

AF FYSIOTERAPEUT, DR. PHILOS ELINE THORNQUIST, PROFESSOR VED HØGSKOLEN I BERGEN, INSTITUTT FOR FYSIOTERAPI  
 ☐: FYSIO.DK/fafo/Temaer/Journaler/

# Pasientjournaler i fysioterapi – en sykehusundersøkelse

## Del II

I denne artikkelen skisseres fellestrekk i tekstmaterialet på tvers av avdelingene, og deretter skal vi dvele ved journaler som illustrerer spesielle utfordringer knyttet til faglig orientering. Som i forrige artikkel trekkes kommentarer, refleksjoner og intervjuutsagn inn underveis (1), og artikkelen avsluttes med en samlende diskusjon.

### FELLESTREKK PÅ TVERS AV AVDELINGENE

Alle journalene har relevante opplysninger om pasientenes funksjonsproblemer og behandlingen som er gitt; ingen skriver om irrelevante eller perifere forhold. Den faglige orienteringen i tekstmaterialet er preget av at de fleste journalene har sparsomt med opplysninger om psykiske, emosjonelle og relasjonelle forhold, og fysioterapeutene er tilbakeholdne med å knytte slike forhold til pasientens helseproblemer.

I flere journaler fremgår det at pasientene har problematiske livssituasjoner og bekymringer av forskjellig slag, men det står lite om hvordan dette preger pasientenes funksjon, deltakelse og aktivitet generelt. Det er dessuten en tendens til at forhold som ikke umiddelbart kan knyttes til organpatologi og som vanskelig kan betraktes som en direkte konsekvens av medisinsk definert sykdom, blir stående isolert, selv når de er nevnt underveis. De blir med andre ord ikke integrert i en samlet vurdering av den enkelte pasients funksjon. Forøvrig nevnes slik informasjon nesten utelukkende i forbindel-

se med pasienter som har sammensatte lidelser, og selv da knyttes pasientenes livserfaringer og helseproblemer i begrenset grad sammen, noe vi kommer tilbake til i eksemplene nedenfor.

Under punkt som "Sosiale forhold" er det noen opplysninger som går igjen: Det gjelder sivil status (gift/ikke gift, samboer, enke/enkemann), arbeids- og boligforhold. Med hensyn til arbeid vises det til hva slags yrke pasientene har, og om de eventuelt er trygdet. Praktiske forhold står i sentrum når boligforhold omtales (trapper/bolig på ett eller flere plan), kort sagt, forhold som har relevans for forflytning og tilgjengelighet.

En tydelig kjønnsforskjell kommer frem i omtalen av barn: I alle journalene til kvinnelige pasienter opplyses det om barn (antall og alder), men sjelden i journalene til menn. I noen få journaler omtales forholdet mellom ektefellene, og her fremgår det hvordan familieforhold virker inn på pasienters funksjonsproblemer og dagligliv.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Se eksempel 2 fra neurologisk avdeling (1).

Ut fra en samlet vurdering skrives det gjennomgående lite om hva familie, relasjoner, arbeid, trygd eller bolig betyr for den enkelte pasient. Meningsaspektet i pasientenes liv er med andre ord lite fremtredende.

For øvrig kan det nevnes at journalene er ført fortløpende, datert og underskrevet, og dessuten er stoffet gjennomgående organisert på en oversiktlig måte.

### Intervjuene

Alle understreket at det viktigste med journalskriving er å få frem fagspesifikke forhold.

Muntlig uttalte fysioterapeutene seg tydeligere og mer direkte om sammenhenger mellom pasientens liv og deres funksjon enn i skrift. Det skjer med andre ord en viss forskyvning i vektlegging og orientering når tekst og tale sammenholdes. De mente også at en del opplysninger om pasientens erfaringer, følelser og livssituasjon lett kan føre til unødvendig repetering (1). Dessuten la de vekt på å skrive slik at pasienten ikke fremsto som om de hadde psykiske problemer.

Alle ga uttrykk for at journalføring er en viktig og vanskelig oppgave som de strevde med, ikke minst på grunn av tidspress. Flere sa også at de ofte kom til kort med å få uttrykt seg tydelig om funksjonelle forhold og sammenhenger som de i praksis anså viktige (1). På ulike måter ga de uttrykk for det samme: De skulle ikke bare skrive om pasienten og helsehjelpen. De følte også en viss forpliktelse til å formidle hva fysioterapi står for.

Vi skal nå se nærmere på to journaler som aktualiserer utfordringer knyttet til fagutøveres klinisk blikk.

### JURNALEKSEMPLER

En del pasienter var innlagt til observasjon og vurdering. Her skal vi dvele ved journalene til to av dem - en fra nevrologisk og en fra revmatologisk avdeling.

#### Eksempel 1: En sterkt hjelpetrequende person

Oppgitt diagnose: "Amyotrofisk lateral sklerose" (ALS). Journalnotatene er på halvannen side.

Under punktet "Sosialt/familie" får vi vite at pasienten, en kvinne i 40årene, bor alene i eget hus som har spesiellkonstruert inngang for rullestolsbrukere, og at hun har to voksne barn som bor i samme by. Om "Tidligere sykdommer" står følgende: "Ischias og osteoporose, se andre deler av journalen". Til dette kommer en tilføyelse:

Pas. merket for noen år siden at hun ble svakere, og at hun hadde lett for å snuble. Dette ble tolket som symptomer på ryggproblemer og de ble diagnostisert som "ischias". Hun ble operert, men uten bedring. Gradvis mistet hun mer muskelkraft og hun begynte å bruke leggskinner. Etter en tid ble hennes symptomer og funksjonelle problemer identifisert som tegn på ALS. I løpet av en periode på noen få år ble hennes tilstand betraktelig forverret.

Under "Status presens" kan vi lese at pasienten tilbringer det meste av dagene i rullestol, og at hun i løpet av det siste året har "merket svekkelser i armene. Hun har nå problemer med for eksempel å åpne syltetøyglass, kneppe knapper ol." Det nevnes også at hun har fått muskelsmerter i skulderregionen i den senere tid.

