todettiin, että fysioterapeuttien ja muiden ammattiryhmien tekemiä merkintöjä oli 30 %:ssa sairaalan osastojen potilaslomakkeista. Fysioterapeutit dokumentoivat kuntoutuksen edistymisestä. (Lehti ym. 1996, 19-21.) Fysioterapiassa kirjattujen tietojen oikeellisuudesta on vähän tutkittua tietoa. Englannissa toteutettiin yleislääkäreiden anamneesin virheettömyyttä mittaava tutkimus, jossa todettiin kirjaamisessa puutteellisuuksia tai jopa virheellisyyksiä (Mant 1999). Johtopäätöksiä ei voida suoraan yleistää fysioterapian alalle, mutta tutkimuksessa todettu kriittisen suhtautumisen tarve kirjattujen potilastietojen suhteen pätee todennäköisesti myös fysioterapiassa.

Fysioterapeuttinen tutkimus jakautuu kahteen osaan: **esitietoihin** eli anamneesiin ja kliiniseen tutkimukseen. Tieteellisessä tutkimuksessa ollaan yleensä kiinnostuneita jonkin tekijän vaikutuksesta perustilanteeseen. Fysioterapiassa ollaan kiinnostuneita tietyn hoidon vaikutuksesta tiettyyn tavoitteeseen. Fysioterapian dokumentointi täytyy kohdistaa tavoitteensuuntaiseen muuttujaan ja siinä tapahtuviin muutoksiin. Muuttujaa kuvaava mittari on molemmissa valittava huomioiden validiteetti, spesifisyys, reliabiliteetti ja sensitiivisyys. Kliinisessä fysioterapiassa on muistettava kiinnittää huomiota oikeantasoiseen mittaamiseen eli siihen, tarkastellaanko vain esimerkiksi yhtä niveltä, tiettyä suoritusta vai selviytymistä jostain päivittäiseen elämään liittyvästä toiminnosta. (Mengshoel 1996.) Toisaalta fysioterapiassa on huomioitava ihmiselämän kokonaisuus ja sitä kuvaavien laadullisten määrittäjien dokumentointi, jonka voidaan sanoa olevan ilmiöiden tulkintaa (Thornquist 1996).

Fysioterapeuttien rekisteröinti- ja arviointimenetelmät voidaan jakaa lisääntyvän tarkkuusvaatimuksen mukaan seuraaviin kategorioihin: arvio, luokittelu ja mittaus. Usein **tutkimuksessa** käytetään näitä kaikkia tasoja. (Ljunggren 1995.) Fysioterapian tuloksellisuuden arvioinnissa helpoimmin vertailtavia ovat mittauksiin perustuvat tutkimukset. Fysioterapeuttiseen tutkimiseen on valittava tarkoituksenmukaiset menetelmät, eli ne tutkimukset, joilla on merkitystä potilaan ongelmien kannalta (Noronen & Saurén 1988). Monille fysioterapeuteille kirjaaminen on sama kuin mittaustulosten luettelointi tai

kvantifiointi, jolloin kuntoutujan kuntoutusprosessille arvokasta tietoa jää ”äänettömäksi”. Tämä äänetön tieto edustaa usein asiakkaan elämän kokemuksellisia ja laadullisesti mitattavissa olevia ilmiöitä, joille ei voida löytää määrällisiä kuvaamiskeinoja. (Thornquist 1996.)

Mengshoel (1996) on pohtinut fysioterapian kliinisen käytännön dokumentointia suhteessa tieteellisen tutkimuksen dokumentointikäytänteisiin. Hänen mukaansa tietojenkerääminen kuntoutujalta on rinnastettavissa erilaisiin tieteellisiin tutkimusmetodeihin, esimerkiksi haastatteluun, observointiin ja mittaukseen. Näin kerätyn informaation ja muiden käytettävissä olevien tiedonlähteiden, esimerkiksi röntgenlausunnon, perusteella laaditaan tulokset kokoava, selkeäsanainen ja perusteltu **johtopäätös**, josta tieteellisessä tutkimuksessa käytetään nimitystä tutkimuskysymys tai hypoteesi. Fysioterapiatutkimuksessa esille tulevat löydökset voidaan sijoittaa toimintakyymalleihin ja näin helpottaa johtopäätösten tekemistä ja syy-seuraussuhteiden löytämistä kerätystä tutkimusaineistosta (Mengshoel 1997). Fysioterapeutin tulisi pystyä testaamaan johtopäätöksensä luotettaviksi havaituilla testeillä. Johtopäätös koostuu pääongelmien ja toimintakyvyn tason määrittelyistä sekä mahdollisten syy-seuraussuhteiden osoittamisesta. (Mengshoel 1996.) Thornquist (1996) kyseenalaistaa Mengshoelin malleihin ja syy-seuraussuhteisiin perustuvan dokumentointikäytännön ja kysyy, mihin unohtuvat yksilön subjektiiviset kokemukset ja niiden merkitys.

Fysioterapian **tavoitteet** tulisi määrittää johtopäätöksien, potilaan kanssa käydyn keskustelun ja kuntoutustyöryhmän päätösten perusteella (Mengshoel 1997). Fysioterapiassa on 80-luvun alusta saakka puhuttu potilaan toiminnallisten tavoitteiden merkityksestä. Mitattavat tavoitteet tulisi johtaa toiminnallisista rajoituksista ja vammoista niin, että tavoitteiden merkityksellisyys asiakkaalle säilyy. Toiminnalliset tavoitteet määritellään yksilöllisiksi ja tarkoituksenmukaisiksi toiminnoiksi, joiden suorittaminen on estynyt vamman, sairauden tai muun häiriötilan vuoksi, mutta jotka voivat palautua fysioterapian seurauksena. Toiminnallisten tavoitteiden määrittämisen avuksi on olemassa useita malleja, muun muassa ICDH ja Nagin malli. (Randall & McEwen 2000.) Uusin apuväline on ICF-luokitus (Ojala 2001). Sillä, kuten kaikilla muillakin malleilla, on omat rajoituksensa ja mahdollisuutensa (Nordenfelt 2003, Ueda & Okawa 2003).

Tavoitteiden tulisi olla saavutettavissa olevia, tarkoituksenmukaisia ja haastavia. Niitä tulisi pystyä mittaamaan objektiivisesti tai ainakin vertaamaan lähtötilanteen kuvaukseen.

(Mengshoel 1996.) Jotta potilaan tavoitteet olisivat mitattavissa, kirjaamisessa tulisi esiintyä seuraavat komponentit: kuka haluaa tehdä, mitä, missä ympäristössä, millä tavalla ja milloin halutaan tehdä. Nämä tavoitteet tulisi kirjata niin, että tavoitteidensuuntainen hoito- ja terapiatyö jatkuisi, vaikka kuntouttava yksikkö tai terapeutti vaihtuisikin. (Randall & McEwen 2000.)

Ihminen tulisi kohdata kokonaisuutena, jolloin myös fysioterapian tavoitteissa tulisi ottaa huomioon niin itsehoito, työ kuin vapaa-aikakin. Tällä tavoin voitaisiin esimerkiksi motoristen taitojen opettelu laajentaa niihin konteksteihin, jotka ovat asiakkaalle tärkeitä. Tämä vaatii kuitenkin tietoisuutta niin asiakkaan tavoitteista kuin myös tulevan toimintaympäristön vaatimuksista. Asiakaskeskeisiä tavoitteita laadittaessa fysioterapeutin olisi oltava oman alansa asiantuntija, mutta vältettävä määrittelemästä vain omien arvioidensa perusteella, mitä asiakkaan tulisi tavoitella. (Randall & McEwen 2000.) Useiden tutkimusten mukaan kuntoutujan subjektiivisten arvioiden painoarvo on merkittävästi suurempi kuin objektiivisten arvioiden, ja se ennustaa näin myös kuntoutuksen onnistumista. Subjektiivisten tavoitteiden liittäminen suunnitelmaan lisää toteutettavuutta ja luotettavuutta. (Riikonen 1992, 158, Eklund ym. 1994.)

Fysioterapiasuunnitelmasta tulee käydä ilmi, onko fysioterapia suunniteltu henkilökohtaisesti kuntoutujalle, vai onko lähtökohtana esimerkiksi tietylle potilasryhmälle tarkoitettu fysioterapiapalveluiden kokonaisuus (Holma 1996). Konkreettiset, potilaskeskeisesti muotoillut tavoitteet auttavat laatimaan fysioterapiasuunnitelmia, joilla on hyvät mahdollisuudet toteutua ja jotka motivoivat kuntoutujaa (Randall & McEwen 2000). Dekkerin (1993) mukaan fysioterapeuttien valitsemat terapiamuodot ovat yhteydessä heidän dokumentoimiinsa tavoitteisiin. Erityisen hyvin tämä toteutuu vauriotasoon vaikuttavassa fysioterapian suunnittelussa. Tavoitteiden ollessa tällä tasolla pitää kuntoutujan informointiin kiinnittää erityistä huomiota motivaation säilyttämiseksi (Mengshoel 1997). Fysioterapiasuunnitelman muuttuessa alkuperäisestä on suositeltavaa tehdä merkintä fysioterapiakertomukseen kaikkine perusteluineen (Mengshoel 1997, STM 2001a, 14 ja 16).

Terapiaprosessin toteutuksen kuvaamisella pyritään tuloksellisuuden tarkkailuun sekä hoidon aikana että sen jälkeen. Tällaisen kriittisen oman työn arvioinnin perusteella tehdyt muutokset terapiassa tulevat kirjatuiksi perustellusti. Näin saadaan esille syyntuuttajan eli hoidon ja tulostuuttajan eli fysioterapian vaikutuksen keskinäinen suhde. Päivittäisten

merkintöjen tulisi keskittyä olennaisten tulosmuuttujien kuvailemiseen. Tämä asettaa vaatimuksia käytettyjen mittausten ja arviointien tai kuvailumenetelmien toistettavuudelle sekä niiden tarkalle dokumentoinnille. Dokumentoinnissa on huomioitava myös potilaan subjektiiviset tuntemukset. Fysioterapiakertomukseen on tehtävä merkintä aina, kun asiakkaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Näiden päivittäisten merkintöjen avulla sekä terapeutti että potilas saavat toimintaansa ohjaavaa palautetta. (Mengshoel 1996.)

Fysioterapiasta tulisi tehdä **loppuarviointi**, jossa kuvaillaan kuntoutujan tilanne fysioterapian lopetushetkellä ja arvioidaan fysioterapian vaikuttavuutta pitäen vertailukohtana lähtötilannetta (Mengshoel, 1996). Käytettävissä olevat mittarit ottavat vain harvoissa tapauksissa huomioon kuntoutujan erilaiset lähtökohdat niin selkeästi, että voidaan mitata todellista toiminnallisuutta ja todellisia muutoksia. Mittareiden kuvaama toiminnantaso voi johtaa harhaan testattaessa niitä kuntoutujia, joiden toiminnantaso on ollut korkea ennen sairastumista tai vammautumista. Tämä tulee ottaa huomioon fysioterapiaa dokumentoitaessa. (Ljunggren 1995.) Fysioterapiapalautteessa tai –jatkohoitosuosituksessa tulisi näkyä potilaan tavoitteet niin, että asiakas keskisyys säilyy terapiayksikön tai terapeutin vaihdoksesta huolimatta (Randall & McEwen 2000). Turun yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä fysioterapian palvelututkimuksessa 89 % vastaajista koki saaneensa riittävästi kotihoito-ohjeita ja 13 % ei ollut saanut niitä lainkaan (Oksanen ym. 1996, 30). Annettu neuvonta ja ohjaus dokumentoitiin 40 % tapauksista ja vain 23 %:ssa dokumenteista ilmeni, miten asiakas suhtautui ohjaukseen tai miten hän noudatti sitä (Lehti ym. 1996).

Turun terveydenhuollossa 1989-1990 toteutetussa yhteistyöprojektissa todettiin fysioterapian dokumentoinnin olevan epäyhtenäistä ja kirjavaa sekä otsikoinniltaan että sisällöltään. Diagnoosit oli kirjattu perusterveydenhuollossa yhteen kolmasosaan ja sairaalassa kahteen kolmasosaan läheteistä. Esitiedoissa ei kuvattu lainkaan asiakkaan psyykkistä tai sosiaalista tilannetta kahdessa kolmasosassa perusterveydenhuollon dokumenteista. Fysioterapian tavoitteita oli kirjattu perusterveydenhuollossa kahteen kolmasosaan ja sairaalassa lähes puoleen tutkituista dokumenteista. Keinoja oli kuvattu perusterveydenhuollossa 95 %:ssa ja sairaalassa 84 %:ssa dokumenteista. Hoitokertojen määrä oli dokumentoitu 72 %:iin dokumentteja. Kirjoissaoloaika eli palvelujakson pituus oli perusterveydenhuollossa keskimäärin 57 päivää ja sairaalassa 24 päivää. Yksilöllistä fysioterapiaa oli annettu perusterveydenhuollossa keskimäärin seitsemän kertaa ja sairaalassa keskimäärin kuusi kertaa. (Virtanen 1990, 44-55.)

Fysioterapia-lehdessä julkaistiin vuonna 1993 Suomen fysioterapeuttiliiton kirjaamissuositus. Siinä painotettiin järjestelmällistä otsikointia ja sisällöllisiä seikkoja. Suosituksen mukaan fysioterapiadokumenttien pääotsakkeita ovat esitiedot, nykytila, suunnitelma, toteutus, seuranta, loppuarviointi ja yhteenveto. Suosituksessa todettiin dokumentoinnin olevan hajanaista ja puutteellista. (Holma & Noronen 1993.) Syvällisempää pohdiskelua puutteellisen dokumentoinnin syistä ei kuitenkaan esitetty.

Mengshoelin (1997) kuvaamassa kehitysprojektissa pääotsakkeiksi valittiin esitiedot, kliiniset löydökset, johtopäätös, tavoitteet, keinot ja seuranta, loppuarviointi sekä jatkosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan (2001a, 14) mukaan dokumentoiduista tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot/tutkimustulokset ja ongelmat, diagnoosi, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta sekä loppulausunto.

2.2.7 Yhteenveto

Terveydenhuollon dokumentointiin liittyvää käsitteistöä ja asiakirjoja on pyritty yhdenmukaistamaan valtakunnallisilla hankkeilla. Tavoitteena on siirtyä sähköiseen asiakirjojen laatimiseen tämän vuosikymmenen aikana. Täsmällinen ja ajantasainen dokumentointi helpottaa moniammatillista yhteistyötä ja parantaa tätä kautta potilaan saaman palvelun laatua. Fysioterapian dokumentoinnin epäyhtenäisyyteen on pyritty vaikuttamaan laatimalla fysioterapianimikkeistö ja kirjaamissuositus sekä suositus fysioterapiapalautteeksi. Tutkimuksien mukaan fysioterapian dokumentoinnissa on parantamisen varaa niin otsikoinnissa kuin sisällön jäsentämisessäkin.

2.3 Asiakaskeskeisyys

2.3.1 Asiakaskeskeisyyteen liittyvät käsitteet

Kansainvälisessä keskustelussa on alettu painottaa potilas-termin sijasta käsitettä asiakas. Asiakas-käsitteeseen liittyy näkemys potilaasta itseohjautuvana, aktiivisena ja modernina henkilönä. Palvelumallien organisoinnin lähtökohtana on oletus palvelun käyttäjän aktiivisesta osallistumisesta ja hänen odotuksiansa ja vaatimuksiensa huomioon ottamisesta. (STM 1998, 6.)

Potilas on terveydenhuollon asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. Perusmerkityksessään asiakas-sana tarkoittaa jonkin palvelun todellista käyttäjää. Stakesin määritelmän mukaan asiakas on palvelujen tai tuotteiden vastaanottaja. Asiakas voi olla yksittäinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Asiakkaita voivat olla sekä todelliset että mahdolliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palveluntuottajan asiakaskunnan. (Stakes 1999, 26-27.) Toisaalta palvelujen tuottajan näkökulmasta asiakkaita ovat palvelun maksajat, kuten kunta, kuntayhtymä, valtio, vakuutusyhtiöt ja yksityiset säätiöt (Stakes 1997, 23). Tässä tutkimuksessa asiakas-sanalla tarkoitetaan yksilöasiakasta.

Asiakkuus tai asiakassuhde on terveystalouden käynnistämisen seurauksena syntyvä asiakkaan ja palveluntuottajan tai palvelunantajan välinen vuorovaikutussuhde (Stakes 1999, 27). Asiakkuuden syntyminen sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää sitä, että ehdot palvelujen piiriin ottamisesta täyttyvät (Stakes 1997, 27). Asiakkuuteen ja asiakaskeskeisyyteen liittyviä ehtoja määrittelevät sekä lainsäädäntö että eettiset periaatteet.

Asiakaskeskeisyydellä on useita lähikäsitteitä, jotka tarkoittavat joko täysin tai lähes samaa asiaa, näkökulmasta riippuen. Näitä ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, potilaslähtöisyys tai -keskeisyys ja henkilölähtöisyys tai -keskeisyys. (Mönkkönen 2002.) Kuntoutuksen palvelujärjestelmissä käytetään käsitettä kuntoutujakeskeisyys (Järvikoski 1994, 204). Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä asiakaskeskeisyys (client-centered).

2.3.2 Asiakaskeskeisyyden perustelu terveydenhuollossa

Ihmisoikeudet nähdään synnynäisinä ja loukkaamattomina. Ihmisoikeuksia on selvennetty erilaisissa julistuksissa, esimerkkeinä mainittakoon amerikkalaisten julistus vuodelta 1776, ranskalaisten julistus vuodelta 1789 ja YK:n julistus vuodelta 1948. (Sarvimäki 1996, 59-63.) Euroopan neuvoston laatima Euroopan ihmisoikeussopimus tuli kansainvälisesti voimaan vuonna 1953 ja Suomessa vuonna 1990. (STM 1998, 9, Ilveskivi 1997, 31.) Sanamuodot ja julistuksien sisällöt ovat muuttuneet eri aikakausina, mutta kaikkien nykyaikaisten julistusten keskeisinä oikeuksina ovat oikeudet elämään, vapauteen ja turvallisuuteen. Ajatus ihmisten samanlaisesta arvosta merkitsee kaikkien ihmisten yhtäläisiä ihmisoikeuksia ja oikeutta niiden kunnioittamiseen. Tämä merkitsee samalla oikeutta ihmisarvoiseen olemassaoloon. Toisaalta erilaisilla yhteiskunnallisilla asteikoilla mitattaessa näennäisestä samanarvoisuudesta löytyy myös eriarvoisuutta. Tämä tulee esille esimerkiksi päätettäessä siitä, kuka saa hoitoa silloin, kun varat eivät riitä kaikkien hoitamiseen. Oikeus elämään sisältää sen, mikä on tarpeen elämän ylläpitämiseen: oikeuden ruokaan, juomaan, sairaanhoitoon ja sosiaalihuoltoon. Oikeus henkilökohtaiseen, henkiseen ja poliittiseen vapauteen ymmärretään yksinkertaisimmillaan yksilön oikeudeksi elää haluamallaan tavalla loukkaamatta kuitenkaan toisten yksilöiden oikeuksia. Oikeus turvallisuuteen jaetaan henkilökohtaiseen ja sosiaaliseen turvallisuuteen. (Sarvimäki 1996, 59-63.) Oikeuksien, muun muassa itsemääräämisoikeuden, lisäksi ihmisellä on myös velvollisuuksia, jotka liittyvät muun muassa omasta terveydestä huolehtimiseen (Fagerberg ym. 1984, 67-73).

