

**FYSIOTERAPIAN POTILASKERTOMUSTEN TIETORAKENNE JA
TIETOSISÄLLÖT**

Riitta Partia

Pro gradu –tutkielma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

Itä-Suomen yliopisto

Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

Toukokuu 2012

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

PARTIA RIITTA: Fysioterapian potilaskertomuksen tietorakenne ja tietosisällöt

Pro gradu -tutkielma, 61 sivua, 2 liitettä (2 sivua)

Tutkielman ohjaajat: Professori Kaija Saranto
 Lehtori Sirpa Kuusisto-Niemi

Toukokuu 2012

Avainsanat: fysioterapia, kirjaaminen, sähköiset potilasasiakirjat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida fysioterapian sähköisten potilaskertomusten tietosisältöjä ja tietorakenteita.

Tutkimusaineistona on erään erikoissairaanhoidon yksikön kolmen sairaalan fysioterapiaa koskevat potilaskertomukset (n=30). Tutkimusmenetelmänä on arviointitutkimus, ja lähestymistapana on tapaustutkimus. Potilaskertomuksien tietosisältöjä ja tietorakenteita arvioitiin sisällön analyysillä, jossa tarkastelun kohteena olivat kertomuksista ilmenevät fysioterapiaprosessin mukaiset teemat, sähköistä potilaskertomusta rakentavat otsikot sekä Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat.

Fysioterapiaprosessin vaiheisiin liittyvää tietoa, erityisesti tulotilanne- ja toteutusvaiheissa ilmeni kaikissa potilaskertomuksissa. Suunnitteluvaiheeseen ja lopputilanteen arviointiin liittyvää tietoa esiintyi vähemmän. Potilaskertomuksissa käytettiin runsaasti tekstiä rakenteistavia otsikoita, mutta niiden käyttö oli osittain epäloogista ja kirjavaa. Fysioterapianimikkeistön mukaisista teemoista oli kirjattu eniten ohjaukseen ja neuvontaan sekä fysioterapeuttiseen tutkimiseen liittyviä teemoja. Potilaskertomusten tietosisällöt ja tietorakenteet olivat epäyhtenäisiä ja kirjaamisen systemaattisuus, jolla myös fysioterapian tuloksia voidaan osoittaa, on vielä puutteellista. Kirjaamisen kehittämisessä on erityisesti painotettava siirtymistä kuvailevasta kirjaamisesta analyttiseen kirjaamiseen. Kehittämistyössä kliinisen prosessin arviointiin tulee kiinnittää huomiota, jotta tiedon prosessointi fysioterapian potilaskertomuksissa edistyisi.

Lisää tutkimusta tarvitaan tiedon prosessoinnista fysioterapian kliinisissä käytännöissä, sähköisen kirjaamisen nykytilasta suuremmilla aineistoilla sekä kirjaamisen arviointikriteerien kehittämisestä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Social Sciences and Business Studies

Department of Health and Social Management, Health Management Sciences, Health Economics, Social Management Sciences, Health and Human Services Informatics

PARTIA RIITTA: The Content and Structure of Electronic Health Records in Physiotherapy

Master's thesis, 61 pages, 2 appendices (2 pages)

Advisors: Senior Lecturer Sirpa Kuusisto-Niemi, Professor Kaija Saranto

May 2012

Keywords: physiotherapy, documentation, electronic health records

The purpose of this study is to describe and evaluate the content and structure of electronic health records (EHRs) in physiotherapy. The study was carried out by analyzing data collected from physiotherapists' notes in EHR system of a district hospital providing specialist medical care.

The data consisted of 30 health records collected from the EHR system. The documents were evaluated by means on content analyses of the physiotherapy process, the headings used and the themes of The National Classification of Physiotherapy Practice.

The results of the study show that physiotherapists used headings to structure the health records with headings, though this was done inconsistently. Information on the phases of physiotherapy processes was documented; information on the evaluation and intervention phases was the most common. The health records contained less information on the planning and termination of treatment. Themes listed in the categories of the National Classification of Physiotherapy Practice were identified.

When developing documentation in physiotherapy, the gathering and evaluation of information for the clinical decision-making-process should be documented analytically in the EHR. The demonstrable benefits for the patient in relation to treatment goals should be documented as well.

Further research is needed about the information process of the clinical practice in physiotherapy. Evaluation studies about the present state of physiotherapy documentation with common standards is needed.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	6
2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan tulevaisuus.....	6
2.2 Tiedon merkitys fysioterapiassa	7
2.3 Tiedon ja toiminnan suhde	9
2.4 Tieto sosiaali- ja terveydenhuollossa	13
2.5 Sähköisen potilaskertomuksen tietorakenteet	18
2.6 Aikaisemmat tutkimukset.....	21
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
3.1 Millaisia tietorakenteita ja tietosisältöjä esiintyy fysioterapian potilaskertomuksista?	26
3.1.1 Miten fysioterapiaprosessi ilmenee potilaskertomuksissa?	26
3.1.2 Miten potilaskertomukset rakentuvat otsikoiden avulla?	26
3.1.3 Miten potilaskertomuksissa ilmenevät Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat?	26
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	27
4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma	27
4.2 Tutkimusmenetelmä	28
4.3 Tutkimusaineiston hankinta	30
4.4 Tutkimusaineiston analyysi	30
4.4.1 Fysioterapiaprosessin ilmeneminen.....	32
4.4.2 Potilaskertomusten rakentuminen otsikoiden avulla	33
4.4.3 Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat.....	33
5 TUTKIMUSTULOKSET	35
5.1. Fysioterapiaprosessin ilmeneminen.....	35
5.2 Potilaskertomusten rakentuminen otsikoiden avulla	39
5.3 Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat.....	41
5.4 Yhteenvedo potilaskertomusten tietorakenteista ja tietosisällöistä	42
6 POHDINTA	45
6.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua.....	45
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua.....	46
6.2.1 Fysioterapiaprosessi.....	46
6.2.2 Potilaskertomuksissa käytetyt otsikot	48

6.2.3 Fysioterapianimikkeistön teemat.....	49
6.2.4 Tiedon prosessointi rakenteisessa kirjaamisessa	50
6.3 Tieto toiminnan tukena.....	51
6.4 Jatkotutkimuksen aiheita ja kehittämisehdotuksia	53
LÄHTEET.....	55
LIITE 1 Kansalliset otsikot ja nimikkeistön mukainen kirjaaminen	60
LIITE 2 Hoitoprosessin vaiheet.....	61

KUVIOT

KUVIO 1. Tiedon prosessointi datasta päätöksentekoon.....	17
KUVIO 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma.....	27
KUVIO 3. Tutkimuksen kulku	29
KUVIO 4. Fysioterapiaprosessin vaiheet.....	38
KUVIO 5. Tiedon prosessointi fysioterapian rakenteisessa kirjaamisessa.....	50

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tiedon kategoriat.....	10
TAULUKKO 2. Fysioterapianimikkeistön nimikkeet.....	34
TAULUKKO 3. Pääotsikot	39
TAULUKKO 4. Alaotsikot ennen uudelleen koodausta.....	40
TAULUKKO 5. Alaotsikot uudelleen koodauksen jälkeen.....	41
TAULUKKO 6. Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat	42
TAULUKKO 7. Käytetyt ja suositellut otsikot.....	44

1 JOHDANTO

Dokumentointi eli kirjaaminen on osa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden lakisääteistä toimintaa (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559). Potilasasiakirjojen avulla välittynyt tieto voi edistää moniammatillista yhteistyötä ja parantaa jatkohoidon aloittamista. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Tallennettava potilasasiakirja voi sisältää potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien eri henkilöiden tekemiä merkintöjä.

(Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Suomen julkisen sektorin terveystieteiden palveluissa on jo kattavasti otettu käyttöön sähköiset potilaskertomukset. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sähköiset potilaskertomukset ovat käytössä kaikissa toimipisteissä. Lähes kaikki sairaanhoitopiirit olivat aloittaneet sähköiseen potilastiedon arkistoon (eArkisto) liittymisen valmistelun. Perusterveydenhuollossa arvioidaan eArkistoon liittymisen painottuvan sairaanhoitopiirejä myöhemmäksi. (Winblad, Reponen, Hämäläinen 2012, 4-5.)

Terveydenhuollon organisaatioilta vaaditaan tehokkuutta ja valmiutta muutokseen. Jotta tietojärjestelmiä voitaisiin kehittää ja niiden käyttöä tehostaa, tarvitaan yksityiskohtaista tietoa terveydenhuollon tiedon tarpeista. Tehokkuuden vaatimusta voidaan soveltaa myös tiedon keräämiseen ja käyttöön. Terveydenhuollon kliinisessä päätöksenteossa yhdistyvät tieteellinen ja kokemuksellinen tieto. Tieteellinen tieto auttaa ymmärtämään ilmiöiden peruseriaatteita ja niiden välisiä suhteita ja kokemuksellinen tieto auttaa ratkaisemaan käytännön potilastilanteita tieteellistä tietoa soveltaen.

(Nykänen 2000, 5-9.)

Terveydenhuollon kliininen työ on tietointensiivistä ja edellyttää tietämystä. Tiedon hankintaan, käsittelyyn ja tulkintaan käytetään paljon aikaa, mutta tiedon käytössä tarvittavaa asiantuntijuutta ei aina ole tarjolla. Tietoa potilaista kerätään runsaasti, mutta tieto ei aina tue riittävän tehokkaasti päätöksentekoa ja toimintaa. Odotukset tietotekni-

kan hyödyistä ovat korkealla, sillä tuottavuuden ajatellaan lisääntyvän ja hoitoketjujen toimivuuden parantuvan tietotekniikan avulla. Itsestään tämä ei kuitenkaan tapahdu, koska terveydenhuollon organisaatiot ovat monimutkaisia ja moniammatillisia, erityisesti erikoissairaanhoidossa. (mt.)

Häyrinen ja Saranto (2009) esittävät, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden sähköiseen potilaskertomukseen tallettaman tiedon laatua tulee arvioida ja tiedon laadun arviointiin on kehitettävä standardoituja menetelmiä. Sähköisen potilaskertomuksen tiedon laatu on merkityksellistä, koska terveydenhuollon ammattihenkilöiden päätökset potilaiden hoidossa perustuvat potilaskertomukseen kirjattuun tietoon. Sähköisen potilaskertomuksen tiedon laatu vaikuttaa potilaiden hoitoon ja tietoa on mahdollista hyödyntää myös hallinnollisissa, tilastollisissa ja tutkimuksellisissa tarkoituksissa. Jos tieto ei ole laadukasta, tietoa ei voida hyödyntää tai sen perusteella voidaan tehdä virheellisiä johtopäätöksiä, esimerkiksi liittyen henkilökunnan resursointiin. (Häyrinen, Saranto 2009, 14.)

Vaikka terveydenhuollossa on käytössä yhteisiä ja ammattialojen omia koodistoja ja terminologioita, kaikissa potilastietojärjestelmissä niitä ei ole vielä saatavilla ja dokumentoinnin rakenteisuus vaihtelee. Valtakunnallisen sähköisen potilastiedon arkiston käynnistyessä lähivuosina dokumentoinnin yhtenäistäminen organisaatioiden ja koko ammattialan sisällä on välttämätöntä.

Oma kiinnostukseni tutkimusaiheeseen on peräisin yhteisöviestinnän työtaustasta terveydenhuoltoalan ammattijärjestössä. Viime vuosina työhöni kehittämisasiantuntijana Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry:ssä on kuulunut fysioterapian dokumentoinnin kehittäminen. Toimin liiton nimeämässä työryhmässä asiantuntijasihteerinä sekä kouluttajana työryhmän järjestämässä koulutuksissa eri puolilla Suomea. Työryhmä on julkaissut Fysioterapian rakenteisen kirjaamisen oppaan, suosituksen ja artikkeleita Fysioterapia -lehdessä. Jäsenyys Kuntaliiton Fysioterapianimikkeistötyöryhmässä vuosina 2000 ja 2007 toi näkökulmaa nimikkeistöjen laatimiseen. Kiinnostukseni dokumentoinnin kehittämiseen moniammatillisesti on syventynyt Kuntaliiton kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöistä vastaavassa työryhmässä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata erään erikoissairaanhoidon yksikön fysioterapian potilaskertomuksien tietorakenteita ja -sisältöjä. Tässä tutkimuksessa käytetään fysioterapiapalvelujen käyttäjästä käsitettä ”potilas”, vaikka fysioterapiassa käytetään myös käsitteitä ”asiakas” ja ”kuntoutuja”.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan tulevaisuus

Nykyinen hallitus on asettanut tavoitteeksi tehostaa terveydenhuollon, sosiaalivakuutuksen ja kuntoutuksen eri toimijoiden välistä yhteistyötä ja raportointia ja muodostaa asiakkaiden kannalta tavoitteelliset ja toiminnalliset hoito- ja palveluketjut. Näin halutaan parantaa rahoituksen läpinäkyvyyttä ja seurata myös eri toimintojen sekä niistä muodostuvan kokonaisuuden vaikuttavuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan rakentamista jatketaan, jotta asiakastieto saadaan sujuvasti tarvittaessa käyttöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä saatetaan yhteensopiviksi ja edistetään siten tiedon vaihtoa.

(Pääministeri Jyrki Kataisen Hallitusohjelma 2011, 56-57.)

Vuodelle 2020 ulottuvassa Suomen sosiaali- ja terveystieteiden strategiassa yhtenä painopistealueena on sähköisen tiedonhallinnan ohjausjärjestelmän vahvistaminen. Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan kokonaisuus, joka koostuu kansallisista tietojärjestelmäpalveluista ja niihin tukeutuvista alueellisista ratkaisuksista. Kansalliset tietojärjestelmäpalvelut mahdollistavat tiedon välittämisen yli organisaatio-rajajen sekä tehokkaammat ja vaikuttavammat toimintaprosessit. Yhtenäinen tietopohja luo aiempaa paremmat edellytykset palvelujärjestelmän ohjaamiselle, tutkimukselle ja tilastoinnille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 12.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) vuosille 2012–2015 potilas- ja asiakastietojärjestelmät mainitaan yhtenä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjaavan tietoperustan osana. Ammattilaisten näkökulmasta haasteina ovat tiedon tehokas hallinta, asiakastietojen ajantasainen saatavuus, tutkimustiedon ja palvelutoimintaa koskevan seurantatiedon saavutettavuus ja hyödyntäminen päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistuminen ja tiivistyvä yhteistyö edellyttävät mahdollisuutta asiakastietojen yhteiskäyttöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 16.)

Kaste-ohjelman mukaan tietovarantojen ja tietojärjestelmien uudistamista ja hyödyntämistä tulee tukea niin, että toteutetaan sosiaali- ja terveysalan kansallisia tiedonhallinnan linjauksia ja vahvistetaan toiminnan, tiedon, tietojärjestelmien ja teknologian yhteen toimivuutta eli kokonaisarkkitehtuuria yhteistyössä kuntien ja muiden sidosryhmien kanssa. Alueellisten tiedonhallinnan strategioiden laatimista ja kokonaisarkkitehtuurin hallitsemista tuetaan ja vahvistetaan kansallisella tasolla. (mt.)

Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat potilaan hoidon suunnittelua, toteuttamista ja seurantaä pääpiirteittäin samoissa hoitoprosessin perusvaiheissa, kirjaamisen tavoissa tai sisällössä voi kuitenkin olla alueellisia ja paikallisia eroja, jotka johtuvat esimerkiksi eri potilastietojärjestelmistä ja erilaisista paikallisista työkäytännöistä. Kirjaamisen yhtenäistämiseksi on määritelty niin sanottuja ydintietoja eli rakenteisessa muodossa määriteltyjä keskeisiä potilastietoja. (Vuokko, Komulainen, Mäkelä, Meriläinen 2012, 18-19.)

Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt -opas (Ydintieto-opas 2009) sisältää sähköisen potilaskertomuksen kansalliset tietomäärittelyt. Opas sisältää myös ohjeistusta kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palvelujen dokumentointiin sähköisessä potilaskertomuksessa. (mt, 61.) Kuntaliiton työryhmä valmistelee kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden valtakunnallista rakenteisen kirjaamisen ohjetta, joka valmistunee vuoden 2012 aikana. Kirjaamisohje fysioterapian rakenteiseen kirjaamiseen on myös valmisteilla.

2.2 Tiedon merkitys fysioterapiassa

Fysioterapeutti on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö ja fysioterapian asiantuntija. Fysioterapia on osa kuntoutusta. Kansaneläkelaitos määrittelee fysioterapian tavoitteeksi potilaan liikkumis- sekä työ- ja toimintakyvyn edistämisen ja ylläpitämisen niin, että hän kykenee toimimaan elinympäristössään ja selviytymään jokapäiväisen elämänsä vaatimuksista. Fysioterapeutin tulee arvioida laaja-alaisesti kuntoutujan liikkumista ja toimintakykyä yleisesti hyväksytyillä luotettavilla menetelmillä. Fysioterapeutti ja potilas sekä mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä asettavat kuntoutukselle yksilölliset ja konkreettiset tavoitteet sekä suunnittelevat terapian sisältöä ja käytettä-

viä menetelmiä. Potilaan liikkumis- ja toimintakyky ratkaisee fysioterapiajakson pituuden ja intensiteetin: se voi olla yhden tai muutaman kerran mittainen palvelutapahtuma tai se voi olla pitkäkestoinen kuntoutusjakso. Se voi tapahtua päivittäin, useamman kerran päivässä tai yhden tai useamman kerran viikossa.

(Kela 2010, 21-23.)

Fysioterapia käynnistyy tulotilanteen arvioinnilla, johon sisältyy tutkiminen, johtopäätösten tekeminen sekä mahdollisesti fysioterapeuttisen diagnoosin laatiminen. Tulotilanteen arvioinnissa kerätään tietoa potilaasta ja hänen ongelmastaan sekä pohditaan eri hoitovaihtoehtoja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon perustuen. Fysioterapiasuunnitelma sisältää tavoitteet potilaan liikkumis- ja toimintakyvyn ylläpysymiseksi tai edistymiseksi. Fysioterapian tulee perustua yhteistyössä asetettuihin konkreettisiin, tarkoituksenmukaisiin ja saavutettavissa oleviin lähi- ja pitkänajan tavoitteisiin. Tavoitteiden tulee olla potilaille realistisia, mitattavia, kirjattavia ja tarkoituksenmukaisia.

(American Physical Therapy Association 2009; Australian Physiotherapy Association 2010; EU Region 2008, 11-24; Kela 2010, 21-23; WCPT 2011.)

Fysioterapia toteutetaan suunnitelman mukaan ja toteutuksessa otetaan huomioon potilaan tilanteessa mahdollisesti tapahtuvat muutokset suorittamalla väliarviointi. Fysioterapeutti ottaa huomioon potilaan toimintaympäristön haasteet ja pyrkii yhteistyössä löytämään edellytyksiä ja toimintatapoja potilaan aktiivisen osallistumisen parantamiseksi. Fysioterapian tuloksia arvioitaessa pyritään selvittämään ja tuomaan esiin nimenomaan fysioterapiainterventiolla saatu tulos. Lopputilanteessa fysioterapian tuloksia arvioidaan samoilla standardoiduilla ja luotettavilla mittareilla kuin alkutilanteessa. Fysioterapiapalvelu tulee kirjata potilaskertomukseen siten, että palvelun sisältö, laatu, luonne, arviointi- ja mittaustulokset, toteutusajankohta sekä potilaan antama palaute voidaan todeta jälkikäteen asianmukaisten merkintöjen perusteella. Fysioterapian toteuttaminen ja käytetyt menetelmät tulee voida jälkikäteen todentaa. Kirjaamisen arvioinnin keskeiset alueet ovat fysioterapian tavoitteet, saavutettu toiminta- tai työkyky sekä elämänlaatu. (mt.)

Fysioterapeuttien maailmanjärjestö on määritellyt näyttöön perustuvan fysioterapiakäytännön lähestymistavaksi, jossa yhdistyy paras saatavilla oleva tutkimustieto kliiniseen asiantuntijuuteen ja jota sovelletaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti hänen elä-

mäntilanteensa huomioon ottaen. Kliininen asiantuntijuus sisältää tietoa ja osaamista eri sairauksista ja niiden patofysiologiasta sekä kliinisen päätöksenteon monimuotoisen prosessin yhdessä potilaan kanssa. (WCPT 2011.)

2.3 Tiedon ja toiminnan suhde

Vielä kalevalaisena aikana tieto oli sitä, mikä vie perille eli mikä oli hyödyllistä toiminnassa. Parhaimmillaankin tieto kattaa todellisuudesta vain rajoitetun viipaleen. Tiedon tyypillisenä esitysmuotona ovat asiainiloja esittävät väitelauset ja väitelauseiden perusteluja esittävät argumentit. Tietoa tulee aina tarkastella suhteessa käytettyyn käsittejärjestelmään. Arkitieto ja tieteellinen tieto ovat vain lähellä totuutta, totuudenkaltaisia. Niiniluodon (2003) mukaan totuus on semanttinen suhde kielen ja todellisuuden välillä. Todellisuuden kuvaaminen on mahdollista vain käsitteiden verkostosta muodostuvan kielen avulla. Ihmisten käsittejärjestelmät liittyvät heidän omaan ympäristöönsä ja he jäsentävät maailmaa tämän järjestelmän kautta. (Niiniluoto 2003, 34-35, 82, 85.)

Ihmisten käyttäytymiseen liittyy kykyjä ja valmiuksia, joita kutsutaan osaamiseksi ja taidoksi. Kreikkalaisten filosofien tiedon käsityksessä tieto ja taito ovat lähellä toisiaan. Tieto voi olla objektiivista, kuvailevaa tai muutosta tavoittelevaa (Taulukko 1). Tiedon kategoriassa (knowing that) tarkoittaa propositionaalista, teoreettista ja näkyvää tieteellistä faktatietoa, joka syntyy tutkimusten tuloksena ja perustuu kirjallisuuteen. Taitotieto tarkoittaa ei-propositionaalista, kokemuksellista tietoa, joka syntyy käytännön työssä. Taitotieto (knowing how) on käsitteenä laajempi tai enemmän kuin osaaminen tai taito. Se on ilmaistavissa lauseina, jotka koskevat jonkin taidon harjoituksen tehokkainta tapaa ja kykyä toimia tietyissä tilanteissa ilman toimintaohjeita tai -kaavaa. Taitotieto on henkilökohtaista ja sitä käytetään tilanteen asettamien vaatimusten mukaisesti. (Niiniluoto 1997, 137.)

TAULUKKO 1. Tiedon kategoriat (mukailen Alavi, Ladner 2001, Habermas 1996, Niiniluoto 1996)

Tutkimusparadigma	Tiedonintressi	Tiedon kuvaus	Tiedon laji
Empiiris-analyyttinen	Tekninen	Objektiivinen, syys-seuraus	Propositionaalinen, Eksplisiittinen ”knowing that”
Tulkinnallinen	Praktinen	Kuvaileva, tulkitseva	Ei-propositionaalinen, Käytännöllinen, kokemuksellinen - taitotieto, ”knowing how”
Kriittinen	Emansipatorinen	Muutosta tavoitteleva	Reflektiivinen, arvioiva

Informaation kantajia ovat merkit ja merkkijärjestelmät eli kielet. Data on tiedon pienin esityksen alkio, jolla voi olla sisältö, mutta ei tulkintaa. Kun tietoon liittyy tulkintaa, se on Niiniluodon (1996) mukaan pragmaattista informaatiota. Merkityksellä pragmatiikan mielessä tarkoitetaan merkittävyyttä tai tärkeyttä esimerkiksi jonkun yksilön, ammattiryhmän tai ammattikulttuurin näkökulmasta. Informaatiota voidaan tarkastella myös hyödyllisyyden kannalta, jolloin vastaanottajan motivaatio ja toiminta määrittää informaation arvon. Tiedoksi voidaan kutsua väitteitä, joille on olemassa toistaiseksi paras perustelu. Uuden evidenssin ja uusien käsitteiden myötä tieto paranee lähestymällä totuutta. Propositionaalisen eli kielellisen tiedon käsitteen mukaan tieto edellyttää kieltä, jonka merkkien avulla luodaan väitelauseita. Näillä on semanttista informaation sisältöä, joka sulkee pois joitakin asiointiloja ja sallii muut asiointilat. (Niiniluoto 1996, 41-42, 54, 60.)

Habermas (1976) määrittää tiedon kolmeen kategoriaan: informaatio, joka laajentaa teknistä valtaa; tulkinta, joka mahdollistaa toiminnan yhteisössä yhteisten perinteiden

mukaisesti ja erittely, joka vapauttaa toimijan muutokseen. Empiiris-analyttisen paradigman mukaiset tieteet, esimerkiksi luonnontieteet pyrkivät ennustamaan ilmiöiden lainalaisuuksia aikaisempien teorioiden perusteella, ja teorioista johdetaan empiirisiä lainalaisuuksia koskevia hypoteeseja ja niistä edelleen ennusteita. Todellisuuden rakennetta kuvataan teoreettisesti teknisestä tiedonintressistä käsin.

(Habermas 1976, 131-133.)

Tulkinnallisen paradigman mukaan todellisuus syntyy merkityksiä ymmärtämällä ja tulkitsemalla. Ymmärtämisessä tosiseikat konstituoituvat vain suhteessa niiden toteamista ohjaaviin kriteereihin. Kyse on käytännöllisestä tiedonintressistä ja tulkintaan vaikuttaa aina tulkitsijan oma kokemus ja tilanne. Kriittisen tutkimusparadigman mukaisen emancipatorisen tiedonintressin tavoitteena on selvittää teoreettisen väitteiden ilmaisemia yleisiä, muuttumattomia lainalaisuuksia. Muutosta tavoitellaan reflektion avulla. (mt.)

Sveiby (1997) väittää, että käytännön tietoa on vaikea ilmaista sanoilla. Hän pitää tietoa toisaalta julkisena ja toisaalta yksilöllisenä, itse rakennettuna. Tieto ei ole kuitenkaan yksityistä, sillä se rakentuu aina yhteisöllisesti ja sitä muokkaavat henkilökohtaiset kokemukset. Kaksi toisiaan täydentävää tiedon ulottuvuutta voidaan erottaa kaikessa toiminnassa: näkyvä tieto (explicit knowledge), joka liittyy käsiteltävänä olevaan ilmiöön tai ongelmaan ja hiljainen, kokemuksellinen tieto (tacit knowledge), jonka avulla ongelma voidaan ratkaista. Kokemuksellinen tieto ei ole toiminnan kohde, vaan väline, sillä se auttaa uuden tiedon arvioinnissa. Sveiby kuvaa tätä tiedon lajien yhteispeliä esimerkiksi tekstin lukemisesta: sanat ja kielioppisäännöt ovat hiljaista, kokemuksellista tietoa ja tekstin merkitys on näkyvää tietoa.

(Sveiby 1997, 29-37.)

Tietämys on toiminto, jota kuvaa paremmin ilmaisu ”tietämisen prosessi”. Uuden tiedon valinnassa ja käsittelyssä käytetään tietoon tai traditioon perustuvia, melko muuntumattomia sääntöjä. Kirjoitetulla tai puhutulla kielellä ei voi kuvata kaikkea tietämystä. Tietämys perustuu kokemukseen ja se todentuu toiminnassa. Tietämys on yksilöllistä ja jatkuvasti muuttuvaa. Tietämyksen sijaan Sveiby käyttäisi mieluummin käsitettä kompetenssi. Se muodostuu viidestä elementistä: koulutukseen perustuva näkyvä tieto, harjoituksen myötä syntyneet taidot, onnistumisen ja epäonnistumisen myötä syntyneet ko-

kemus, arvot sekä toimintaympäristö. Sveiby määrittelee tietämyksen fyysiseksi tai intellektuaaliseksi kyvyksi toimia. (mt.)

Simonin (1979) mukaan tiedon puute ei ole mitenkään tyypillinen ongelma päätösprosessissa. Kaikkea tietoa ei kuitenkaan kannata kerätä, sillä pelkkä tietojen olemassa olo ei riitä perustaksi niiden keräämiseen ja tallentamiseen. Maailma tulvii tietoa, mutta käsiteltäväksi voidaan valita vain sellaista, josta todennäköisesti on hyötyä. (Simon 1979, 303-304.)

Yhä useampia ammatteja ja työtä voidaan kutsuta tietointensiivisiksi, sillä tiedon hallintaa ja tietotekniikkaa sisältyy yhä useampaan perinteiseen ammattiin. Tämä tuo muutoksia aikaisempaan työnkuvaan ja -rooliin. Tietoammattilainen hallitsee syvällisesti jonkin erityisalan, osaa etsiä ja omaksua uutta tietoa sekä osaa kommunikoida osaamistaan myös muille. Tulevaisuuden osaajalla on myös kyky tarkastella omia ja muiden oppimisprosesseja ja analysoida sekä arvioida niitä. Kun palvelut monipuolistuvat ja tulevat yhä enemmän asiakaslähtöiseksi, perinteisistä suorituspainotteisista töistä kehittyy tietotyötä. (Tulevaisuusvaliokunta 2001, 21-22.)

Tietoa voidaan luokitella siihen liittyvän inhimillisen, intellektuaalisen prosessoinnin perusteella. Mitä korkeammalle tiedon asteelle edetään, sitä enemmän tieto sisältää inhimillistä ajattelua, työstämistä ja arviointia. Tieto on ymmärrettävissä ja omaksuttavissa ja sen täytyy olla perusteltua. Informaatio muuttuu tietämykseksi, kun ihminen on prosessoinut sen osaksi omaa tiedollista struktuuriaan. Jos tietämys irrotetaan yhteydestään, kontekstistaan, se muuttuu informaatioksi. Tietämys on aina ihmisen tai ihmisten oman prosessoinnin tulosta ja siten kontekstisidonnaista. Tietämys muuttuu ymmärrykseksi kokemusten kautta. (mt.)

Yksittäisen ammattilaisen saattaa olla hankalaa ymmärtää muutosta tietotyön suuntaan. Uusia tietovälineitä hyödyntävä, käsitteellinen tietotyö poikkeaa perinteisestä tavasta tehdä konkreettista työtä ”ruumiillisesti”. Tietotyössä symboleilla ja symbolisella ajattelulla on keskeinen merkitys. Vastustus tai välinpitämättömyys uusia tekniikoita kohtaan saattaa johtua myös siitä, että esimerkiksi tietotekniikan mukanaan tuomat haasteet ovat liian suuria olemassa oleviin taitoihin nähden. (Kirjonen 1997, 33.)

2.4 Tieto sosiaali- ja terveydenhuollossa

Terveydenhuollon ammatit ovat professioita, jotka soveltavat työtehtäviinsä erikoistunutta tieteellistä tietoa. Luonnontieteen tuottama tieto on terveydenhuollossa syrjäyttänyt uskomustiedon ja ammattien perustaksi on noussut tieteellinen tieto. Taito saada aikaan tietty tulos ja tieto tuon tuloksen olennaisesta luonteesta yhdistyvät terveydenhuollon ammattiteissa. (Niiniluoto 1997, 137.)