I teksten videre redegjøres det for hvordan pasienten forflytter seg og utfører daglige bevegelser. Blant annet beskrives pasientens forsøk på å komme opp i sittende stilling fra ryggliggende, og at hun til slutt må ha hjelp for å klare det. Midt i denne beskrivelsen står det:

Hun forteller at dette har vært et stort problem den siste tiden når hun bodde hjemme, men at hun kommer seg opp på egenhånd når hun har strevd en stund.

I konklusjonen tydeliggjøres pasientens hovedproblem: "Hun er avhengig av hjelp i daglige aktiviteter pga en progressiv nevrologisk sykdom", og pasientens muskelsmerter gjentas her:

De ømme og smertefulle musklene i skulderregionen er et resultat av kompensasjon for redusert styrke i armene. Hun har hatt en vanskelig tid med å klare seg alene hjemme, og det er lett å forestille seg hvordan det har bidratt til øm og spent muskulatur.

Som mål for behandling er følgende skissert:

Sikre pasientens livskvalitet best mulig under sykdommens utvikling.

Det fremgår at det er søkt om sykehjemsplass, og at pasienten blir på sykehuset til hun kan flytte dit.

*Kommentarer:* Det er grad av selvstendighet og pasientens behov for hjelp som står i sentrum i disse journal-

notatene. Videre ser vi hvordan pasientens erfaringer og utsagn knyttes til hennes bevegelses- og forflytningsproblemer, og teksten formidler en tenkning om sammenhenger mellom lokale og generelle kroppsforhold (jf. muskelsmertene).

Livskvalitet nevnes som mål for behandlingen, et mål som kan sies å være felles for alle som har med pasienten å gjøre, og det relateres til at pasientens sykdom er progredierende. Det er grunn til å anta at ikke bare fysioterapeuten, men også pasienten var kjent med at ALS er en sykdom som innebærer stadig forverring med døden som følge.

På denne bakgrunn kan man stille spørsmål om hvorfor det står lite om pasientens sosiale situasjon og hennes erfarings- og meningsverden. Sosialt nettverk og barnas rolle nevnes for eksempel ikke, men dette er forhold som kan antas å ha stor betydning for hennes livskvalitet og aksjonsradius.

Forøvrig er feildiagnostiseringen som omtales verdt å stoppe opp ved. At pasientens symptomer først ble tolket som tegn på ischias, er en påminnelse om hvor viktig det er å ha et skjerpet blikk for endringer i pasienters tilstand og for alle slags reaksjoner. I dette tilfelle ble det foretatt en ryggoperasjon, et drastisk skritt sett på bakgrunn av hvor restriktiv man de senere år har vært med kirurgiske inngrep ved ischias (se for eksempel 2,3).

*Intervju:* Som i de andre intervjuene var jeg interessert i å høre hva slags betraktninger terapeuten hadde både når det gjaldt det som sto i journalen og det som ikke sto der.<sup>2</sup>

Med opplysningene om feildiagnostiseringen håpet hun å bidra til større innlevelse i pasientens vanskelige situasjon. Ellers mente hun at det viktigste når det gjaldt alvorlig syke var å få frem deres funksjonsnivå og grad av selvhjulpenhet. Det hadde vært styrende for hva hun skrev i dette tilfellet. Så føyde hun til, at det aller viktigste i forhold til pasienter med livstruende sykdommer er å "holde livsmotet deres oppe". På min kommentar om at dette ikke sto det på trykk, svarte hun at et slikt mål var så selvsagt at det var unødvendig å nevne i journalen.

Om knappheten på informasjon om pasientens sosiale situasjon og hennes egne oppfatninger, spurte jeg hva hun tenkte i den forbindelse. Hun viste til at pasienten hadde vært innlagt flere ganger, og at hennes situasjon var godt kjent på avdelingen. Dessuten var mye allerede skrevet av andre og ved tidligere innleggelses.

Fo øvrig var hun generelt forsiktig med å skrive om pasienters situasjon og følelser. Hun mente at slike opplysninger lett kan misoppfattes og styre leseres oppmerksomhet på en uheldig måte.

Terapeutens syn på pasientens muskelsmerter i skuldrene ble også tema i intervjuet. Hun gjentok at hun betraktet dem som sekundære problemer, og det kom frem at hun så dem som et resultat av pasientens totalsituasjon, det vil si både som et overbelastningsfenomen i fysisk forstand og som en konsekvens av en vanskelig livssituasjon.

### Eksempel 2: Redusert allmenntilstand og angst

Mannen som var i 30årene var innlagt for utredning. Hans allmenntilstand var sterkt redusert, og han var plaget av angst. Journalnotatene utgjør omtrent en halv side. Først i teksten står dette: "Det ønskes opptrening av pasienten da han har mistet mye krefter og muskelmasse."

Forøvrig kan vi lese: "Pasienten er fortsatt i en fase med høy CRP og feber, og diagnosen er uavklart". Jeg sakser fra omtalen av treningen:

Vi prøver ut ulike aktiviteter i gymsalen. Han blir fort engstelig når han blir andpusten. Vi blir enige om at han skal sykle i gymsalen. Vi starter opp med 15-20 min daglig. Hvis dette går greit, økende tid og belastning. Med tanke på hans angst for å besvime når han er alene, tilbys han oppfølging av assistent, men han ønsker å klare treningen på egenhånd.

Deretter omtales treningsforløpet i én setning: "Pasienten har trent alene i gymsalen sporadisk".

Under punktet "Sluttstatus" (på et par linjer) fremgår det at pasient og terapeut gikk gjennom et selv-treningsprogram, der det ble "lagt vekt på styrke i de store muskelgrupper i bena, mage- og ryggmuskulatur".

<sup>2</sup> Terapeuten her er den samme som i eksempel 3 fra neurologisk avdeling (1).

Videre opplyses det at, "Han blir tydelig sliten men uttrykker at dette er en annen form for slitenhet enn da vi startet treninga". Neste punkt er "Videre tiltak/oppfølging" (på to linjer):

Han skal følge treningsprogrammet 3x/uke. Pasienten selv forslår å begynne å gå frem og tilbake fra jobb, dvs. på 10-15min, og etter hvert utvide turene.

