

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 I

Denne første artikkelen er viet forskjellene på avdelingsnivå, med vekt på presentasjon av typiske journaler for hver avdeling. I neste artikkel skisseres fellestrekk på tvers av avdelingene, og det redegjøres for journaler som illustrerer spesielle fysioterapifaglige utfordringer.

Artikkelen avsluttes med en samlende diskusjon av sentrale funn og sammenhenger der fysioterapeuters vurderingskompetanse står i sentrum.

INNLEDNING

Pasientjournaler har en nøkkelfunksjon i helsetjenesten. De skal sikre at pasienter får faglig forsvarlig helsehjelp og at tiltak koordineres. Journaler skal med andre ord fungere som informasjonskilde og kommunikasjonsmiddel i arbeidet med den enkelte pasient. I tillegg brukes de i kvalitetssikring og forskning. I dagens samfunn spiller journaler dessuten en rolle i juridiske sammenhenger.

Journalføring er en viktig oppgave for fysioterapeuter som for annet autorisert helsepersonell. Det er derfor av interesse å gjøre deres nedtegnelser i pasientjournaler til gjenstand for nærmere undersøkelse.¹

To påfølgende artikler er basert på en studie der journaler fra tre avdelinger ved et større somatisk sykehus i

Norge er samlet inn, supplert med intervju av fysioterapeuter. Følgende problemstilling tas som utgangspunkt: Hva slags opplysninger og vurderinger inneholder fysioterapeuters journalnedtegnelser om pasientens helseproblemer og den behandling som er gitt?

I tillegg til at det har egenverdi å dokumentere kjennetegn ved sykehusfysioterapeuters journaler, ønsker jeg å bidra til refleksjon over journalføring i en tid da skriftlig kommunikasjon spiller en stadig større rolle i helsevesenet.

FORSKNINGSFOKUS OG PERSPEKTIVER

Lov- og regelverk knyttet til journaler er noe forskjellig i ulike land, og helsepersonell må forholde seg til formalitetene i sine respektive land. Her vil jeg fremholde noen felles krav i tråd med allmenne konvensjoner på feltet.

¹ Det foreligger få studier om journaler i fysioterapi nasjonalt og internasjonalt, og ingen dreier seg om innholdsanalyser. Omfattende litteratursøk i relevante databaser er gjennomført. Jeg har også forhørt meg med andre som har foretatt søk med samme resultat.

Figur 1. Kjennetegn ved journalene på avdelingsnivå.

Nevrologisk avdeling	Ortopedisk avdeling	Revmatologisk avdeling
<ul style="list-style-type: none"> saksopplysninger og vurderinger av kliniske og funksjonelle forhold 	<ul style="list-style-type: none"> saksopplysninger og prosedyreorientering 	<ul style="list-style-type: none"> ytterpunkter – fra saksopplysninger og prosedyreorientering til funksjonelle vurderinger

Journaler skal gi svar på hvem som har gjort hva og når. Det betyr at journaler skal føres fortløpende, dateres og underskrives. For at journaler skal fylle sin funksjon i en travel hverdag, skal de være oversiktlige og relativt kortfattede slik at de er lette å finne frem i. Når det gjelder innhold skal fagutøvere nedtegne hva de anser relevant og nødvendig med hensyn til de undersøkelser og den behandling de selv er ansvarlig for. Dessuten skal eventuell oppfølgende behandling nevnes.

I studien som disse artiklene er basert på, er journalenes innhold det sentrale omdreiningspunkt med spesiell oppmerksomhet rettet mot hva som skrives om bevegelser, funksjonelle forhold og kliniske vurderinger. Dette forskningsfokuset er valgt ut fra kjennetegn ved fysioterapifaget, og på bakgrunn av at fysioterapeuter presenterer seg som profesjonelle fagutøvere. Profesjonell virksomhet innebærer at handling og forståelse knyttes sammen (1-3). Det tilsier at fagutøvere handler, (re)vurderer og justerer sine handlinger ut fra hva som skjer i den enkelte situasjon med den enkelte pasient. Sagt med andre ord, kontinuerlig tilpasning og vurdering er en integrert del av slik praksis.