Systemaattisella asiantuntemuksella pyritään vaikuttamaan työn kohteeseen ja saada aikaan haluttuja tuloksia. Konttinen (1997) kuvaa nykyajan professionaalista työtä siten, että työn kohteena on monimutkainen tilanne tai ongelma, jossa on runsaasti ainutkertaisia hankalasti selvitettäviä tekijöitä. Työn perustana on abstrakti tieto joltakin erikoisalueelta ja tätä tietoa sovelletaan työssä käytännön ongelmaan. Ongelman määrittelystä edetään tietoon perustuvaan työskentelyyn ja ongelman tiedollisesta käsittelystä seuraaviin toimenpiteisiin. Profession ammatinharjoittaja soveltaa työhönsä viranomaisten säädöksiä sekä hahmottaa itse työnsä kohteen tieteellisen tiedon perusteella. Asiantuntijuus on siten tieteellisen tiedon hallintaa käytäntöön soveltamisen näkökulmasta. (Konttinen 1997, 48-52.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluilta vaaditaan yhä vankempaa tietopohjaa, ja vaatimuksen taustalla on palveluiden vaikuttavuuden osoittaminen. Vaikuttavuus taas puolestaan liittyy näyttöön perustuviin käytäntöihin, jolla tarkoitetaan parhaan mahdollisen tiedon vastuuntuntoista ja kriittistä käyttöä. Jotta näyttöön perustuva toiminta olisi mahdollista, tarvitaan tietoa menetelmien vaikutuksista ja tämän tiedon soveltamista yksilöllisesti potilaan näkemykset huomioon ottaen. Tehdyt päätökset ja valitut menetelmät tulee dokumentoida, jotta vaikuttavia menetelmiä voidaan toistaa uusien potilaiden kohdalla. (Korteniemi, Borg 2008, 9-12.)

Näyttöön perustuvan toiminnan vakiinnuttamiseksi toimintoja kehittämällä tarvitaan malleja kuvaamaan käytäntöjen yhtenäistämistä ja asiantuntijoiden roolien ja vastuiden jakamista. Kliinisessä työssä toimivilla tulee olla käytössään valmiiksi koottua ja luotet-

tavaksi arvioitua esimerkiksi suositusten tai kirjallisuuskatsausten muodossa. Näyttöön perustuva toiminta tuottaa yksittäisen potilaan saaman hyödyn lisäksi dokumentoinnin kautta hyötyä organisaatiolle ja koko alalle, kun palveluiden tietopohja vahvistuu ja uudistuu. (Korhonen, Korhonen, Holopainen 2010, 40-41.)

Kun tavoitteena on muutoksen edistäminen ja johtaminen, terveydenhuollossa voidaan soveltaa Hyvät käytännöt -toimintatapa (Best Practice), jossa näyttöön perustuvat käytännöt yhdistetään organisaatioiden toiminnan ja työntekijöiden taitojen kehittämisen. Hyvien käytäntöjen tavoitteena on laadun ja tuloksellisuuden maksimointi sekä organisaatioiden välinen yhteistyö näiden käytäntöjen levittämiseksi. Toimintatavan määrittelmä ei ole yksiselitteinen, mutta se on käsitteenä laajempi kuin näyttöön perustuva käytäntö. Se sisältää myös innovaatioiden käyttöönoton organisaatiossa sekä oppivan organisaation ja työntekijöiden elinikäisen oppimisen käsitteet. Fysioterapiassa Hyvät Käytännöt –toimintatapa tarkoittaa näyttöön perustuvan tiedon, esimerkiksi fysioterapiasuositusten ja kirjallisuuskatsausten tiedon soveltamista ja yhdistämistä kliiniseen kokemukseen ja osaamiseen sekä potilaan arvoihin ja mielipiteisiin ja käytössä oleviin resursseihin potilaan parhaaksi. Intuition avulla toimiminen ja potilaan havainnointi eivät yksin riitä kliinisen päätöksenteon tueksi.

(Canadian Physiotherapy Association 2012, WHO 2005.)

Huotari (2009) määrittää osaamisen keskeiseksi käsitteeksi terveydenhuollon organisaatioissa. Organisaation osaaminen muodostuu siinä työskentelevien ihmisten tiedoista ja taidoista, heidän kyvystään tulkita havaintojaan sekä toiminnan sopeuttamisesta tilanteiden ja toimintaympäristön vaatimusten mukaan. Yksilön osaaminen tarkoittaa sarjaa tarvittavia tietoja ja taitoja tehtävistä suoriutumiseksi. Osaaminen liittyy myös esimerkiksi käsitteisiin data, informaatio tieto ja tietämys, ydinosaminen, taitotieto ja pätevyys. (Huotari 2009, 23-24.)

Alavi ja Leidner (2001) tuovat vaihtoehtoisia näkökulmia tietämykseen ja tiedon arvoketjun hierarkkiseen malliin. Tietämys on yksilöllinen ja ainutkertainen ominaisuus, jonka käyttöarvo on tilanteiden tulkinnoissa ja ratkaisuissa. Tiedon arvoketjun etenemisen aina samaan suuntaan saatetaan myös kyseenalaistaa, koska tietämystä tarvitaan uuden tiedon, datan tai informaation arvioinnissa. Toisaalta tietämys muuttuu informaatioksi, kun se eksplikoidaan eli muotoillaan esimerkiksi lauseiksi tai sanoiksi. Tietämys

voi olla mielentila, kyky tai objekti, jota säilytetään ja johon voidaan vaikuttaa. Sitä voidaan nimittää myös kompetenssiksi, jolla tarkoitetaan tiedon käyttöä päätöksenteon tehostamiseksi tai sitä voidaan tarkastella prossina, jonka avulla päästään tiedon lähteille. (Alavi, Leidner 2001, 109-110.)

Propositionaalinen tieto ilmaistaan puhutuilla tai kirjoitetuilla lauseilla esimerkiksi potilasasiakirjoissa. Kokemuksellinen tai hiljainen tieto (tacit knowledge) on ei-kielellistä tietoa, jonka mukaan toimitaan, mutta sitä ei kyetä ilmaisemaan sanoilla. Kokemuksellinen tieto on yleistä käsityöläisammateissa, kuten terveydenhuollon ammateissa, joihin kouluttauduttiin aikaisemmin mestari-kisälliperiaatteella mallioppimisen avulla. (Niiniluoto 1996, 50-52, 63-64.)

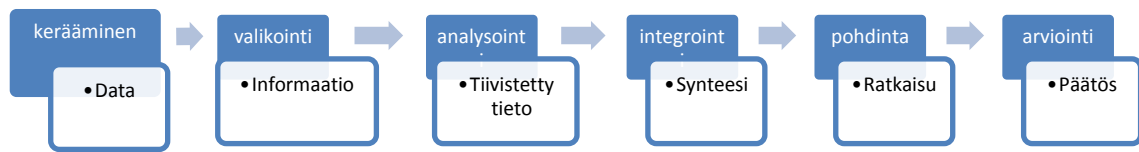
Kuusisto-Niemi ja Kääriäinen (2005) kritisoivat hiljaisen tiedon käsitettä ja sen taakse vetäytymistä sosiaalityössä. He eivät kiellä hiljaisen tiedon olemassa oloa, vaan haluavat sijoittaa sen omalle paikalleen ja palauttaa täsmällisen tiedon käyttämisen toiminnan perusteluksi. Työntekijöille itselleen, kollegoilleen ja asiakkailleen asiakasdokumentit ovat sosiaalityön näkyväksi tekemisen tärkein väline. Asiakirjoihin kirjaaminen liittyy tiedon prosessointiin, säilyttämiseen ja tiedon uudelleen hyödyntämiseen. (Kuusisto-Niemi, Kääriäinen 2005, 452-457.)

Taitojen ja tekniikoiden tieteellistyminen noudattaa säännönmukaista mallia, jossa esimerkiksi terveydenhuollon alalla jostakin erityisiä kykyjä vaativasta toiminnasta muodostuu ammattikunta. Uusi tiede syntyy, kun käsityömäisten työkäytäntöjen pätevyyttä ryhdytään testaamaan tieteellisin menetelmin ja selittämään tieteellisten teorioiden avulla. Näissä uusissa suunnittelutieteissä (design science) taito ja tekniikka liittyvät toisiinsa, ja ne pyrkivät kertomaan, mitä ihmisten pitäisi tehdä, jotta he saavuttaisivat tavoitteensa. Deskriptiiviset tieteet taas kuvaavat, millainen maailma on, oli tai tulee olemaan. Suunnittelutieteet ja deskriptiiviset tieteet täydentävät toinen toisiaan, sillä tieteiden avulla voidaan kehittää työkäytäntöjä ja työkäytännöistä nousevia kysymyksiä voidaan taas ratkaista tutkimuksen avulla. Suunnittelutieteen tyypilliset tulokset ovat teknisiä normeja, keinojen ja päämäärien suhteita koskevia väitteitä, esimerkiksi hoitosuosituksia. Suositukset ovat korvanneet aiemmat, käsityömäiseen työhön ja mallioppimiseen perustuvat käytännölliset ohjeet ja oppaat. (Niiniluoto 2003, 136-137, 174-184.)

Suunnittelutieteitä tulee tarkastella toiminnan, taidon ja ammatin käsitteiden kautta. Asiantuntijajärjestelmien tietämyksessä yhdistyvät tieteellinen tosiasiatieto ja heuristiset toimintasäännöt eli taitotieto. Terveystieteistä mm. hoitotiede ja fysioterapia pyrkivät muotoilemaan ammattitaitoa ilmaisevia ja tehostavia ehdollisia toimintaohjeita: mitä pitäisi tehdä, jotta päästään haluttuun tavoitteeseen. Terveystieteissä sitoutuminen tavoitteisiin, joita voivat olla esimerkiksi terveyden ylläpitäminen tai palauttaminen, otetaan annettuna ja siksi tavoitteet saatetaan jättää mainitsematta. Asiantuntijatyöhön liittyvää yksittäisen ammattilaisen luovaa harkintaa ja päätöksentekoa ei Niiniluodon (2003) mukaan kuitenkaan voida kokonaan mekanisoida tai kirjoittaa hoitosuosituksen muotoon. (mt.)

Higgs ja Jones (2008) ovat kuvanneet terveydenhuollon kliinistä päättelyä yksilölliseksi prosessiksi, joka on monimutkainen ja näkymätön. Kliininen päättely konkretisoituu potilasdokumenteissa diagnooseina ja hoitosuunnitelmina sekä ammattilaisten välisissä keskusteluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon näyttöön perustuvan toiminnan vaatimus edellyttää kliinisen päättelyn näkyväksi tekemistä. (Higgs, Jones 2008, 4-6.)

Prosessi datasta synteesiin ja päätöksentekoon (Kuvio 1) voi tapahtua organisaation sisällä tai henkilön mielessä. Kerätyn tiedon käyttökelpoisuus ratkeaa yleisien ammattikäytäntöjen, organisaation linjausten tai henkilön omien työkäytäntöjen perusteella. Yksilön käytettävissä olevien tai hyväksytyjen tietojen kokonaisuutta kutsutaan tietämykseksi. Terveystieteiden ammattilaisten aikaisemmat kokemukset vaikuttavat aina potilaiden kohtaamisessa, jossa rakennetaan kokemuksiin perustuvia, uudessa tilanteessa vahvistettavia tai hylättäviä hypoteeseja päätöksenteon tueksi. Tehtyjä päätöksiä voidaan tehdä näkyväksi potilaskertomuksissa ja arvioida yhdessä ammattilaisten välisessä keskustelussa. (Leung 2007, 187-188.)



KUVIO 1. Tiedon prosessointi datasta päätöksentekoon (mukailen Leung 2007, 187)

Higgs, Jones ja Titchen (2008, 151-161) esittävät, että terveydenhuollossa vallalla olevat periaatteet toisaalta näyttöön perustuvan tiedon soveltamisesta hoitokäytäntöihin ja toisaalta potilaskeskeisen hoidon vaatimukset saattavat vaikuttaa ristiriitaisilta, mutta kliinisessä työssä on käyttöä kaikkien paradigmojen mukaiselle tiedolle. Erilaiset tiedonintressit yhdistyvät terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan kohdatessa: tekninen tiedonintressi, jossa välineellinen tiedonkäsitely ja kausaalisuhteet vaikuttavat, kun työllä tulisi saada tuloksia ja tulkinnallinen tiedonintressi, jossa potilasta halutaan ymmärtää hänen elämäntilanteessaan. (Higgs, Jones, Titchen 2008, 154-157.)

Empiiris-analyttisen paradigman mukaista propositionaalista tietoa sovelletaan pohdittaessa eri terapiamenetelmien vaikuttavuutta hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Tulkinnallisen paradigman mukaista käytännöllistä tai hiljaista tietoa sovelletaan yksilöllisellä ja ainutkertaisella tavalla terapiatilanteessa tietyn potilaan kohdalla. Emansipatorisen paradigman mukaista, uutta luovaa tietoa hyödynnetään odottamattomia tilanteita ratkaistaessa, esimerkiksi hoitoprosessin aikana suunnitelmaa muutettaessa. Eri tiedonintressien yhdistämistä tarvitaan myös potilastyön dokumentoinnissa, jossa ammattihenkilön ajatukset ja päätelmät saatetaan näkyvään muotoon. (mt.)

Kirjaaminen potilaskertomukseen on osa työn tekemistä, vaikka kirjaaminen saatetaan nähdä potilastyöstä irrallisena, ylimääräisenä ja aikaa vievänä tehtävänä. Hyvin laadituilla asiakirjoilla edistetään myös potilaan etua. Kirjaamisen periaatteita voidaan tarkastella toiminnallisista, eettisistä ja juridisista lähtökohdista. Pohdittaessa kirjaamistekstin vastaanottajaa teksti tulisi suunnata aina ensisijaisesti ihmisille, ei organisaatioille tai viranomaisille. Kirjaamisessa joudutaan valitsemaan, tiivistämään ja perustelemaan valintoja, sillä kaikkea alkutilanteen arvioinnissa eikä myöhemminkään esiin tullutta tietoa ole mahdollista eikä tarkoituksenmukaista tallentaa sellaisenaan asiakirjoi-

hin. Potilaalle kirjoittaessaan työntekijä kirjoittaa automaattisesti selkeää ja ymmärrettävää kieltä ja kirjoittaa niistä asioista, joista potilaan kanssa on puhuttu. (Laaksonen, Kääriäinen, Penttilä, Tapola-Haapala, Sahala, Kärki, Jäppinen 2011, 38-39.)

Blackler (1995) on luokitellut organisaatioita sen mukaan, millaista tietämystä ne nyt edustavat ja mihin suuntaan ne ovat kehittymässä. Terveystieteiden nykyiset organisaatiot hän luokittelee asiantuntijaorganisaatioksi, jotka ovat riippuvaisia avainhenkilöiden kompetenssista. Organisaation asema ja valta perustuu näiden eksperttien maineeseen. Yksilöiden ammattipätevyydellä ja lisäkoulutuksella on suuri merkitys. Tyypillinen organisaatorakenne nykyisessä terveydenhuollossa on byrokraattinen (professional bureaucracy). (Blackler 1995, 1029-1030.)

Tulevaisuudelle Blackler esittää kaksi vaihtoehtoista muutossuuntaa. Toisessa keskeistä on viestinnän korostuminen ja ammattilaisten yhteistyö (communication-intensive), jossa dialogin avulla luodaan uutta tietämystä. Organisaation sitoudutaan ja sen vaikutus on voimaannuttava. Toinen muutossuunta on tietotyön korostuminen (symbolic-analyst-dependent), jossa ratkaistaan yhdessä ongelmia ja jonka maine perustuu luovuuden keinoin syntyneisiin ratkaisuihin. Molemmissa muutossuunnissa merkittävää on tietoteknologian hyödyntäminen. (mt.)

2.5 Sähköisen potilaskertomuksen tietorakenteet

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkinnät tehdään jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet tulee käydä ilmi potilaskertomuksesta. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. (Sosiaali- terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.)

Potilastietoa kirjataan valikoiden tai tiivistäen tarkoituksena viestiä ensisijaisesti toisille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Kliininen prosessi on usein ongelmanratkaisukehinen prosessi, ja tämän tulee välittyä myös tietoprosessista. Potilastiedon kirjaamisen tulee perustua riittävän tarkasti määriteltyyn yhteiseen sanastoon tai termistöön tulkitavirheiden välttämiseksi. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen, Meriläinen 2011, 11-13.)