Siste setning er uthevet: "Det avtales ingen videre opp trening hos fysioterapeut". Det fremgår ellers at mannens sykehusopphold varte i flere uker, og at man hadde kommet frem til at han led av en sjelden autoimmun sykdom.

*Kommentarer:* Som vi ser har kliniske forhold liten plass i denne teksten. Vi får heller ikke innblikk i mannens erfaringer og livssituasjon. At pasienten hadde angst er en opplysning som inngår i omtalen av trening. Hvordan angsten preget pasientens kropp og funksjon står det ikke noe om.

Om treningen får vi en indikasjon på at det har foregått en viss tilpasning (jf. "Vi prøver ut ulike aktiviteter..." og "Vi blir enige ..."), men det står lite om hva denne utprøvingen besto i. Det nevnes at pasienten har trent alene og sporadisk, og konkret tidsangivelse oppgis om sykling. I teksten videre er det imidlertid få holdepunkter for progresjon. Hvordan pasienten reagerte på treningen, hvordan det gikk med hans redsel for å besvime, hvordan det var å trene alene og hvorfor han bare hadde trent sporadisk fremgår ikke.

Når det gjelder selvtreningsprogrammet som pasienten fikk ved utreise, nevnes styrke i store muskelgrupper. Videre vises det til at pasienten er sliten på en ny måte, uten at det følges opp.

Ser vi tilbake på hva som skrives om mannens angst er det grunn til å stoppe ved to setninger: "Han blir fort engstelig når han blir andpusten" og "Med tanke på hans angst for å besvime når han er alene ...". Her refereres det til forhold som kan henge sammen med pasientens reduserte allmenntilstand og med hans angst - to forhold som med stor sannsynlighet har en viss

innvirkning på hverandre. Setningene inviterer til oppfølging, ikke minst med hensyn til differensiering mellom engstelse og angst, noe som krever kjennskap både til mannens sykehistorie, følelser og erfaringsverden og til *forskjellige* kroppslige forhold som respirasjon, autonom funksjon, spenninger, kroppslige vaner og væremåter, muskulær styrke og generell utholdenhet.

I forbindelse med oppfølging etter sykehusoppholdet trekkes pasientens ønsker inn. Verdt å bemerke er også siste setning. Det er overraskende at fysioterapi ikke anses aktuelt for pasienten, gitt hans sammensatte plager og reduserte funksjon.

*Intervju:* I dette intervjuet understreket terapeuten flere ganger at det er pasienten som er hovedperson, og at pasienters stemme må komme frem i journaler. Hun viste til at det var pasienten selv som ønsket trening i dette tilfellet, og at hun var kontaktet for å lage et treningsopplegg for han.<sup>3</sup>

Når det gjaldt tilpasningen av treningen, mente hun at pasienten skulle regulere tid og belastning ut fra egen dagsform. Da hun i ettertid så på hva hun hadde skrevet i journalen, ble hun ettertenksom. Hun hadde nok lett for å ta ting for gitt, som hun sa, og trodde at hun hadde skrevet det hun bare hadde tenkt. Hun viste ellers til at dette var et sjeldent sykdomstilfelle, og til at hun hadde lite erfaring med psykiske lidelser.

Da jeg lurte på hva hun tenkte om noen av opplysningene i journalen, som at pasienten ble engstelig når han ble andpusten og at han var redd for å besvime, kom det frem at hun og pasienten hadde snakket lite sammen, så hun visste ikke hva som lå til grunn for hans redsel for å miste bevisstheten og hans engstelse i forbindelse med å være andpusten. På spørsmål om vurderinger angående oppfølging etter utskrivning fra sykehus, mente hun at pasienten trengte allmenn aktivitet, og at fysioterapi derfor var unødvendig.

### Refleksjoner i etterhånd

Etter å ha lest fysioterapeutens journalnotater og intervjuet henne, satt jeg igjen med mange ubesvarte spørsmål. Jeg ønsket derfor å finne litt ut hva andre yrkes-

<sup>3</sup> Terapeuten her er den samme som i eksempel 2 fra revmatologisk avdeling (1).

grupper hadde skrevet om pasienten og helsehjelpen.<sup>4</sup> Det er notatene fra innleggende lege og en sosionom som er av interesse i denne sammenheng. Psykolog eller psykiater hadde ikke vært inne i bildet.

Legens tekst er kort. Den inneholder få kliniske opplysninger, og det står lite om pasientens erfaringer og sykehistorie. Størst plass tar resultatene av laboratorieprøver. Vurderinger og sammenfatninger mangler. En setning skiller seg ut: "Pasienten sier at han er hypokonder".

I sosionomens nedtegnelser dreier seg lite om forhold vi vanligvis forbinder med sosionomer (arbeid, inntekt og trygdeordninger), men derimot om sammenhenger mellom kropp og liv, pust og følelser.

Sosionomer har samtale som sitt viktigste verktøy. Fysioterapeuter har samtale og kliniske tilnæringsmåter som sine verktøy. Når det gjelder dagens medisin står teknologi sentralt, men klinisk medisin inkluderer også samtale og hands-on virksomhet. Det er tankevekkende at et syn på kroppen som bærer av livserfaringer først kommer til uttrykk når en sosionom, en ikke-medisinsk fagperson kommer inn i bildet.

## DISKUSJON

I denne studien er det dokumentert markerte forskjeller på journalene avdelingene i mellom, så vel som fellestrekk på tvers av avdelingene og noen individuelle særtrekk. I det følgende drøftes sentrale funn og sammenhenger. Deretter vil jeg knytte betraktninger til valg og vurderinger i forskningsprosessen, og artikkelen avsluttes med noen kommentarer om fremtidige utfordringer.

### Tre avdelinger - sentrale funn og sammenhenger

Det er nærliggende å se variasjonen og mønstrene i dokumentasjonen i sammenheng med forskjeller i klientell, innleggelsesgrunner og varigheten av pasientenes sykehusopphold. Fysioterapeutene på de tre avdelingene har ulike muligheter til å foreta grundige funksjonsvurderinger, individualisere tilnærmingen og følge pasienter over tid.