Jeg har derfor sett etter om fysioterapeutene omtaler egne undersøkelser, og i hvilken grad valg og tilpasninger til den enkelte pasient formidles skriftlig. Kort sagt, jeg har hatt et skjerpet blikk for individualisering.

En tekstguide er utarbeidet til bruk i bearbeiding og analyse av journalene. Den inneholder følgende punkter:

- i) undersøkelse av pasienten,
- ii) konklusjon på undersøkelsen,

- iii) mål for og valg av behandling,
- iv) behandlingsforløp og sluttstatus,
- v) videre oppfølging.

Et vesentlig spørsmål i forhold til alle slags tekster er knyttet til utvalgelse. Ikke minst gjelder det journaler der det må økonomiseres med plassen. På denne bakgrunn er det viktig å identifisere eventuelle mønstre med hensyn til hva fysioterapeutene skriver om, og hva de ikke skriver om.

Journalene er også lest med et blikk på hvordan de er bygget opp, siden tekstorganisering ikke bare er et tillegg til innhold, men er selv med på å skape innhold og styre leseres oppmerksomhet (4,5).

MATERIALE OG METODE

Datainnsamlingen har foregått på avdelinger der fysioterapeuter vanligvis arbeider: nevrologisk, ortopedisk og revmatologisk avdeling.

En forutsetning for hele studien var at pasientene tillot innsyn i journalene. Fysioterapeutene tok selv telefonisk kontakt med de pasientene som de sist hadde skrevet om. Muntlig informasjon om prosjektet ble gitt i den forbindelse. Pasientene ble deretter tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring. Ingen pasienter sa nei, men det var nødvendig med purring til enkelte. Ni fysioterapeuter deltok i studien, tre fra hver avdeling.² Tekstmaterialet består av 67 journaler, fordelt med 26, 24 og 17 fra henholdsvis nevrologisk, ortopedisk og revmatologisk avdeling.³

² Informantene var utdannet i Norge, alderen var 25-46 år og syv av dem var kvinner.

³ Planen var å innhente 10 journaler fra hver fysioterapeut skrevet før studien startet. På én avdeling synes terapeutene det var vanskelig å ta kontakt med de aktuelle pasienter som var eldre og alvorlig syke. Vi ble enige om å inkludere journaler til de pasientene som var til behandling på det aktuelle tidspunkt. Av tidsmessige grunner måtte datainnsamlingen avsluttes før det ønskete antall journaler var oppnådd. Prosjektplanen er forelagt den aktuelle regionale komité for medisinsk forskningsetikk som "ikke ser noen etiske betenkeligheter ved gjennomføringen av prosjektet", og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Figur 2. Faglig orientering på avdelingsnivå.

	Nevrologisk avdeling	Ortopedisk avdeling	Revmatologisk avdeling
Hovedmål	<ul style="list-style-type: none"> • re-læring av bevegelser og selvhjulpenhet 	<ul style="list-style-type: none"> • hensiktsmessig leddbelastning 	<ul style="list-style-type: none"> • hensiktsmessig leddbelastning
Hovedfokus	<ul style="list-style-type: none"> • kroppslig samspill • bevegelseskvalitet og funksjonsnivå 	<ul style="list-style-type: none"> • lokal orientering 	<ul style="list-style-type: none"> • ytterpunkter – fra ensidig lokal til mer helhetlig orientering
Vektlegging og virkemidler	<ul style="list-style-type: none"> • tilpasset bruk av stillinger/ bevegelser/ aktiviteter • hands-on/ guiding • valg og tilpasning av tekniske hjelpemidler 	<ul style="list-style-type: none"> • informasjon og instruksjon • tilpasning av tekniske hjelpemidler 	<ul style="list-style-type: none"> • ytterpunkter – fra informasjon og instruksjon til behandling • valg og tilpasning av tekniske hjelpemidler

Journalene ble lest og vurdert ut fra studiens problemstilling, tekstguide og perspektiver. Hovedprinsipper for hermeneutisk teksttolkning ble fulgt, hvilket innebærer en dynamisk pendling mellom del og helhet (6-8). Tekstene fra en avdeling var først den helhet som hver journal ble sett i forhold til, og disse journalene var i sin tur en del i forhold til det totale materialet, mens hver pasientjournal representerte helheten for hvert enkelt tekstelement. Vekt er lagt på å identifisere fellestrekk og forskjeller, særtrekk og mønstre i det innsamlete materialet.