Itsemääräämisellä tarkoitetaan sitä, että yksilö itse vapaasti päättää itseään koskevista asioista. Laajassa itsemääräämisessä potilaiden oikeudet ilmenevät ilman ehtoja. Jaettu itsemäärääminen toteutuu potilaan jakaessa vapaaehtoisesti itsemääräämiseen sisältyviä oikeuksia joko osittain tai kokonaan henkilökunnan kanssa. Tällöin potilas ja henkilökunta keskustelevat erilaisista asioista, potilaalle tehdään ehdotuksia, häntä tuetaan ja hänen kanssaan toimitaan yhdessä tai hänen puolestaan tehdään asioita. Suppeassa itsemääräämisen tilanteessa potilas kokee hänellä olevan oikeuksia, mutta ei niin laajasti kuin muilla ihmisillä yleensä. Itsemäärääminen puuttuu silloin, kun potilas kokee oikeuksiensa hävinneen tai hänet pakotetaan tekemään jotain vastoin tahtoaan. Itsemäärääminen ei siis tarkoita potilaan jättämistä yksin ongelmiansa kanssa vaan hänen tukemistaan ja ohjaamistaan niin, että itsemäärääminen onnistuu terveydentilasta huolimatta. (Välimäki 1998.)

Itsemääräämisoikeuden yhtenä osa-alueena on autonomia. Autonomialla tarkoitetaan yksilön oikeutta, kykyä ja mahdollisuutta tehdä aitoja valintoja ja päätöksiä, jotka säätelevät hänen toimintaansa. Itsenäinen päätäntävalta ja yksilön reflektiivisyys mahdollistavat autonomian toteutumisen niin, etteivät yksilön halut ja motiivit ole ristiriidassa. Autonomia jakaantuu ajattelun, tahdon ja toiminnan pätevyyteen eli kompetenssiin, joka näkyy käytännössä vapautena. Ajattelun ja tahdon autonomia voivat heiketä esimerkiksi sairauden tai kemiallisten aineiden vaikutuksen vuoksi. Toiminnan autonomisuus eli vapaus näkyy tosiasiallisena mahdollisuutena toimia. Tämä vapaus voi kaventua esimerkiksi aivohalvauksen myötä. (Pahlman 2003b, 172-175.)

Terveydenhuollon etiikan keskeiset periaatteet (Launis & Immaisi 1992, 17-29) ovat yhteydessä lainsäädäntöön. Lainsäädäntö edustaa yleistä yhteisössä tapahtuvaa yhteistoimintaa säätelevää säännöstöä, joilla pyritään käytännönläheiseen lähestymistapaan ja yhteiselämän helpottamiseen (Lindqvist ym. 1978). Potilaan itsemääräämisoikeuden periaate on johdettu terveydenhuollon lainsäädäntöön Suomen perustuslain (L 731/1999) yleisestä perusoikeuksien turvaamisvelvollisuudesta ja hengen ja henkilökohtaisen vapauden suojasta. Perusterveydenhuollon palvelut ovat jokaisen ihmisen oikeus. Suomalainen perusterveydenhuolto korostaa potilaiden tasavertaisuutta ja heidän oikeuksiaan. Kiinnostus potilaan oikeuksia kohtaan lisääntyi Suomessa 1990-luvulla (Kurittu & Leino-Kilpi 1994, Juntunen ym. 1994, Nyrhinen ym. 1996a). Yksi kiinnostuksen lisääntymisen syistä on vuonna 1993 voimaan tullut Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL 785/1992), joka määrittelee oikeuden hyvään hoitoon ja kohteluun, potilaan hoitoon ottamisen ja siihen liittyvät periaatteet.

Lain keskeinen periaate on potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja siihen liittyen oikeus tiedonsaantiin ja tietosuojaan. Potilaan oikeus asianmukaiseen kohteluun sisältää hänen ihmisarvonsa, henkilökohtaisen koskemattomuutensa, vakaumuksensa ja yksityiselämänsä kunnioittamisen. Henkilökohtaista fyysistä tai henkistä koskemattomuutta ei tule rajoittaa enempää kuin tutkimukset ja hoitotoimenpiteet välttämättömästi vaativat. Asianmukaiseen kohteluun kuuluu potilaan äidinkielen ja hänen edustamansa kulttuurin huomioiminen hoitotilanteissa. Näin asiakas saa mahdollisuuden osallistua omaan hoitoonsa, minkä oletetaan parantavan hoidon laatua. Osallistuminen on asiakkaan oikeus, joka perustuu ihmiselle kuuluviin inhimillisiin perusoikeuksiin. (Partanen 1994, 17-20, Pahlman 2003b.)

Potilaan oikeuksien toteutumisen kannalta olennaisen tärkeää on henkilöstön ammattietiikka (STM 1998, 10). Eri ammattiryhmien eettisillä ohjeilla pyritään säilyttämään korkea eettinen tapa tehdä työtä ja toimia ihmisten parhaaksi sellaisissa tilanteissa, joita kansallinen lainsäädäntö ei määrittele riittävän tarkasti. Ammattieettiset ohjeet täsmentävät, mihin ammattikuntien edustajilla on oikeus puuttua ja mihin he ovat moraalisesti oman vastuualueensa sisällä velvollisia sitoutumaan (Launis & Immaisi 1992, 31). Fysioterapeutin eettiset ohjeet (Suomen Fysioterapeuttiliitto 2000, 29) korostavat potilaan itsemääräämisoikeutta: *Fysioterapeutti kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja antaa hänelle hänen terveydentilaansa ja terapiavaihtoehtoihin liittyvät tarpeelliset tiedot.* Kuntoutujan parhaan edistämisen, kuntoutujan ihmisarvon ja yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä vaitiolovelvollisuudesta kiinnipitäminen ovat keskeisiä eettis-filosofisia periaatteita tarpeellisten tietojen jakamisen velvollisuuden ohella. (Suomen Fysioterapeuttiliitto 2000, 29) Suomessa perustettiin vuonna 1998 terveydenhuollon eettinen toimikunta, jonka tehtävänä on etiikan toteutumisen seuranta ja monimutkaisten moraaliongelmien ratkominen. (Leino-Kilpi ym. 1999, 16).

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 1995, 25) määrittelee asiakaskeskeisyyden käsitteen seuraavasti: *Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että kaikkien asiakkaiden tarpeet on otettava huomioon ja että asiakas on ensi sijassa häntä koskevan tiedon omistaja, joka päättää häntä koskevan tiedon käytöstä.* Kiikkalan (2000, 116) sairaanhoitajiin kohdistuneen tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena sisältää neljä ulottuvuutta. Asiakaslähtöisyys ilmenee toiminnan arvoperustana ja näkemyksenä asiakkaasta, palvelutoiminnan luonteesta ja työntekijästä.

Asiakaskeskeisyys ja sen myötä asiantuntijoiden uudet roolit ovat viime vuosikymmenen aikana nousseet sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöllisiksi kehittämishaasteiksi (Järvikoski 1994, 204-206 ja Sandell & Outinen 1996, 9). Sandell ja Outinen (1996) kirjoittavat: *Ei voi toimia asiakaslähtöisesti, ellei tiedä mitä asiakkaat haluavat ja ajattelevat. Asiakasherkkyys ei ole pelkästään asiakkaan kuulemista, vaan kuuntelemista, ymmärtämistä ja toimimista asiakkailta saadun palautteen mukaisesti.* Professori Mustajoki (2003) on mukana roolien muutoksessa esitellessään Suomen Lääkärilehdessä uudenlaista potilaskeskeistä työskentelymallia, jolla pyritään herättämään potilaan sisäinen motivaatio terveyden edistämiseen.

Asiantuntijalähtöisistä ongelmanmäärittelyistä, arvioinneista ja tavoitteenasetteluista on siirrytty kohti asiakkaiden omien tavoitteiden painottamista (Riikonen 1992, Järvikoski 1994, 204-209, Mönkkönen 2002), vaikka asiantuntijakeskeisyyttäkin esiintyy (Pirainen 1995, 337-338).

Asiakaskeskeinen lähestymistapa lähtee siitä oletuksesta, että jokainen asiakas on ainutlaatuinen yksilö, joka tuntee parhaiten oman elämäntilanteensa ja jolla on oikeus saada tietoja oman päätöksentekonsa tueksi (Law ym. 1995). Dialogin kautta asiakas ja terapeutti määrittelevät yhdessä ongelmat, tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi.

Asiakaskeskeisyyteen liittyviä tulevaisuuden kehittämissuunnitelmia löytyy muun muassa Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 –asiakirjasta (STM 2001b), Terveys 2015 kansanterveys –ohjelmasta (STM 2001c) ja siihen liittyvästä valtioneuvoston periaatepäätöksestä sekä Kansallisen terveysprojektin loppuraportista (STM 2002a) ja siihen liittyvästä valtioneuvoston periaatepäätöksestä. Näissä dokumenteissa asiakaskeskeisyyttä pohditaan suhteessa asiantuntijuuteen ja asiakkuuteen ajankohtaisena juridisena ja eettisenä kysymyksenä. Asiakkaiden tiedon lisääntyessä asiantuntijan työssä painottuvat toimimisen ja valitsemisen taidot sekä vuorovaikutustaidot. Asiakaskeskeisyyteen liittyviä kysymyksiä ovat asiakkaan aito mahdollisuus vaikuttaa ja velvollisuus päättää itseä koskevista asioista terveydenhuollon palvelujärjestelmissä.

2.3.3 Asiakaskeskeisyys päätöksenteon näkökulmasta

Asiakaskeskeisyys on keino (Ala-Kauhaluoma 2000) tai periaate (Kiikkala 2000, 112), jolla pyritään asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteiden asettelussa asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Terveystieteiden henkilöstö antaa oman asiantuntijuutensa määriteltäessä keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Jos asiakaskeskeisyys muuttuu palvelutoiminnan tavoitteeksi, ollaan liukumassa asiakasjohtoisuuteen, mikä on aivan eri asia kuin asiakaskeskeisyys. Sen sijaan asiakaskeskeisyys ja asiakastyytyväisyys ovat saman asian kaksi eri näkökulmaa. Molemmat liittyvät yhtenä osatekijänä palvelujen laatuun. (Ala-Kauhaluoma 2000.)

Terveydenhuollossa asiakkaan autonomian toteutuminen käytännössä merkitsee henkilökunnan halua kunnioittaa asiakkaan oikeutta tehdä itseään koskevia päätöksiä siinäkin tapauksessa, että ne perustuisivat henkilökunnan mielipiteistä eriäviin perusteluihin (Purtilo & Meier 1993, Aiken & Catalano 1994). Tällöin toteutuu asiakaskeskeisyyden perusajatuksena oleva tavoite siitä, että palvelun keskipisteessä on asiakas. Tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon henkilökunta on aidosti kiinnostunut asiakkaan todellisista elämänyhteyksistä ja hänen itsensä asioille antamista merkityksistä. Deanin (1986) ja Elon ym. (1989) tutkimuksien mukaan asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten käsitykset sairaudesta ja terveydestä eivät aina vastaa toisiaan. Tämä merkityksien ja käsitysten erilaisuus on haaste asiakaskeskeisyyden toteutumiselle.

Päätöksentekoon vaikuttavat monet terveydenhuollon etiikan periaatteet (Launis & Immaisi 1992, 20-23 ja 30-45). Itsemäärääminen ja autonomia ovat perusteita asiakkaan itsenäiselle päätöksenteolle. Siihen sisältyy oman elämän suunnittelua ja valintojen tekemistä asiakkaan oman toimintakyvyn mahdollistamissa rajoissa. (Stakes 2002, 36.) Tällaisessa potilaslähtöisessä päätöksenteossa potilaalla on keskeinen rooli päätöksiä tehtäessä. Hoitohenkilökuntalähtöinen päätöksenteko tarkoittaa tilannetta, jossa asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa voidaan keskustella, mutta heidän mielipiteitään ei oteta huomioon päätöksenteossa. Yhteinen päätöksenteko tarkoittaa tilannetta, jossa kaikki asiakkaan hoidossa mukana olevat ammattiryhmät ja asiakas itse ovat mukana päätöksenteossa. (Lehikoinen ym. 2000, 15-16.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuden linjauksissa vuonna 1996 yhtenä kohteena oli potilaiden asema. Linjauksen näkökulma oli juridinen ja se käsitteli potilaiden asemaa lähinnä lainsäädännöllisten oikeuksien kautta. (STM 1996b, 16.) Uusi tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007 jatkoi asian syventämistä palvelun käyttäjän näkökulmasta. Tavoitteeksi asetettiin asiakkaan osallisuuden, vuorovaikutuksen ja kohtelun parantaminen. (STM 2003, 12.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (PotL 785/1992) korostaa potilaan aktiivista osallistumista hoitoonsa ja velvoittaa henkilökuntaa antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Lain mukaan potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (PotL 785/1992) ja hoitotoimenpiteiden tulee perustua hänen suostumukseensa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta (PotL 785/1992), jolloin siitä

on tehtävä merkintä potilasasiakirjoihin (A 99/2001, STM 2001a, 18). Potilas ei voi ilman riittävää tiedonsaantia toimenpiteistä tietää, mihin hän suostuu. Tiedonsaanti voidaan tällöin tulkita eräänlaiseksi hoitosopimukseksi potilaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan välillä. (Laitinen & Åsted-Kurki 1996, Merakou ym. 2001.) Toisaalta Kanervan (1999) tutkimuksen mukaan suomalainen potilas kokee antavansa suostumuksensa hoitoon jo pelkästään tulemalla sairaalaan.

Voidakseen tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaalla on oltava välineet päätöksentekoon tarvittavien tietojen hankkimiseksi. Päätöksenteon perusteena olevan tiedon on oltava ymmärrettävässä muodossa, ja sitä on pystyttävä käsittelemään sekä fyysisesti että teknisesti. (Stakes 2002, 36.) Asiakkaan saama kopio sairauskertomuksensa osasta on yksi tiedonsaannin väline. Kansallinen Elektronisen terveys- ja sairauskertomuksen tietomäärittelyprojektin raportin mukaan toimiva potilaskertomus voi parantaa asiakkaan elämän itsehallintaa, jos potilaskertomukseen kirjataan sellaisia tietoja, jotka auttavat asiakasta tekemään itsenäisiä ratkaisuja ongelmien tai sairauden hoitamiseksi (Hartikainen ym. 2000). Oikeudesta nähdä itseä koskevat terveydenhuollon asiakirjat säädetään henkilörekisteriasetuksessa (A 476/1987). Julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä potilaalla voi asianomaisen ominaisuudessa olla oikeus saada tietoja myös julkisuuslain mukaan (L 621/1999). Toisaalta tiedonsaantioikeuteen liittyy asiakkaan oikeus olla haluamatta tietoa (PotL 785/1992). Tällä turvataan itsemääräämisoikeuden toteutuminen siinä tapauksessa, ettei asiakas halua päättää asioistaan.

2.3.4 Asiakaskeskeisyyden toteutuminen

Uudet kuntoutuslait (L 604/1991, L 610/1991 ja L 611/1991) ja 20 vanhan lain muutosta hyväksyttiin vuonna 1991. Samalla hyväksyttiin myös seitsemän kuntoutukseen liittyvää asetusta. Uudistuksessa korostettiin erityisesti kuntoutujan motivaation ja oman panoksen merkitystä kuntoutuksen onnistumiselle. (Sosiaali- ja terveyshallitus 1992, 1, 22-25 ja 59-60.)

Lakien vaikutuksia kuntoutujien näkemyksiin ja kokemuksiin tutkittiin vuonna 1993. Kansaneläkelaitoksen tutkimuksessa todettiin, ettei asiakkaan osallistuminen kuntoutusasiansa käsittelyyn ollut toteutunut toivotulla tavalla (Lind & Raitasalo 1993, 29).

Kuntoutussäätiön tutkimuksessa ilmeni, ettei lainsäädäntö tue asiakkaan aktiivista osallistumista konkreettisin tavoin, vaan asiakaslähtöisyys on riippuvainen vallitsevista asenteista ja tarjolla olevista resursseista. (Puumalainen 1993, 87.) Myös valtioneuvosto on seurannut neljän vuoden välein kuntoutuslakien vaikutuksia ja kehittämistarpeita. Selonteosta käy ilmi, etteivät kuntoutujan asema ja vaikutusmahdollisuudet ole kehittyneet odotetulla tavalla (STM 1994, Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998). Vuonna 1995 tutkittiin potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (PotL 785/1992) toteutumista. Tutkimuksen mukaan lain toteutuminen vaatii terveydenhuollon ammattihenkilöiden asenteiden ja hoitotraditioiden muuttumista. Parannettavaa on etenkin potilaan tiedonsaannissa ja itsemääräämisoikeudessa, jotka ovat lain keskeisimmät periaatteet. (Pahlman ym. 1996.)

Välimäen (1998) tutkimuksessa psykiatriset potilaat kokivat itsemääräämisen oikeudeksi saada tietoa ja osallistua päätöksentekoon sekä tulla kuulluksi. Potilaiden ja hoitajien näkemyksissä oli eroavaisuuksia toteutuneen hoidon arvioinneissa. Potilaat pitivät itsemääräämistä hoitajien oletuksia tärkeämpänä ja kokivat myös tietävänsä sairaudestaan ja hoidostaan enemmän kuin hoitajat olettivat. Hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden itsemääräämistä potilaiden arviota enemmän. Autonomian toteutumisen ehtona on potilaan tietämys itsestään, terveydestään ja hoitoa koskevista asioista, jolloin myös tiedottamiseen tulee panostaa.

Kuritun ja Leino-Kilven (1994) tutkimuksen mukaan keskussairaalassa hoidetuista aikuisista sisätautipotilaista vajaat 40 % ilmoitti omaavansa riittävästi tietoa potilaan oikeuksista sairaalassa. Vuonna 1996 Suomessa tutkittiin potilaan oikeuksien toteutumista lääkäripalveluissa. Potilaan oikeus nähdä itseään koskevat asiakirjat toteutui yksityisellä sektorilla 60 %:ssa tapauksista, sairaalassa ja terveyskeskuksissa 50 %:ssa. (Pekurinen ym. 1997, 22-23.) Tutkimuksen mukaan parhaiten toteutuvat ne oikeudet ja valinnanvapaudet, jotka on suoraan säädetty laissa (Pekurinen ym. 1997, 42).