Det er spesielt på ortopedisk avdeling at liggetiden blir stadig kortere, og kravet om prioriteringer presser seg på. Det begrenser seg følgelig hva fysioterapeutene kan gjøre og hvor individualisert tilnærmingen kan bli. På revmatologisk avdeling er forskjellene på innleggelsesgrunner og liggetid større enn på de andre avdelingene. Den avdelingsinterne variasjon på tekstene kan i stor grad tilskrives disse forholdene. Ved nærmere ettersyn er det imidlertid også forskjeller på journalene som har å gjøre med terapeutene skrivevaner.

For å kaste lys over forskjellene på avdelingsnivå, vil jeg også trekke inn bruken av journalmaler. Som nevnt er det to hovedtyper som benyttes på det aktuelle sykehus (1), og de legger ulike føringer på journalskrivingen. Fritekstmalene minner terapeutene på at det er mange forhold som kan være aktuelle å se etter, og at de selv har ansvar for å vurdere og velge hva som er relevant i det enkelte tilfelle. Når det gjelder avkrysningsmalene gir ikke de terapeutene store valgmuligheter, og malene inviterer ikke til en bred og individualisert fysioterapi.

Ser vi tilbake på malen for pasienten med innsatt hofteprotese (1), inneholder den relevante punkter og viktige opplysninger for den aktuelle pasientgruppe. Men det kan stilles spørsmål ved innhold og oppsett ut fra en profesjonell synsvinkel (jf. studiens fokus). For å gi faglig forsvarlig fysioterapi kreves det at tilbudet til pasienter omfatter mer enn hva som inkluderes i en standardisert mal. Som nevnt inngår et punkt for fritekst ("Aktuelt"), men få benytter denne muligheten til å utfylle med egne opplysninger og vurderinger.

Som alle klinikere vet, er det noen pasienter som - uansett plager og diagnoser - er redde for å bevege seg etter en operasjon, mens andre prøver seg frem og har evne til selvregulering, en evne av stor betydning for pasientens funksjon etter utskrivningen fra sykehus. Og noen bekymrer seg over hvordan det skal gå når de kommer hjem, mens andre regner med at ting ordner seg. På dette grunnlag er det vanskelig å forhåndsbestemme hva som er viktig å legge vekt på i det enkelte tilfelle, selv om operasjoner og typen inngrep alltid setter visse rammer for fysioterapivirksomhet. Journalene basert på avkrysningsmaler fungerer først og fremst

<sup>4</sup> Dette krevde tillatelse fra pasienten, noe jeg umiddelbart fikk da jeg kontaktet ham.

som en dokumentasjon på *at* pasientene har vært i kontakt med en fysioterapeut, siden lite etterspørres om innhold og tilpasning i behandlingen.<sup>5</sup>

At det ikke var utarbeidet egne journalmaler på revmatologisk avdeling, kan være en faktor av betydning for å forklare den avdelingsinterne variasjon på tekstene derfra.

Det var fysioterapeutene selv som hadde utarbeidet malene, og utformingen henger rimeligvis sammen med klientell og arbeidskontekst. Utviklingen i sykehussektoren generelt er kjennetegnet ved krav om økning i antall behandlede pasienter og redusert liggetid. Effektivitetskravene gjør seg ikke minst gjeldende på ortopedisk avdeling med nye operasjonsmetoder og vekt på tidlig aktivisering og informasjonsvirksomhet.

Som vi har sett, mente fysioterapeutene selv at journalmalene for nyopererte pasienter var nyttige, samtidig som de pekte på farene for å misbruke slike maler med det resultat at fysioterapi fremstår som rutinepreget praksis (1).

Oppsummerende kan det sies at flere forhold forsterker hverandre, og bidrar til å styre fagutøvernes faglige oppmerksomhet og journalføring.

### Undersøkelser - vurderinger - tilpasninger

Når fysioterapeuter og pasienter møtes på et sykehus har det foregått flere former for utredning på forhånd: Pasientene har vært innom allmennlege, og alle har blitt undersøkt av spesialist(er).

Å definere helseproblemer har tradisjonelt vært legers domene. Men fysioterapeuter har lenge påpekt at medisinske diagnoser er et uegnet grunnlag for valg av fysioterapibehandling, og at det er nødvendig å foreta egne undersøkelser rettet mot pasienters funksjonsproblemer (se for eksempel 4-7). Som redegjort for, varierer

tekstmaterialet når det gjelder synliggjøring av fysioterapeuters vurderingskompetanse. En del journaler omtaler undersøkelser, funksjonsvurderinger og individualisering, andre gjør det ikke.

Det er selvsagt uaktuelt å foreta grundige undersøkelser når pasienter er innlagt få dager for å få utført en operasjon eller når terapeuten kommer inn i bildet rett før pasienten skal utskrives. Men det er mulig å observere pasienter og foreta tilpasninger *mens* informasjon gis og utveksles, og i forbindelse med instruksjon. Det er slike observasjoner og tilpasninger man kan forvente at profesjonelle utøvere nedtegner i pasientjournalen.

Utgangspunktet i studien tas i fysioterapi som profesjonell virksomhet (1). Tekstguiden der undersøkelse inngår, kan sies å være for omfattende som grunnlag for å vurdere journaler fra alle slags arbeidssituasjoner. Når terapeuter har liten tid til rådighet, er det mer snakk om den form for undersøkelse som er innvevd i behandlingen, og ikke en selvstendig utført undersøkelse.<sup>6</sup> Tilsvarende kan sies om gruppeopplegg og trening. Det er sannsynligvis uaktuelt å undersøke alle pasienter individuelt før man starter grupper og treningsopplegg. Det sentrale å holde fast ved er at profesjonell praksis er kjennetegnet ved at handling og forståelse er knyttet sammen og derfor preget av vurderinger og tilpasninger - uansett tidspress og arbeidsoppgaver.<sup>7</sup>

I intervjuene ble fagspesifisitet fremholdt; alle informantene sa på ulike måter at det er essensielt å få frem det som skiller fysioterapi fra andre yrkesgruppers virksomhet. Men det er bare deler av tekstmaterialet som formidler vurderinger av det som først og fremst forbindes med fysioterapi: funksjonelle sammenhenger. På denne bakgrunn skal vi ta et kort tilbakeblikk på noen av eksemplene som er presentert i disse artiklene.