I tillegg ble intervju med fysioterapeutene gjennomført. Hensikten med dem var å få innblikk i terapeutenes synspunkter og betraktninger over egne tekster, samt i deres erfaringer og tanker om journalføring generelt. Intervjuene var derfor semistrukturerte (9,10) og utgangspunkt ble tatt i kjennetegn ved hver journal. En intervjuguide fungerte som ledetråd der konkrete spørsmål var knyttet til hvert av punktene i tekstguiden. Lydbånd ble benyttet, og intervjuene er transkribert. Studien har med andre ord to datakilder, men det er tekstene som er studiens hovedanliggende.

RESULTATER OG REFLEKSJONER

Tekstmaterialet viser stor variasjon: Det er markerte forskjeller på journalene fra de tre avdelingene som

inngår i studien, men det er også individuelle forskjeller og fellestrekk på tvers av avdelingene.⁴

Denne første artikkelen er viet forskjeller på avdelingsnivå med et oversiktsbilde etterfulgt av journaleksempler. I neste artikkel skisseres fellestrekk på tvers av avdelingene, og vi skal dvele ved journaler som illustrerer spesielle fysioterapifaglige utfordringer.

EN OVERSIKT – TRE AVDELINGER

Nevrologisk avdeling

I journalene fra denne avdelingen fremgår det at fysioterapeutene har foretatt egne undersøkelser, og pasientenes hovedproblemer skisseres i en konklusjon. Mål for behandling inkluderes, oftest i stikkordsform. Behandlingen omtales ofte kortfattet, andre ganger beskrives valg, tilpasninger og vurderinger. Individualisering er relatert både til undersøkelse og behandling. Oppfølgende behandling nevnes i alle journalene.

Det er pasientens belastnings- og bevegelsesmåter som vies mest oppmerksomhet i disse tekstene, med vekt på postural kontroll, kroppssymmetri og funksjonelle forhold i kroppen som helhet. Bruk av hjelpemidler nevnes alltid, og tilpasning av dem omtales ofte.

Journalene er basert på maler med punkter for fritekst

⁴ En av artiklene som er publisert fra studien tidligere, er viet språkbruken i journalene. De to andre er konsentrert om forskjellene på avdelingsnivå (11-13). Noen av eksemplene som brukes i disse artiklene her er nevnt tidligere, men inngår i en annen sammenheng, og hoveddelen av materialet er ikke publisert tidligere.

der terapeutene har fylt ut med opplysninger og vurderinger i egne ord. Lengden varierer fra en knapp til vel to sider, og stoffet er inndelt på en oversiktlig måte.

Ortopedisk avdeling

Journalene for dette klientellet har sparsomt med opplysninger om kliniske og funksjonelle forhold. Pasientens sykehistorie og symptomer gis noe plass, men det står lite om vurderinger av og tilpasninger til den enkelte pasient. Oppfølgende behandling nevnes i alle journalene.

Journalene er basert på maler som hovedsakelig består av ferdig formulerte setninger med utfyllings- og avkrysningspunkter. Opplysningene som etterspørres er direkte relatert til de operative inngrep som er foretatt. Her inngår hjelpemidler. Tekstene er oversiktlige, men standardpregete med en lengde på omtrent en side.

Revmatologisk avdeling

Markerte forskjeller kjennetegner tekstmaterialet fra denne avdelingen. Noen journaler er korte og prosedyreorienterte, andre inneholder vurderinger av klinisk og funksjonell art med fokus på forhold knyttet til vektbæring, bevegelseskvalitet og leddbelastning. Oppfølgende behandling og hjelpemidler nevnes i de fleste tilfeller.

De lengste journalnotatene er organisert punktvis, de korteste er uten inndelinger. Lengden varierer fra tre linjer til to sider.

I lys av tekstguiden, kan følgende mønster skisseres: Alle punktene kan fylles ut når det gjelder journalene fra nevrologisk avdeling, men bare noen for ortopedisk klientell og informasjonen her er knapp. Den interne forskjellen på tekstmaterialet fra revmatologisk avdeling innebærer at noen tekster har lite informasjon i tråd med punktene i guiden, mens andre omfatter opplysninger på de fleste eller alle punktene.