Sosiaali- ja terveysministeriön teettämässä terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa ilmeni, että kansainvälisen vertailun perusteella asiakkaan asema on Suomessa järjestetty ja turvattu melko hyvin. Asiakkaan oikeuksien toteutumisessa käytännössä on puutteita, ja osallistumista ja vaikuttamiskulttuuri ovat heikkoja. Kehittämissuunnitelman tuloksien mukaan potilaan kohtelua, tiedon saantia ja itsemääräämisoikeutta on edelleen parannettava. (STM 1998, 45.)

Puumalaisen (1993) tutkimuksen mukaan vammaistuen saajien omat toiveet ja näkemykset kuntoutuksesta otettiin huomioon aivan riittävästi tai melko riittävästi runsaalla puolella tutkimukseen vastanneista. Kuntoutustutkimuksessa olleiden omat toiveet ja näkemykset oli otettu erittäin hyvin tai hyvin huomioon 46 %:lla vastanneista (Puumalainen 1993, 32 ja 68). Adamsen ja Tewes (2000) havaitsivat, että vain 31 % asiakkaiden kokemista oireista oli kirjattu ja kolmannes asiakkaan ongelmista oli täysin tuntemattomia henkilökunnalle. Välimäen ym. (2001) kirurgista hoitotyötä koskevassa tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden ja hoitajien käsitykset hoitoon kohdistuvista odotuksista ja toteutuneesta hoidosta eroavat toisistaan. Samanlaiseen tulokseen päätyivät Potter ym. (2003) tutkiessaan australialaisia fysioterapeutteja. Tämän vuoksi he suosittelevat asiakaskeskeisen työtavan käyttöönottoa fysioterapiassa.

Suomessa on tutkittu asiakkaiden tiedonsaannin oikeuden toteutumista monissa eri hoitotieteen tutkimuksissa (Nyrhinen ym. 1996b, Sainio & Lauri 1996, Pekurinen ym. 1997, Hankela 1999), mutta asiakaskeskeisestä päätöksenteosta on vähän tutkimuksia. Suomisen (1994) tutkimuksessa suomalaiset rintasyöpäpotilaat eivät oman kokemuksensa mukaan saaneet riittävästi tietoa sairaalassa olleessaan, eivätkä he kokeneet käytännön tilanteissa pystyvänsä vaikuttamaan päätöksentekoon. Esteenä saattavat Suomisen mukaan olla vakiintuneet käytännöt, totut rituaalit ja vanhat rooliodotukset.

Satakunnan keskussairaalassa tutkittiin potilaan ja hoitotyöntekijöiden yhteisen päätöksenteon toteutumista ja sitä, miten taustatekijät vaikuttavat sen toteutumiseen. Perustutkimnon myöhemmin kuin vuonna 1980 suorittaneilla oli positiivisempi asenne potilaan oikeuteen osallistua hoitoonsa ja kyseenalaistaa auktoriteetti kuin tutkintonsa aikaisemmin suorittaneilla. Aikaisemmin valmistuneiden mielestä potilaat osallistuivat useammin päätöksentekoon kuin myöhemmin valmistuneiden mielestä. Oikeus tiedonsaantiin toteutui muita tutkittuja osa-alueita heikommin. (Leino-Kilpi ym. 1993, 66.)

Paytonin (1985) mukaan fysioterapeuttien päätöksentekoa voidaan kuvata hypoteesien testaamisena, ei siis tietynä loogisena, peräkkäisenä mallina, kuten fysioterapian prosessimalleja kehiteltäessä oletettiin. Higginsin (1992) mukaan fysioterapian kliinisestä päätöksentekoprosessista puuttuu asiakkaan huomiointi aktiivisena osallistujana. Samantapaiseen johtopäätökseen on tullut Sandberg (1992). Hänen tutkimuksessaan fysioterapeutit kuuntelivat asiakasta kiinnostuneena, mutta hoitotilanteessa fysioterapeutti ja

asiakas painottivat kuitenkin eri asioita ja asiakkaan aloitteet jäivät huomiotta. On myös huomattu, että fysioterapeutit eivät osaa kuunnella asiakasta hänen omista lähtökohdistaan käsin (Martin 1994, Viitanen 1997, 111, Jørgensen 2000).

Talvitie (1991, 80-84) arvelee, että potilaan toimintakyvyn kehittäminen saattaa jäädä sellaisten ohjeiden varaan, joita ei ole mietitty potilaan elämän todellisuuden kannalta. Hänen mukaansa ihmisen tietoinen, kognitiivinen toiminta on hoitotilanteissa jätetty ilman riittävää huomiota. Østerås ja Haaland (2001) pitävät asiakkaan arkipäivän unohtamista yhtenä suurena syynä kotihoito-ohjeiden noudattamatta jättämiseen. Vuonna 1994 Turun yliopistollisessa keskussairaalassa selvitettiin potilaiden kokemuksia fysioterapiapalvelun rakenne-, toiminta- ja tulostekijöistä. 72 % potilaista koki mielipiteensä huomioidun hyvin hoidon suunnittelussa, 22 %:n mielestä mielipide oli huomioitu keskinkertaisesti ja 6 % koki mielipiteensä huomioidun huonosti. (Oksanen ym. 1996, 29.)

Viitanen (1997, 130-132) totesi tutkimuksessaan, että fysioterapeutit esittelivät puheen tasolla toimintaideologiakseen asiakaskeskeisyyden ja asiakkaan kanssa tasavertaisena toimimisen, mutta toiminnan tasolla näkyi ongelma- ja asiantuntijakeskeisyys sekä asiakkaan asettaminen toiminnan kohteeksi. Etenkin tutkimustilanteissa asiakaskeskeisyys muuttui helposti asiakaskeskeiseksi, jossa asiakas alistettiin asiantuntijan mekaaniseen ja ongelmakeskeiseen käsittelyyn. Työskentelyssä näkyi asiantuntijalähtöinen päätöksentekomalli. Malli kuvaa työn peräkkäisiä vaiheita, jotka ovat ongelman määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tutkimuksessa kritisoitiin fysioterapeuttien asiakaspalvelutaitoja ja heidän pitäytymistään vanhoissa ja totutuissa toimintakäytännöissä. (Viitanen 1997, 98-105 ja 130-141.)

Asiakaskeskeisen toimintatavan haasteita ovat vähäinen tieto asiakaskeskeisistä käytännöistä (Law ym. 1995, Wressle & Samuelsson 2004), haluttomuus antaa asiakkaalle valtaa (Sumsion 1999, 27-37), vastahakoisuus vastuun ottamiseen silloin, kun terapeutilla ja asiakkaalla on erilainen käsitys tavoitteista (Hobson 1996, Wressle & Samuelsson 2004) ja päivittäisten toimintatapojen muuttamishalukkuus (Wressle & Samuelsson 2004).

Päijät-Hämeen keskussairaala osallistui vuosina 1995-1996 sosiaali- ja terveysministeriön hoitotyön kehittämisprojektiin temalla tiedonkulku. Siinä tarkasteltiin vuorovaikutusta ja kirjaamista. Tuotetuissa potilasdokumenteissa tarkasteltiin potilaan näkökulmaa toiveiden, tottumusten, kommenttien, tunteiden ja toimintatapojen kautta. Lisäksi huomioitiin kirjattu

arviointi ja potilaan ja omahoitajan välinen vuorovaikutus. Potilaan näkökulman dokumentoiminen oli erittäin vähäistä sekä projektin alku- että seurantamittauksessa, eikä se parantunut projektin aikanaan lukuun ottamatta tunteiden dokumentointia. (Oksanen 1997, 12-14.)

Mauron (1998) tutkimuksessa kuntoutuskertomukset noudattivat muodoltaan yhteistä kaavaa ja ne oli kirjoitettu kauttaaltaan vajaalauseisella sairaskertomuskielellä passiivimuodossa. Lauseista puuttui aktiivinen tekijä puhuttaessa kuntoutustyöntekijöiden tekemisistä. Kuntoutujaa tarkasteltiin enimmäkseen diagnoosien, oireiden ja niissä tapahtuvien muutosten kautta. Kertomuksissa ei selitetty mittauskäsitteitä. Oireista puhuttiin itsenäisinä, kuntoutujasta itsestään ulkopuolisina olioina. Kuntoutujien elämänpiiri näkyi kertomuksissa niukasti, yleensä vain mainintana ammatista. Kuntoutujien omia mieltyömyksiä ei tuotu julki kuntoutuksen tavoitteita laajemmin. (Mauro 1998, 91-92.)

2.3.5 Yhteenveto

Asiakaskeskeisyys perustuu sekä eettiseen että lainsäädännölliseen itsemääräämisoikeuteen. Terveystieteissä on pyritty siirtymään asiantuntijan laatimista ongelmanmäärittelyistä ja tavoitteenasetteluista kohti asiakkaiden omien tavoitteiden painottamista. Asiakkaiden on oman päätöksentekonsa tueksi saatava riittävästi tietoa niin omasta terveydentilastaan kuin myös terapian erilaisista vaihtoehdoista. Asiakaskeskeisyys on asiakkaan tukemista aktiiviseen osallistumiseen ja päätöksentekoon, jolloin asiakkaan elämäntilanne ja tavoitteet määrittelevät niin terapian tavoitteita kuin keinojakin. Asiakaskeskeinen dokumentointi kuvaa asiakkaan tavoitteita, toiveita, tunteita ja toimintatapoja sekä käsittelee asiakasta aktiivisena subjektina suhteessa hänen elämäänsä liittyviin tarpeisiin ja toimintoihin. Siitä, miten asiakaskeskeisyys toteutuu suomalaisten fysioterapeuttien tuottamissa dokumenteissa, on niukasti tietoa.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää dokumentointimenetelmien käyttöä fysioterapiassa, tarkastella fysioterapeuttien laatimien potilasasiakirjojen dokumentointitapaa ja niiden sisältöjä sekä asiakaskeskeisyyden ilmenemistä.

Tutkimusongelmat

1. Mitä dokumentointimenetelmää fysioterapeutit käyttävät?
2. Miten fysioterapeutit hyödyntävät informaatioteknologiaa dokumentoidessaan asiakkaidensa fysioterapiaa?
3. Miten fysioterapeutit käyttävät otsikoita fysioterapiakertomuksissa?
4. Miten fysioterapeutit jäsentävät fysioterapiakertomuksen sisältöä?
5. Millaisia ilmaisutapoja fysioterapeutit käyttävät fysioterapiadokumenteissa?
6. Miten asiakaskeskeisyys ilmaistaan fysioterapiadokumenteissa?
7. Mihin teemoihin fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisyys liittyy?
8. Millaisina fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisyyden teemat kuvataan?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkin yhteen palvelujaksoon liittyvää fysioterapiatyön dokumentointia. Aineiston keruussa käytettiin kirjallisen aineiston informaalista asetelmaa eli aineiston sisältöä ei etukäteen määritelty tai tutkijan toimesta ohjeistettu (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74).

Aineiston hankinta liittyi Lahdessa toteutettuun fysioterapiatyön ja fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun kehittämisprojektiin (Talvitie ym. 2000b). Projekti toteutettiin kehittävän työntutkimuksen menetelmällä. Tutkimushenkilöiksi valittiin kehittämisprojektiin osallistuvat 25 fysioterapeuttia kuudesta eri työyksiköstä Päijät-Hämeen alueelta. Heistä viisi jäi pois dokumentointitutkimuksesta muun muassa äitiyslomien takia.

Jokainen projektissa mukana oleva fysioterapeutti valitsi palvelujaksolla olevan asiakkaan ja kopioi tämän fysioterapiaan liittyvät dokumentit. Tutkimushenkilöt eivät olleet tietoisia, mihin tutkija kiinnittäisi dokumenteissa huomionsa. Potilaalla tuli mielellään olla vähintään viisi dokumentoitua kontaktia fysioterapeutin kanssa kyseiseen palvelujaksoon liittyen. Tutkija ei rajoittanut fysioterapiadokumenttien pituutta. Palvelujakson piti alkaa ja päättyä vuonna 2003 kevään ja alkukesän aikana. Fysioterapeutti poisti dokumenteista tunnistamisen mahdollistavat henkilötiedot kuten potilaan nimen, syntymäajan, osoitteen ja puhelinnumeron sekä omaisten nimet ja yhteystiedot. Fysioterapeutti laittoi kopion suljettuun kirjekuoreen ja toimitti sen tutkijalle. Kirjekuoressa palautettiin myös fysioterapeutin taustatietoja ja dokumentointikäytäntöjä kartoittava kyselylomake (liite 1).

Maaliskuussa tutkija tiedotti tutkimuksesta projektiin liittyvässä koulutustilaisuudessa ja jakoi kyselylomakkeet ja kirjalliset ohjeet (liite 2) tutkimukseen osallistuville. Kaikille tutkimukseen osallistuville lähetettiin muistutus kesäkuun alussa ja uudelleen elokuun lopussa.

4.2 Tutkimusaineisto

Aineisto koostui fysioterapian palvelujaksoa kuvaavista fysioterapiakertomuksista ja niihin liittyvistä muista fysioterapeuttien tuottamista dokumenteista sekä fysioterapeutille suunnatusta kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeella (liite 1) kartoitettiin fysioterapeuttien taustatietoja (ikä, valmistumisvuosi ja -paikka, jatkokoulutus/muu koulutus, työpaikassa toimiminen, työtehtävässä toimiminen, dokumentointikoulutus) ja dokumentointikäytäntöjä. Dokumentointikäytännöistä haluttiin tietää dokumentointimenetelmä, fysioterapiadokumenttien sisällön ja otsikoinnin määrittämistavat sekä käytössä olevat sähköiset dokumentointiohjelmat. Varsinaisten kysymysten lisäksi tutkimushenkilöillä oli mahdollisuus kommentoida sähköistä ja manuaalista dokumentointia.

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Sisällönanalyysi

Käsittelin fysioterapiadokumentit ja kyselylomakkeen avoimet kysymykset sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysiä kutsutaan joskus dokumenttien analyysimenetelmäksi (Kyngäs 1999). Sisällön erittelystä puhutaan etenkin silloin, kun aineistoa kuvataan kvantitatiivisesti (Berelson 1952, 17-18, Pietilä 1976, 51-55, Eskola & Suoranta 2000, 185 ja Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Sisällön erittely, laadullinen sisällön erittely, sisällönanalyysi ja laadullinen sisällönanalyysi ovat käsitteitä, joita käytetään erilaisissa merkityksissä tutkijan suuntautumisesta riippuen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 107). Tässä tutkimuksessa tarkoitan sisällönanalyysillä pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti, vaikka jatkan analyysiä laskemalla myös ilmiöiden esiintymistaajuuksia.

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti (Pietilä 1976, 52 ja 94). Sisällönanalyysi sopii hyvin strukturoimattoman aineiston käsittelyyn. Siinä pyritään muodostamaan malleja, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa, ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Analyysin lopputuloksia voidaan kutsua kategorioiksi, käsitteiksi, käsitejärjestelmiksi tai -kartoiksi sekä malleiksi. Tällöin kuvataan kokonaisuutta ja sen hierarkioita ja suhteita. (Kyngäs 1999.)

Sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen aineiston laadun ja tutkimustehtävän mukaisesti (Kyngäs 1999, Tuomi & Sarajärvi 2002, 112). Valitsin analyysiyksiköksi lauseen. Tässä raportissa käytän sanaa ilmaisu kuvaamaan yhtä lausetta. Analyysiyksikön valinnan jälkeen luin aineiston useita kertoja. Pietilän (1976, 35-50) mukaan on päätettävä, analysoidaanko vain se, mikä on selkosanaisesti ilmaistu analysoitavassa dokumentissa (manifest content) vai myös piilossa olevat viestit (latent content). Berelson (1952, 19) kritisoi piiloviestien analysointia, koska tutkimustulos on piiloviestejä analysoitaessa riippuvainen dokumentin lukijan tavasta tulkita merkityksiä omasta kokemustustaan lähtien. Näin kirjoittajan asialle mahdollisesti antama merkitys muuttuu lukijan määrittelemäksi merkitykseksi, eikä tutkimustulos ole enää objektiivinen. Tähän Berelsonin kritiikkiin nojaten valitsin analysoitavaksi fysioterapiadokumenttien ilmissisällöt.

Analyysi eteni tutkimusongelmien mukaisesti aineistolähtöisesti tutkittaviin ilmiöihin keskittyen. Koodasin ja pelkistin tutkittavat ilmaisut. Käsittelin yhden tutkimuskysymyksen kerrallaan ja tallensin ilmaukset tekstinkäsittelyohjelmalle. Yhdistin koodatusta aineistosta ryhmiksi ne pelkistetyt ilmaisut, jotka näyttivät kuuluvan yhteen.

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä etsin kuvaavat yleiskäsitteet jokaiselle ryhmälle. Käytin alakategorioita, yläkategorioita ja yhdistäviä kategorioita. Jatkoin abstrahointia niin kauan kuin se oli sisällön kannalta mielekästä. (ks. Dey 1993, 168-191 ja Kyngäs 1999) Abstrahoinnin tarkoituksena oli tutkimusdatan järjestely sellaiseen muotoon, että tehtävät johtopäätökset irtautuivat yksittäisistä lausujista tai tapahtumista niin, että ne oli mahdollista siirtää käsitteelliselle ja teoreettiselle tasolle (ks. Grönfors 1982, 145). Jatkoin analyysiä Kynkään (1999) kuvaamalla tavalla kvantifioimalla eli laskemalla, kuinka monta kertaa tietty kategoria ilmeni aineistossa. Tutkimuksen tuloksina raportoin analyysissä muodostetut kategoriat. Tuloksissa pyrin antamaan esimerkkejä ja elävöittämään tekstiä alkuperäisten ilmauksien esittämisellä (ks. Tuomi & Sarajärvi 2002, 22) sekä avaamaan lukijalle mahdollisuuden omien johtopäätösten tekemiseen.

Käsittelin fysioterapeuttien taustatietoja ja dokumentointikäytäntöjä kartoittavan kyselylomakkeen (liite 1) sisältämät tiedot SPSS-ohjelmalla. Tarvittaessa luokittelin muuttujat. Tuloksissa kuvaan tällä tavoin käsiteltyä aineistoa keskiarvoin, vaihteluvälin pituudella ja prosenttiluvuin.

5.2 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Potilasasiakirjojen käyttö tutkimustyössä perustuu vuonna 1964 Helsingissä pidetyssä Maailman lääkäriiliiton 18. maailmankokouksessa hyväksytyyn Helsingin julistukseen. Julistuksen sanamuotoja on myöhemmin tarkastettu, mutta se toimii edelleen tutkimustyön eettisenä pohjana. Lääkintöhallituksen yleiskirje vuonna 1987 määritteli Helsingin julistukseen perustuen ohjeet asiakirjojen käytöstä. (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 25.) Tutkimuksen toteuttamiseen hankittiin luvat kaikilta tutkimushenkilöiden työorganisaatioilta. Tutkimushenkilöinä olleet fysioterapeutit poistivat sekä oman nimensä että asiakkaidensa ja näiden omaisten henkilötiedot ja muut identifioinnin mahdollistavat tiedot kopioiduista fysioterapiadokumenteista.