### Fagforståelse og funksjonsorientering

I flere journaler omtales forskjellige former for funksjo-

<sup>5</sup> Illustrerende i så måte er punktene om behandling, jf. "om og når" og hvor ofte fysioterapeuten har vært hos pasienten (1).

<sup>6</sup> Det samme kan sies om tekstguidens punkter om behandling (1) siden mange pasienter skrives ut etter kort tid og noen er innlagt for observasjon.

<sup>7</sup> Når det gjelder pasienten med ALS fremgår det ikke i journalen om hun hadde fått fysioterapibehandling før og etter ryggoperasjonen. Men i forlengelse av denne pasientens historie er det nærliggende å reflektere over fysioterapeuters rolle og kompetanse med hensyn til differensialdiagnostikk og over hva som skrives om funksjonsvurderinger i journaler.

nelt samspill. Det dreier seg om endrete forutsetninger for motorisk kontroll, om reduksjon i muskelstyrke og/eller tap av sensibilitet, og hvordan slike endringer virker inn på pasientens bevegelser og kroppsbruk generelt og på belastning av ulike kroppsdelene. Disse tekstene inkluderer – i varierende grad - beskrivelser og vurderinger av pasientenes bevegelsesløsninger og funksjonelle forhold i kroppen som helhet.

Sammenhenger av en annen type kommer til uttrykk i en konklusjon der forholdet mellom nære relasjoner, hverdagsliv og kroppslig funksjon tas opp/omtales.<sup>8</sup> Spesielt tankevekkende er eksempel 2 over, der pasienten var innlagt for utredning med ukjent diagnose. Det fremgår at han var alvorlig syk - somatisk og psykisk, men i fysioterapeutens tekst gjøres det ikke forsøk på å kople kroppslige og psykiske forhold sammen. Hva hennes journalnotater *ikke* inneholder, ble spesielt tydelig når notatene fra sosionomen tas i betraktning.

Denne journalen aktualiserer to spørsmål: Det ene er knyttet til sykdomsforståelse, det andre til hvordan fysioterapeuter skal forholde seg til henvisninger de møtes med.

Terapeuten ble i dette tilfellet kontaktet med ønske om "opptrening av pasienten". Hun laget et treningsopplegg, og slik sett fulgte hun henvisningen. I omtalen av dette opplegget viser hun til ønsker fra pasienten, mens hennes egne valg og vurderinger er lite synlige. Hvis man legger et profesjonsteoretisk perspektiv til grunn, kan man etterlyse mer av hennes faglighet. Flere spørsmål melder seg: Hvem bestemte hva pasienten trengte og på hvilke grunnlag? Hva var avgjørende for at fysioterapeuten ble trukket inn i forhold til trening og ikke behandling, for eksempel? I journalen viser terapeuten til at pasienten "har mistet mye krefter og muskelmasse" som begrunnelse for henvisningen om trening. Videre får vi vite at pasienten er til utredning, men fysioterapeuten tilskrives ikke – og *tilskriver ikke seg selv* - en rolle i den sammenheng.

Som kontrast vil jeg minne om eksemplet med muskeltestingen (1) der terapeuten tilskrev seg selv et vurderingsansvar. Han gjennomførte muskeltestingen som

ble forventet av han, men han begrenset seg ikke til det: Han undersøkte pasienten og uttalte seg om hennes behandlingsbehov. Han understreket også muntlig at det er viktig å ta stilling til henvisninger, og ikke følge dem slavisk (1).

Når det gjelder sykdomsforståelse reiser eksemplet med mannen som slet med angst og redusert allmentilstand spørsmål av fundamental betydning i et fag som fysioterapi.

At sosionomen skrev om sammenhenger mellom kropp og følelser mens fysioterapeuten og legen – som betraktes som en form for "kroppseksperter" – ikke gjorde det, er bemerkelsesverdig. Det er også overraskende sett på bakgrunn av mange års kritikk av det rådende kroppssyn i vestlig helsetjeneste der kroppen skilles fra menneskelig erfaring, og sykdom betraktes som et rent naturvitenskapelig anliggende (8-10).

For å kaste lys over terapeuten faglige orientering, er det relevant å trekke inn det statushierarki som knytter seg til sykdom i vårt samfunn, der somatiske sykdommer rangerer høyere enn psykiske lidelser (11). Det hører også med å nevne fysioterapifagets historie og nære tilknytning til medisin som tradisjonelt har presentert seg som en naturvitenskapelig disiplin. I tillegg kommer arbeidskonteksten inn i bildet - en avdeling på et somatisk sykehus.

Fagutøvere møter pasienter på bestemte avdelinger der de er innlagt på grunn av bestemte plager og lidelser. I dette tilfellet var pasienten innlagt for utredning, og valg av avdeling var neppe tilfeldig. Revmatologi dreier seg om systemsykdommer, noe som i seg selv skulle tilsi et bredt anlagt blikk.

Sykehus inndelt i avdelinger ut fra medisinske spesialiteter vil uunngåelig legge føringer på fagutøvers tenkning og praksis. Men man kan aldri ta for gitt at pasienter som er innlagt på en avdeling bare har plager som passer til denne avdelingens spesialkompetanse, eller at klientellet på somatiske sykehus bare har somatiske helseproblemer, mens de som befinner seg på psykiske institusjoner bare har psykiske lidelser. Uansett arbeidssted,

<sup>8</sup> Se igjen eksempel 2 fra nevrologisk avdeling (1).

kan man møte pasienter med flere og sammensatte problemer som ikke passer inn i helsevesenets struktur og sykehusenes inndelinger. Hva så med denne argumentasjonen i forhold til sosionomen? Hvordan kunne hun operere med en annen tenkning? Her er det nærliggende å vise til at leger og fysioterapeuter hører med til basispersonalet i somatiske sykehus, mens sosionomer har en mer perifer rolle i det daglige arbeidet. Og gjennom utdanning er sosionomer først og fremst sosialisert til å forholde seg til psykososiale problemer. Man kan derfor anta at det tradisjonelle sykdomshierarkiet er noe de er opplært til å forholde seg kritisk til.