Sentrale kjennetegn ved journalene fremstilles i figur 1 og 2 (se side 2 og 3). Siden tabeller og figurer aldri kan

yte et empirisk materiale rettferdighet, vil jeg utfylle bildet med journal eksemppler.

JURNALER MED TYPISKE TREKK

Av hensyn til læringsutbytte har jeg valgt fleste eksempler fra den fylldigste delen av materialet. Kommentarer og utsagn fra intervjuene følger eksemplene underveis.

Nevrologisk avdeling

To eksempler på konklusjon av undersøkelsen trekkes frem for å vise hvor forskjellig den kan utformes. Begge gjelder slagpasienter. Deretter følger utdrag fra journalen til en pasient som har polynevropati.

Eksempel 1 og 2: Konklusjoner

Eksempel 1: En mann i 70årene hadde sterkt redusert funksjon og var avhengig av hjelp. Oppgitt medisinsk diagnose: "Apoplexia cerebri". I konklusjonen (på fire linjer) fremgår det at pasienten har

en høyresidig hemiparese og redusert sensibilitet... Har relativt god balanse i sittende. Han forflytter seg til/fra rullestol ved å reise seg opp i stående når han får støtte på høyre side. Han kjører rullestolen selv rundt i avdelingen.

Eksempel 2: En dame i slutten av 60årene hadde vært innlagt på sykehuset flere ganger. Oppgitt diagnose: "Sequele etter cerebralt insult". I konklusjonen (på fem linjer) skriver fysioterapeuten:

En dame som gjennom flere år har holdt funksjonsnivået rimelig godt ved like, men hun har problemer med å belaste symmetrisk grunnet redusert sensibilitet i høyre side og problemer med ataksi i høyre arm, noe som gjør det vanskelig for henne å bruke armen i det daglige. Hun føler at mannen blir for bundet av henne, og ønsker at han skal få litt mer frihet til å gjøre sine ting.⁵

Kommentarer: Begge konklusjoner har relevante opplysninger om pasientens funksjon, men det er forskjell på

⁵ Denne journalen er en av de få der relasjonen mellom ektefellene omtales, og den illustrerer med andre ord atypiske trekk ved tekstmaterialet (se neste artikkel). Først i journalen står det for eksempel: "Hun føler at hun belaster mannen svært mye, og at hun hemmer han i hans aktiviteter." Deretter nevnes det at mannen er glad i båt og friluftsliv. Kort sagt, pasienten er bekymret over at hun begrenser mannens aktiviteter og liv. I intervjuet med terapeuten fortalte hun at temaet rundt pasienten hadde brukt mye tid på å etablere en samarbeidsallianse med ektemannen, langt mer enn hva man ut fra journalen fikk inntrykk av.

dem med hensyn til vurderinger og sammenheng i teksten.

Eksempel 1 består av beskrivende utsagn, mens eksempel 2 har en blanding av opplysninger og vurderinger. Først i eksempel 2 beskrives pasientens funksjonsnivå, så kommer et "men", hvorpå det vises til at hun har problemer "med å belaste symmetrisk..." og "med ataksi...". Hvert problem koples til annen informasjon: Det første problemet forklares, jf. "grunnet", og det andre følges av informasjon om funksjonelle konsekvenser, jf. "noe som gjør...".

I siste setning trekkes pasientens følelser knyttet til ektemannens handlingsfrihet inn. Dette er opplysninger som aktualiserer kulturelle forestillinger knyttet til kjønn, med høy relevans for pasientens daglige funksjon. Oppsummerende kan sies at konklusjonen i eksempel 2 er svært informasjonsmettet, og den berører viktige sammenhenger uten å ta mye plass.

Intervju: Begge terapeuter understreket at i konklusjoner bør det viktigste ved pasientens funksjonsproblemer og situasjon komme tydelig frem. Det gjaldt i følge dem, å legge vekt på fagspesifikke forhold, det andre ikke skriver om.

De viste de til at samarbeidende yrkesgrupper, særlig leger, har lett for å skumme andres journalnotater, og at de stort sett bare leser konklusjonsdelen i dem. Når det gjaldt målgrupper, var de først og fremst opptatt av å bli lest av leger og kollegaer. Forøvrig mente de at konklusjonsarbeid er viktig og nyttig for deres egen tenkning og praksis. "Det tvinger meg til å sortere informasjon og fremholde det som er viktigst", som en av dem sa.