6 TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Tutkimushenkilöinä olleita fysioterapeutteja oli 20. Vastausprosentiksi muodostui 65, koska määräaikaan mennessä 13 fysioterapeuttia palautti kyselylomakkeen ja kopion yhden asiakkaansa yhteen palvelujaksoon liittyvistä fysioterapiadokumenteista. Seitsemän tutkimushenkilöä jätti jostain syystä osallistumatta tutkimukseen muistutuksista huolimatta. Tutkimukseen vastanneiden tutkimushenkilöiden keski-ikä oli 44 vuotta. Fysioterapeutiksi valmistumisesta oli keskimäärin 19 vuotta (vaihteluväli 7-28 vuotta). Fysioterapeutit olivat toimineet työpaikassaan keskimäärin 15 vuotta (vaihteluväli 1-27 vuotta) ja nykyisessä työtehtävässään keskimäärin 6 vuotta (vaihteluväli 1-15 vuotta). (taulukko 1)

Taulukko 1 Tutkimushenkilöiden taustatiedot (n=13)

		n	%
Vastaajien ikä	31-40	6	46,2
	41-50	4	30,7
	51-60	3	23,1
Valmistumisesta vuosia	5-15	5	38,5
	15-33	7	53,8
	>33	1	7,7
Muu koulutus	ei muuta formaalia tutkintoa	6	46,2
	elv tai vastaava	7	53,8
Työpaikka	terveyskeskus	4	30,8
	sairaala	1	7,7
	keskussairaala	5	38,5
	yksityinen	1	7,7
	koulun harjoittelupiste	2	15,4
Nykyisessä työpaikassa toimiminen vuosina	<1	1	7,7
	<3	1	7,7
	<10	2	15,4
	>10	9	69,2
Nykyisessä työtehtävässä toimiminen vuosina	<1	3	23,1
	<3	3	23,1
	<5	1	7,7
	<10	2	15,4
	>10	3	23,1
	tieto puuttuu	1	7,7

Tutkimushenkilöistä 38 % toimi keskussairaalassa, 31 % terveyskeskuksissa ja 31 % muissa organisaatioissa, joita olivat yksityinen laitos, kaupunginsairaala ja koulun harjoittelupaikka. Koulun harjoittelupaikan fysioterapeutit ohjasivat opiskelijoiden käytännön harjoitteluun kuuluvaa dokumentointityötä, eivätkä tuottaneet fysioterapiadokumentteja itse. Mukana olleilta opiskelijoilta ei kysytty taustatietoja.

Vastanneista kuusi (46 %) oli saanut kirjaamiskoulutusta. Kolme tutkimushenkilöä mainitsi elektronisen dokumentointikoulutuksen olleen vuonna 2003. Kukaan terveyskeskuksissa tai koulun oppimiskeskuksessa toimivista fysioterapeuteista ei ollut osallistunut dokumentointikoulutukseen.

Fysioterapiadokumenttien kuvailemista palvelujaksoista kaksi liittyi seurantaan, seitsemän polikliiniseen fysioterapiasarjaan, kolme sairaalassa sisällä olevien fysioterapiaan ja yksi kotihoitoon. Palvelujakson keskimääräinen pituus oli 75 päivää. Pisimmässä palvelujakson kuvauksessa fysioterapiakertoja oli 28 ja lyhimmissä kaksi. Yhteen palvelujaksoon liittyi keskimäärin kymmenen fysioterapiakertaa. Tutkimuksessa mukana olleisiin 13 palvelujaksokuvaukseen liittyi yhteensä 134 fysioterapian palvelutapahtumaa. Palvelujaksoista 10 (77 %) oli päättynyt ja kolme (23%) jatkui vielä tutkimushetkellä. Dokumenttien kuvaamien asiakkaiden keskimääräinen ikä oli 45 vuotta. Fysioterapiaan hakeutumisen perusteena olevat ongelmat kuvastivat hyvin fysioterapian toiminta-alueita kuten esimerkiksi TULES, neurologia, reumatologia, ortopedia, onkologia ja urologia. Tyypillisistä suomalaisista sairauksista vain kardiologian alalta ei ollut yhtään fysioterapiadokumenttia.

6.2 Dokumentointimenetelmät

Tässä kappaleessa selvitän, miten fysioterapeutit dokumentoivat. Ensimmäiseksi tarkastelen fysioterapian dokumentointimenetelmiä ja sitten erikseen fysioterapiakertomuksia ja päivittäisiä merkintöjä.

Tutkimukseen osallistuneista fysioterapeuteista neljä (31 %) ilmoitti dokumentoivansa ainoastaan elektronisesti eli vain tietokonetta käyttäen. Yksi (8 %) fysioterapeutti kertoi dokumentoivansa manuaalisesti eli vain käsin kirjoittamalla. Molempia tapoja ilmoitti käyttävänsä kahdeksan (62 %) vastanneista. Yleisimmin käytetyt elektroniset potilastieto-ohjelmat olivat Effica ja Pegasos. Kolmen fysioterapeutin mukaan työpaikalla oli laadittu omia Microsoft Word –perustaisia dokumentointiohjelmia.

Elektronista dokumentointitapaa käyttävistä fysioterapeuteista yksi ei voinut määritellä dokumentin pituutta oman dokumentointitarpeensa mukaan. Kahden elektronista dokumentointia tekevän fysioterapeutin oli noudatettava tietokoneelle ohjelmoitua otsikointia. Manuaalisesti dokumentoivista fysioterapeuteista neljä ilmoitti lomakkeen rajoittavan tehtävien kirjausten pituutta ja seitsemän ilmoitti voivansa itse määritellä dokumentin otsikot.

Yksitoista **fysioterapiakertomusta** (85 %) oli kirjoitettu elektronisesti. Yksi fysioterapiakertomus oli kirjoitettu käsin. Yksi fysioterapeutti ilmoitti dokumentoivansa vain manuaalisesti, ja hänen lähettämänsä fysioterapiakertomus näytti kirjoituskoneella tehdyltä. Neljä fysioterapeuttia ilmoitti sanelevansa fysioterapiakertomuksen, jolloin sihteerin vie tiedot elektroniseen muotoon fysioterapialehdelle. Yksi sanelua käyttävistä fysioterapeuteista ei osannut sanoa, mihin elektroniseen ohjelmaan tiedot viedään. **Päivittäiset merkinnät** oli dokumentoitu elektronisesti kuudessa (46 %) ja manuaalisesti kolmessa (23 %) palvelujaksossa. Päivittäiset merkinnät puuttuivat neljästä (31 %) palvelujaksosta.

Fysioterapiakertomuksiin ei liittynyt kuva-aineistoa (digitaalisia kuvia tai valokuvia, videoita tai muita äänitteitä). Yhdessä kertomuksessa oli mukana kipupiiroksia ja yhdessä graafisia taulukoita. Nämä dokumentit tallennettiin paperimuodossa.

6.3 Otsikkojen ja sisällön jäsentyminen

6.3.1 Fysioterapiakertomuksien otsikot

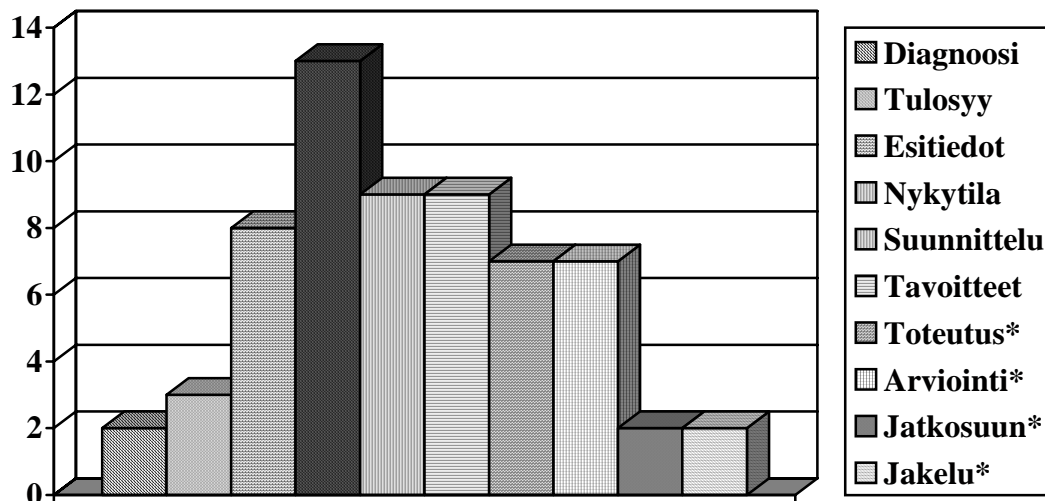
Kaikissa tutkimuksessa mukana olevissa työorganisaatioissa oli määritelty fysioterapiakertomuksen yleiset sisältösuositukset. Määrittelyyn liittyi lähes joka organisaatiossa otsikointi ja niiden asioiden listaus, joiden tulee ilmetä kunkin otsakkeen alla. Kolme fysioterapeuttia mainitsi, että dokumentoinnin pohjana on fysioterapeuttiliiton kirjaamissuositus. Neljän fysioterapeutin mukaan dokumentoinnin sisältömäärittely oli osa fysioterapian laatua parantavaa toimintaa.

Niukimmillaan fysioterapiakertomuksen sisältö oli jäsenetty kolmen otsakkeen alle ja runsaimmillaan 20 pääotsakkeen alle. Eniten otsakkeita sisältänyt fysioterapiakertomus oli kirjoitettu käsin lomakkeelle, jossa otsakkeet olivat valmiina. Keskimäärin fysioterapiakertomuksissa oli 6 otsaketta.

Kokonaisuudessaan otsakkeita käytettiin vähän (kuvio 1) ja niiden käyttö oli epäyhtenäistä. Nykytilaa kuvaava otsake oli kaikissa fysioterapiakertomuksissa. Sitä kuvaavat otsakkeet olivat epäyhtenäisiä: nykytila, status, toimintakyky, fyysinen toimintakyky, liikunnallinen toimintakyky, liikunnallinen tilanne, alkutilanne. Muutenkaan otsikointi ei ollut yhdenmukaista eri organisaatioiden välillä eikä edes kaikkien organisaatioiden sisällä.

Suunnitelmia ja tavoitteita otsikoitiin yhdeksässä fysioterapiakertomuksessa muun muassa sanoilla alkutav, fysioterapian tavoitteet, ft-suunn, kuntoutussuunnitelma, fysioterapian päätavoitteet, fysioterapian osatavoitteet ja hoitosuunnitelma. Yhdessä fysioterapiakertomuksessa oli otsikoitu asiakkaan tavoitteet omalle fysioterapialleen. Kyseessä olevassa fysioterapiakertomuksessa muukin otsikointi välitti asiakaskeskeisen kuvan fysioterapiasta, sillä otsikoinnissa käytettiin muun muassa ilmaisuja *oma arvio selviytymisestäään* ja *asiakkaan lupa yhteydenottoon*. Seitsemässä fysioterapiakertomuksessa otsikointi kertoi fysioterapian toteutuksesta muun muassa sanoilla seuranta, toteutus, välistatus ja tilanearvio sekä arvioinnista otsakkeilla arviointi, lopputila, loppustatus ja loppuarviointi. Jatkosuunnitelmia ja jakelua koskevia otsikoita oli kahdessa tutkituista fysioterapiakertomuksista. Kolme palvelujaksoa oli kesken eli niistä ei löytynyt kaikkia

tietoja fysioterapian toteutuksesta eikä lainkaan tietoja tehdystä loppuarvioinnista, jatkosuunnitelmista tai tietojen jakelusta.



Kuvio 1 Fysioterapiakertomuksissa esiintyneet otsakekategoriat (n=13)

(* kolme palvelujaksoa jatkui tutkimushetkellä)

6.3.2 Sisällön jäsentyminen

Päivittäiset merkinnät lomittuivat fysioterapiakertomuksen sisään loogiseksi kokonaisuudeksi päivämäärineen ja kommentteineen viidessä elektronisesti tallennetussa dokumentissa (lainaus D5). Kuudennessa elektronisesti tuotetussa palvelujaksokuvauksessa päivittäiset merkinnät oli tulostettu omalle erilliselle arkille, josta ilmenivät päivämäärä, lyhyt kuvaus terapiasta ja joinakin päivinä myös terapian arviointi ja asiakaskeskeiset kommentit. Tämä liuska oli otsikoitu nimellä fysioterapian toteutuksen seuranta, eikä siinä ollut sivunumerointia (lainaus D10).

x.1.2003: Oireet edelleen ärhäkät, kävely varovaista ja hieman jännittyneitä. Neuraalikudostestauksessa saadaan oireet hyvin helposti provosoitua niskan kautta alaselkään sekä Slumpissa että Longsitting slumpissa. SLR tällä hetkellä oikealla 55 astetta ja vasemmalla 65 astetta. Tällä hoitokerralla pyydetään myös ylläkäriä katsomaan oikean SI-nivelen mobilisointia, jossa pieni virheasento. Se mobilisoidaan liikkuvaksi tällä hoitokerralla. Mobilisoivana hoitona kokeillaan alarintarangan lateraalista liikettä

hyvin kevyellä greidillä. Rintarankasivutaivutus vasemmalle rajoittunut ja pyritään palauttamaan liikkuvuutta.

x.1.2003: Viikonlopun kokenut kivut hankalammaksi. Tuntuu koko alakroppakipu tällä hetkellä kipu-Borg 10/10. Joutunut käyttämään Tramalia. Kokee, että selkä on ärtynyt. Kivut tällä hetkellä vasemmalla SI-nivelalueella sekä pakarassa ja oikealla enemmän pohkeessa ja jalkaterässä. Lähdetään rauhoittamaan kipua pelkästään traktiolla ilman esihoidoja. Painot 20 kg ja hoitoaika 20 min. Toistetaan taas 3 peräkkäistä vetokertaa rauhoittamaan kipua. Hoidossa edetään oireitten mukaisesti.

x.1.2003 VÄLISTATUS: Selkäkipu edelleen hyvin sensitiivinen. Liikkuvuutta hieman tullut lisää rangan liikkeisiin mutta oireet tulevat voimakkaasti edelleen ja herkistyy kiputunteukset oikeaan alaraajaan. Rintarangan liikkeet sekä kaularangan liikkeet provosoivat myös selän kipuja. Sairauslomaa tällä hetkellä 16.2. saakka. Tällä hetkellä toimintakyky on edelleen rajoittunut; istuminen tunti maksimissansa sekä kävelyn suhteen noin ½-1 tuntia ja paikallaan seisominen ärsyttää heti kipuja voimakkaammaksi. Yöunet olleet välillä katkonaiset selkä kivun vuoksi. Annetaan TNS-laite selän kivun hoitoon. Kerrataan stabiloivat selän harjoitteet ja liikkeissä ohjataan selän käytön oikeaa aikaisuutta. Vetohoidoista ei erityisemmin apua ole ollut. (D5)

x.1.2003 Alkututkimus (haastattelut ja siirtymisten arviointi)

x.1. Lihaskuntotestit (staattinen pito 3kg paino 60sek., dynaaminen nosto 3kg painot 21x/käsi istuen plintin reunalla + venytykset)

x.1. Testauksesta alaselkä kipeytynyt, venytykset erityisesti kierrot ja alaselän hieronta

x.1. Hieronnasta oli apua, LHT-harjoittelua ja istumatasapainoharjoituksia (D10)

Manuaalisesti tuotettujen päivittäisten merkintöjen dokumentointiin oli käytetty erillisiä lomakkeita, joita jokainen fysioterapeutti kutsui eri nimellä vastatessaan tutkimukseen liittyvään kyselylomakkeeseen: *päivittäinen seurantalehti*, *päiväseurantalomake* ja *hoitosuunnitelma*. Kaikkien arkkien yläreunassa oli kuitenkin teksti *hoitosuunnitelma*. Lomakkeet olivat ilmiastultaan hyvin erilaisia jopa saman organisaation sisällä. Fysioterapeuttien kirjoittamat kommentit olivat hyvin lyhyitä, irrallisia ja terapiakeskeisiä. Lomakkeilla oli myös muiden hoitoon osallistuvien merkintöjä. (liite 3)

Neljässä palvelujaksokuvauksessa päivittäiset merkinnät oli korvattu fysioterapiakertomukseen tehdyillä tiivistelmillä. Niistä ensimmäisessä lueteltiin terapiapäivät ja terapiasta oli laadittu yhteenveto, jota ei ollut otsikoitu ja joka samalla toimi loppuarviointina. Toisessa tiivistelmä oli sijoitettu lopputila-otsikon alle ja siinä todettiin terapian sujuneen suunnitelmien mukaan ilman päivämäärien ilmaisua (lainaus D3). Kolmannessa ja neljännessä annettua hoitoa referoitiin lyhyesti toteutus-otsikon alla ilman, että kaikki terapiapäivät kävivät ilmi tekstistä (lainaukset D1 ja D9).

Lopputila: Asiakas on käynyt fysioterapiassa yhteensä viisi kertaa ja fysioterapia on edennyt suunnitelmien mukaisesti. Asiakkaan mielestä kiputila lapojen välissä ja niskassa on helpottanut ja hänen ei ole tarvinnut nyt kipulääkettä käyttää. Nyt vasemman olkanivelen aktiivinen fleksio on 120° ja oikealla 145° . Molempien käsien abduktiot menevät ylös asti, vaikkakin hiukan kiertäen. Asiakas kokee myös, että toiminnallisesti esim. pukeutuminen on helpottanut nyt. Asiakas on saanut harjoitusohjeet kotiin kirjallisena ja yrittänyt niitä suhteellisen säännöllisesti tehdä. (D3)

Toteutus: Asiakas kävi fysioterapiassa 240203-280403 kaksi kertaa viikossa, käyntejä 11. Hartiaseudun rentouttava manuaalinen käsittely 5x. Oikean kyynär- ja olkanivelen avustetut ja passiiviset liikkuvuusharjoitukset ohjeiden mukaan. Myöhemmin aktiiviset harjoitukset vastuskuminauhaa, Pulleyta ja keppiä apuna käyttäen liikkuvuuden ja lihasvoiman lisääntymiseksi. Ohjattu kotiharjoitukset lähinnä lihasvoiman parantumista ajatellen, asiakas jatkaa harjoittelua omatoimisesti kotona fysioterapian päätyttyä. (D1)

Toteutus: Niska-hartiasärkyjen kivun lievitykseen TNS-hoito. Välillä asetellen myös olkakipualueille. Manuaalinen käsittely ja lihasrentoutus. Hoitokerrat x 8 ajalla 3.1.-5.3.03. (D9)

Päivittäisistä merkinnöistä ei käynyt ilmi fysioterapian laitehoitojen hoitoaika, intensiteetti tai tarkka kohdentuminen. Liike- ja liikuntahoidoista epäselväksi jäivät muun muassa vastuksen määrä ja teho.