Kansallisen terveysprojektin sähköiset potilasasiakirjat –määrityshankkeen ja sitä seuranneen kansallisten ydintietomäärittelyjen tavoitteena on ollut laatia kansallisesti yhtenäiset tietosisältömääritykset keskeisille potilaan hoidossa kirjattaville tiedoille. Määrittelyissä on sovittu potilaskertomuksen yhtenäisestä rakenteesta, käytettävistä näkymistä, kirjaamisessa käytettävästä hoitoprosessin vaiheistuksesta sekä käytettävistä luokituksista ja käsitelmäärittelyistä. Yhtenäiset tietomääritykset ovat keskeinen osa kansallista arkistoratkaisua. Jotta eri organisaatioiden käyttämät, toisistaan poikkeavat järjestelmät pystyisivät hyödyntämään kansallista potilastiedon eArkistoa, siihen tuotettavan tiedon on oltava yhdenmukaista. Yhdenmukainen tieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksiin sekä voi merkittävästi vähentää kirjaamistarvetta. (Ydintieto-opas 2009, 2.)

Sähköinen potilaskertomus koostuu rakenteisesta tiedosta ja vapaamuotoisesta tekstistä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaan pääpiirteittäin samoissa hoitoprosessin perusvaiheissa. Kirjaamisen tavoissa tai sisällössä voi kuitenkin olla alueellisia ja paikallisia eroja, jotka johtuvat esimerkiksi eri potilastietojärjestelmistä ja erilaisista paikallisista työkäytännöistä.

(Vuokko, Komulainen, Mäkelä, Meriläinen 2012, 18-19.)

Potilastiedon rakenteisella muodolla tarkoitetaan sitä, että tietorakenne sisältää potilastiedon lisäksi myös potilastietojärjestelmille tarkoitettua tietoa, mikä mahdollistaa nopean ja helpon tiedonhaun. Kansallisesti yhtenäisillä tietosisältömäärityksillä tarkoitetaan sähköisen potilaskertomuksen yhtenäisen rakenteen lisäksi pakollisia näkymiä, otsikoita ja hoitoprosessin vaiheita. Potilastietojärjestelmä tai käyttäjä tuottaa yhden tai useampia otsikoita ja jokaisella merkinnällä pitää olla vähintään yksi otsikko. Yksittäisiin tiedon osiin voidaan päästä esimerkiksi numeerisen tunnuksen perusteella. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen, Meriläinen 2011, 23; Ydintieto-opas 2009, 14-16.)

Potilastietojen rakenteisuus tekee mahdolliseksi tietojen koostamisen eri käyttötarkoituksiin mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Myös potilastiedon käyttö tilastointiin, toiminnan seurantaan ja kehittämiseen paranee. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa on tarkoituksenmukaista silloin, kun siitä on hyötyä potilaan hoidolle, tietotojärjestelmää käyttävälle terveydenhuollon ammattihenkilölle tai palvelujen järjestäjälle. Ydintietomäärittelyjen lisäksi erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen määrittelyt on laadittu muun muassa kuntoutus- ja erityistyöntekijöille. (mt.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö OPER jatkoi vuonna 2011 ydintietomäärittelyjen käsitteistön ja sisällön päivittämistä nykyisen lainsäädännön sekä eArkiston rakennetta ja sisältöä vastaaviksi. Rakenteisen potilaskertomuksen tueksi laadittiin vuonna 2011 terveydenhuollon yleisiä prosessikuvauksia, joiden tavoitteena on lisätä ymmärrystä näiden prosessien työnkulusta, niihin liittyvistä tehtävistä sekä tietovarannoista. Potilaan hoitoprosessi ja kliininen prosessi ovat terveydenhuollon toiminnan ydinprosesseja, mutta niihin limittyvät sekä tietoprosessi ja tietohallinnon prosessi, koska potilaan hoidon kuluessa syntyy erilaisia tietoja, merkintöjä ja asiakirjoja. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen, Meriläinen 2011, 11-12; Vuokko, Komulainen, Mäkelä, Meriläinen 2012, 19-23.)

Terveydenhuollon toimintaprosesseille on ominaista, että ne ovat luonteeltaan asiantuntijatyön prosesseja, joiden eteneminen on monimutkaista ja polveilevaa sekä vain osittain vakioitavissa. Prosessitapahtumia ovat erilaiset hoitoprosessiin liittyvät tapahtumat esimerkiksi yhden vuodeosaston hoitajakso tai vastaanottokäynti. Vaikka saman prosessin toteuttaminen ja seuranta voivat yksityiskohdiltaan poiketa toisistaan eri yksiköissä ja tilanteissa, tietyt prosessin peruselementit ovat aina tunnistettavissa. THL:n prosessien määrittelytyön tavoitteena on, että potilaskertomuksen rakenteet tukevat potilastiedon tallettamista, käyttöä ja hakua kansallisista palveluista. Jotta rakenteisen potilastiedon käytöstä saataisiin sekä hoitoon että työn kehittämiseen liittyvää hyötyä, muutoskassa tulee tukea terveydenhuollon toimintamallien muuttamista, sähköisen potilaskertomuksen tiedon laatua sekä käyttäjien taitoja.

(mt.)

Fysioterapian potilastietojen kirjaamisen ja käsittelyn lähtökohtana on fysioterapia-palvelu, jossa tarkoituksena on arvioida ja edistää potilaan liikkumis- ja toimintakykyä. Fysioterapeutit kirjaavat sähköisen potilaskertomuksen ammatilliselle FYST-näkymälle ja sen lisäksi moniammatilliseen hoitokertomukseen muulle hoitohenkilökunnalle ohjeita esimerkiksi potilaan liikkumiseen liittyen. Ammatillisen näkymän tekstiä rakenteistetaan tietomäärittysten mukaisilla 27 valinnaisella otsikolla, joista fysioterapiassa suositellaan käytettäväksi 13 otsikkoa. Ammatillisen FYST-näkymän tekstiä rakenteistetaan otsikoiden lisäksi Fysioterapianimikkeistön avulla. (Liite 2; Ydintietopopas 2009, 63.)

2.6 Aikaisemmat tutkimukset

Sähköisiä potilaskertomuksia on tutkittu monesta eri näkökulmasta ja eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnassa. Käytetyt tutkimusmenetelmät ovat olleet pääasiassa laadullisia ja tietosisältöjen tutkimuksessa eniten käytetty metodi oli erilaisiin standardeihin ja luokituksiin perustuva sisällön analyysimenetelmä. Häyrinen, Saranto ja Nykänen (2008) havaitsivat kirjallisuuskatsauksessaan, että kirjaamisen täsmällisyys parani rakenteisen kirjaamisen käyttöönoton jälkeen. Toisaalta ohjeista ja standardeista huolimatta kirjaamisen laatu ei aina parantunut eikä sähköisen potilastietojärjestelmän käytön ei osoitettu säästävän tai kuluttavan enemmän aikaa verrattuna manuaalisten järjestelmien käyttöön. (Häyrinen, Saranto, Nykänen 2008, 299-300.)

Sähköisen potilastietojärjestelmän myötä syntyneitä työtapojen muutoksia ei tutkimuksissa havaittu. Sähköiseen kirjaamiseen siirtyminen oli tapahtunut usein vain muuntamalla paperinen potilaskertomus digitaaliseen muotoon. Kirjaamiskäytäntöjä tulisi kuitenkin arvioida ja kehittää yhtenäiseen suuntaan, jotta potilaskertomuksiin sisältyvää tietoa voitaisiin hyödyntää mahdollisimman hyvin moniammatillisessa yhteistyössä ja jatkohoidon järjestämisessä. Rakenteisessa kirjaamisessa syntynyttä tietoa voidaan käyttää jalostettuna myös organisaation kehittämiseen. Laadukkaan sähköisen dokumentoinnin on todettu parantavan hoidon laatua. (mt.)

Beale ja Heard (2007) määrittelevät potilaskertomusmerkinnät toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle tarkoitetuksi, tiivistetyksi kuvaukseksi todellisista tapahtumista tehdyistä huomioista. Potilasasiakirjamerkintöjen tulisi kuvata ammattihenkilön kognitiivisen prosessin myötä syntyneitä tulkintoja ja päätelmiä eikä vain pelkkiä faktoja, esimerkiksi mittaustuloksia. Hyvä malli terveyttä koskevan tiedon kuvaamisessa on kuten mikä tahansa hyvä malli: se täyttää semanttisen vaatimuksen eli kirjoittajan tarkoittama sisältö on selkeästi esitetty. Toiminnallinen vaatimus tiedon kuvaamisessa tarkoittaa, että kirjoitetulla tekstillä voidaan vaikuttaa tavoiteltujen toimintojen edistymiseen ja taloudellinen vaatimus tarkoittaa tietojärjestelmien mahdollisuuksien käyttöä ja kehittämistä tulevaisuutta varten. (Beale, Heard 2007, 760-761.)

Terveydenhuollon ammattilaisten ikääntyneiden potilaiden hoitoa koskevaa kirjaamista tutkittaessa havaittiin, että noin puoleen potilaskertomuksista sisältyi arvioita selviytymisestä päivittäisistä toiminnoista. Lääkäreiden kirjauksista arviot potilaan selviytymisestä puuttuivat lähes kokonaan. Sairaanhoidajat kirjasivat potilaiden toimintakykyyn liittyviä seikkoja lääkäreitä paremmin, mutta heidänkin kirjaamistaan tuli kehittää. Tutkijat toteavat, että potilaskertomukset eivät sisältäneet riittävästi kuvausta potilaiden toimintakyvystä ja hoidon tuloksista. (Jensdottir A, Jonsson P, Noro A, Jonsen E, Ljunggren G, Finne-Soveri H, Schroll M, Grue E, Bjornsson 2008, 341).

Kuusio (2008) osoitti hoitotyön kirjaamista koskevassa tutkimuksessaan, että perusterveydenhuollossa hoitotyön kirjaaminen vaihteli yksiköittäin ja käyttäjittäin. Tulotilannetta oli kuvattu hyvin, mutta suunnitelma ja tavoitteet puuttuivat lähes kokonaan. Ylöstalo-Laine (2006) puolestaan havaitsi, että hoidon tulosten arviointi tuli harvoin esiin potilaskertomuksissa. Karlсенin (2009) mukaan sairaanhoidajien kirjaamistavat olivat epätäsmällisiä. Tavoitteet oli asetettu liian yleiselle tasolle ja toisaalta potilaan toimintaa oli kuvattu hyvin yksityiskohtaisesti. Hoitajien laatimat potilaskertomukset olivat tekijänsä näköisiä eikä niistä voitu löytää yhteistä linjaa. Potilasasiakertomuksiin tulisi merkitä sellaisia tosiasioita, joita voidaan hyödyntää hoitosuunnitelmaa tehdessä. (Karlсен 2009, 576.)

Potilaskertomuksissa kuvattiin pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisten käsityksiä, totesivat Dahl, Julnes ja Vatne (2008). Potilaiden käsityksiä omasta hoidostaan ei ollut

kirjattu potilaskertomuksiin. Jos hoitotyössä tavoitellaan kokonaisvaltaista lähestymistapaa, potilaiden mielipiteet tulisi myös kirjata. (Dahl, Julnes, Vatne 2008, 16.)

Selvittäessään kirjaamisen sisällöllistä tarkkuutta Lewén, Gardulf ja Nilsson (2010) totesivat, että potilaiden kivun arviointia ja hoitoa oli kuvattu vaihtelevasti. Sanallista arviointia esiintyi lähes kaikissa potilaskertomuksissa, mutta kivun mittaamista oli kirjattu erittäin harvoin. Kivun hoidon vaikuttavuutta oli kuvattu vain noin viidesosassa tapauksista. Tutkijat toteavat, että esimiesten tulisi kehittää työyksikkönsä kirjaamista, sillä kirjaamisen laatu ei voi olla vain yksittäisen työntekijän vastuulla. (Lewén, Gardulf, Nilsson 2010, 768-770.)

Fysioterapian kirjaamista on tutkittu vain vähän. Häyrinen (2011) tutkimuksen mukaan fysioterapeutit kirjoittivat potilaskertomukseen vapaamuotoista tekstiä hyödyntäen erilaisia otsikoita. Fysioterapiajakson aikana ja sen päättyessä tehtyjen merkintöjen otsikot eivät olleet yhtenäisiä. Lisäksi fysioterapeutit käyttivät kirjaamisessa sairaanhoitajien ja lääkäreiden kirjausten kanssa päällekkäisiä tietoryhmiä. Vapaamuotoisessa tekstissä ilmeni johtopäätöksiä tehdyistä tutkimuksista, vaikka otsikoiden käytössä ei fysioterapiaprosessi kokonaisuudessaan tullut esiin. Esitiedot, nykytila ja jatkohoidon järjestäminen olivat eniten käytettyjä otsikoita. Häyrinen suosittelee, että fysioterapiaprosessia kuvaavia otsikoita tulisi myös käyttää. (Häyrinen 2011, 57-58.)

Pukki (2004) totesi tutkimuksessaan, että fysioterapian suunnitelmia kirjataan kohtalaisen hyvin, mutta sisällöltään potilaskertomukset ovat kirjavia ja osittain epäloogisia. Fysioterapian kirjauksissa otsikointi on vähäistä ja käytetty otsikointi on epäyhtenäistä eri osastojen ja organisaatioiden välillä. Fysioterapeuttisen tutkimuksen tuloksia esitetään pääasiallisesti kuvailemalla. Fysioterapian kirjaamisen kehittämisessä tulisi Pukin mukaan kiinnittää erityistä huomiota otsikoinnin yhtenäistämiseen ja sisällön jäsentämisen loogisuuteen. (Pukki 2004, 52.)

Vreeman, Taggard, Rhine ja Worrell (2006) korostavat fysioterapeuttien työn olevan itsenäistä, vaativaa ja monimuotoista. Kliininen päätöksenteko on ratkaiseva osa koko työprosessia ja sen tueksi tarvitaan oikeaa tietoa oikeaan aikaan ja oikeassa muodossa. Kirjaamista tulisi standardoida ja kehittää siihen yhteisiä rakenteita. Kehittämisen edellytyksenä on työprosessien kuvaaminen.

(Vreeman, Taggard, Rhine, Worrell 2006, 435-443.)

Lillrank ja Liukko (2004, 41-42.) totesivat, että terveydenhuollon palveluprosessi ei ole koskaan vakio, mutta siitä löytyy vakioituja osia. Prosesseja on kolmen tasoisia: standardiprosessit, esimerkiksi mittaukset; rutiiniprosessit, esimerkiksi hoitoprotokollat tai – linjat sekä ei-rutiiniprosessit, jotka ovat henkilöihin ja tilanteisiin liittyviä ainutkertaisia tapahtumia.

Kirjaamista pidetään tärkeänä, mutta kirjaamiseen käytetty aika on riittämätön, jotta kliinisessä työssä syntyneet päätelmät saataisiin dokumentoituun muotoon, totesivat Harmanin, Bassetin, Fenety ja Hoensin (2009, 256.) haastattelemat fysioterapeutit. Johtopäätöksiä ei usein kirjata, vaan pelkästään faktoja, esimerkiksi tutkimustuloksia. Myös potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisen ja toimintakyvyn paranemisen ennustamisen tutkimukseen osallistuneet fysioterapeutit kokivat vaikeaksi.

Sähköisten potilastietojärjestelmien on sanottu tuovan monenlaista lisäarvoa: ne helpottavat fysioterapeuttien hallinnollista työtä, säästävät aikaa ja työn tuloksellisuutta voidaan entistä paremmin osoittaa muulle henkilöstölle. Monet fysioterapeutit epäilivät sähköisten järjestelmien hyödyllisyyttä, koska tunsivat epävarmuutta uusia työtapoja ja tietokoneen käyttöä kohtaan. Työprosessien ja tiedon keräämisen ja analysoinnin nykytilaa tulee arvioida ennen sähköisten tietojärjestelmien käyttöönottoa. (Buyl, Nyssen 2009, 474, 479.)