Men det som er og blir tankevekkende - og overraskende, er at sosionomen formidler på en selvfølgelig måte sammenhenger mellom kropp og følelser, funksjon og livssituasjon, mens slike sammenhenger er fraværende i fysioterapeutens (og legens) tekst. Både ut fra klinisk erfaring og litteratur skulle man tro at alle var kjent med at angst er forbundet med kroppslige tegn som hjertebank, respirasjonsbesvær og økt sympatikusaktivitet generelt (12-17), og tilsvarende kunne man forvente at slik kunnskap ble aktivt brukt i møter med pasienter.

Her har jeg konsentrert refleksjonene om en bestemt journal, men den illustrerer noe allment i dokumentasjonen fra denne studien, nemlig at terapeutene utviser en generell tilbakeholdenhet overfor pasienters livserfaringer – slik de kommer til uttrykk *både* verbalt og kroppslig. Et spørsmål som melder seg i forlengelsen av eksemplet er dette: Har ikke fysioterapeuter noe å bidra med i utredningen av personer med redusert allmenntilstand og angst?

Vi skal nå dvele litt mer ved den forsiktigheten som terapeutene utviser når det gjelder pasienters erfarings- og meningsverden.

### Journalføring og utvelgelse

Når vi leser en journal regner vi med at det som står der ikke er tilfeldig, men et resultat av bevisste valg. Det som er nedfelt på papiret styrer leseres oppmerksomhet, og de kan ikke vite noe om forhold som ikke omtales. Dermed kan det skrevne lett oppfattes som det viktigste.

Helsepersonell leser hverandres tekster og bygger på det som står det. Det tilsier en viss tilbakeholdenhet i skrift. Men det kan ikke være ensbetydende med at man skal

utelukke livserfaringer og pasienters meningsverden, bekymringer og problemer fra pasientjournaler. Slike forhold har også – i varierende grad og på ulike måte – kroppslige og helsemessige konsekvenser.

Alt som sies og fortelles i møter mellom pasienter og fagutøvere egner seg imidlertid ikke på trykk. En del privat og personlig informasjon kan med fordel bli mellom enkeltpersoner. Poenget for mange pasienter er å få satt ord på erfaringer overfor en person som lytter. Men det er nærliggende å stille spørsmål ved den utvelgelsen om er foretatt i det innsamlete tekstmaterialet.

I intervjuene ble det bekreftet at samtlige terapeuter var forsiktige med å uttale seg om pasienters sosiale situasjon og deres problemer i livet. Begrunnelsene kan sammenfattes slik: Det gjaldt å unngå repetering, de ville unngå å skape assosiasjoner til psykiske lidelser, og de fant en del allmennmenneskelige reaksjoner som selvsagte – og unødvendig å nedtegne. Disse begrunnelsene er lette å forstå, men ikke uproblematiske. Å unngå repetisjoner er viktig for at journaler skal fungere i travle hverdager. Samtidig er det en fare forbundet med å bare konsentrere seg om fagspesifikke forhold. Da risikerer man at sentrale sider ved pasienters helseproblemer og situasjon ikke omtales av noen.

At terapeutene var opptatt av ikke skape assosiasjoner til psykiske lidelser, er forståelig på bakgrunn mye lettvent psykologisering i vår tid. Men her berøres et vanskelig spenningsforhold mellom hva som er psykiske lidelser og hva som er allmennmenneskelige reaksjoner, følelser og problemer. Dessuten er det grunn til å anta at fysioterapeuter – som fagutøvere generelt, har tendens til å se bort fra forhold de selv føler at de ikke kan gjøre noe med.

All form for profesjonell virksomhet innebærer en balansering mellom generelle og spesielle forhold, men tyngdepunktet kan variere sterkt. En kommentar om pasienten med ALS hører med her. I journalen brukes ord som "livskvalitet" (jf. mål for behandlingen), og "livsmot" fremholdes i intervjuet. Begge ord viser til grunnleggende viktige aspekter i arbeidet med personer som har livstruende sykdom. Eksemplet gjør det tydelig at fysioterapi er et humanistisk anliggende, og at det fagspesifikke ikke alltid er det mest sentrale i møter med pasienter.

I kommentarene som følger eksemplet over, har jeg pekt på at livsmot ble understreket muntlig, men ikke nevnt skriftlig. Det kan innvendes at dette er en bagatell. Men mitt anliggende i disse artiklene er å skape refleksjon over journalføring generelt – også over hva man velger å ta inn i journaler og hva man utelater, og videre hva som gjøres bevisst og hva som bare "skjer" ureflektert.

### Forholdet mellom praksis og skrift

En del journaler utmerker seg ved å være praksisnære i den forstand at de er organisert i tråd med hva som kjennetegner konkret praksis: Flere ting skjer samtidig. I disse tekstene er pasientens og terapeutens bidrag plassert nært hverandre, og pasientens utsagn omtales i tilknytning til kliniske observasjoner og vurderinger. Dermed fremstår ikke pasientenes erfaringer "bare" som subjektive, usikre og upålitelige, men som en sentral informasjonskilde i seg selv og som utgangspunkt for terapeutens videre handlinger og valg. Fysioterapi presenteres med andre ord som dynamisk og kommunikativ virksomhet, og det etableres forbindelser mellom ulikeartede informasjon.<sup>9</sup> Dette viser betydningen av å ha et blikk for organisering også når innholdet i tekster er tema.(1).

Disse praksisnære tekstene skiller seg fra konvensjoner når det gjelder organisering av stoffet. I mange lærebøker er SOAP-oppsettet (forkortelse for subjective, objective, assessment, plan) anbefalt som modell for journalføring (18). Det betyr at informasjon fra samtalen med pasienten (det "subjektive") samles ett sted og skilles fra kliniske observasjoner og funn (det "objektive").