Fysioterapiakertomuksien sisältö jäsenyi loogisesti 54 %:ssa dokumenteista ja tautofoniaa tai epäloogisuutta esiintyi 46 %:ssa dokumenteista. Lähetä oli mukana kuudessa (46 %) fysioterapiakertomuksessa. Diagnoosi oli ilmaistu kuudessa fysioterapiakertomuksessa joko itsenäisenä ilmauksena tai muuhun tekstiin sisällytettynä. Fysioterapian aloitussyy oli mainittu joko suorana tulossyynä tai vammamekanismin kuvaukseen liittyvänä ilmauksena. Esitiedoiksi ja nykytilan kuvaukseksi luokiteltavia asioita löytyi kaikista palvelujaksojen kuvauksista. Joissakin fysioterapiakertomuksissa nämä kahteen eri kategoriaan liittyvät ilmaisut esiintyivät sekaisin. Osa tiedoista toistui eri kappaleissa ja ilmaisujen eteneminen oli epäloogista. Tautofonia ja asioiden epälooginen esitysjärjestys oli yleisintä silloin, kun otsikointi oli niukkaa.

ESITIEDOT: Asiakkaalla ollut aivohalvaus vuonna 2001, jolloin oikean puolen halvausoireita sekä myöskin ekspressiivinen afasia. Vaikeimpana haittana on jäänyt kyvyttömyys lukea ja myöskin vaikeus tunnistaa numeroita ja kellonaikaa. Myöskään kirjoittaminen ei kunnolla onnistu. Asiakas kuntoutunut niin, että asuu yksin, kodinhoitaja käy 2 kertaa viikossa ja myöskin omaiset avustavat.

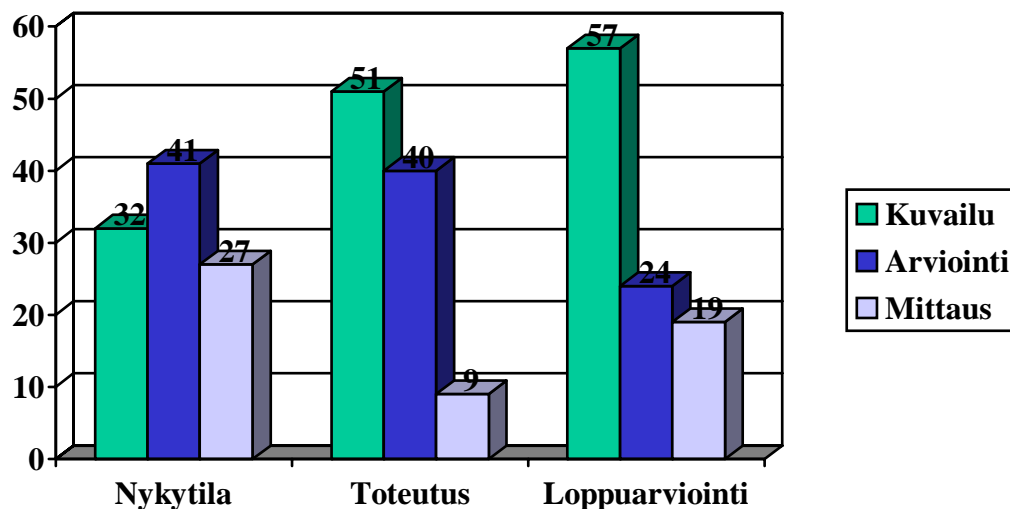
TOIMINTAKYKY: Asiakas asuu siis yksin, on pärjällyt, koska omaiset avustavat tarvittaessa. Asiakas pystyy kyllä yksin käymään mm. kaupassa. Puhe voi mennä hakauksiin, ei saa sanottua kaikkia asioita, mitä haluaisi sanoa. Myöskään lukeminen ei onnistu, asiakkaalla hahmotushäiriöitä. Asiakas kertoo, että esim. ruuasta voi jäädä osa syömättä, koska oikealla puolella on näkökenttäpuutosta. Kirjoittaminen ei aina onnistu, oman nimen pystyy silloin, tällöin kirjoittamaan, mutta ei sitäkään aina. Asiakas liikkuu yksin kaupungilla tutuissa paikoissa mm. käy kaupassa ja jumpassa kerran viikossa. Nimet saattavat olla kateissa, ei muista niitä. Asiakas ei osaa soittaa puhelimella, omaiset ovat hoitaneet asioita hänen puolestaan. Sisaren kanssa mm. sovittu puhelimessa tänne tulosta. 2 kertaa viikossa käy siis kotiapu, joka jakaa lääkkeitä, tekee ruokaa ja imuroi kerran viikossa. Auttaa myöskin jonkin verran kylpypäivinä. Asiakas muistaa ottaa kyllä itse lääkkeitä, ja rutiinit sujuvat, kun yksin touhua kotona niin selviää. Asiakas ei siis itse tee ruokaa, mutta mm. pesee itse pyykin. Sisar sekä veli hoitavat pankkiasiat. Asiakas saa myös siivous- ja silitysapua yksityiseltä, joka käy 1-2 kertaa kuukaudessa. Puhelimella soittaminen ei siis onnistunut, puhelimessa on 8 nappia, joissa kuvat ja nappia painamalla tietää kenelle soittaa. Oma sisko tai veli sitten soittaa taksin. Asiakas kertoo, että oikean käden toiminnassa on hitautta, olkapäässä on myöskin kipua ollut jonkin verran. Asiakkaalla menee aikaa kotona puuhastellessa aika paljon, toiminta on hidasta. Mm. syöminen aamulla on hyvin rauhallista, siihen menee toista tuntia aikaa. (D11)

Johtopäätöksiä esitettiin kuudessa (46 %) fysioterapiakertomuksessa. Neljässä fysioterapiakertomuksessa johtopäätökset liittyivät nykytilaan, yhdessä suunnitelmiin ja yhdessä johtopäätöksiä esitettiin useassa kohdassa dokumenttia. Fysioterapian tavoitteet esitettiin seitsemässä (54 %) ja suunnitelmat yhdeksässä (69 %) fysioterapiakertomuksessa. Psykomotoriset tavoitteet olivat yleisimpiä (93 % tavoitteista). Kognitiivisia tai sosiaalis-affektiivisia tavoitteita esitettiin kahdessa fysioterapiakertomuksessa. Tavoitteet liitettiin asiakkaan yksittäisiin oireisiin tai toimintakyvyn heikkouksiin viidessä ja asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen kahdessa fysioterapiakertomuksessa. Päättyneistä fysioterapian palvelujaksoista kuudessa (60 %) joko fysioterapeutti tai asiakas arvioi päättyneitä fysioterapiaa ja kahdeksassa (80 %) esitettiin jatkosuunnitelmia, joista kolmessa (30 %) fysioterapiakertomuksessa myös ilmaistiin suunnitellut tiedotustoimenpiteet asiakkaan hoitoon osallistuville tahoille. Dokumenteista ei käynyt ilmi, oliko asiakas antanut suostumuksensa tiedon jakeluun.

Nykytilaan, toteutukseen liittyviin päivittäisiin merkintöihin ja loppuarviointiin liittyvä fysioterapeuttisen tutkimisen dokumentointi jakaantui kuvailuun, fysioterapeutin subjektiivisten arviointien kirjaamiseen ja objektiivisten mittaustulosten esittämiseen (kuvio 2). Kuvailukategorian tutkimustulokset liittyivät muun muassa havainnointiin ja palpointiin.

Kuvailevia ilmaisia oli käytetty eniten ja niiden määrä lisääntyi siirryttäessä alkututkimusta kuvaavasta nykytilan dokumentoinnista toteutuksen ja loppuarvioinnin dokumentointiin. Fysioterapeutin tekemät subjektiiviset arvioinnit olivat sanallisesti kuvattuja ja näin ollen vaikeasti vertailtavia tai toistettavia. Suurimassa osassa niiden tilalla olisi voinut käyttää objektiivisiä mittauksia. Objektiiviset tutkimustulokset esitettiin vertailtavissa olevina tuloksina, esimerkiksi tarkkoina lukuina, ja ne liittyivät mittareiden käyttöön ja testistöihin. Dokumentoitujen objektiivisten tutkimustulosten määrä oli pieni verrattuna kuvailuun ja fysioterapeutin subjektiivisiin arviointeihin. Seuraavassa katkelmassa on kaikkia fysioterapeutin tutkimisen dokumentoinnin muotoja.

NYKYTILA: Asiakkaan ryhdissä näkyy selvästi, että hartiat ovat hurjasti eteenpäin työntyneet ja rintaranka on kyfoottinen ja pää roikkuu edessä. Molempien olkaniveliä aktiivinen fleksio on vain 120°, oikealla abduktio on 80° ja vasemmalla 100°. Kaularangan eteentaivutus ja taaksetaivutus ovat liikkeenä suhteellisen normaalit, mutta kierroissa ja varsinkin sivutaivutuksissa on kovasti vajautta. (D3)



Kuvio 2 Fysioterapeutin tutkimukseen liittyvien ilmaisujen esiintyminen (%)

6.4 Asiakaskeskeisyys fysioterapiadokumenteissa

6.4.1 Ilmaisutapa fysioterapiadokumenteissa

Aineistosta nousi esille neljä erilaista tapaa ilmaista fysioterapiaan liittyviä asioita: terapia-, asiakas-, terapeutti- ja organisaatiokeskeinen tapa.

Terapiakeskeinen teksti käsitteli terapeuttisen tutkimuksen tuloksia, metodeja tai yksittäisiä terapiaan liittyviä asioita ilmentäen asiakasta objektina. Näitä ilmaisuja oli eniten ja niitä löytyi jokaisesta palvelujaksokuvauksesta.

Hartiaseutu jäykkä ja k-rangan liikkuvuus rajoittunut. K-rangan flexio 5 astetta, extensio 8 astetta. K-rangan rotaatio vasemmalle 5, oikealle 10 astetta. Lateraaliflexio vasemmalle 5, oikealle 0 astetta. Olkanivelliikkuvuudet: vasen 130/140, oikea 120/160 astetta. Ulkorotaatio vasemmalla 30, oikealla 40 astetta. Kädet lanneselkään selän taakse. Selän eteentaivutuksessa oikealle liukuma reidellä 6cm ja vasemmalla 8 cm. Olkanivelistössä rasitusperäiset säröt pahimmat. (D9)

Terapia- ja asiakaskeskeiset ilmaukset olivat joiltain osin vaikeasti kategorisoitavissa vain toiseen kyseisistä ilmaisutavoista. Ilmaus oli selkeästi **asiakaskeskeinen**, kun tekstin käsittelemä asia liittyi asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen. Asiakkaan tuntemien subjektiivisten oireiden referointi kategorisoitiin asiakaskeskeisyydeksi, vaikka asiakaskeskeisyys on näin tehden hyvin suppeasti ymmärretty. Asiakaskeskeisiä ilmaisuja löytyi kaikista palvelujaksokuvauksista, mutta niitä oli selvästi vähemmän kuin terapiakeskeisiä ilmaisuja.

Asiakas tulee fysioterapiaan oikean ranteen särkyjen ja heikentyneen toimintakyvyn johdosta. Hän kertoo jomotusta ja särkyä olevan päivittäin. Kiristävää tunnetta on pahimmillaan koko kyynärvarren ulnaaripuolella asti ja ajoittain hän joutuu ottamaan kipuihinsa särkylääkettä sekä mobilattia. Lisäksi oikean käden ranteen liikkuvuus ja peukalon extensio ovat rajoittuneet ja liikuttaminen tuntuu jäykältä. Ranteen ja peukalon heikentynyt liikkuvuus vaikuttaa asiakkaan päivittäisiin toimintoihin sekä työ- ja harrastustoimintoihin. Tavarat saattavat pudota kädestä, sauvakävely ei enää onnistu ja mm. kynän käyttö on hankalaa. Trauma on vaikuttanut asiakkaaseen myös henkisesti ja hän kertookin varovansa kättään nyt todella paljon sekä näkee kaatumisestaan välillä painajaisia. (D12)

Terapeuttikeskeinen ilmaisutapa sisälsi ilmaukset, jotka selkeästi asettivat terapeutin subjektiksi. Tällaisia ilmaisuja löytyi kahdeksasta palvelujakson kuvauksesta, mutta niiden

kokonaismäärä oli pieni. Osa ilmauksista oli kirjoitettu passiivimuotoon, mutta niiden viittaamaksi tekijäksi voidaan osoittaa terapeutti. Ilmaukset olivat lyhyitä ja ne liittyivät yleensä fysioterapian toteutusta kuvaavaan dokumentin osaan.

Ohjaan asiakkaalle asentoa parantavia harjoitteita, jotka hän ymmärtää ainoaksi helpottavaksi konstiksi tähän tilanteeseen. Koska kipualue on palpoiden aivan arka, aloitan siihen myös UÄ-syvälämpöhoidon. (D3)

Testasin reisilihasvoiman ja vatsalihasvoiman toistosuoritusteilla, joista tuloksina oli maksimipisteet (50/50). Arvioin tasapainoa Bergin tasapainotestillä, josta tuloksena on täydet pisteet (56/56). (D2)

Organisaatiokeskeisessä ilmaisutavassa korostui organisaation sisäinen viestintä ja suunnittelu, vaikka sisältö koskikin asiakasta. Näitä ilmaisuja löytyi seitsemästä palvelujakson kuvauksesta. Organisaatiokeskeisten ilmauksien määrä dokumenttien pituuteen nähden oli vähäinen ja ne olivat lyhyitä.

Myönnetty fysioterapia 3x viikossa 60 min. elokuun loppuun 2003. (D10)

Laskutus yhdessä kerrasta seuraavan käyntikerran yhteydessä. (D2)

xx:n terveysaseman apuvälineyksiköstä varattu nelipyörä-rolia, jonka kotiväki hakee, viesti jätetty. (D7)

Fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisyys näytti toteutuvan jokseenkin yhtä paljon kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja kaikissa organisaatioissa. Saman organisaation eri fysioterapeuttien välillä oli kuitenkin suuria eroja.

6.4.2 Asiakaskeskeisyys ja sen ilmeneminen fysioterapiadokumenteissa

Asiakaskeskeisyys ilmeni fysioterapiadokumenteissa asiakkaan puheen referointina, kuvailuna ja toteamisena (taulukko 2).

Suurin osa asiakaskeskeisistä ilmauksista oli mielleltävissä asiakkaan puheen referoinniksi. Dokumentit antoivat kuvan asiakkaasta, joka oli kertonut terapeutilleen kokemuksistaan, mielipiteistään, oireistaan ja tunnetiloistaan. Suurin osa referaateiksi lasketuista ilmaisuista oli joko asiakkaan kokemuksia tai arviointeja omasta toimintakyvystä ja oireista (lainaus D12). Oireita referoitiin yleensä käyttämällä ilmaisuja *asiakas kertoo* tai *asiakas kokee*. Dokumentoinnissa näkyi arvolutautuneisuus fysioterapeuttien käyttäessä sellaisia

sanamuotoja, joiden voidaan tulkita pitävän sisällään jonkinlaisen fysioterapeutin odotuksen tai oletuksen toiminnan laadusta (lainaukset D8 ja D13). Asiakkaan suoranaista tahtoa ilmaisevia lauseita oli kahdessa palvelujaksokuvauksessa. Näistä ensimmäisessä oli yksi ilmaus fysioterapiakertomuksessa ja toisessa viisi ilmausta käsin kirjoitetuissa päivittäisissä merkinnöissä ja yksi fysioterapiakertomuksessa. Ilmaisut olivat lyhyitä (lainaus D8). Kaikista dokumenteista löytyi yhteensä vain viisi asiakkaan kognitiivista toimintaa ja 10 tunnetiloja referoivaa ilmaisua. Osa näistä referaateiksi lasketuista ilmaisuista oli esitetty erilaisin kiertoilmauksin (lainaus D9) ja osa lyhyesti ilman tarkempia selityksiä (lainaus D5).

Asiakas kokee rannenivelen liikuttelun olevan nyt paljon helpompaa kuin fysioterapian alussa kipsin poiston jälkeen eikä liikuttelu ole enää niin kankeaa. Asiakkaan mukaan käden hallinta tuntuu nyt paremmalta päivittäisissä toiminnoissa kuin aikaisemmin, mutta hienomotoriikassa on edelleen ongelmia esim. tarttumisessa pieniin esineisiin on hankalaa. Asiakas on huomannut itse, että hän on alkanut käyttää kättään paljon enemmän kuin kipsin poiston jälkeen ja pystyy nyt tekemään sillä enemmän asioita. (D12)

Osa hipaisuvarauksen, mutta väsyessä varaa enemmän. Jaksoi kävellä 2x 5m. Ei lupaa vielä yksin kävellä. Toivoo usein varmistusta kävelyyn. ... Kävelyharjoitukset rollaattorilla, haluaa hoitajan varmistamaan kävelyä. (D8)

Asiakas ei ole ollut liiemmin halukas lähtemään mukaan minkäänlaiseen virkistys- tai kerhotoimintaan. (D13)

Informoitu ---ryhmästä, mutta jää toistaiseksi kuullostelemaan vielä erilaisia liikuntavaihtoehtoja. (D9)

Neljän hoitokerran jälkeen kaikkiaan liike lisääntynyt, mutta asiakas kokee vielä vointinsa toivottomaksi. Asiakas hieman peloissaan käyttämään liikettä hyväkseen. (D5)

Toiseksi eniten esiintyi asiakasta koskevien asioiden kuvailua. Ilmaisuihin oli vaikea hahmottaa, olivatko dokumentoidun tiedon lähteenä asiakkaan puheet vai fysioterapeutin omat havainnot ja arviot. Kuvailut ilmaisut liittyivät oireisiin ja toimintakykyyn ja ne esitettiin joko arvioivasti tai neutraalisti.