Mens den ene ikke hadde tenkt så mye over forholdet mellom opplysninger og vurderinger, sa den andre at hun bestrebet seg på å formidle vurderinger knyttet til den enkeltes funksjonsproblemer. Når det gjaldt pasientens situasjon var terapeutene samstemte: Familieforhold og sosiale relasjoner ble betraktet som avgjørende for pasientens daglige funksjon, men noe det var lettere å snakke om enn formidle skriftlig (se neste artikkel). Begge ga forøvrig uttrykk for at de strevde med å få nedtegnet det vesentligste så kort som mulig.

Eksempel: Perifer neurologisk lidelse – funksjonelle sammenhenger

Oppgitt diagnose: "Kronisk inflammatorisk demyeliniserende polyneuropati". Under "Sosiale forhold" fremgår det at pasienten - en mann i 30-årene er gift og har tre barn. Han arbeider som lærer, men har vært sykmeldt over lengre tid. Under "Status presens" opplyses det at pasientens problemer ble diagnostisert for noen år siden, og at han hadde vært innlagt på sykehuset flere ganger senere. Denne gangen varte innleggelse kun tre-fire dager. Fysioterapeutens notater er på vel en side. Utdrag fra første del av den kliniske undersøkelse:

Pasienten går med to krykker. Sier han klarer å gå en viss strekning før han blir sliten. Han bruker leggskinner på begge sider. Forteller at han stort sett bruker skinner hele tiden, men at han innimellom trener uten dem hjemme.

Her får vi et inntrykk av pasientens funksjonsnivå og daglige problemer. Utdraget beskriver en situasjon som bringer pasienten aktivt inn i bildet fra starten (jf. "sier" og "forteller").

Etter beskrivelsen av generelle forhold, følger opplysninger om atrofi, muskelstyrke, sensitivitetsutfall og funn fra palpasjon. Den kliniske undersøkelsen utgjør mesteparten av teksten, inkludert en konklusjon:

Den neurologiske lidelsen har ført til perifere forstyrrelser i form av lammelser og redusert sensitivitet. Dette skaper gangproblemer, og gjør det vanskelig for pasienten å opprettholde balanse, spesielt når han går på ujevnt underlag. Han forsøker å kompensere for manglende stabilitet i oppreist stilling ved å stive av kroppen spesielt i hofte/bekken regionen, noe som gjør gangen ukoordinert. Leggskinner er viktig på grunn av pasientens tap av sensitivitet og stabilitet.

Målet med behandlingen er formulert i generelle ordelag, som i de andre tekstene: "Å gjøre hans gange så funksjonell som mulig". Behandling skisseres kort, med funksjonstrening og symptomlette som sentrale stikord.

Teksten fortsetter med at terapeuten minner leserne på at det er et gjensidighetsforhold mellom sensorisk informasjon og bevegelseskvalitet: "Mangel på sensibilitet i pasientens føtter/legger vanskeliggjør koordinert gange". Siste setning lyder slik: "Leggskinnene gir pasienten stabilitet rundt ankene slik at gangen blir mer funksjonell".

Kommentarer: Det er samspillet internt i pasientens kropp som står i sentrum i denne teksten med fokus på forholdet mellom kroppens deler og på forholdet mellom sensorikk og motorikk. Vurdering av hjelpemidler er en integrert del av praksis. Det er også verdt å bemerke at pasientens utsagn flettes sammen med kliniske observasjoner og vurderinger. På bakgrunn av mannens alvorlige og progredierende sykdom kan man undre over at det står lite om mannens bekymringer og fremtidsutsikter.

Intervju: Spørsmål om forholdet mellom innhold og organisering av tekster ble tatt opp av terapeuten selv. Hun lurte stadig på hvordan hun skulle ordne stoffet når hun skrev. Som hun sa:

"Det er når pasienter beveger seg og utfører konkrete oppgaver at de kommer med viktige opplysninger, men journalene blir mer oversiktlige hvis jeg skiller det pasientene sier fra kliniske funn". Hun var derfor i tvil om hun skulle følge "vanlige" regler for journalføring, eller skrive mer i tråd med faktisk praksis. Da jeg viste til eksempler på at hun hadde ordnet stoffet slik at pasientens utsagn var knyttet direkte til kliniske forhold, svarte hun: "Å gjøre det slik er mest naturlig for meg".