Phillips, Stiller ja Williams (2006) havaitsivat, että fysioterapian erikoisala ja potilaan sairaalassa oloaika vaikuttivat kirjaamisen laatuun. Paljon tai vähän kokemusta omaavien fysioterapeuttien kirjaamisessa ei tämän tutkimuksen mukaan ollut eroja. Vaikka yhteiset kriteerit puuttuivatkin tässä tutkimuksessa, tutkijat suosittelivat säännöllistä kirjaamisen arviointia fysioterapiayksiköissä. (Phillips, Stiller, Williams 2006, 8.)

Fysioterapiasta saatu hyöty näkyy potilaan arkielämässä parantuneena liikkumis- ja toimintakyknä. Jotta fysioterapian tulokset voidaan tehdä näkyväksi muille terveydenhuollon ammattihenkilöille ja yhteistyökumppaneille, työprosesseja ja kirjaamista tulee kehittää. Tuloksien esittäminen liittyy näyttöön perustuviin käytäntöihin, jolla tarkoite-

taan parhaan mahdollisen tiedon vastuuntuntoista ja kriittistä käyttöä. Näyttöön perustuvaa tietoa sovelletaan yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla päätettäessä terapia-
muodon valinnasta, johon vaikuttavat myös terapeutin kliininen kokemus sekä potilaan
käsitykset. (Heiwe, Nilsson Kajermo, Tyni-Lenné, Guidetti, Samuelsson, Andersson,
Wengström 2011, 202-203)

Fysioterapeutit pitivät tärkeänä näyttöön perustuvien käytäntöjen edistämistä fysiotera-
piassa. Positiivisesta asenteesta huolimatta näyttöön perustuvan tiedon soveltamisessa
käytäntöön havaittiin useita esteitä, joista aikapulan ilmoitettiin olevan suurin este. Esi-
miesten tulisi ottaa enemmän vastuuta hoitosuosittelun käyttöönotosta organisaatioissa.
(mt.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata erään erikoissairaanhoidon yksikön fysioterapian potilaskertomuksien tietorakenteita ja -sisältöjä.

Tutkimuskysymykset ovat:

3.1 Millaisia tietorakenteita ja tietosisältöjä esiintyy fysioterapian potilaskertomuksista?

3.1.1 Miten fysioterapiaprosessi ilmenee potilaskertomuksissa?

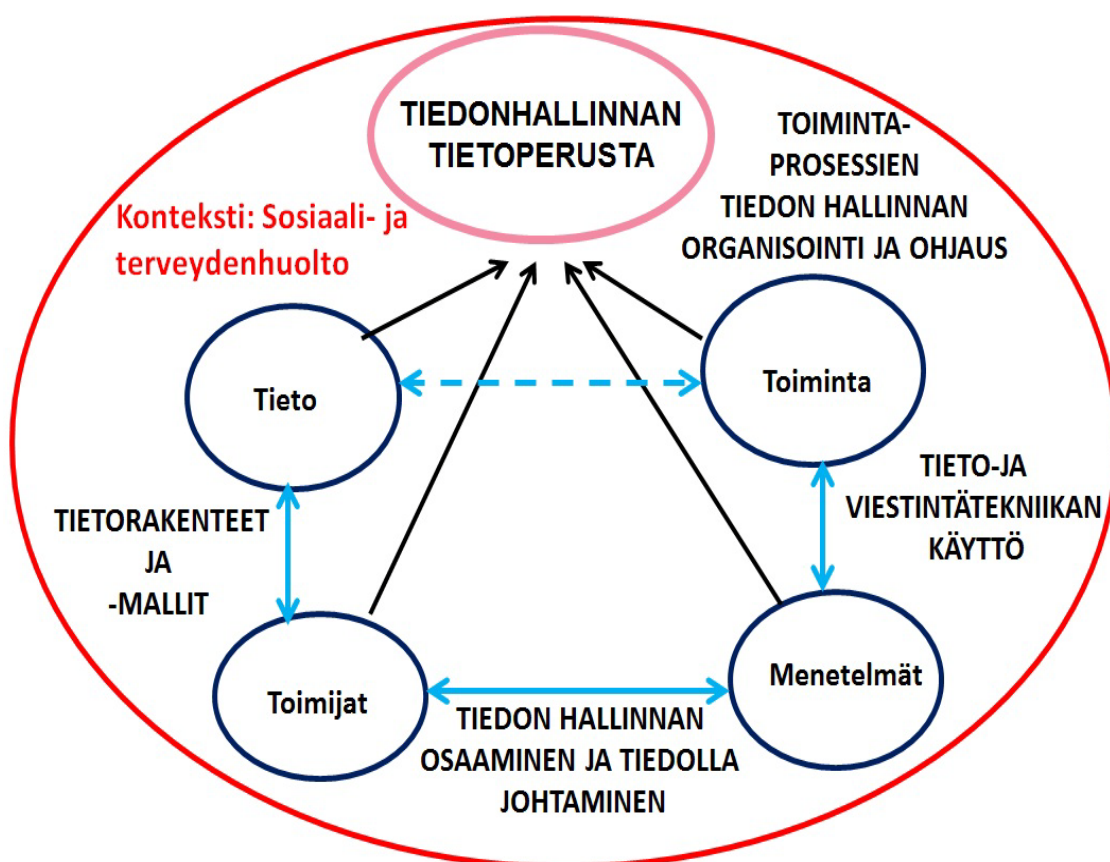
3.1.2 Miten potilaskertomukset rakentuvat otsikoiden avulla?

3.1.3 Miten potilaskertomuksissa ilmenevät Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma

Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigman (Kuvio2) mukainen toimintaympäristö muodostuu neljästä entiteetistä, joiden väliset yhteydet muodostavat tutkimuksen kentän.



KUVIO 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan paradigma ja tutkimuskohteet (Saranto, Kuusisto-Niemi 2012)

Tieto ymmärretään hierarkkisenä jatkumona datasta viisauteen. Tässä ns. tiedon arvoketjussa kompleksisuus ja verkostomaisuus lisääntyvät siirryttäessä yhä jalostetumpaan tietomuotoon. Toiminnalla tarkoitetaan palvelujen suunnittelua, toteutusta, käyttöä ja arviointia. Menetelmillä tarkoitetaan toiminnassa syntyneiden tietojen käsittelyyn, tallentamiseen ja välittämiseen liittyviä teknisiä ja sosiaalisia toimintatapoja. Toimijoilla

tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäviä tai tuottavia henkilöitä tai yhteisöjä. Tiedonhallinnan tutkimus kohdistuu entiteettien sekä niiden välisiin suhteisiin. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan toimijoiden ja tiedon välisiä suhteita ja tavoitteena on tietosisältöjen ja tietoperustan kehittäminen. (mt.)

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida fysioterapian potilaskertomusten tietorakenteita ja tietosisältöjä.

Tutkimusmenetelmänä on arviointitutkimus ja lähestymistapana tapaustutkimus. Arvioinnin tavoitteena on selvittää jonkin ohjelman, innovaation, intervention, projektin tai palvelun arvoa tai tuloksellisuutta. Näkökulma voi olla palvelun järjestäjän, intervention laatijan, projektin vetäjän tai osallistujan tai palvelun asiakkaan. Arviointi on soveltavan sosiaalitutkimuksen eräs muoto, jonka tavoitteena ei perustutkimuksen tapaan ole uuden tiedon tuottaminen, vaan tutkia olemassa olevan tiedon soveltamista ja toimintakäytäntöjen kehittämistä sen avulla. (Clarke, Dawson 1999, 2-3; Robson 2000, 24-26.)

Terveydenhuollon menetelmien arvioinnissa yhdistyvät eri tieteiden keinoin kysymykset vaikuttavuudesta, voimavaroista ja terveystarpeista. Arvioinnilla voidaan selvittää uuden hoitomenetelmän käyttöönoton perusteita tai jo käytössä olevan menetelmän käytön hallintaa. Arviointi tarkoittaa arviointikohteen suhteuttamista arviointiperusteisiin. Arviointi tulee tehdä läpinäkyvästi niin, että se voidaan toistaa samanlaisena. Arvioinnin hyödyntäminen tulee ottaa huomioon jo arviointia suunniteltaessa. (Mäkelä 2007, 11-13; Rajavaara 2007, 50.)

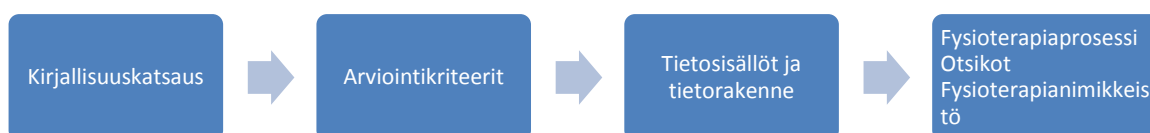
Teorian osuus on olennainen arviointiprosessissa. Sen avulla arvioija voi valita arviointimenetelmän ja lähestymistavan, ja teoria ohjaa myös näkökulman valinnassa. Arviointia koskeva teoria käsittelee sitä, milloin, missä ja miten menetelmiä käytetään. Arvioinnin teoria kuvaa myös sitä, mihin teoriaan toimintaohjelma tai interventio perustuu. Jos arvioinnin taustalla ei ole teoriaa, ei myöskään ohjelmaa tai interventiota voida pätevästi arvioida. (Clarke, Dawson 1999, 30-31.)

Eräs arvioinnin peruskäsitteitä on vaikuttavuus (effectiveness), joka otettiin käyttöön julkisen sektorin tulosohjauksen yhteydessä. Vaikuttavuutta ilmiönä voidaan kuvata toimintojen toteuttamista tehokkaasti käytettävissä olevilla inhimillisillä ja taloudellisilla voimavaroilla. Terveystieteiden tutkimuksessa vaikuttavuudella tarkoitetaan hoidon tai terapian toimivuutta ja vaikuttavuutta todellisissa tilanteissa terveydenhuollon arjessa. (Mäkelä 2007, 17.)

Tapaustutkimuksessa (case study research) tutkitaan jotakin rajattua kokonaisuutta. Tapaustutkimuksessa pyritään pääasiassa miten- ja miksi- kysymysten avulla tutkimaan, kuvaamaan ja selittämään tapauksia. Tapaustutkimuksessa tutkimuskohteeksi valitaan usein yksittäinen tapaus tai joukko tapauksia, joiden tarkastelussa kiinnostuksen kohteena ovat prosessit. Kuvailevat menetelmät eivät välttämättä pyri selittämään ilmiöiden välisiä yhteyksiä, testaamaan hypoteeseja, tekemään ennusteita, vaan tavoitteena on tutkimuskohteen ominaispiirteiden systemaattinen, tarkka ja totuudenmukainen kuvailu. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka 2006)

Tapausta tai tapauksia tutkimalla halutaan lisätä ymmärrystä tietyistä ilmiöistä pyrkimättä kuitenkaan yleistettävään tietoon. Vaikka kyse onkin tietyistä, yksilöllisestä tapauksesta, arvioinnissa voidaan kuitenkin pohtia tuloksia myös laajemmassa mittakaavassa. Tapauksien huolellinen tutkiminen voi tarjota yksittäistapauksien ylittävää tietoa, vaikka niiden pohjalta ei voi esittää yleistyksiä. Tulosten merkitystä ja oikeellisuutta voidaan vahvistaa esittämällä perusteellinen kuvaus aineistosta ja sen analyysistä. (mt.)

Seuraavassa kuviossa 3 on kuvattu tämän tutkimuksen kulku:



KUVIO 3. Tutkimuksen kulku

4.3 Tutkimusaineiston hankinta

Tutkimuksen kohteena ovat erään sairaanhoitopiirin fysioterapian potilaskertomukset. Sairaanhoitopiiri on yksi terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) määrittelemistä erityisvastuualueen sairaanhoitopiireistä, jonka on järjestettävä yhteistyössä alueensa erikoissairaanhoito. Erityisvastuualueen tehtäviin kuuluu muun muassa alueensa erikoissairaanhoidon palvelujen tuotanto, tietojärjestelmäratkaisut, lääkinnällinen kuntoutus ja erilaiset hankinnat. Tutkimuslupaa anottiin loka-marraskuun vaihteessa ja se myönnettiin marraskuun lopussa 2011.

Tutkimusaineistona ovat fysioterapian potilaskertomukset, jotka kerättiin sairaanhoitopiirin erään yksikön kolmesta sairaalasta fysioterapiaa syyskuun 1. päivänä 2011 saaneista potilaiden potilaskertomuksista. Potilaskertomusten poiminta suoritettiin siten, että kustakin sairaalasta kerättiin järjestyksessä kyseisen päivän kymmenen ensimmäistä fysioterapian potilaskertomusta, jotka sisälsivät useamman kuin yhden hoitokerran. Yhteensä tutkittavia potilaskertomuksia on 30 kappaletta, joihin kirjauksia oli tehnyt 29 fysioterapeuttia. Hoitokertoja potilaskertomuksissa oli 2-51. Potilaskertomusten laajuus oli 28-62 kilotavua ja merkkimäärä 939-16805 merkkiä ilman välilyöntejä.

Potilaskertomuksista poistettiin potilaiden ja fysioterapeuttien tunnistetiedot. Aineiston keräsi erään tutkimuskohteena olevan fysioterapiayksikön osastosihteeri. Aineisto luovutettiin tutkijalle sähköisessä muodossa muistitikulla.

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksessa potilaskertomusten tietosisältöjä ja -rakenteita tarkasteltiin kvalitatiivisella analyysillä. Analyysi suoritettiin tutkimustehtävittäin. Fysioterapiaprosessin vaiheiden ilmenemistä ja Fysioterapianimikkeistön mukaisia teemoja koskeva aineistolähtöinen kvalitatiivinen analyysi suoritettiin sisällön analyysimenetelmällä. Potilaskerto-

musten tietorakenteita tutkittiin tarkastelemalla käytettyjä pää- ja alaotsikoita. (Pietilä 1973, 4.)

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan sisällönanalyysia ei kuitenkaan voida pitää pelkästään laadullisen tutkimuksen menetelmänä, jos sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuulujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä väljänä viitekehyksenä. Aineistoa läpikäydessä saattaa ilmestyä uusia, kiinnostavia asioita, mutta ne on jätettävä raportoimatta. Tutkijan on valittava tutkimustehtävien mukainen tarkkaan rajattu kapea ilmiö, jota vasten aineistoa tarkastellaan. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 91-92.)

Sisällön analyysilla dokumentteja käsitellään systemaattisesti ja objektiivisesti ja aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta ne toimivat lähinnä apuna analyysin kehittämisessä. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta ja aikaisempi tietoa ohjaa tai auttaa analyysia, josta on tunnistettavissa uusia ajatusuria aukovan aikaisemman tiedon vaikutus. Päätelyn logiikka on teoriaohjaavassa analyysissä usein abduktiivinen päättely, jossa aineistolähteisyyttä ja valmiit mallit tai taustateoriat vaihtelevat. (Tuomi, Sarajärvi 96-97.)

Laadullisen analyysin tueksi voidaan laskea koodien tai erilaisiin teemoihin kuuluvien elementtien lukumääriä, kuten tässä tehtiin. Tutkijan on suositeltavaa tehdä laskelmia itseään varten ja esittää joitakin frekvenssejä varsinaisessa raportissa. Laskeminen systematisoi analyysia, mutta laskelmatkin ovat luonnollisesti tutkijan konstruktioita. Tutkimustehtävä ja tutkijan intressit vaikuttavat laskemistapaan ja laskemisen kohteiden valintaan. Laskemisessa on tärkeää kuitenkin huomioida asioiden esiintymisen kontekstit. Asioiden esiintymisestä saadaan parhaiten tietoa lukemalla sitkeästi tekstejä kokonaisuuksina, ei vain etsimällä yksittäisiä sanoja. (Saaranen-Kauppinen, Puusniekka. 2006.)