... yksin asuva nainen, joka nyt kuntoutumassa, niin että pystyy omatoimisesti liikkumaan vuoteesta ylös istumaan ja seisomaan sekä nelipyörärollattorin tuella lyhyet matkat. Tarvitsee apua ovien avaamisessa ja toistaiseksi vielä tippatelineen kuljettamisessa. ... Kokonaisvoimat varmentumassa ja

halukkuutta kotiutua kun lääkeshoidon saanut ja tarvittavat käynnit poliklinikalla suoritettu. Tarvitsee kotiin kävelyvälineeksi nelipyöräröllatorin. (D7)

Taulukko 2 Asiakaskeskeisyyden ilmeneminen fysioterapiadokumenteissa

Referointina	Kuvailuna	Toteamisena
<p>Arvioivana tai arvolatautuneena <i>asiakas kokee... asiakas ei halua/pysty... asiakkaan mukaan...</i></p> <p>Tahtoa ilmaisevana <i>asiakas haluaa... asiakas toivoo...</i></p> <p>Toimintaa ja oireita ilmaisevana <i>asiakas on aikaisemmin liikkunut... asiakas kertoo kivusta...</i></p> <p>Kognitioita ja emootioita ilmaisevana <i>asiakas miettii... asiakas pelkää/jännittää..</i></p>	<p>Arvioivana kuvailuna <i>niskakipu on pahin oire</i></p> <p>Neutraalina kuvailuna <i>asiakas istuu/nukkuu... kipuja esiintyy...</i></p>	<p>Sopimuksien kirjauksina <i>teemme... sovittiin/sovittu...</i></p> <p>Suorasanaisena asiakkaan puheen lainaamisena <i>Asiakkaan tavoitteet: ...</i></p>
Yht. 64 %	Yht. 30 %	Yht. 6 %

Asiakaskeskeisistä ilmauksista pienimmäksi kategoriaksi muodostuivat toteavat ilmaukset. Toteavat ilmaukset olivat pääasiassa asiakkaan ja terapeutin välisiä sopimuksia tai asiakkaan puheen lainauksia. Suurin osa sopimuksista esitettiin passiivimuodossa. Kaikista kolmestatoista dokumenttikokonaisuudesta löytyi vain yksi selkeästi suora lainaus asiakkaan puheesta. Tämä ilmaus koski asiakkaan tavoitteita. Se oli myös ainoa dokumenteissa esitetyistä tavoitteista, jonka sanamuoto kertoi asiakkaan osallistuneen tavoitteen asetteluun.

Sovittu nyt aluksi niin, että asiakas käy täällä 2-3 kertaa viikossa hoidoissa. (D11)

6.4.3 Asiakaskeskeisyyteen liittyvät teemat

Fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisyys liittyi oireisiin, fyysiseen toimintakykyyn, toimintaympäristöön, kognitiivisiin toimintoihin sekä tunteisiin ja tuntemuksiin (taulukko 3).

Taulukko 3 Asiakaskeskeisyyteen liittyvät pääteemat

Oireet	Kivut Muut oireet	Yht. 29 %
Fyysinen toimintakyky	Päivittäiset toiminnot Yläraajan toiminta Kävely Yöunet Harrastukset Muut	Yht. 28 %
Toimintaympäristö	Terapiatilanne Koti	Yht. 15 %
Kognitiiviset toiminnot	Päätöksenteko Kommunikointi	Yht. 14 %
Tunteet ja tuntemukset	Negatiiviset tuntemukset Positiiviset tuntemukset	Yht. 13 %

Suurin asiakaskeskeinen teema olivat oireet. Asiakaskeskeisistä oireiden kuvauksista valtaosa liittyi kipuun; niiden laatuun, määrään, kohdentumiseen, ajankohtaan ja lääkitykseen. Kipuun liittyviä kuvauksia löytyi kahdeksasta (61 %) palvelujaksokuvauksesta. Yhdessä niistä kipua arvioitiin numeerisesti ja neljässä kuvattiin kivun aiheuttamia vaikutuksia asiakkaan elämään. Kipujen lisäksi muita huomioituja oireita olivat muun muassa liikkuvuus, jäykkyys, huimaus ja erilaiset pehmytkudosreaktiot.

Toisena lähes edellisen suuruisena teemana esiintyivät fyysiseen toimintakykyyn liittyvät asiat. Tämän teeman suurimmiksi yksittäisiksi kategorioiksi nousivat päivittäiset toiminnot, yläraajan toiminta, kävely ja yöunet. Päivittäisiä toimintoja oli dokumentoitu joko eritellen toiminnot nimeltä, kuten esimerkiksi syöminen ja pukeutuminen, tai niistä puhuttiin yleisesti

ilman määrittelyä. Harrastuksiin liittyvät ilmaiset käsittelivät pääasiassa liikuntalajien valintaa ja liikuntavälineiden käyttöä.

Kolmantena asiakaskeskeisyyden teemana olivat toimintaympäristöihin liittyvät asiat. Fysioterapian toimintaympäristöön kohdistuvat asiakaskeskeiset ilmaukset käsittelivät muun muassa asiakkaan mielipiteitä terapiamenetelmistä, edellistä hoitokertaa, ryhmäharjoittelua sekä terapiassa tehtyjä sopimuksia. Kotiympäristöön liittyvät teemat sisälsivät ilmauksia kotiutumisen ja hoito-ohjeiden suorittamisesta kotona.

Neljäs asiakaskeskeisyyden teema oli kognitiiviset toiminnot, jonka suurimmat teemakokonaisuudet olivat päätöksenteko ja kommunikointi. Päätöksentekoon laskettiin kuuluvaksi ilmaiset tavoitteista ja toiveista. Kommunikointi liittyi sekä kirjallisen että suullisen viestinnän vaikeuksiin. Viidennen asiakaskeskeisyyden teeman tuntemukset ja tunteet liittyivät pääsääntöisesti negatiivisiksi tulkittaviin psyykkisen toimintakyvyn ilmauksiin, kuten jännittämiseen, väsymykseen ja pelkoihin. Positiiviset tunteet liittyivät selviytymisentunteen kokemiseen ja sellaisiin saavutettuihin hyötyihin, joita ei kuitenkaan määritelty dokumenteissa tarkemmin.

Asiakaskeskeisyyteen liittyviä yksittäisiä teemoja oli niin paljon, että analysoitavan aineiston koko jäi liian pieneksi luotettavan tuloksen saamiseksi. Tuloksia voidaan kuitenkin pitää suuntaa-antavina.

6.4.4 Asiakaskeskeisten teemojen tarkastelu

Tämä asiakaskeskeisyyden tulososio vastaa kysymykseen, millaisina fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisyyden teemat kuvataan. Lopussa tarkastelen lyhyesti oire- ja toimintakykyteemojen kuvausta.

Suurin asiakaskeskeisyyden kategoria (29 % ilmaisuista) piti sisällään kokemuksia saavutetuista hyödyistä. Saavutettuina hyötyinä kuvattiin oireiden helpottumista, toimintakyvyn parantumista, positiivisia tuntemuksia ja yksittäisen terapiakeinon hyväksi koettuja vaikutuksia.

Tällä hetkellä asiakas voi nukkua yöt ilman kivun vuoksi heräämisiä. Asiakas kovin tyytyväinen tällä hetkellä tilanteeseensa, koska kivut on poissa ja pystynyt työhön palaamaan ja ottamaan takaisin harrastukset mukaan elämään. (D5)

Asiakas koki viime kerran hoidoista olleen apua ja käsi tuntui niiden jälkeen rennommalta. Rannenivelen ja kyynärnivelen liikkuvuudet ovat selvästi parantuneet myös asiakkaan mielestä. (D12)

Toiseksi suurin asiakaskeskeisiä ilmaisuja sisältävä asiakokonaisuus olivat fysioterapeutin dokumentoimat asiakkaan kokemukset heikentyneestä tilanteesta (26 % ilmaisuista). Heikentyneen tilanteen kuvaamiseen käytettiin oireiden pahenemisesta, toimintakyvyn heikkenemisestä ja negatiivisista tuntemuksista kertovia ilmaisuja.

Kokee itse vasemman jalan toiminnan huterammaksi lonkan liikkeiden osuudelta. (D7)

Ajoittain asiakas kokee myös, että käsistä tavarat putoilee. (D5)

Särkyjen takia yöunet voivat olla kolmen tunnin luokkaa kerrallaan ja aamuyöt hankalia. (D9)

Kolmanneksi suurimmassa kategoriassa asiakaskeskeisyys liittyi mielipiteen ilmaisiin (24 % ilmaisuista), joita olivat motivaatio- ja kommunikatiiviset ilmaisut sekä terapian sisällöllisiin toiveisiin liittyvät ilmaisut.

”Ryhmäsijoituksista asiakas olisi lähinnä kiinnostunut tiistain itseharjoitteluryhmästä. (D2)

... ei saa sanottua kaikkia asioita, mitä haluaisi sanoa. (D11)

Hän oli oikein tyytyväinen ensimmäiseen virkistyspäivään ja tulossa mielellään järjestettävään Itsenäisyyspäivän juhlaan. ... Kävimme jumppaliikkeet x:n kanssa läpi ja sen jälkeen menimme ulkoilemaan. X oli sitä mieltä että jumppaliikkeet olisi voinut jättää tekemättä. (D13)

Loput asiakaskeskeiset ilmaukset liittyivät oireiden neutraaliin kuvaukseen (13 % ilmaisuista) ja hallinnollisiin teemoihin (8 % ilmaisuista). Hallinnollisiin teemoihin kuuluivat sopimukselliset ja muun muassa apu- ja liikuntavälineisiin ja lääkkeisiin liittyvät asiat.

Kipupaikaksi hän näyttää aivan niskarangan ja rintarangan aluetta, mutta mitään oiretta käsiin ei tule. (D3)

Sitä ennen teemme vielä lisäksi Ortonin suorituskyky testin. (D2)

Fysioterapiadokumenttien kuvaama asiakaskeskeisyys oli yli puolessa ilmauksista sidottu asiakkaan kokemuksiin kuvaaviin lyhyisiin ilmauksiin. Suurimmat kokemuksiin liittyvät teemat olivat jollain lailla sidoksissa oireisiin tai toimintakykyyn. Kokonaisuutena oireita dokumentoitiin lähes yhtä paljon sekä saavutettuina hyötyinä, heikentyneenä tilanteena että

neutraalisti kuvaten. Toimintakyvystä puhuttiin yhtä paljon sekä saavutettuna hyötynä että heikentyneenä tilanteena. Sekä oireiden että toimintakyvyn kuvaaminen jäi yleensä yksittäisten ilmaisujen varaan, jolloin näiden merkitystä ei avattu asiakkaan käytännön elämän kannalta. Ulkopuolisen tutkijan oli vaikea hahmottaa kokonaiskuvaa asiakkaan tilanteesta tai fysioterapiakeinojen valinnan perusteista.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Fysioterapeutit käyttävät elektronista dokumentointia fysioterapiakertomuksen tietojen kirjaamiseen. Päivittäisiä merkintöjä tehdään sekä manuaalisesti että elektronisesti. Päivittäiset merkinnät jätetään tekemättä noin kolmasosassa palvelujaksoja. Päivittäisiin merkintöihin käytettävät lomakkeet ja kaavakkeet ovat hyvin erilaisia eri organisaatioissa ja jopa saman organisaation eri osastojen välillä. Fysioterapeutit eivät käytä hyödykseen informaatioteknologian suomia digitaalisen kuvan tai digitaalisen videokuvan mahdollisuuksia dokumentoidessaan asiakkaidensa fysioterapiaa.

Fysioterapiadokumenttien otsikointi on vähäistä. Toteutuessaan otsikointi on epäyhtenäistä eri osastojen ja organisaatioiden välillä. Sisällöltään fysioterapian dokumentit ovat kirjavia ja osittain epäloogisia. Niukka otsikointi lisää asioiden toistoa. Fysioterapeuttisen tutkimuksen tuloksia kuvataan enimmäkseen kuvailemalla. Kuvailun osuus lisääntyy siirryttäessä nykytilan dokumentoinnista toteutuksen ja loppuarvioinnin dokumentointiin. Objektivisia mittauksia dokumentoidaan palvelujakson lopussa vähemmän kuin sen alussa. Fysioterapian tavoitteita ja suunnitelmia dokumentoidaan kohtalaisen hyvin. Fysioterapiadokumenttien otsikoinnin yhtenäistämiseen ja sisällön jäsentämisen loogisuuteen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Fysioterapeutit käyttävät pääasiassa terapiakeskeistä dokumentointitapaa. Fysioterapiadokumenttien kuvaama asiakaskeskeisyys on ohutta ja sirpaleista. Suurin osa asiakaskeskeisistä ilmauksista on asiakkaan puheen referointia. Näissä ilmaisuissa käsitellään asiakkaan yksittäisiä oirekeskeisiä kokemuksia saavutetuista hyödyistä tai toimintakyvyn heikkenemisestä. Asiakaskeskeisyys jää yksittäisten oireiden kuvaamisen tasolle. Asiakkaan tavoitteita tai kokonaisvaltaista tilannetta ei kuvata. Asiakkaan elämäntilanteen hahmotus suhteessa fysioterapian tavoitteisiin, toteutukseen ja arviointiin näkyy heikosti tai ei ollenkaan. Fysioterapian dokumentoinnin haasteena näyttää olevan asiakaskeskeisyyden syventäminen ja asiakkaan ongelmien hahmottaminen suhteessa hänen elämäntilanteeseensä.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Aineiston hankinnan luotettavuuteen vaikuttaa tutkimushenkilöiden tietoisuus siitä, mihin tutkija tulee kiinnittämään huomionsa. Tämän tutkimuksen tiedonhankintavaiheessa tutkimushenkilöille ei kerrottu, mitä asioita tutkija analysoi pyydetyistä fysioterapian palvelujaksoa kuvaavista dokumenteista. Kyselylomakkeessa olevat kysymykset tosin ovat voineet suunnata fysioterapeuttien ajattelua fysioterapiakertomusten otsikointiin. Kyselylomakkeesta jätettiin tietoisesti pois kysymys tutkimushenkilön sukupuolesta, koska kehitysprojektiin osallistui vain muutama mies. Näiden tutkimushenkilöiden anonymitteetti olisi ollut vaarassa, jos tutkija olisi kysynyt sukupuolta taustatietokyselyssä. Kyselylomakkeessa olisi pitänyt olla vaihtoehtona myös kirjoituskoneen käyttö elektronisen ja manuaalisen dokumentoinnin lisäksi. Nyt jäi hieman epäselväksi yhden palvelujaksokuvauksen osalta se, oliko dokumentti kirjoitettu tietokoneella vai kirjoituskoneella. Kyselylomakkeessa ei ollut erillistä kysymystä kopioituihin fysioterapiadokumentteihin mahdollisesti liittyvistä kuva-aineistoista. Tämän vuoksi tutkija ei voi olla varma, ovatko kaikki fysioterapeutit muistaneet ohjeen mukaisesti merkitä tiedot näistä mahdollisista kuva-aineistoista dokumenttikopioon.

Sisällönanalyysin luotettavuutta on kritisoitu määrittelemällä sen tulokset tutkijan subjektiivisen näkemyksen tuloksiksi (Andrén 1981, 43-67). Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain ilmisältyjä, jolloin tutkijan vaikutus tuloksiin on pienempi kuin analysoitaessa piilosisältyjä. Aina on olemassa mahdollisuus, että tutkijan teoreettinen ajattelu ja ennakkoluulot vaikuttavat aineiston analyysivaiheessa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Pyrkimykseni oli käsitellä aineistoa antamatta oman esiymmärrykseni vaikuttaa tuloksiin.

Sisällönanalyysin haasteena on pelkistää aineisto ja laatia kuvaavat kategoriat menettämättä aineiston alkuperäisiä ilmiöitä (Andren 1981, 60-63). Kategorioiden muodostamiseen liittyy sekä käsitteellistämisen että empiirisyyden haaste. Muodostetuilla kategorioilla tulee olla yhteys alkuperäiseen aineistoon ja niiden tulee liittyä järkevällä tavalla tutkijan luomaan käsitejärjestelmään. (Dey 1993, 169-191.) Pyrin analysoidessani säilyttämään ilmiöt mahdollisimman hyvin, vaikka vaikeutena oli ilmiöryhmien erottelu niin, ettei päällekkäisyyksiä päässyt syntymään. Joillekin ilmiöille oli vaikea keksiä kuvaavaa

katteoriaa, joka luontuisi käytössä olevaan fysioterapian käsitejärjestelmään. Mitä paremmin tutkija tuntee tutkimuksen kohteiden käyttämän kielen, sitä luotettavampaan ja täsmällisempään tietoon on mahdollista päästä (Grönfors 1982, 177). Tässä tutkimuksessa tutkijan fysioterapiakäytäntöjen tuntemus ja työkokemus auttoi käytetyn kielen ymmärtämisessä.

Sisällön analyysin ongelmana on usein analyysien keskeneräisyys. Aineiston abstrahointi on kesken, jos tuloksena voidaan esittää kategorioita, jotka eivät sulje pois toisiaan. Pyrkimyksenäni oli viedä analyysi niin pitkälle, että yhdistämistä ei voinut enää tehdä. Aineiston saturaatio täyttyi asiakaskeskeisyyden ja sen ilmenemiseen liittyvän tutkimuskysymyksen osalta. Asiakaskeskeisyyteen liittyvien teemojen osalta aineisto olisi saanut olla suurempi. Tulokset olisivat luotettavampia suuremmasta aineistosta analysoituna, koska alakategorioita muodostui paljon ja niiden yhdistelyssä syntyi muutamia hyvin pieniä kategorioita. Näin pienen aineiston pohjalta saatuja tuloksia ei voitane yleistää, vaan on puhuttava tulosten mahdollisesta siirrettävyydestä vastaavanlaisiin fysioterapian toimintaympäristöihin.

8.2 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen keskeisin kysymys oli asiakaskeskeisyys ja sen ilmeneminen fysioterapiadokumenteissa. Asiakaskeskeisyys ilmeni ohuena ja sirpaleisena asiakkaan tilanteen ilmaisemisena. Terapia- ja siihen liittyvä ongelmakeskeisyys olivat yleisin tapa dokumentoida fysioterapiaa. Haasteena oli erottaa asiakas- ja terapiakeskeiset ilmaukset toisistaan. Jakoperusteeksi nousi kirjoitetun tekstin konteksti. Jos teksti käsitteli terapeuttisen tutkimuksen tuloksia, metodeja ja yksittäisiä terapiaan liittyviä asioita tai ilmensi asiakasta objektina, ilmaus oli terapiakeskeinen. Jos tekstin käsittelemä asia liittyi asiakkaan kokonaisvaltaiseen elämäntilanteeseen tai asiakkaan subjektiivisten oireiden referointiin, ilmaus oli asiakaskeskeinen. Perustelen tätä valintaani ensisijaisesti asiakaskeskeisyyden yleisillä määritelmillä ja toissijaisesti aineiston sisällöllä. Jos analyysin perustana olisi ollut laaja asiakaskeskeisyyden ilmeneminen, olisi aineiston sisällöstä saanut vain vähän analysoitavaa asiakaskeskeisyyteen liittyviin tutkimuskysymyksiin. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaan tilannetta kuvataan usein lyhyin, oirekeskeisin ilmauksin (Lehti ym. 1996, Mauro 1998, 91-92). Tämän tutkimuksen tulokset tukevat tätä väitettä.

Fysioterapian dokumentoinnissa tarvitaan sekä asiakas-, terapia- että organisaatiokeskeisiä ilmaisutapoja, mutta näiden määrällistä suhdetta ja asiakaskeskeisen dokumentoinnin syvyyttä on jokaisen fysioterapeutin syytä pohtia. Tasavertainen asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutus lisää asiakkaan elämismailman huomioonottamista (Launis 1994, 115) ja sen tulisi näkyä myös dokumentoinnissa. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat vahvaan terapiakeskeisyyteen.