I den forbindelse kommenterte hun at beskrivelser av bevegelser og belastningsforhold tar plass, og at det samme gjelder pasienters erfaringer. "Hvis vi skal få andre til å forstå hva fysioterapeuter driver med, må begge deler med" sa hun. Og hun sukket over hvor mye hun slet med å skrive journaler for å få frem det hun la vekt på i praksis.

Siden journalen i liten grad omtalte pasientens sosiale situasjon og hans egne oppfatninger, spurte jeg hva hun tenkte i den forbindelse. "Du kan ikke skrive ned alt, det gjelder å unngå repetisjoner" svarte hun, og viste til at pasienten hadde vært innlagt flere ganger, og at journalen hans var tykk. "Alle vet at han har det vanskelig, og det er ingen grunn til at alle skal skrive det" som hun sa.

Ortopedisk avdeling

Fra denne avdelingen presenteres journalen til en dame i 70årene, som har fått innsatt hofteprotese. Oppgitt diagnose: "Coxartrose". Først omtales malen som brukes til denne pasientgruppen. Lengden på journalen er en knapp side.

Eksempel 1: Nyoperert pasient -innsatt hofteprotese
Malen starter med tre punkter: "Sosiale forhold", "Sykehistorie" og "Aktuelt". Deretter kommer standardiserte punkter for utfylling og avkryssing, og de gjelder behandling. Så følger et punkt for fritekst, kalt "Annet". Under behandling er det først underpunkter for utfylling:

- om og når pasienten er kommet opp i stående,
- om og når pasienten bruker hva slags ganghjelpemidler, og
- hvor ofte fysioterapeuten har vært hos pasienten daglig, og hvor mange ganger hun/han har vært der samlet.

Avkrysningspunktene gjelder om pasienten er instruert i:

- tromboseprofylaktiske øvelser,
- forflytning ut av og inn i seng, og
- kontraindikasjoner med hensyn til bevegelsesutslag og belastning.

Til slutt gis informasjon om postoperative rutiner (om krykkegang og hvilke stillinger og bevegelsesutslag som skal unngås). Den samme informasjonen gjentas altså i hver journal.

Utfylt journalmal: Under de tre første punktene på malen er følgende oppgitt:

- "Pasienten bor sammen med sin kone i enebolig over to flater. Pasienten er tidligere gårdbruker".
- "Tidligere frisk".
- "Har hatt tiltagende smerter fra hofta i en treårs periode. Hovedsaklig dreier det seg om belastnings- og nattsmerter".

Det første standardiserte punktet (om behandling) er krysset av og fylt ut slik:

- "Mobilisering til gående 1. postoperative dag med prekestol. Etter dette mobilisert daglig med fysioterapeut. Etter hvert gått over til å benytte seg av krykker ved forflytning."
- De neste tre punktene om instruksjon er krysset av.
- Punktet "Annet" er fylt ut slik: "Pasienten har hatt et ukomplisert postoperativt forløp".

Kommentarer: I ukompliserte forløp som her, kan man anta at den aktuelle malen fungerer tilfredsstillende. Men siden det er lite informasjon om funksjonelle forhold og kliniske tilpasninger som etterspørres i malen, kan man tenke seg at forhold som krever individualisering, men som slett ikke behøver å "komplisere" forløpet, ikke skrives inn. Det er nærliggende å stille spørsmål om hvordan fysioterapeutene forholder seg til pasienter som eksempelvis har høyt blodtrykk og er anspente eller har et håndledd som vanskeliggjør krykkegang, kort sagt har plager i tillegg til dem de er innlagt på sykehuset for, men som er avgjørende for pasientenes funksjon.

Hvis man bare fyller ut og krysser av på punktene i de standardiserte malene, blir mange spørsmål om pasientens tilstand og helsehjelpen stående ubesvart. Punktet "Aktuelt" gir mulighet for utfyllende opplysninger og vurderinger, men få benytter denne muligheten. Det er som om malen i seg selv inviterer fagutøvere til å fatte seg i korthet, noe som ble bekreftet i intervjuene med terapeutene.