Tutkimusaineiston analyysi eteni alkuvaiheen havaintomatriisin laatimisesta tutkimuskysymyksittäin. Ensin tutkittiin fysioterapiaprosessin mukaisista teemojen ilmenemistä, sitten potilaskertomuksen rakenteistamista otsikoiden avulla sekä Fysioterapianimikkeistön mukaisten teemojen ilmenemistä päätyen lopuksi yhteenvetoon potilaskertomusten tietosisällöistä ja tietorakenteista.

Tässä tutkimuksessa kirjaamisen kriteereinä toimivat sähköisten potilaskertomusten laatimista koskevat säädökset, ohjeet ja suositukset. Tutkimusaineistoon perehtymisen aloitettiin tulostamalla potilaskertomukset paperille ja lukemalla ne useaan kertaan. Koska luokittelua pidetään aineiston järjestämisen yksikertaisimpana muotona, ensin luokiteltiin potilaskertomuksissa käytetyt pää- ja alaotsikot havaintomatriisin, johon merkittiin kustakin potilasasiakertomuksesta myös hoitokerrat ja sana- ja kilotavumäärän. Käytetyt otsikot kuvaavat potilaskertomuksen tietorakenteita.

4.4.1 Fysioterapiaprosessin ilmeneminen

Yhtenä arviointikriteerinä käytetty fysioterapiaprosessi määriteltiin mukailien kansallisten tietomäärittysten mukaisia hoitoprosessin vaiheita ja täydentäen niitä suomalaisilla ja kansainvälisillä fysioterapiaprosessin kuvauksilla. (EU Region 2008; Kela 2010; Ydintieto-opas 2009, 23; WCPT 2011.)

Fysioterapiaprosessilla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien fysioterapiatapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintosarjaa, joka etenee ongelmien määrittelystä fysioterapian suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Prosessin vaiheet ovat: Tulotilanne, Fysioterapian suunnittelu, Fysioterapian toteutus ja Fysioterapian arviointi. (mt.)

Tulotilanteella tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoidon vastaanotolle, poliklinikalle tai laitoshoitopaikalle saapumisen syyn selvittämiseksi sekä tilanteeseen liittyvien tutkimusten ja selvitysten suorittamiseksi. Fysioterapiassa tämä tarkoittaa fysioterapeuttista tutkimista ja arviointia, joiden perusteella laaditaan yhteenveto ja johtopäätökset sekä mahdollisesti fysioterapiadiagnoosi. Fysioterapeuttisen tutkimisen menetelmiä ovat mm. haastattelu ja havainnointi, lomakekyselyt sekä erilaiset testaukset ja mittaukset. (mt.)

Fysioterapian suunnittelulla tarkoitetaan fysioterapeutin, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelemaa potilaan fysioterapiaa. Fysioterapian tavoitteet laaditaan fysioterapiajakson alussa yhdessä potilaan kanssa ja niiden saavuttamista arvioidaan jakson päättyessä. Fysioterapian tavoitteiden tulee olla potilaalle realist-

tisia, mitattavia, kirjattavia ja tarkoituksenmukaisia. Fysioterapian toteutus tarkoittaa fysioterapian keinoja ja menetelmiä suunnitteluvaiheessa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Fysioterapian arviointi tarkoittaa saavutettujen tuloksien potilaan toimintakykyä vertaamalla sitä tulotilanteen toimintakykyyn samoilla arviointimittareilla kuin alkuvaiheessa. (mt.)

Potilaskertomuksista etsittiin fysioterapiaprosessin vaiheiden mukaisia teemoja. Teemat merkittiin ja laskettiin frekvenssit.

4.4.2 Potilaskertomusten rakentuminen otsikoiden avulla

Tutkimuksen kohteena olevan erikoissairaanhoidon yksikön sairaaloiden potilastietojärjestelmän käyttäjä voi valita kolmesta pääotsikosta sekä yli 20 alaotsikosta. Ohjelman käyttäjä voi tehdä kirjaukset potilaskertomukseen myös ilman otsikoita.

Otsikkovalikossa oli useita samaa asiaa tarkoittavia otsikoita, joita oli käytetty myös fysioterapian potilaskertomuksissa. Esimerkiksi otsikot Toteutus, Hoidon toteutus ja seuranta sekä Nykytila ja toteutus kuvasivat kaikki fysioterapian toteutusta, ja ne yhdistettiin uudelleen koodauksen avulla yhdeksi otsikoksi Toteutus.

Joissakin potilaskertomuksissa samaa otsikkoa, esimerkiksi Väliarvio käytettiin potilaskertomuksessa useita kertoja tai jokaisella hoitokerralla. Nämä otsikot koodattiin uudelleen siten, että kukin otsikko esiintyi vain kerran kussakin potilaskertomuksessa.

Uudelleen koodausten jälkeen pää- ja alaotsikoista laadittiin uusi havaintomatriisi, ja laskettiin otsikoiden frekvenssit.

4.4.3 Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat

Koska Fysioterapianimikkeistö ei ollut tutkimuksen kohteena olevan erikoissairaanhoidon yksikön potilastietojärjestelmän valikossa, nimikkeistön käyttöä tutkittiin tarkastelemalla potilaskertomuksissa esiintyviä Fysioterapianimikkeistön mukaisia teemoja (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Fysioterapianimikkeistön nimikkeet

RF120 Fysioterapeuttinen tutkiminen**RF130 Fysioterapiasuunnitelman laatiminen****RF210 Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta****RF220 Terapeuttinen harjoittelu****RF230 Manuaalinen terapia****RF240 Fysikaalinen terapia****RF310 Liikkumista ja toimintakykyä tukevat apuvälinepalvelut****RF320 Asumista ja elinympäristössä selviytymistä sekä osallistumista tukevat palvelut****RF330 Työssä selviytymistä tukevat fysioterapiapalvelut**

Fysioterapianimikkeistössä jokaisella nimikkeellä on kirjain- ja numerokoodi. Kirjain R on lyhenne sanasta ”Rehabilitation” (Kuntoutus) ja F on lyhenne sanasta ”Fysioterapia”. Numero tarkoittaa nimikkeen numeroa nimikkeistössä. Fysioterapianimikkeistön nimikkeet ja niiden määrittelyjen mukaiset teemat toimivat sisällön erittelyn kriteereinä. Teemat merkittiin ja laskettiin frekvenssit.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset esitellään tässä alkaen potilaskertomusten yksittäisistä tietorakenteista ja tietosisällöistä, jota tutkimuksessa kuvaavat fysioterapiaprosessin ilmeneminen, potilaskertomusten rakentuminen otsikoiden avulla sekä Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat. Tämän jälkeen esitellään yhteenveto potilaskertomusten tietorakenteista ja tietosisällöistä.

5.1. Fysioterapiaprosessin ilmeneminen

Tulotilanne

Fysioterapian potilasasiakirjat sisälsivät dataa ja informaatiota potilaan liikkumis- ja toimintakyvystä ja näiden rajoitteista. Eri menetelmillä, esimerkiksi haastattelemalla ja havainnoimalla saatu tieto koski liikkumista, itsensä huolehtimista, sydän- ja verenkiertojärjestelmän ja tuki- ja liikuntaelimestön toimintoja sekä kipua. Tulotilanne välittyi fysioterapiaprosessin osana kaikissa potilaskertomuksissa (n=30).

Tulotilanteessa fysioterapeuttisen tutkimisen menetelmistä esiintyi eniten havainnointimenetelmällä saatua tietoa, jota oli kirjattu kaikkiin potilaskertomuksiin (n=30). Potilaan haastatteluun perustuvaa tietoa oli kirjattu kahta lukuun ottamatta kaikkiin kertomuksiin (93 %, n=30).

Tulotilanteeseen sisältyviä testaus- ja mittaustuloksia oli kirjattu 20 potilaskertomukseen (67 %, n=30). Mittausmenetelminä oli kirjattu mm. kuuden minuutin ja 10 metrin kävelytestit, puristusvoiman mittaus, lihasvoiman ja nivelten liikeratojen mittaus sekä VAS- kipujana (Visual Analogue Scale). Joissakin potilaskertomuksissa kirjattu tieto perustui sovellettuihin testeihin, jossa esimerkiksi laskettiin, kuinka monta porrasta potilas jaksoi kävellä porraskävelyssä tai kuinka monta minuuttia potilas jaksoi istua.

Tällä hetkellä oikean olkanivelen aktiivinen fleksio on 90 astetta ja abduktio on 60 astetta. Kipu estää.

Nousee vuoteen reunalle istumaan täysin autettuna, istuu n. 20 minuuttia hyvin jaksaen.

Reisilihasatrofiaa on huomattavasti, oikean reiden ympärysmitta on 4 cm pienempi kuin vasemmalla.

Fysioterapeutit kuvasivat huonokuntoisempien potilaiden liikkumisen ja toimintakyvyn arvioinnin olevan terapian alkuvaiheessa hankalaa ja siksi arviointia saatettiin tehdä useammalla fysioterapiakerralla.

Fysioterapian suunnittelu

Fysioterapiasuunnitelmia oli kirjattu 11 (37 %, n=30) potilaskertomukseen, joista 9 kertomuksessa tieto oli Suunnitelma-otsikon alla. Suunnitelmat liittyivät esimerkiksi potilaan liikkumisen lisäämiseen, alkuvaiheen asentohoitoon ja kävelyn harjoittamiseen.

Päivittäinen kävelyharjoitus Eva-telineellä on tärkeää, jotta kävelykyky paranisi.

Hyvät asentohoidot, olkapää tuettava makuulla tyynyin ja pystyasennossa olkapäätuella.

Jatketaan pystyasennon ja tasapainon harjoittamista.

Fysioterapian tavoitteet koskivat useimmiten potilaan aktivointia ja liikkumis- ja toimintakyvyn edistämistä. Tavoitteet oli mainittu 12 potilaskertomuksen suunnitelmassa (40 %, n=30).

Tavoitteena kotiutuminen ja intervallijaksojen jatkaminen.

Tavoitteena on, että potilas liikkuu osastolla itsenäisesti rollaattorin avulla.

Tavoitteena ensin harjoittaa kestävyyttä istuen ja vasta sen jälkeen rolaattorin avulla.

Suunnitelmia oli kirjattu joissakin potilaskertomuksissa vapaaseen tekstiin ilman otsikkoa tai jonkun muun otsikon alle.

Fysioterapian toteutus

Fysioterapian toteutukseen liittyvää tietoa esiintyi kaikissa potilaskertomuksissa (n=30). Tieto kuvasi potilasta aktivoivia ja toiminnallisia menetelmiä, esimerkiksi nivelten liikkuvuuden ja lihasvoiman harjoittamiseen sekä ohjaamista omaehtoiseen aktiiviseen harjoitteluun.

Oikean yläraajan kevyt mobilisaatio aloitettu tänään kipulääkkeen turvin.

Kannustettu potilasta aloittamaan keskivartaloharjoittelu päivittäin 1-2 kertaa tehdyillä harjoitteilla.

Potilaalle ohjataan kevennetysti ja sovelletusti aktiiviset liikeharjoitukset olkapään ja lapaluun hallintaa korostaen.

Tietoa kannustamisesta omatoimiseen liikkumiseen joko apuvälineellä tai ilmeni erityisen usein.

Fysioterapian arviointi

Fysioterapian arviointitietoa oli kirjattu 26 potilaskertomukseen (87 %, n=30). Tieto liittyi usein liikkumis- ja toimintakykyyn, yleiseen aktiivisuuteen ja kiinnostuneisuuteen esimerkiksi omaehtoisesta harjoittelusta.

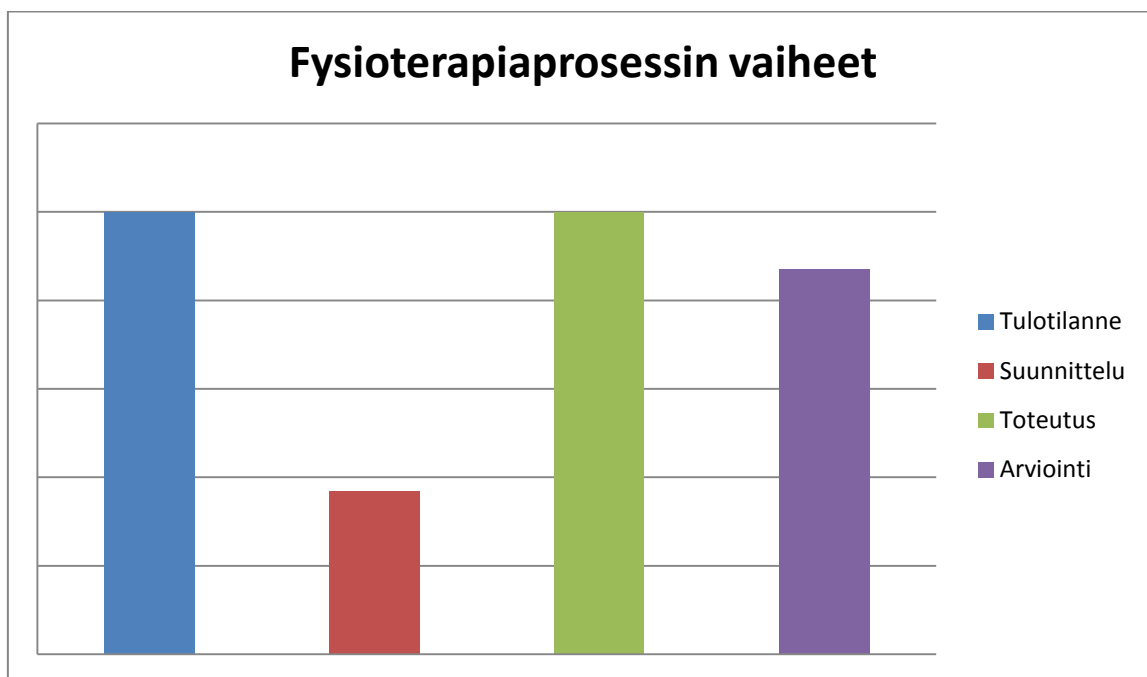
Potilas on edistynyt toiminnallisuuden suhteen koko ajan, ottaa nyt oikeaa yläraajaansa mukaan mm. lasista juodessa...Potilas edelleen kuntoutusmyönteinen ja aktiivinen

Askelpituus pidentynyt ja potilas kävelee rennomman oloisesti. Portaissa askeltaminen keppiin ja kaiteeseen tukien turvallista ja sujuvaa.

Potilas ei ole omien sanojensa mukaan saanut merkittävää apua kipuihinsa fysioterapiaharjoitteista, mutta kokee hyötynensä niistä lihaskunnan kannalta ja on motivoitunut jatkamaan harjoitteiden toteuttamista.

Arviointitietoa fysioterapian päättyessä oli kirjattu potilaskertomuksiin vaihtelevasti. Vain harvoin lopputilannetta oli kuvattu verraten sitä alkutilanteen tutkimistuloksiin ja tavoitteisiin. Systemaattisesti näin tapahtui selkeästi määriteltävään ongelmaan liittyvässä fysioterapiassa kuten lantionpohjan häiriöiden tai rintasyöpäleikkauksen jälkeisessä fysioterapiassa.

Seuraavassa kuviossa 4 esitetään yhteenveto fysioterapiaprosessin vaiheiden ilmenemisestä potilaskertomuksissa.



KUVIO 4. Fysioterapiaprosessin vaiheet (n=30)

5.2 Potilaskertomusten rakentuminen otsikoiden avulla

Potilaskertomuksen pääotsikot (Taulukko 3) olivat Tulotilanne, Väliarviointi ja Loppuarvio. Näistä potilaskertomuksissa esiintyi useimmin Tulotilanne- ja Loppuarvio -otsikot, molempia oli käytetty 16 potilaskertomuksessa (53 %, n=30). Väliarvio -otsikkoa oli käytetty 12 potilaskertomuksessa (40 %, n=30).