Tulosten mukaan asiakaskeskeisyys ilmenee asiakkaan puheen referointina, terapeutin havainnoiman asiakkaan toiminnan kuvailuna sekä toteavana sopimuksien tai asiakkaan puheen suorana lainaamisena. Tällä tutkimustekniikalla tehdyssä tutkimuksessa on käytännössä mahdotonta erottaa asiakkaan kertomia tai fysioterapeutin havainnoimia asioita sellaisista asioista, jotka on kopioitu käytettävissä olevista potilaspapereista. Tämän vuoksi asiat on tulkittu asiakkaan kertomiksi tai terapeutin havaitsemiksi, jos tekstistä ei käy muuta ilmi.

Reilusti yli puolet fysioterapiadokumenttien asiakaskeskeisistä ilmauksista oli tulkittavissa asiakkaan kertomien asioiden referoinniksi. Tämän voi tulkita niin, että asiakasta kuunnellaan ja hänen kertomiaan asioita pidetään tärkeänä. Toisaalta esimerkiksi oire- ja toimintakykyä kuvaavien ilmaisujen irrallisuus asiakkaan elämäntilanteesta kertoo siitä, että fysioterapia nähdään asiakkaan elämästä irrallaan olevana asiana. Herääkin kysymys, toimitaanko fysioterapiassa ongelmakeskeisesti tehden temppuja vain fysioterapian itsensä takia, asiakaskeskeisyyden kustannuksella. Joistakin tutkituista dokumenteista sai tähän viittaavan kuvan. Kolmas näkökulma on dokumentoinnissa tehtävä valinta oleellisen ja epäoleellisen eli kerrottavien ja kertomatta jätettävien asioiden välillä. Terapiatilanteessa fysioterapeutti on saattanut selvittää oireiden vaikutuksen asiakkaan osallistumiseen ja elämästä selviytymiseen, mutta jättänyt asian dokumentoimatta. Tällainen ”näkömätön” tieto vaikeuttaa tuloksellisuuden arviointia ja joustavan palveluketjun rakentamista asiakasta hoitavien terveydenhuollon yksiköiden välille. Terveydenhuollon toimijoille suunnitellun ICF-mallin käyttöönotto voi vaikuttaa positiivisesti juuri toimintakyvyn fyysisen osa-alueen dokumentoimisen tasoon tulevaisuudessa. Toisaalta ICF-mallista puuttuu, edeltävien mallien tavoin, selkeä subjektiivista toimintakykyä ja -rajoituksia luokitteleva ulottuvuus (Ueda & Okawa 2003) sekä asiakkaan tahdon vaikutusta kuvaava luokitus (Nordenfelt 2003). Tämän kritiikin valossa asiakaskeskeisen dokumentoinnin yleistymistä fysioterapian

dokumentoinnissa on tuettava koulutuksellisin interventioin myös mahdollisen ICF-mallin käyttöönoton yhteydessä.

Asiakaskeskeisyyteen liittyvä suurin teema oli oireet, joista eniten kirjattiin kipuun liittyviä asioita. Tämä tulos on yhdenmukainen hoitotyön dokumentointia koskevien tutkimustulosten kanssa (Lehti ym. 1996, Adamsen & Tewes 2000). Aikaisempien tutkimuksien mukaan hoitotyössä oli toiseksi eniten kuvattu asiakkaan psyykkistä tilaa (Lehti ym. 1996) tai unta (Adamsen & Tewes 2000), kun sitä vastoin tämän tutkimuksen mukaan fysioterapeutit dokumentoivat toiseksi eniten fyysiseen toimintakykyyn liittyviä asioita. Eron voidaan selittää johtuvan erilaisesta ammattikulttuurista ja erilaisista toiminnan tavoitteista.

Tämän tutkimuksen tulokseksi saatu otsikoinnin epäyhtenäisyys ja sisällön epäloogisuus saa tukea aikaisemmista tutkimuksista (Virtanen 1990). Fysioterapianimikkeistön laatimisella ja fysioterapeuttiliiton kirjaamissuosituksilla näyttää tämän tutkimuksen valossa olleen varsin vähän vaikutusta käytännön työn dokumentointiin.

Fysioterapeuttisen tutkimisen tuloksia kirjattiin yleisimmin käyttämällä kuvailevia ilmaisuja. Fysioterapeutin suorittama subjektiivinen arviointi ja luokittelu sekä objektiivisten mittaustulosten kirjaaminen vähenivät fysioterapian edetessä. Kuvailun määrä sen sijaan kohosi terapiakertojen myötä ja loppuarvioinnissa sen määrä oli jo lähes 60 % tutkimuksien dokumentoinnista. Tutkittavaa muuttujaa kuvaava mittari olisi valittava huomioiden validiteetti, reliabiliteetti, sensitiivisyys ja spesifisyys (Mengshoel 1996). Tällöin objektiivisten mittausten määrän ei ainakaan pitäisi vähetä verrattaessa loppuarviointia alkumittaukseen, kuten tämän tutkimuksen tulosten perusteella käytännössä tapahtuu. Fysioterapian vaikuttavuuden arviointi saa tutkimustuloksen valossa hieman epäluotettavan leiman. Dokumenttien avulla tulisi pystyä seuraamaan fysioterapian etenemistä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin (Mengshoel 1996), mikä näyttää tutkittujen fysioterapiadokumenttien perusteella jäävän varsin vähäiseksi käytännön fysioterapiatyössä.

Tutkituissa dokumenteissa tavoitteet oli määritelty terapiakeskeisesti eikä asiakkaan ”ääni” kuulunut juuri lainkaan. Dokumentoinnin tulee perustua sille, mikä on olennaista potilaan elämismaailman ja siihen liittyvän fysioterapian kannalta. Dokumentoinnin lähtökohtana pitäisi olla asiakkaan kanssa yhdessä määritellyt asiakkaan tarpeet ja tavoitteet. Ne tulisi nähdä suhteessa asiakkaan elämänkontekstiin eikä vain suhteessa yksittäisiin oireisiin.

(Mengshoel 1996.) Dokumenteissa tulisi kuvata oireiden lisäksi myös toiminnan, osallistumisen ja subjektiivisen kokemuksen ulottuvuudet, mikä tutkituissa dokumenteissa toteutui joko hyvin niukasti tai ei lainkaan.

Dokumenteista pitäisi ilmetä, miten potilasta on hoidettu ja mitkä ovat olleet hoidon tulokset henkilökunnan, asiakkaan ja mahdollisesti myös omaisten arvioimana (Ljunggren 1995). Jatkohoidon järjestäminen tulisi kirjata selkeästi. Vasta toissijaisesti tulisi ottaa huomioon muut näkökohdat, muun muassa tilastointi ja hallinnollinen suunnittelu. Elektronisissa potilastieto-ohjelmissa, joita lähes kaikki tämän tutkimuksen fysioterapeutit käyttivät, tilastot syntyvät yleensä automaattisesti dokumentoinnin yhteydessä. Tutkituissa dokumenteissa päivittäisten merkintöjen puuttumisen tai puutteellisuuden vuoksi fysioterapian toteutuksesta ei dokumentoinnin perusteella saanut selkeää kuvaa. Kysymykset siitä, mitä tehtiin, millä teholla, intensiteetillä, vastuksella ja miten kauan jäivät vaille vastausta. Dokumentoitavan tiedon tulisi ensisijaisesti palvella asiakasta ja hänen fysioterapian palveluprosessinsa joustavaa etenemistä ja sen jatkuvuuden turvaamista (Randall & McEwen 2000). Tutkittujen dokumenttien sisältämät tiedot eivät täysin vastaa tähän haasteeseen.

Tulosten valossa voidaan sanoa, että dokumentointikoulutusta tulisi järjestää aikaisempaa enemmän. Dokumentoinnin tavoitteiden tiedostamisella ja dokumenttien otsikoinnin ja sisällön jäsentämisellä sekä dokumentointijärjestelmän hallitsemisella on varsin suuri merkitys toteutetun fysioterapian dokumentointiin. Tulevaisuuden haasteita ovat kaikkien käytössä olevien manuaalisten lomake- ja kaavakepohjien yhtenäistäminen ja vieminen sähköiseen muotoon ja päivittäisten merkintöjen tekeminen lainsäädännön mukaisesti jokaisesta palvelutapahtumasta. Lähes kaikki tutkimushenkilöt käyttivät jotakin elektronista potilastieto-ohjelmaa, joten fysioterapiakertomusten jäsentämiseen, loogisuuteen ja selkeyteen on mahdollista vaikuttaa myös hyvällä laitteisto- ja ohjelmistosuunnittelulla. Ohjelmistojen pohjana olisi suositeltavaa pitää fysioterapianimikkeistöä ja yleistä kirjaamissuosituksia, jolloin asiakkaasta dokumentoidun tiedon ymmärrettävyys ja käyttökelpoisuus olisivat mahdollisimman hyviä palveluketjun eri toimijatasoilla.

8.3 Jatkotutkimusmahdollisuuksia

Jatkotutkimuksia tarvitaan muun muassa selvittämään, miten hyvin fysioterapian dokumentointi kuvaa todellisuudessa toteutunutta fysioterapeuttista esitietojen keräämistä ja tutkimusta, toteutunutta fysioterapiaa ja tehtyä loppuarviointia. Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmällä ei voida vastata tähän kysymykseen. Tutkimus ei myöskään vastaa kysymykseen, mitkä ovat fysioterapeuttien mielestä dokumentoinnin tavoitteet ja kuinka hyvin he itse kokevat saavuttaneensa nämä tavoitteet. Koska ICF-mallin käyttöönottoa on kritiikistä (Nordenfelt 2003, Ueda & Okawa 2003) huolimatta suositeltu (WHO 2001), olisi mielenkiintoista selvittää, miten mallin käyttöönotto muuttaa dokumentointikäytäntöjä, dokumenttien sisältöjä ja asiakkaan kokemusmaailman kuvaamista.

LÄHTEET

- Adamsen L. & Tewes M. 2000. Discrepancy between Patients' Perspectives, Staff's Documentation and Reflections on Basic Nursing Care. *Scandinavian Journal of Caring Science* 14:2, 120-129.
- Aiken T. & Catalano J. 1994. *Legal, ethical and political issues in nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ala-Kauhaluoma M. 2000. Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. *Kuntoutus* 23:3, 13-18.
- Alanko H., Leinonen T., Reponen J., Niinimäki T., Karhunen-Lappalainen P. & Aura A. 1998. ESKO-verkkokertomustietoa yli organisaatorajojen. *Suomen Lääkärilehti* 53:24, 2590-2593
- Andrén G. 1981. Reliability and content analysis. Teoksessa Rosengren K. 1981. *Advances in Content Analysis*. Beverly Hills: Sage Publications. 43-76.
- Bates D. 2000. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospital. *British Medical Journal* 320:7237, 788-791.
- Beeston S. & Simons H. 1996. Physiotherapy practice: Practitioners' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice* 12:4, 231-242.
- Berelson B. 1952. *Content analysis in communication research*. Glencoe: The Free Press Publishers.
- Brunham S., Snow C., Wonneck B. & Gregoire L. 1992. The Effectiveness of Videotapes in Communicating Information to Rural Physiotherapists. *Physiotherapy Canada*. 44:3, 30-34.
- Coy J. 1989. Autonomy-Based Informed Consent: Ethical Implications for Patient Noncompliance. *Physical Therapy* 69:10, 826-833.
- Dean K. 1986. Lay care in illness. *Social Science & Medicine* 22:1, 275-284
- Dekker J., van Baar M., Curfs E. & Kerssens J. 1993. Diagnosis and Treatment in Physical Therapy: An Investigation of Their Relationship. *Physical Therapy* 73:9, 568-577.
- Dey I. 1993. *Qualitative Data Analysis. A User-friendly Guide for Social Scientists*. London and New York: Routledge.
- Eklund M., Lönnbäck R. & Fugl-Meyer A. 1994. Kuntoutuksen tavoitteissa tarkistamista. Kuntoutujan tyytyväisyys olennaista. *Fysioterapia* 41:2, 22-25.
- Elkin S. 2001. Informed consent: requirements for legal and ethical practise. *Physiotherapy Theory and Practice* 17:2, 97-105.
- Elo J., Tuomainen R. & Myllykangas M. 1989. Turha terveystieteidenkäynti – terveystieteiden kriisi. *Sosiaalinen aikakauskirja* 83:3, 9-15.

Eskola J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Fagerberg H., Bischofberger E., Jacobsson L. & Lindmark G. 1984. Medicinsk etik och människosyn. Malmö: Liber Förlag.

Frost T. 1993. Helsefagenes etikk: Menneskeverdet i en rettighetstidsalder. Fysioterapeuten 60:15, 6-7.

Fysioterapianimikkeistö 2000. [online] Kuntaliitto, Helsinki. Päivitystieto puuttuu. [viitattu 30.1.2004] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://hosted.kuntaliitto.fi/skriptit/fysio/listaanimikkeistot_kaikki.asp?order_by=>

Fysioterapiapalautteen sisältö 2004. [online] Suomen Fysioterapeuttiliitto, Helsinki. Päivitetty 21.8.2003. [viitattu 30.1.2004] Saatavilla www-muodossa: <URL:http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;65;353;11068;30287>

Grönfors M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätöyömenetelmät. Toinen painos. Juva: WSOY.

Gustavsen M. & Mengshoel A. 2003. Clinical physiotherapy documentation in stroke rehabilitation: an ICDH-2 Beta-2 based analysis. Disability and rehabilitation 25:19, 1089-1096.

Hankela S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 664.

Hartikainen K., Kokkola A. & Larjomaa R. 2000. Elektronisen potilaskertomuksen sisältömääritykset. Sosiaali- ja terveysalan osaavien keskusten verkosto. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 4.

Heikkinen R., Hietala M., Huusko H. & Kari-Koskinen O. 1984. Lääkärin ja lääkintävoimistelijan yhteistyö Oulun läänin terveyskeskuksissa. Suomen lääkärilehti 39:5, 303-310.

Higgs J. 1992. Developing clinical reasoning competencies. Physiotherapy 78:8, 575-581.

Hobson S. 1996. Being client-centred when the client is cognitively impaired. Canadian Journal of Occupational Therapy 63: 133-137.

Holma T. 1981. Yhteistyö hoidon kirjaamisessa. Lääkintävoimistelija 28:1, 15-17.

Holma T. 1996. Fysioterapian kirjaamiskäytännön kehittäminen. Kirjoittajalta saatu moniste.

Holma T. 2001. Fysioterapia näkyviin – myös paperilla. Fysioterapia 48:6, 32-34.

Holma T. & Noronen L. 1993. Liitolta fysioterapian kirjaamissuositus. Fysioterapia 40:5, 12-16.

Hytönen J. 1994. Tieteen kaksisuuntainen liikenne. Fysioterapia 41:1, 51.

- Ilveskivi P. 1997. Potilaan oikeusasema tiedonsaantioikeuden näkökulmasta. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 26. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Janhonen S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: Yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11:6, 334-339.
- Jette A. 1993. Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Physical Therapy* 73:8, 528-573.
- Juntunen L. 2003. Potilas juoksee, kun tieto ei kulje. *Salon Seudun Sanomat* 29. kesäkuuta 2003. Etusivu.
- Juntunen M., Leino-Kilpi H. & Suominen T. 1994. Potilaan oikeuksien toteutuminen sairaalassa – hoitajien käsityksiä. Turun yliopistollinen keskussairaala. *Hoitotyön julkaisusarja A:12*.
- Järvikoski A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan? Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. *Kuntoutussäätiö tutkimuksia* 46. Helsinki: Yliopistopaino.
- Järvikoski A. 1995. Kuntoutuksen kehitystarpeet. Kuusi väitettä kuntoutuksesta. *Kuntoutus* 18:2, 38-44.
- Jørgensen P. 2000. Concepts of body and health in physiotherapy: The meaning of the social/cultural aspects of life. *Physiotherapy Theory and Practice* 16:2, 105-115.
- Kalpa H. & Kuusisto-Niemi S. 1997. Jäsennellyn tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti. *Stakes aiheita* 11. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Kanerva A-M., Suominen T. & Leino-Kilpi H. 1999. Informed consent in short-stay surgery. *Nursing Ethics* 6:6, 483-494.
- Karinen P., Kemilä T., Koivukangas P., Karhunen-Lappalainen P., Koivukangas J. & Nuutinen L. 1997. Tekstimuotoisen sairauskertomuksen säilytyskustannukset. *Suomen Lääkärilehti* 52:26, 2981-2986.
- Kaskinen H. 2003. Potilaan sana painaa. *Kelansanommat* 3/2003.
- Kekki P. & Heino T. 1988. Fysikaalisen hoidon käyttö ja vaikuttavuus terveyskeskuksissa. Helsingin yliopisto, yleislääketieteen laitos. *Julkaisusarja* no 6.
- Kiikkala I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Helsinki: Tammi. 112-121.
- Kuikka R. 2001. Tietoturvan haasteet kasvamassa. *Suomen Lääkärilehti* 56:20, 2287-2289.
- Kurittu K. & Leino-Kilpi H. 1994. Potilaiden käsityksiä oikeuksien toteutumisesta sairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. *Hoitotyön julkaisusarja A:8*.

Kärkkäinen O. 2003. Erikoissairaanhoidon valtion vastuulle. Keski-suomalainen 30.1.2003. Puheenvuorot palsta pääkirjoitussivulla.

Kyngäs H. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11:1, 3-12.

Laitinen H. & Åsted-Kurki P. 1996. Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. Hoitotiede 8:4, 167-174

Lauharanta J. 1997. Saumaton hoito – erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö tietojärjestelmissä. Kehykset 1997:6, 6.

Launis K. 1994. Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsitteitä ja arkikäytäntöjä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 50. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Launis V. & Immaisi A-M. 1992. Eettisyys, kriittisyys ja päätöksenteko sairaalan työyhteisössä. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Sarja B: Raportit ja selvitykset 3. Turku: Painosalama Oy.

Lauri S. 1980. Terveystieteiden prosessin dokumentoinnin kehittäminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17: 66-70.

Law M., Baptiste S. & Mills J. 1995. Client-centered practice: what does it mean and does it make a difference? Canadian Journal of Occupational Therapy 62: 250-257.

Lehikoinen S., Laitinen I., Halme A., Mononen S., Raudaskoski M., Sallinen R., Piitulainen M., Karjalainen J. & Sainola-Rodrigues K. 2000. Hoitotyö näkyväksi kirjaamisen avulla. Hoitotyön prosessin kirjaamisen laadun ja sen eettisyyden ja ammatillisuuden arviointia kirjallisissa hoitotyön suunnitelmissa Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimintayksikössä. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 23.

Lehti T., Lauri S. & Heinonen S. 1996. Hoitotyön kirjaamisen sisältö ja laatu: seurantatutkimus Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:22.