Når deler av tekstmaterialet i denne studien ikke følger tradisjonelle normer for journalføring, men er preget av det som kjennetegner konkret fagutøvelse i fysioterapi, blir det nettopp tydelig at fysioterapi dreier seg om forhold som krever kliniske og direkte samhandlingsmåter. En side ved denne praksisnære måten å skrive på er verdt å fremheve i en tid da det snakkes mye om brukermedvirkning: *Både* pasient og terapeut fremstår som aktive deltakere.

I fysioterapi er det spesielt utfordrende å skrive på måter som yter praksis rettferdighet fordi samtaler, instruksjoner, bevegelser og hands-on virksomhet er flettet i hverandre. Når man skriver kan man bare uttale seg om en ting ad gangen, og setningen følger *etter* hverandre. Det er også lettere å skrive ned et resultat av en test, det være seg et laboratoriefunn eller tall fra en VAS (visual analoge scale)-skala, enn å formulere seg om pasienters bevegelsesmønstre og belastningsforhold.

### Forskningsprosessen

Som redegjort for omfatter studien to datakilder, med innsamlede journaler som hovedkilde og intervju som supplement. Videre er det er journalenes innhold som er studiens omdreiningspunkt i et funksjonsorientert profesjonsperspektiv (1).

Arbeidsprosessen har vekslet mellom oversiktslesning og nærlesning. Jeg leste gjennom journalene fra én avdeling av gangen. På denne måten ble det lettere å først se fellestrekk og forskjeller ved journalene internt på en avdeling, og deretter lese dem med et litt annet blikk når jeg hadde fått en nytt sammenligningsgrunnlag. Hva som var del og hva som var helhet varierte med andre ord underveis i arbeidet. Pendlingen mellom del og helhet gjaldt også den enkelte tekst med tanke på å se etter indre sammenheng, der hvert tekstelement ble sett i forhold til de øvrige elementer og til teksten som helhet.

"Hermeneutisk sirkel" er et kjent begrep som viser til den stadige pendlingen mellom del og helhet som kjennetegner tekstfortolkning (19-22). I den tidlige hermeneutikk lå vekten på relasjonen mellom del og helhet innenfor teksten. I dag har tanken om den hermeneutiske sirkel fått en utvidet betydning. Nå inkluderes tolkeren selv i sirkelen ut fra en erkjennelse av at enhver leser med et bestemt blikk. Dermed bringes tolkerens perspektiver og forståelse inn hele arbeidsprosessen.

Da jeg startet hadde jeg ingen klare forestillinger og forventninger om hva jeg ville møte i journalene. Jeg visste

<sup>9</sup> Typiske eksempler er journalene til pasientene med "polyneuropati" og "myositis fibrosa" i forrige artikkel og eksempel 1 i teksten over.

at journalmaler benyttes hyppig i sykehussektoren, og ut fra kjennskap til dagens sykehusvesen regnet jeg med at journalføring er en oppgave som lett forskyves til fordel for direkte pasientarbeid. Jeg håpet imidlertid at tekstene ville gjenspeile fysioterapeutens selvpresentasjon som selvstendige fagutøvere. I artiklene har jeg forsøkt å skrive slik at studiens anliggende, og mine valg og vurderinger kommer frem underveis, og dermed kan leserne følge prosessen. Dette er i samsvar med hva som fremheves i forskningslitteraturen (22-24).

Ellers har min egen fag- og kunnskapsbakgrunn vært bestemmende for alle faser i prosessen. Studiens forskningsfokus er preget av at jeg i mange år har vært opp-tatt av fysioterapi som klinisk og profesjonell virksomhet, og av å forankre faget teoretisk. Erfaring fra flere tiårs undervisning og klinisk arbeid har kommet godt med underveis, da grundig kjennskap til fagfeltet er en forutsetning for å foreta innholdsanalyser av journaler. Denne erfaringen har også lært meg at journalskriving er en oppgave de fleste strever med.

Det viste seg nyttig å inkludere intervju med forfatterne av tekstene. Intervjuene har hatt verdi i seg selv, og de har bidratt til å validere tekstanalysene. At intervjuene tok utgangspunkt i konkrete tekster var avgjørende. Det åpnet døren for å tenke høyt sammen, og samtalene bekreftet at journalene var typiske for de aktuelle avdelingene og for den enkelte skribent.

Å dele fagbakgrunn med informanter har åpenbare fordeler, men også ulemper ved at man har lett for å ta ting for gitt. I ettertid ser jeg at det er forhold jeg kunne gått grundigere inn i og utsagn jeg kunne fulgt opp bedre.

Av tidsmessige grunner måtte jeg avslutte datainnsamlingen før de planlagte antall journaler forelå. Ellers var det overraskende at de terapeutene som skrev journaler mens studien pågikk, ikke ble påvirket av deltakelsen. Jeg antok i utgangspunktet at de vil tilpasse sine tekster på en eller annen måte. Det synes imidlertid ikke å være tilfelle. Dette sies både på grunnlag av at tekstene hadde individuelle særpreg, og ut fra terapeutens egne ord i formelle og uformelle sammenhenger.

### Artikkelskriving

Med disse artiklene har jeg ønsket å vise bredden og hovedmønstrene i tekstmaterialet. Første artikkel var konsentrert om det mest uttalte mønsteret i materialet:

forskjellene på journalene avdelingene imellom. I denne andre artikkelen er fellestrekk på tvers av avdelingene skissert, sammen med journaler som illustrerer spesielle utfordringer knyttet til faglig orientering og yrkesrolle.

I begge artikler følges det empiriske materialet av kommentarer og betraktninger underveis. Det er i tråd med kjennetegn for kvalitativ forskning (22-24). Videre er det et bevisst valg at jeg har presentert flere journaleksempler med relativt omfattende utdrag. I kvalitativ forskning legges det vekt på fylldige fremstillinger av primærmaterialet for å få frem detaljer og sammenhenger. En slik tilnærming gir også leserne større mulighet til å følge forskningsprosessen. Det kan dessuten være lærerikt å lese andre journaler.