Intervju: Fysioterapeutene på ortopedisk avdeling ga uttrykk for at det foregår større grad av individualisering i praksis enn det som fremkommer i journalene. På grunn av travle dager mente de likevel at malene var nyttige og tidsbesparende, men de var samtidig klar over at avkrysningsmaler lett kan misbrukes; "de innbyr nærmest til å være kort og ufaglig" som en av dem sa. Han beklaget at journalene for nyopererte pasienter var en form for "prefabrikerte tekster", og nevnte i den forbindelse at andre yrkesgrupper lett kan overta vår funksjon hvis vi ikke får frem det som er fysioterapispesifikt.

En tilføyelse fra fysioterapeuten som arbeidet spesielt med ryggpasienter hører med her: Hun fortalte at mikrokirurgi benyttes stadig oftere på dette som på andre sykehus. Pasientene ble sendt hjem første eller andre postoperative dag, og journalene for disse pasientene var følgelig meget korte. Som kompensasjon for manglende fysioterapi på sykehuset, hadde fysioterapeuten utarbeidet en informasjonsbrosjyre med aktuelle øvelser, og hun hadde etablert faste ringetider der pasientene kunne kontakte henne for å utveksle erfaringer og spørre om råd. I intervjuet fortalte hun om gode erfaringer med begge deler, samtidig som hun beklaget at det ble lite tid til klinisk arbeid, og at sykepleiere i stadig større grad overtar informasjonsvirksomheten overfor pasienter.

Revmatologisk avdeling

For å vise bredden i materialet har jeg valgt en av de korteste og en av de lengste journalene fra denne avdeling. Førstnevnte (4-5 linjer) gjengis i sin helhet, sistnevnte (på knappe to sider) med flere utdrag. Begge pasienter var middelaldrende kvinner.

Eksempel 1: Nyoperert pasient - synovectomi

Pasienten var en kvinne i 40årene. Oppgitt diagnose: "Revmatoid artritt". Teksten lyder slik:

Pasienten henvises etter gjennomgått artroskopisk synovectomi i venstre ankel. Inngrepet har vært ukomplisert. Hun instrueres og informeres om øvelser og elevasjon av benet nå i starten. Hun kan belaste til smertegrensen, med økende belastning. Krykkegang gjennomgås ikke da hun har krykker hjemme og har brukt disse mye preoperativt.

Kommentar: Som vi ser er opplysningene av generell art. Det skrives ikke noe om pasientens funksjonelle og kliniske tilstand, eller om tilpasninger og spesielle hensyn som skal tas.

Eksempel 2: Funksjonsvurdering med muskeltesting

Oppgitt diagnose: "Myositt fibrosa". Pasienten hadde deltatt i gruppetrening en uke da hun ble henvist til fysioterapeut for "muskeltesting".

I første punkt ("Aktuelt") vises det til pasientens egne beskrivelser: Hun har problemer med trappegang og en svak høyre hånd, men er selvhjulpent. Under "Sosialt" får vi vite at pasienten er gift, har 4 barn og bor i et hus med to etasjer.

Det fremgår i det videre at fysioterapeuten har utført en rekke generelle og spesielle funksjonsprøver, inkludert muskeltesting av truncus-, hofte/kne- og arm/nakke/skulder-muskulatur (14). Resultatene fra muskeltesten er satt opp med tallverdier i tabellform. Konklusjonen gjengis:

Pasienten har generelt noe mer nedsatt muskelstyrke i høyre side både i underekstremitetene og overekstremitetene. Spesielt distale del av høyre overekstremitet er svekket. I tillegg er det svakere muskulatur axialt, med svært svake mage- og ryggmuskler... Som følge av dette, eller som en forsterkning av dette, er balansen hennes moderat nedsatt.

Pasienten angir trappegang som et hovedproblem. Dette er trolig forårsaket av både svak muskulatur og stabilitet axialt, men også i underekstremitetene.

Her vises det til lokale og generelle forhold som sees i sammenheng (jf. "som følge... eller som en forsterkning..."). Pasientens oppfatning av sitt hovedproblem gjentas, og det knyttes til kliniske observasjoner og vurderinger. Det står videre at pasienten trenger individuell behandling med vekt på "stabilitet i truncus og proksimal stabilitet i ekstremitetene" i tillegg til gruppetreningen.