Leino-Kilpi H., Sainio C., Niittymaa I. & Kim H. 1993. Sairaalapotilaan oikeudet ja niiden toteutuminen Satakunnan keskussairaalassa. Raportti opetuskokeilusta kirurgisella osastolla. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Julkaisusarja no 1.

Leino-Kilpi H., Kovasin M., Vuorenheimo J. & Viitanen T. 1999. Kirurgisen hoitotyön laatu Turun kaupungin kirurgisessa sairaalassa. Laadun arviointia ja seuranta vuosina 1988-1998. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja. Sarja A:2.

Leiwo L., Helin S. & Hautala P. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö Jyväskylässä. Kokonaisselvityksen loppuraportti. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 19.

Lemetyinen T., Oksanen A., Pasanen L. & Lehtilä J. 1993. Fysioterapiapalvelujen vastaavuus Turun Yliopistollisen Keskussairaalan osastojen tarpeisiin. Resurssien rationalisointi. Turun Yliopistollinen Keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja B:7.

- Lewis J. 1994. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science and Medicine* 39:5, 655-670.
- Lewis M. 1997. The self in self-consciousness emotions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 812: 118-142.
- Liikanen H. 2002. Tietotekniikka kehittää sosiaali- ja terveystaloutta. Tampere: Tampere University Press.
- Lind J. & Raitasalo R. 1993. Yhteistyötä asiakkaan hyväksi. Kuntoutuksuudistuksen asiakasyhteistyön toteutuminen Kelan paikallistoimistojen arvioimana. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:86. Tutkimus- ja kehitysyksikkö*. Turku: Kirjapainoalan työkokeilu.
- Lindqvist M., Aro S. & Ikonen R-L. 1978. Medisiinisen etiikan peruskysymyksiä. Toinen korjattu painos. Tampereen yliopisto. *Kansanterveystieteen julkaisuja M41*.
- Lotila S. 2003. Vika tietojärjestelmässä jumiuttaa Jyväskylän terveyskeskuksia. Kaatuilevat tietokoneet venyttävät jonoja. Ongelman takana liian pieni atk-palvelin. *Keskisuomalainen* 29.10.2003.
- Ljunggren A. 1995. Å forske på funksjon. *Fysioterapeuten* 40:14, 32-37.
- MacCulloch T. 1998. Emotional competence in professional communication. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 7:2, 60-66.
- Mant J., Murphy M., Rose P. & Vessey M. 1999. The accuracy of general practitioner records of smoking and alcohol use: comparison with patient questionnaires. *Journal of Public Health Medicine* 22:2, 198-201.
- Martin C. 1994. Förstår sjukgymnasten patientens känslor? *Sjukgymnasten* 2, 48-52.
- Mauro S. 1998. Kuntoutuskertomusten kieli ja kuntoutusta ohjaavat metaforat. Teoksessa Hänninen V. & Valkonen J. (toim.) *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen. Kuntoutussäätiön tutkimuksia* 59. Helsinki: Kuntoutussäätiö. 89-96.
- Mengshoel A. 1996. Dokumentasjon av klinisk praksis i fysioterapi. *Fysioterapeuten* 41:4, 23-26.
- Mengshoel A. 1997. Dokumentasjon av klinisk fysioterapipraksis i en revmatologisk avdeling. *Fysioterapeuten* 42:11, 12-15.
- Merakou K., Dalla-Vorgia P., Garanis-Papadatos T. & Kourea-Kremastinou J. 2001. Satisfying Patients' Rights: A hospital patient Survey. *Nursing Ethics* 8:6, 499-509.
- Moffett J. & Richardson P. 1997. The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability. *Physiotherapy Theory and Practice* 13:1, 89-96.
- Mustajoki P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 58:42, 4235-4237.

- Mönkkönen K. 2002. Dialoginen työote. Vastaaminen, valta ja vastuu vuorovaikutussuhteessa. *Kuntoutus* 25:4, 36-54.
- Noronen L. & Saurèn M. 1988. Potilaan tutkiminen jää kesken ilman johtopäätöksiä. *Lääkintävoimistelija* 35:1, 10-13.
- Novack D., Suchman M., Anthony L., Clark W., Epstein R., Nejberg E. & Kaplan C. 1997. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *Journal of the American Medical Association* 278:6, 502-509.
- Nordenfelt L. 2003. Action theory, disability and ICF. *Disability and rehabilitation* 25:18, 1075-1079.
- Nyrhinen T., Leino-Kilpi H. & Katajisto J. 1996a. Toteutuvatko potilaan oikeudet laboratoriotutkimusten yhteydessä. *Bioanalyttikko* 1:4, 31-43.
- Nyrhinen T., Leino-Kilpi H. & Katajisto J. 1996b. Potilaan oikeuksien toteutuminen laboratoriotutkimusten yhteydessä. *Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A*:19.
- Ojala M. 2001. WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Kuntoutus* 24:3, 48-57.
- Oksanen A., Välimäki L., Koivula R. & Lehtilä J. 1996. Fysioterapiapalvelun rakenne-, toiminta- ja tulostekijät potilaiden kokemana. *Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja B*:20.
- Oksanen H. 1997. Onko tietoa? Kirjallinen ja suullinen tiedottaminen hoitotyössä. *Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin julkaisuja B*3.
- Pahlman I., Hermanson T., Hannuniemi A., Koistinen A., Koivisto J., Hannikainen P. & Ilveskivi P. 1996. Onko potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki toteutunut? *Suomen lääkirlehti* 51:20-21, 2143-2148.
- Pahlman I. 2003a. Potilaan itsemääräämisoikeus. *Fysioterapia* 50:6, 28-31.
- Pahlman I. 2003b. Potilaan itsemääräämisoikeus. *Oikeuslääketieteen väitöstutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Partanen P. 1994. Potilaan oikeudet. Teoksessa Voutilainen P. & Laaksonen K. (toim.) 1994. *Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin*. Jyväskylä: Kirjayhtymä Hygieia. 17-32
- Payton O. 1985. The clinical reasoning process in physical therapy. *Physical Therapy* 65:6, 924-928.
- Payton O., Nelson C. & Hobbs M. 1998. Physical therapy patients' perceptions of their relationships with health care professionals. *Physiotherapy Theory and Practice* 14:4, 211-221.

Pekurinen M., Punkari M. & Pokka M. 1997. Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pietilä V. 1976. Sisällön erittely. 2. painos. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.

Piirainen K. 1995. Kuntoutussopimus. Tutkimus asiantuntija-asiakas –suhteen sosiaalisesta ylläpidosta. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 7.

Potter M., Gordon S. & Hamer P. 2003. Identifying Physiotherapist and Patient Expectations in Private Practice Physiotherapy. *Physiotherapy Canada* 55:4, 195-202.

Purtilo R. 1984. Applying the principles of informed consent to patient care. Legal and ethical considerations for physical therapy. *Physical Therapy* 64:12, 934-937.

Purtilo R. & Meier R. 1993. Team challenges. Regulatory Constraints and Patient Empowerment. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 72:5, 327-330.

Puumalainen J. 1993. Kuntoutujan näkökulma. Vammaistuen saajien ja kuntoutustutkimuksessa olleiden näkemyksiä ja kokemuksia kuntoutustoiminnasta. *Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia* 39.

Randall K. & McEwen I. 2000. Writing Patient-Centered Functional Goals. *Physical Therapy* 80:12, 1197-1203.

Reponen J. 2001. Sähköiset potilastietojärjestelmät – osa telelääketiedettä. *Suomen Lääkärilehti* 56:24, 2669-2671.

Riikonen E. 1992. Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikielen. *Tutkimuksia* 32. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Ruotsalainen P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P. & Kiikkala I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi. 7-32.

Saarelma O. 1992. Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys. Sosiaali- ja terveyshallitus, raportteja 49. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.

Sainio C. & Lauri S. 1996. Rintasyöpäpotilaan hoidon kehittämisprojektin tuloksia. *Sairaanhoitaja* 13:7, 15-17.

Sandberg A. 1992. Hur lyssnar sjukgymnasten på sin patient? En explorativ studie om interpersonell kommunikation. *Sjukgymnasten* 50:1, 16-19. *Vetenskapligt Supplement*.

Sandell P. & Outinen M. 1996. Tätä mieltä potilaat. Valtakunnallisen asiakastyytyväisyyden vertailumittarin tuloksia 1996. *Stakes aiheita* 39. Helsinki: Stakesin monistamo.

Sarvimäki A. 1996. Hoitotyön etiikan filosofiset perusteet. Teoksessa Kalkas H. & Sarvimäki A. 1996. *Hoitotyön etiikan perusteet*. Keuruu: Kustannusyhtiö Otavan painolaitokset.

Sosiaali- ja terveyshallitus 1992. Kuntoutus uudistuu. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Oppaita 11. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Stakes 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto. 2. painos. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 2. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Stakes 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot II. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 5. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Stakes 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilassanasto [online]. [viitattu 21.01.2004] <http://www.stakes.fi/oske/terminologia/sanastot/aspo.htm>

Stakes 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot III. Palveluketjusanasto. Sanasto asiakkaan asiamieheen, itsenäiseen suoriutumiseen ja alueellisuuteen liittyvistä käsitteistä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Ohjeita ja luokituksia 3. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

STM 1994. Valtioneuvoston selonteko kuntoutuslainsäädännön vaikutuksista ja kuntoutusjärjestelmän kehittämisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.

STM 1995. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 27.

STM 1996a. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntämisstrategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 27.

STM 1996b. Terveydenhuollon suuntaviivat. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16. Helsinki: Oy Edita Ab.

STM 1998. Terveydenhuollon kehittämisprojekti, selvitysmiesraportti 1: Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 1.

STM 2001a. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 3. Helsinki: Edita Oyj.

STM 2001b. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.

STM 2001c. Terveystalouden 2015 –kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4.

STM 2002a. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita 3.

STM 2002b. Valtakunnallisen sähköisen sairauskertomuksen käyttöönotto. Kansallisen terveydenhuolto- ja tutkimusprojektin hanke 4.1.3. [online] Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivitystiedot

puuttuvat. [Viitattu 18.11.2003]. Saatavilla www-muodossa: <URL: <http://www.oskenet.fi/asp/empty.asp?P=356&PS=root>>

STM 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 20. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sumsion T. 1999. Implementation issues. Client-centred practice in occupational therapy. A guide to implementation. Edingburg: Churchill Livingstone.

Sundeen S., Stuart G., Rankin E. & Cohen S. 1987. Vuorovaikutus – avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.

Suomen Fysioterapeuttiliitto 1998. Fysioterapian määritelmä uusiutui. Fysioterapia 45:2, 36.

Suomen Fysioterapeuttiliitto 2000. Fysioterapeutin eettiset ohjeet. Fysioterapia 47:7, 28-29.

Suomi R., Raitoharju R. & Wickström G. 2004. Uuden tietojärjestelmän käyttöönotto työlästä myös terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 59:21-22, 2277-2279.

Suominen T. 1994. The Nursing Care of Breast Cancer Patients: Perceived Information, Support and Participation. Väitöskirja. Annales Universitatis Turkuensis. Sarja D, Medica – odontologia 144.

Talo S. 2002. Moniammatillisuus kuntoutuksessa. Kuntoutus 25:3, 32-38.

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

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

Talvitie U. 2000a. Potilaan oikeudet fysioterapiassa. Fysioterapia 47:7, 8-10.

Talvitie U., Laitinen-Väänänen S., Tikkanen P. & Nuutinen U. 2000b. Fysioterapiatyön ja fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun kehittäminen. Projektisuunnitelma. Tutkijalta saatu materiaali.

Thornquist E. 1994. Profession and life: separate worlds. Social Science Medicine 39:5, 701-713.

Thornquist E. 1996. Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. Fysioterapeuten 41:9, 14-22.

Tolppanen E-M. 2000. Sähköinen sairauskertomus – perusterveydenhuolto tietotekniikan hyödyntämisen kärjessä. Suomen Lääkärilehti 55:39, 3937.

Tuomaala U. 1981. Tarvitaanko teoriaa hoitotyössä? Lääkintävoimistelija 28:5, 7-9.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tyni-Lennè R. 1983. Physiotherapy – the PT process. Sjukgymnasten 41:6, 17-20.

Ueda S. & Okawa Y. 2003. The subjective dimension of functioning and disability: what is it and what is it for? *Disability and Rehabilitation* 25:11-12, 596-601.

Valtioneuvoston selonteko kuntoutuksesta 1998. Helsinki: Oy Edita Ab

Viitanen E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. *Acta Universitatis Tamperensis* 577.

Virtanen M-L. 1990. Kuntoutuksen yhteistyöprojekti 1989-1990. Esiselvitys koskien terveyskeskuslääkäreiden fysioterapialähetteitä, fysioterapiahenkilöstön suorittamaa kirjaamista ja asiakkaiden kokemuksia terveyskeskuslääkärin vastaanotosta ja fysioterapiasta. Turun kaupungin terveydenhuolto.

Välimäki M., Leino-Kilpi H., Antila M-L., Myllylä B-M. & Dassen T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 13:3, 155-166.

Välimäki M. 1998. Self-determination of psychiatric patients. Väitöskirja. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta.

WHO 2001. ICF introduction. [WWW-dokumentti] Päivitystieto puuttuu sivustolta [viitattu 02.03.2004] <http://www.who.int/classification/icf/intros/ICF-Eng-Intro.pdf>

Wiio O. 1994. Viestinnän perusteet. Porvoo: WSOY.

Wressle E. & Samuelsson K. 2004. Barriers and Bridges to Client-centred Occupational Therapy in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 11:1, 12-16.

Østerås H. & Haaland K. 2001. Compliance i fysioterapi. *Fysioterapeuten* 46:10, 11-16.

Fysioterapian dokumentointi –tutkimukseen liittyvä kysely

Arvoisa fysioterapeutti, tutkimuksen onnistumiselle on tärkeää, että pyrkisitte vastaamaan kaikkiin kysymyksiin mahdollisimman huolellisesti. Vastatkaa kysymyksiin kirjoittamalla vastaus sille varatuille viivoille tai ympyröimällä oikeaksi katsomanne vaihtoehto. Liittäkää tämä lomake kopioimanne fysioterapiakertomuksen mukaan. Kiitos!

1. Ikä _____ vuotta

2. Fysioterapeutiksi valmistumisvuosi _____ ja paikka _____

3. Jatkokoulutus / muu koulutus

4. Kuinka monta vuotta olet toiminut nykyisessä työpaikassasi? _____

5. Kuinka monta vuotta olet toiminut nykyisessä työtehtävässasi? _____

6. Oletko osallistunut dokumentointi- / kirjaamiskoulutukseen? _____

Jos kyllä, minä vuonna / vuosina? _____

7. Onko työpaikallasi määritelty fysioterapiadokumenttien sisältö? _____

Jos kyllä, miten? _____

8. Dokumentoidaanko työpaikallasi (ympyröi oikea vaihtoehto)

- a) elektronisesti (eli tietokoneavusteisesti) -> vastaa kysymykseen 9
- b) manuaalisesti (eli käsin kirjoittaen) -> vastaa kysymykseen 10
- c) molemmin tavoin -> vastaa kysymyksiin 9 ja 10

9. Jos työpaikallasi dokumentoidaan elektronisesti, mikä fysioterapian dokumentointiohjelma teillä on käytössä?

Mihin perusohjelmaan fysioterapian ohjelma mahdollisesti liittyy?

Rajoittaako dokumentointiohjelma fysioterapiakertomuksen tai sen osien pituutta?

Voitko itse määrittää fysioterapiakertomuksen otsikoinnin? _____

Kommenttejasi elektroniseen dokumentointiin liittyen

10. Jos työpaikallasi dokumentoidaan manuaalisesti, rajoittaako käytössä oleva lomake fysioterapiakertomuksen tai sen osien pituutta? Miten?

Voitko itse määrittää fysioterapiakertomuksen otsikoinnin? _____

Kommenttejasi manuaalisesta dokumentoinnista

Kiitos vaivannäöstäsi!

Hyvä fysioterapiatyön ja fysioterapiakoulutuksen työharjoittelun kehittämiprojektiin osallistuja!

Teen projektiin liittyen pro gradu –tutkielmaa aiheesta fysioterapian dokumentointi. Dokumentoinnilla tarkoitan tässä työssäni kaikkia niitä fysioterapeutin käyttämiä verbaalisen ja kuvallisen viestinnän muotoja, joita voidaan tallentaa myöhemmin käytettäväksi. Näin tulkittuna dokumentointi käsittää kaiken kirjallisen materiaalin, valokuvat, videot ja piirroukset sekä digitaaliseen muotoon saatetut vastaavat tuotokset. Digitaalinen tai paperille tuotettu kirjallinen materiaali käsittää epikriisit, raportit, kirjeet, hoitokortit, tutkimuskaavakkeet ja kaiken muun potilaan terveydentilaa koskevan fysioterapeutin tuottaman materiaalin.

Aineistoksi tarvitsen jokaiselta projektiin osallistuvalla fysioterapeutilta yhden potilaan / asiakkaan yhtä fysioterapiasarjaa kuvaavan fysioterapiakertomuksen. Analysoin aineiston ja esittelen tuloksia syksyllä 2003. Saatuja tuloksia voidaan käyttää fysioterapeuttien ja fysioterapiapöytäkirjojen työskentelytapojen kehittämisessä.

Toimintaohje:

- a) Valitse omaan kehityshankkeeseesi liittyvä potilas /asiakas (mikäli mahdollista), jolla on ollut vähintään viisi dokumentoitua terapiakertaa kanssasi ajanjaksolla 1.1.-31.3.2003. Terapiakertojen tai fysioterapiakertomuksen enimmäispituutta ei ole määritetty.
- b) Kopioi / printtaa fysioterapiasarjaa kuvaava fysioterapiakertomus ja siihen liittyvät mahdolliset lisälomakkeet (kaaviot, tutkimuslomakkeet tai vastaavat). Katso, että fysioterapiakertomuksen alku- ja loppustatusta kuvaavat osiot tulevat mukaan.
- c) Poista tunnistetiedot (henkilön nimi, syntymäaika, osoite, puhelinnumero, omaisten nimet ja kontaktitiedot, fysioterapeutin nimi)
- d) Kirjoita kopion / printin reunaan tieto mahdollisista fysioterapiakertomukseen liittyvistä kuva-aineistoista (valokuvat, digikuvat, videot, digitaaliset äänitteet). Älä liitä mukaan.
- e) Täytä oheinen kyselylomake.
- f) Sulje fysioterapiakertomus liitteineen ja kyselylomake kirjekuoreen.
- g) Kirjoita kuoren päälle organisaation nimi
- h) Postita osoitteeseen (viimeistään 28.4.2003)

Anu Pukki
Taitoniekantie 9 E 612
40740 Jyväskylä

Vastaa mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin. Minut tavoittaa parhaiten sähköpostilla osoitteesta aepukki@cc.jyu.fi tai puhelimitse numerosta 014 – 607764.

Kiitos kaikille mukanaoleville ja aurinkoista kevättä!