For å gi leserne innblikk i hva informantene sa om de tekstene de selv hadde skrevet, har jeg i hovedsak trukket inn intervjudata i tilknytning til de enkelte journalene. Med vilje er intervjuene fremstilt slik at de har samtalepreg. Det er i overensstemmelse med hvordan de forløp.

### FREMTIDIGE UTFORDRINGER

I årene som kommer vil skriftlig kommunikasjon sannsynligvis spille en stadig større rolle i helsevesenet som i samfunnet for øvrig. Ut fra dagens utvikling kan man anta at pasientjournalen oftere vil være et dokument til bruk i kvalitetssikring og forskning, som i juridiske sammenhenger. Journalers primære funksjon er imidlertid å sikre den enkelte faglig forsvarlig helsehjelp. Det er med utgangspunkt i dette primære målet at journaler også kan fylle andre funksjoner. Det er derfor essensielt at de faglige observasjoner og handlinger, valg og vurderinger som i konkret praksis tillegges vekt også står frem som viktige og betydningsfulle i skrift.

På bakgrunn av kjennetegn ved fysioterapi og funn fra denne studien vil jeg peke på noen spesielle utviklingstrekk i helsevesenet med stor betydning for fysioterapi som klinisk og profesjonell virksomhet.

Dagens sykehus er preget av høye krav til effektivitet med stor gjennomstrømning av pasienter og stadig kortere sykehusopphold for den enkelte. Denne utviklingen har konsekvenser på mange områder og plan.

Blant annet er det i dag en økende tendens til at infor-

masjonsvirksomhet erstatter klinisk virksomhet. Dette har uunngåelig innflytelse på hva som vektlegges i fysioterapi praksis og hva som formidles i pasientjournaler. I dette klima kan man også risikere at andre yrkesgrupper overtar oppgaver som fysioterapeuter tradisjonelt har tatt seg av. Jo mer standardisert en virksomhet er, desto lettere kan den overtas av andre. I dag er det derfor spesielt viktig at fysioterapeuter får frem hva de kan bidra med til forståelse og behandling av pasienters helsetilstander - i pasientjournalen som i andre sammenhenger.

### KONKLUSJON

I to påfølgende artikler er det redegjort for sentrale funn fra en innholdsanalyse av fysioterapeuters journaler ved tre avdelinger i et somatisk sykehus i Norge, supplert med intervju.

Tekstanalysene viser stor variasjon i det innsamlede materialet. Det er markerte forskjeller på journalene fra de tre avdelingene som inngår i studien, og materialet som helhet representerer ytterpunkter. På den ene siden omfatter det journaler der fysioterapi fremstår som profesjonell virksomhet, men studien inkluderer også tekster som er standardpregete og knappe med hensyn til funksjonelle forhold og kliniske vurderinger. Gjennomgående er meningsaspektet i pasientenes liv lite fremtredende. Intervjuene underbygger i all hovedsak den informasjon som formidles i journalene, men informantere fremholder enkelte forhold som viktige uten at dette gjenspeiler seg i deres tekster. I forlengelsen av studien pekes det på utviklingstrekk med omfattende implikasjoner for fysioterapi som klinisk og profesjonell virksomhet.

## LITTERATUR

1. Thornquist E. *Pasientjournaler i fysioterapi – en sykehusundersøkelse. Del I.*
2. Chou R. et al *Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical guideline Ann Intern Med* 2007; 147:478-91.
3. Chou R. et al. *Surgery for low back pain. A review of the evidence for an American Pain Society clinical practice guideline. Spine* 2009; 34 (10): 1094-1109.
4. Rose SJ. *Physical therapy diagnosis: role and function. Physical Therapy* 1989; 69: 535-7
5. Sahrman SA. *Diagnosis by the physical therapist - a prerequisite for treatment. Physical Therapy* 1989; 68: 1703-06.
6. Broberg C. *Ställer sjukgymnaster diagnos? Sjukgymnasten* 1996; (8):33-5.
7. Thornquist E. *Diagnostics – processes, patterns and perspectives. Adv Physiother* 2001; 3 (4):140-50.
8. Lock M, Gordon D. *Biomedicine examined. Dordrecht: Kluwer, 1988.*
9. Ten Have HAMJ, Kinsma KG, Spicker ST. *The growth of medical knowledge. Dordrecht Kluwer Academic Publishers, 1990.*
10. Leder D. *The body in medical thought and practice. Dordrecht Kluwer Academic Publishers, 1992.*
11. Album D. *Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127-33.
12. *ICD-10. International Classification of Diseases. WHO, 2005.*
13. Bowen RC, Senthilselvan A, Barale A. *Physical illness as an outcome of chronic anxiety disorders. Can J Psychiatry* 2000; 45 (5):459-64.
14. Wilhelm FH, Gevirtz R, Roth WT. *Respiratory dysregulation in anxiety, functional cardiac, and pain disorders. Behav Modif* 2001; 25 (4):513-45.
15. Wilhelm FH, Trabert W, Roth WT. *Physiological instability in panic disorder and generalized anxiety disorder. Biol Psychiatry* 2001; 49 (7):596-605.
16. Masaoka Y, Jack S, Warburton CJ, Homma I. *Breathing patterns associated with trait anxiety and breathlessness in humans. Jpn J Physiol* 2004; 54 (5):465-70.
17. Mc Ewen BS, Wingfield JC. *The concept of allostasis in biology and biomedicine. Horm. & Behav.* 2003; 43:2-15.
18. Weed LL. *Medical records, medical education and patient care. Chicago: Chicago Yearbook Medical Publishers, 1971.*
19. Krogh T. *Historie, forståelse og fortolkning. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.*
20. Couldthard M, ed. *Advances in written text analyses. London: Routledge, 1994.*
21. Ricoeur P. *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.*
22. Thornquist E. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori - for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.*
23. Becker H. *Tricks of the trade: How to think about your research while you're doing it? Chicago: Chicago University Press, 1998.*
24. Denzin N.K., Lincoln Y.S. *The Sage handbook of qualitative research. 3<sup>rd</sup>ed. Thousand Oaks: Sage, 2005.*