TAULUKKO 3. Pääotsikot (n=30)

Pääotsikko	n	%
Tulotilanne	16	53
Väliarvio	12	40
Loppuarvio	16	53

Käytettävissä olevissa yli 20 alaotsikosta potilaskertomuksissa esiintyi kaikkiaan 13 alaotsikkoa (Taulukko 4). Lisäksi joissakin potilaskertomuksissa oli käytetty itse laadittuja otsikoita, jotka taulukossa on merkitty *-merkillä.

TAULUKKO 4. Alaotsikot ennen uudelleen koodausta

Alaotsikko
Diagnoosi
Esitiedot
Hoidon toteutus ja seuranta
Jatkohoito
Jatkosuunnitelma
Nykytila
Nykytila ja toteutus
Seuranta
Suunnitelma
Suunnitelma ja toteutus
Toteutus
Tulosyy
Yhteenveto
Aktiviteetit*
Liikkuminen*
Tasapaino*
Ylä- ja alaraajat*

Uudelleen koodauksen jälkeen käytettyjä alaotsikoita oli 10 kpl (Taulukko 5), joista useimmin käytetty oli Diagnoosi-otsikko, 23 potilaskertomuksessa (77 %, n=30). Toiseksi eniten käytettiin Nykytila-otsikkoa, 20 potilaskertomuksessa (67 %, n=30) ja kolmanneksi eniten Esitiedot -otsikkoa, 14 potilaskertomuksessa (47 %, n=30). Fysioterapeuttien itse laatimat otsikot yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi Omat otsikot, joita oli 7 kpl (23 %, n=30).

TAULUKKO 5. Alaotsikot uudelleen koodauksen jälkeen (n=30)

	n	%
Diagnoosi	23	77
Nykytila	20	67
Esitiedot	14	47
Tulosyy	12	40
Toteutus	12	40
Suunnitelma	9	30
Omat otsikot	7	23
Jatkohoito	6	20
Seuranta	2	7
Yhteenveto	2	7

Eniten käytettyjen otsikoiden joukossa oli useita fysioterapian tulotilannetta koskevia otsikoita, joista esimerkiksi Diagnoosi-otsikon tiedot ja osittain myös Esitiedot -otsikon tiedot ovat peräisin muista lähteistä kuin potilaalta tai fysioterapeutin tutkimisesta. Seuranta- ja Yhteenveto-otsikoita oli käytetty vain harvoin ja niiden tilalla on saatettu käyttää vaihtoehtoisia otsikoita muissa potilaskertomuksissa.

5.3 Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat

Fysioterapianimikkeistön mukaisten teemojen käyttöä arvioitiin tarkastelemalla potilaskertomusten vapaata tekstiä nimikkeistön nimikkeiden ja näiden määritelmien avulla (Taulukko 6).

Kaikissa potilaskertomusteksteissä (n=30) ilmeni nimikkeen Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta -teemaan liittyvää toteutusta kuvaavaa tekstiä. Yhtä lukuun ottamatta kaikissa potilaskertomuksissa (94 %, n=30) löytyi tietoja Fysioterapeuttinen tutkiminen – teemaan liittyen. Lähes kaikissa potilaskertomuksissa (83 %, n=30) kirjattua toteutusta voitiin luokitella kuuluvaksi teemaan Terapeuttinen harjoittelu.

TAULUKKO 6. Fysioterapianimikkeistön mukaiset teemat (n= 30)

Nimike	n	%
Fysioterapeuttien ohjaus ja neuvonta	30	100
Fysioterapeuttinen tutkiminen	29	94
Terapeuttinen harjoittelu	25	83
Fysioterapiasuunnitelman laatiminen	15	50
Apuvälinepalvelut	10	33
Manuaalinen terapia	7	23
Fysikaalinen terapia	5	17
Asumista ja elinympäristössä selviytymistä sekä osallistumista tukevat palvelut	4	13
Työssä selviytymistä tukevat fysioterapiapalvelut	1	3

Vuodeosastopotilaiden kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen yhteydessä esiintyi tietoa kotiin hankittavista apuvälineistä. Yhden potilaan kohdalla oli pohdittu työssä selviytymistä.

5.4 Yhteenveto potilaskertomusten tietorakenteista ja tietosisällöistä

Yhteenvetona tutkimustuloksista voidaan todeta, että tutkimuksen kohteena olleet potilaskertomukset sisälsivät fysioterapiaprosessin mukaista tietoa ja tekstiä oli rakenteistettu otsikoiden avulla. Fysioterapiaprosessin tulotilannetta ja toteutusta oli kuvattu kaikissa potilaskertomuksissa (n=30). Lopputilanteen arviointia oli kuvattu myös lähes kaikissa potilaskertomuksissa ja suunnitelmaa noin kolmasosassa potilaskertomuksia.

Tulotilanteesta kirjatuissa tiedoissa esiintyi eniten potilaan haastatteluun ja fysioterapeutin havainnointiin liittyvää tietoa. Tutkimustuloksista laadittuihin johtopäätöksiin liittyvää tietoa sisältyi vain muutama potilaskertomukseen.

Fysioterapiasuunnitelma oli otsikoitu 9 potilaskertomuksessa ja 2 suunnitelmätietoa oli kirjattu vapaaseen tekstiin. Fysioterapian toteutus oli kirjattu kaikkiin potilaskertomuksiin. Toteutuksen kuvaus vaihteli yksityiskohtaisesta menetelmien kuvaamisesta yleisluontoiseen potilaan aktiviteetin kuvaukseen. Lähes kaikkiin toteutukseen liittyviin tietoihin oli liitetty potilaan kuvausta omasta tilanteestaan kullakin hoitokerralla.

Fysioterapian arviointivaiheessa kuvataan tilannetta fysioterapian päättyessä kokonaan tai sen jatkuessa toisessa organisaatiossa tai yksikössä. Vain harvoin loppuvaiheen tietoa oli kirjattu yhtä tarkasti ja samoja mittareita käyttäen kuin tulotilanteessa. Näin tapahtui vain lantionpohjan ongelmien ja rintasyöpäleikkausten jälkeisessä fysioterapiassa.

Fysioterapian kirjaamista oli rakenteistettu tutkimuksen kohteena olevan sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmästä valittavien pää- ja alaotsikoiden avulla. Pääotsikoista käytettiin eniten otsikoita Tulotilanne ja Loppuarvioi, molempia (53 %, n=30). Alaotsikoista eniten käytettiin fysioterapian tulotilanteeseen liittyviä otsikoita: Diagnoosi (77 %, n=30), Nykytila (67 %, n=30) ja Esitiedot (47 %, n=30). Kolmessa potilaskertomuksessa oli kirjattua tietoa täsmennetty itse laadituilla otsikoilla: Aktiviteetit, Toimenpide, Liikkuminen, Tasapaino, Ylä- ja alaraajat. Kahdessa potilaskertomuksessa ei käytetty mitään otsikoita.

Fysioterapianimikkeistön mukaisen kirjaamisen pilottihankkeessa (Liite 1) laaditaan valtakunnallista fysioterapian kirjaamisohjetta. Vuonna 2011 työryhmä esitti fysioterapiassa käytettäväksi 13 otsikkoa kansallisten ydintietomääritysten mukaisesta 27 otsikosta. Työryhmän suosittelemat otsikot esitetään rinnakkain (Taulukko 7) tämän tutkimuksen potilaskertomuksissa käytettyjen otsikoiden kanssa. Otsikoiden nimet ovat hiukan toisistaan poikkeavat, esimerkiksi otsikon Nykytila tulee käyttää otsikkoa Toimintakyky ja Toteutus-otsikon sijaan käytetään otsikkoa Kuntoutus.

TAULUKKO 7. Käytetyt ja suositellut otsikot

Käytetyt otsikot	Suosittelut otsikot
Diagnoosi	
Nykytila	Toimintakyky
	Testaus- ja arviointitulokset
Esitiedot	Esitiedot (anamneesi)
Tulosyy	
Toteutus	Kuntoutus
Suunnitelma	Suunnitelma
Jatkohoito	Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
Seuranta	
Yhteenvedo	Apuvälineet
	Konsultaatio
	Lausunnot
	Preventio
Tulotilanne	
Väliarvio	Väliarvio
Loppuarvio	Loppuarvio
	Muu merkintä

Sähköisen potilastiedon arkistoa varten potilastietojärjestelmät kehittynevät siten, että osa tiedoista periytyy eli tieto kirjoitetaan vain kerran ja sen jälkeen ohjelma siirtää tiedon haluttuun potilaskertomuksen kohtaan. Periytyviä tietoja voisivat olla useiden ammattiryhmien tarvitsemat potilastiedot, esimerkiksi Esitiedot ja Diagnoosi.

Fysioterapianimikkeistön nimikkeiden mukaisiin teemoihin liittyvää tietoa esiintyi kaikissa potilaskertomuksissa (n=30). Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta-teemaan liittyvää tietoa oli mainittu kaikissa kertomuksissa (n=30). Yhtä lukuun ottamatta kaikissa potilaskertomuksissa (94 %, n=30) esiintyi tietoa Fysioterapeuttinen tutkiminen-teemaan ja lähes kaikissa Terapeuttinen harjoittelu-teemaan (83 %, n=30) liittyen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen tutkimusaineistoa valmisteltiin tutkijalle siten, että erään sairaalan osastosihteeri poisti fysioterapeuttien ja potilaiden tunnistetiedot potilaskertomuksista. Tutkija sai henkilökohtaisesti sähköisen aineiston muistitikulle, josta tulostettiin myös paperiversiot. Aineiston analyysissä käytettiin MS Excel-ohjelmaa ja frekvenssien laskentaan SPSS-ohjelmaa. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tutkimuksen kulku on kuvattu tarkasti tutkimusraportissa. Aineiston analyysin on tehnyt tutkija yksin. Analyysi ja siinä käytettyjen kriteerien laatiminen on myös kuvattu raportissa.

Analyysissä käytettiin kriteereinä fysioterapiaprosessin vaiheita, potilaskertomuksien pää- ja alaotsikoita sekä Fysioterapianimikkeistön mukaisia teemoja. Tutkija määritteli ja kuvasi itse fysioterapiaprosessin vaiheet suomalaiseen ja kansainväliseen aineistoon nojautuen. Niitä käytettiin tässä tutkimuksessa sellaisenaan ensimmäistä kertaa ja tulokset ovat tämän tutkimuksen tekijän. Aineiston analyysi ja siitä tehdyt tulokset ovat tutkijan yksin tekemiä ja saattaisivat poiketa toisen tutkijan arvioimana.

Potilaskertomusten tietorakenteita tutkittiin tarkastelemalla käytettyjä pää- ja alaotsikoita. Otsikoissa on useita päällekkäisiä ja ne yhdistettiin uudelleen koodaamalla, jolloin käytettyjen otsikoiden määrä pieneni. Tutkija teki uudelleen koodauksen itsenäisesti otsikoita tulkitsemalla.

Fysioterapianimikkeistössä käsitteet on määritelty yksiselitteisesti, mutta aineiston analyysi nimikkeistön teemoilla on tuloksinvaraista ja subjektiivista. Vaikka kriteerit on laadittu läpinäkyvästi, niiden perusteella tehdyt tulokset voivat vaihdella tutkijoittain. Koska tutkimusaineisto on suppea, tuloksia ei voi yleistää. Tämän tutkimuksen tulokset noudattelevat kuitenkin aikaisempien tutkimusten tuloksia.

Tutkija ei ole eikä ole aikaisemminkaan ollut työsuhteessa organisaatioon, josta potilaskertomukset kerättiin. Tämä parantaa mahdollisuutta tarkastella aineistoa etäämmältä eikä potilaskertomusten laatijoita ole mahdollista tunnistaa esimerkiksi erikoisalan tai työtehtävien perusteella. Tutkimusraportissa ei mainita organisaation nimeä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustuloksien pohdinnassa edetään ensin tutkimuskysymysten mukaisessa järjestyksessä ja sen jälkeen tarkastellaan yleisesti tiedon ja toimijoiden välistä suhdetta tämän tutkimuksen näkökulmasta.

6.2.1 Fysioterapiaprosessi

Fysioterapiaprosessin eri vaiheet ilmenivät potilaskertomuksista vaihtelevasti. Samoin kuin Pukki (2004) ja Häyrynen (2011) tutkimuksessaan totesivat, tässä tutkimuksessa potilaskertomukset olivat epäloogisesti eteneviä ja sisällöltään kirjavia. Fysioterapiaprosessin vaiheista tulotilannetta oli kuvattu eniten. Tulotilanteeseen kuuluvassa fysioterapeuttisessa tutkimisessa yleisimpiä arviointimenetelmiä ovat haastattelu, havainnointi, manuaalinen tutkiminen sekä erilaiset testaukset ja mittaukset.

Potilaan omaa kertomusta ongelmien taustoista ja tulotilanteen tuntemuksista oli kuvattu laajuudeltaan vaihtelevasti. Usein potilaan puhetta oli kirjattu runsaasti ja joskus näytti siltä, että kaikki, mitä potilas kertoi, kirjattiin potilaskertomukseen. Poikkeuksen muodostivat kaksi potilaskertomusta, joista potilaan kertomaa ei löytynyt lainkaan.

Tekstin määrällä oli tässä tutkimuksessa yhteyttä fysioterapeuttiseen ongelmaan: mitä kapea-alaisempi ongelma oli, sitä niukempaa oli myös sekä potilaan puhetta kuvaavan tekstin määrä. Monimuotoisissa liikkumis- ja toimintakyvyn pitkään jatkuneissa ongelmassa potilaan puhetta oli kirjattu kaikilla fysioterapiakerroilla koko potilaskertomuksen ajan. Potilaan puhe ei kuitenkaan juurikaan näyttänyt vaikuttavan fysioterapian toteutukseen. Ehkä fysioterapian tuloksia edellisen kerran jälkeen oli haluttu selvittää ja kuvata potilaan kertomana jokaisen hoitokerran alussa.

Fysioterapeutin havaintoja oli kuvattu runsaasti ja vaihtelevasti. Neurologisten sairauksien diagnooseja käsittelevissä potilaskertomuksissa liikkumis- ja toimintakyvyn kyvyn ongelmia, kuvattiin eniten. Joissakin tuki- ja liikuntaelimestön diagnooseja koskevissa potilaskertomuksissa keskityttiin kuvaamaan yksityiskohtaisesti manuaalisen tutkimisen havaintoja.

Vaikka tulotilanteessa tietoa (dataa ja informaatiota) oli kirjattu paljon, tiivistettyä tietoa, yhteenvetoja ja analyysyjä oli kirjattu vain vähän. Se ei tarkoita, että analyysiä ei ole tehty, mutta jos fysioterapiaprosessia arvioidaan vain potilasasiakirjojen perusteella, näyttää siltä, että Leungin (2007) esittämä tiedon prosessointi (Kuvio 2) on merkintöjen perusteella jäänyt puolitiehen. Kokemuksellinen tieto, josta käytetään myös käsitteitä hiljainen tai piilevä tieto, ratkaisee, mitä tietoja päätöksenteossa käytetään. Jos päätöksentekoprosessia ei ole kirjattu, näyttää siltä, että sitä ei ole tapahtunutkaan. Tiedon prosessointimalli datasta päätöksentekoon on iteratiivinen, toistettavissa oleva prosessi, joka tulisi suorittaa ja kirjata aina, kun suunnitelman toteutuksesta jostakin syystä poiketaan tai tehdään suunnitellusti väliarvio.

Vähemmän kuin puolessa potilaskertomuksista (40 %) oli kuvattu fysioterapian tavoitteet. Tavoitteiden kirjaamisen vähyyteen löytyy ehkä perustelu Niiniluodon (2003) toteamasta yleisestä terveydenhuollon alan ilmiöstä: hoidon tavoitteet sisältyvät tavallaan jo todettuihin ongelmiin. Tavoitteita pidetään ongelmiin perustuvina itsestäänselvyksinä ja siksi niitä ei useinkaan mainita. Syynä tavoitteiden näkymättömyyteen saattaa olla myös Harmanin ja työryhmän (2009) tutkimuksessa todettu fysioterapeuttien kokemus potilaslähtöisten tavoitteiden asettamisessa samoin kuin toimintakyvyn edistymisen ennustamisessa.