Kommentarer: Det er beskrivelser og vurderinger av pasientens belastnings- og bevegelsesmåter som dominerer denne teksten, med en spesiell orientering mot samspillet mellom lokale og generelle kroppsforhold.

Journalen aktualiserer spørsmål om hvordan fysioterapeuter generelt forholder seg til innholdet i henvisninger. Pasienten var i dette tilfelle henvist for "muskeltesting". Som det fremgår, foretok terapeuten en klinisk undersøkelse der funn fra den spesifikke muskeltestingen ble sammenfattet med annen informasjon. Sagt med andre ord, han begrenset seg ikke til å følge henvisningen, men undersøkte pasienten ut fra det han mente var relevant og nødvendig å gjøre. Dessuten uttalte han seg om pasientens behandlingsbehov.

I tillegg vil jeg knytte en kommentar til forholdet mellom innhold og oppsett i journalen. Tabellen med resultatene fra muskeltestingen utgjorde nesten halvparten av teksten/journalen. Dermed fikk den uforholdsmessig mye plass. I travle dager kan man tenke seg at leseres oppmerksomhet vil bli styrt mot tabellen på bekostning av de øvrige opplysningene og vurderingene.

Intervju: Tid relatert til praksis og journaler ble et sentral tema i intervjuene som fulgte disse journalene. Terapeutene fortalte at de ofte ble kontaktet kort tid før pasientene skulle skrives ut fra sykehuset (jf. eksempel 1). Da var det vanskelig å få til noe annet enn generell informasjon og instruksjon.

Terapeuten i eksempel 2 mente at fysioterapeuter generelt burde være mer bevisste i sine prioriteringer, slik at de valgte pasienter "som virkelig trengte - og kunne profitere på - fysioterapi". Ellers kan tilnærmingen "lett bli rutinepreget", som han sa, og journalene deretter. Hans oppfatning var at fysioterapeuter må ta stilling til

henvisninger, og ikke bare følge dem slavisk. Han synes det var selvsagt å inkludere mer i vurderingen av den aktuelle pasient enn en muskeltesting, og likeledes å uttale seg om pasientens behandlingsbehov.

Om selve oppsettet i journalen sa han at tall alltid fanger oppmerksomhet, men siden de fleste leser konklusjoner i andre journalnedtegnelser, regnet han med at de ville danne seg et mer helhetlig bilde av pasientens funksjon.

I neste artikkel skal vi se nærmere på andre deler av det empiriske materialet, og artikkelen avsluttes med en samlende diskusjon.

LITTERATUR

1. Thornquist E. *Fagutvikling i fysioterapi*. Oslo: Gyldendal forlag, 1988.
2. Dahlgren MA, Richardson B, Kalman H. *Redefining the reflective practitioner*. I: Higgs J, Richardson B, Dahlgren MA, red. *Developing practice knowledge for health professionals*. Butterworth Heinemann Health, 2004:15-33.
3. Eraut M. *Developing professional knowledge*. London: Routledge Falmer, 2006
4. Vagle W, Sandvik M, Svennevig J. *Tekst og kontekst*. Oslo: Cappelen forlag, 1993.
5. Coulthardt M, ed. *Advances in written text analyses*. London: Routledge, 1994.
6. Ricoeur P. *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.
7. Lægread S., Skorgan T, red. *Hermeneutisk lesebok*. Oslo: Spartacus, 2001.
8. Krogh T. *Historie, forståelse og fortolkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
9. Kvale S., Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
10. Denzin N.K., Lincoln Y.S. *The Sage handbook of qualitative research*. 3rded. Thousand Oaks: Sage, 2005.
11. Thornquist E. *Fysioterapeuters journaler - en undersøkelse av språkbruk*. *Fysioterapeuten* 2007; 74 (9): 22-28.
12. Thornquist E. *Fysioterapeuters journaler - en sykehusundersøkelse*. *Fysioterapeuten* 2007; 74 (3):19-24.
13. Thornquist E. *Patient records - physiotherapists' contributions*. *Adv Physiother* 2008; 10:31-40.
14. Kendall F.P., et al. *Muscles: testing and function with posture and pain*. 5thed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.