Fysioterapian arviointi tulisi tehdä fysioterapian päättyessä samoilla arviointimenetelmillä ja mittareilla kuin tulotilanteessa, mutta näin oli systemaattisesti kirjattu vain tarkka-rajaisissa fysioterapeuttisissa ongelmissa, kuten lantionpohjan sairaudet ja rintasyöpäleikkauksen jälkeinen fysioterapia. Potilasasiakirjojen kirjauksista välittyy tulotilanteessa käytetty suurempi aikamäärä lopputilanteeseen verrattuna. Fysioterapeutin työtilanne, tilanne osastolla tai muut ulkoiseen toimintaympäristöön liittyvät ennalta

arvaamattomat tapahtumat, kuten jatkohoitopaikkojen vapautuminen, asettavat vaatimuksia loppuarvion tekijälle.

6.2.2 Potilaskertomuksissa käytetyt otsikot

Tulevaisuudessa fysioterapeutit kirjaavat sähköisen potilaskertomuksen ammatilliselle FYST-näkymälle. Vapaata tekstiä rakenteistetaan ydintietomääritysten mukaisilla 27 valinnaisella otsikolla, joista fysioterapiassa suositellaan käytettäväksi 13 otsikkoa (Liite 1). Tutkituissa potilaskertomuksissa esiintyi kaikkiaan 3 pääotsikkoa ja 10 alaotsikkoa, jotka olivat vapaasti valittavissa potilastietojärjestelmästä.

Tässä tutkimuksessa käytettiin otsikoita kahta lukuun ottamatta kaikissa potilaskertomuksissa (93 %). Otsikoiden käyttöä koskevat tulokset ovat samansuuntaisia Häyrisen (2011) tutkimustulosten kanssa. Fysioterapian potilaskertomuksissa käytettiin samoja tietoryhmiä (otsikoita) kuin lääkärit käyttävät. Näitä olivat esimerkiksi Diagnoosi, Esitiedot ja Tulosityy, jotka olivat tässä tutkimuksessa neljän eniten käytetyn otsikon joukossa. Joissakin potilaskertomuksissa kuvattiin tarkkaan potilaalle tehtyjen leikkausten tekniikkaa ja muita lääketieteellisiä toimenpiteitä. Potilasasiakirja-asetuksessa (2009) määritellään, että potilaan asiakirjoihin tulee merkitä hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Fysioterapian suunnittelun ja toteuttamisen kannalta lääketieteelliset tiedot ovat välttämättömiä taustatietoja, mutta niitä ei ole tarpeen kirjata fysioterapeutin toimesta uudelleen.

Fysioterapeutit ovat jo nyt rakenteistaneet potilaskertomuksia otsikoiden avulla. Käytetyt otsikot olivat osittain samoja ydintietomääritysten kanssa (Taulukko 9). Tutkimuksen kohteena olevan erikoissairaanhoidon yksikön potilastietojärjestelmässä olevien otsikoiden nimi tulee eArkiston myötä muuttumaan, esimerkiksi Toimintakyky-otsikkoa suositellaan käytettäväksi nyt käytetyn Nykytilan sijaan ja otsikkoa Kuntoutus suositellaan käytettäväksi Toteutus-otsikon tilalla. Vaikka muutos vaatii oppimista, edellytyksenä on, että potilastietojärjestelmä tukee rakenteista kirjaamista. Tässä tutkimuksessa arvioitiin vain otsikoiden käyttöä, mutta esimerkiksi otsikoiden sijaintia poti-

laskertomuksessa tai otsikon alla olevaa tekstiä ei analysoitu. Näitä tutkimalla kirjaamisen monimuotoisuus saattaisi näyttää vielä vahvemmalta.

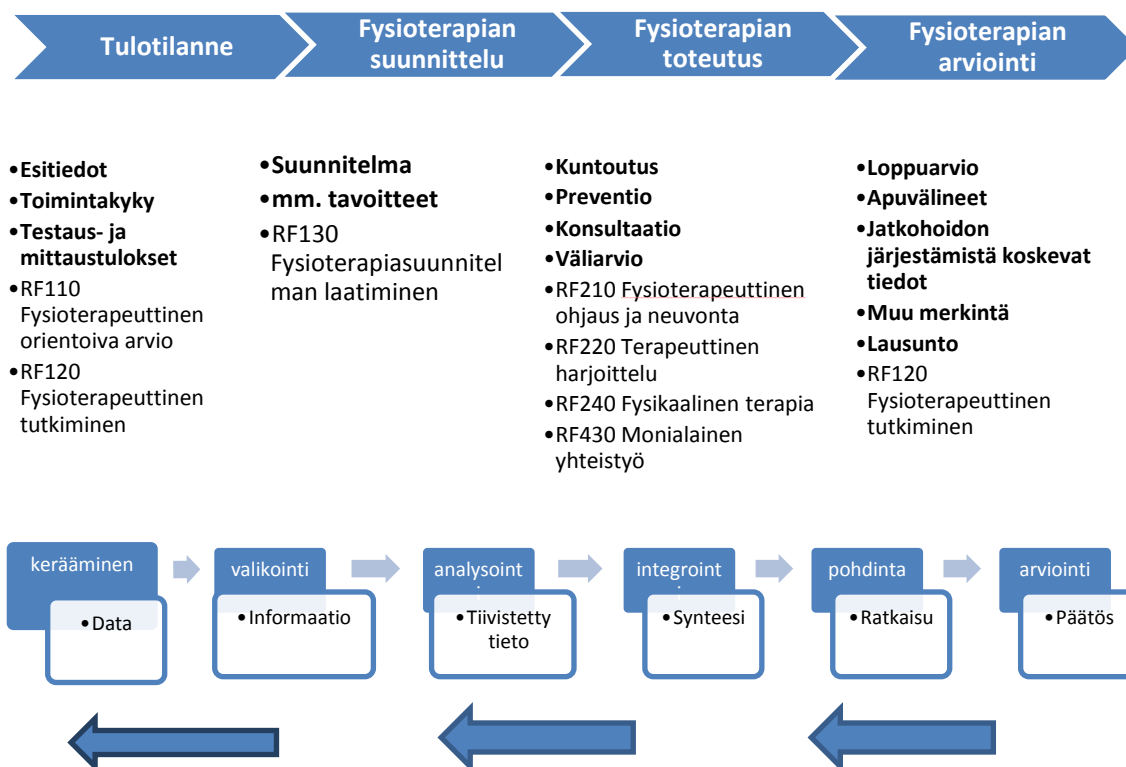
6.2.3 Fysioterapianimikkeistön teemat

Koska käytössä olevassa potilastietojärjestelmässä ei ollut saatavilla Fysioterapianimikkeistöä (2007), tässä tutkimuksessa arvioituissa fysioterapian potilaskertomuksissa nimikkeitä ei käytetty rakenteistamaan kirjaamista. Fysioterapian potilaskertomuksista etsittiin niissä esiintyviä Fysioterapianimikkeistön mukaisia teemoja. Nimikkeistöt täydentävät kansallisia määrittämiä ja ne tulevat käyttöön, kun julkiset terveydenhuollon palvelujen antajat liittyvät eArkiston käyttäjäksi viimeistään syyskuussa 2014.

Fysioterapianimikkeistön mukaisia teemoja esiintyi kaikissa tai lähes kaikissa tutkituissa potilaskertomuksissa. Fysioterapeuttisen ohjauksen ja neuvonnan, fysioterapeuttisen tutkimisen sekä terapeuttisen harjoittelun teemat esiintyivät kaikki yli 80 prosentissa potilaskertomuksia. Siirtyminen nimikkeistön käyttöön edellyttää johdon tukea, yhteisiä kirjaamislinjauksia organisaatiossa sekä potilastietojärjestelmän tukea rakenteisessa kirjaamisessa myös Fysioterapianimikkeistön osalta.

6.2.4 Tiedon prosessointi rakenteisessa kirjaamisessa

Oheisen kuvion 5 mallissa on yhdistetty Leungin (2007, s. 19) tiedon prosessointimalli fysioterapiaprosessin vaiheisiin, suositeltuihin kansallisiin otsikoihin ja Fysioterapianimikkeistön nimikkeisiin.



KUVIO 5. Tiedon prosessointi fysioterapian rakenteisessa kirjaamisessa

Tietoa prosessoidaan iteratiivisesti, mikä tarkoittaa, että prosessi toistetaan tarvittaessa aina uuden tiedon ilmentyessä ja aikaisemman tiedon muuntuessa. Mallissa otetaan huomioon myös Alavin ja Leidnerin (2001) tiedon arvoketjun vaihtoehtoinen etenemisen suunta, sillä tietämystä tarvitaan uuden tiedon, datan tai informaation arvioinnissa. Tietämys muuttuu informaatioksi, kun se eksplikoidaan eli muotoillaan esimerkiksi lauseiksi tai sanoiksi. Oheinen malli soveltuu kuvaamaan kliinistä työprosessia abstraktilla tasolla, siihen liittyvää tietoprosessia sekä tukemaan fysioterapeutin päätöksentekoa prosessin eri vaiheissa. Malli on viitteellinen ja otsikoita ja nimikkeitä voidaan tarvittaessa käyttää joustavasti muunnellen eri fysioterapiatilanteissa.

6.3 Tieto toiminnan tukena

Fysioterapian potilaskertomukseen sisältämän tiedon tulee tukea potilaan kuntoutumisprosessia. Tietoa kerätään, valikoidaan ja kirjataan tiivistetyssä muodossa. Fysioterapia-tiedon tyypillisenä esitysmuotona ovat potilaan liikkumis- ja toimintakykyyn liittyvät väitelauseet ja väitelauseiden perusteluina esitettävät argumentit, esimerkiksi tutkimistulokset. Niiniluodon (2003) mukaan tietoa tulee aina tarkastella suhteessa käytettyyn käsitejärjestelmään ja totuus on semanttinen suhde kielen ja todellisuuden välillä. Todellisuuden kuvaaminen on mahdollista vain käsitteiden verkostosta muodostuvan kielen avulla. Fysioterapian käsitejärjestelmät ovat osittain kansainvälisiä (WCPT 2010; EU Region 2008) ja osittain ne liittyvät kansallisiin määräyksiin ja säädöksiin (Ydintieto-opas 2009; Sosiaali- terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.) sekä toimintaympäristöön, kuten esimerkiksi organisaatiokohtaiset kirjaamisohjeet. Fysioterapeutit jäsentävät työtään tämän järjestelmän kautta. (Niiniluoto 2003, 34-35, 82-85.)

Terveydenhuollon kliiniset prosessit ovat monimutkaisia, polveilevia ja vain osittain vakioitavissa. Sähköisen potilaskertomuksen tietorakenne sisältää myös potilastietojärjestelmille tarkoitettua tietoa, mikä mahdollistaa esimerkiksi nopean ja helpon tiedonhaun. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa on tarkoituksenmukaista silloin, kun se tukee potilaan kuntoutumista, siitä on hyötyä tietotojärjestelmää käyttävälle fysioterapeutille ja palveluja järjestävälle organisaatiolle. Jotta rakenteisen potilastiedon käytöstä saataisiin sekä hoitoon että työn kehittämiseen liittyvää hyötyä, muutoksessa tulee tukea fysioterapian toimintamallien muuttamista. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen, Meriläinen 2011, 11-13.)

Kliininen prosessi edeltää tietoprosessia, jonka perusteella tietojen kirjaaminen potilaskertomukseen tapahtuu. Datan ja informaation käyttö eli tiedon prosessointi tutkimustulosten johtopäätöksissä, suunnitelmien teossa, fysioterapian toteutuksessa ja arvioinnissa tulee saada eksplisiittiseen muotoon. Vain siten voidaan fysioterapeutin työtä näkyväksi. Työn tuloksien osoittaminen on mahdollista vain, jos prosessi on kuvattu potilas-

kertomuksessa ja tietoa prosessin etenemisestä on kirjattu tiivistetysti ja systemaattisesti.

Simonin (1979) mukaan tiedon puute ei ole mitenkään tyypillinen ongelma päätösprosessissa. Kaikkea tietoa ei kuitenkaan kannata kerätä. Pelkkä tietojen esiin tuleminen esimerkiksi potilaan haastattelussa tai fysioterapeutin tutkimisessa ei riitä perustaksi tiedon keräämiseen ja tallentamiseen. Fysioterapiaprosessin aikana tulee esiin monenlaista tietoa, mutta käsiteltäväksi ja kirjattavaksi tulee valita vain sellaista, josta todennäköisesti on hyötyä potilaan kuntoutumisen kannalta. (Simon 1979, 303-304.)

Fysioterapeutin ammatti on eräs terveydenhuollon professioista, jotka soveltavat työtehtäviinsä erikoistunutta tieteellistä tietoa. Niiniluoto väittää, että terveydenhuollossa tieteellinen tieto on syrjäyttänyt uskomuksiin perustuvan tiedon. Taito saada aikaan tietty tulos ja tieto tuon tuloksen olennaisesta luonteesta yhdistyvät terveydenhuollon ammatteissa. (Niiniluoto 1997, 137.)

Tieteellisen, näyttöön perustuvan tiedon soveltaminen fysioterapiakäytäntöihin ja toisaalta potilaskeskeisen hoidon vaatimukset eivät ole ristiriidassa keskenään, sillä kliinisessä työssä on käyttöä kaikkien paradigmojen mukaiselle tiedolle. Erilaiset tiedonintressit yhdistyvät terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan kohdatessa: tekninen tiedonintressi, jossa välineellinen tiedonkäsitely ja kausaalisuhteet vaikuttavat, kun työllä tulisi saada tuloksia ja tulkinnallinen tiedonintressi, jossa potilasta halutaan ymmärtää hänen elämäntilanteessaan. Emansipatorisen tiedonintressin mukaista luovaa tietoa voidaan hyödyntää odottamattomia tilanteita ratkaistaessa, esimerkiksi fysioterapiaprosessin aikana muutettaessa suunnitelmaa. Eri tiedonintressien yhdistäminen tulee saada esiin myös potilastyön dokumentoinnissa, jossa ammattihenkilön ajatukset ja päätelmät saatetaan näkyvään muotoon. (Higgs, Jones, Titchen 2008, 154-157.)

Konttisen (1997) kuvaama nykyajan professionaalinen ja tietoperustainen työ on fysioterapian arkipäivää. Myös fysioterapeutti kohtaa työssään yhä monimutkaisempia tilanteita tai ongelmia, jossa on runsaasti ainutkertaisia ja hankalasti selvitettäviä tekijöitä. Työn perustana on toisaalta abstrakti tieto joltakin erikoisalueelta, fysioterapeutin oma kokemuksellinen tieto sekä potilaan käsitykset, joita yhdistämällä etsitään ratkaisua käytännön ongelmaan. Tietoperustaisessa työssä tulee tarkastella omia ja muiden oppi-

misprosesseja ja analysoida sekä arvioida niitä. Fysioterapeutin asiantuntijuus kehittyi siten tieteellisen ja kokemuksellisen tiedon käyttöä arvioimalla. (Konttinen 1997, 48-52; Tulevaisuusvaliokunta 2001, 21-22.)

Hyvät käytännöt –toimintatapa (Best Practice) sopii hyvin sovellettavaksi kliinisten prosessien ja tietoprosessien kehittämiseen ja näihin sisältyvien innovaatioiden käyttöönottoon, sillä tietotekniikan hyödyntäminen on edellytys kehittämiselle sekä oppivan organisaation että työntekijöiden elinikäisen oppimisen kannalta. Kliinisiä prosesseja tulee selkiyttää sekä työkäytäntöjä arvioida ja yhtenäistää, sillä intuition avulla toimiminen ja potilaan havainnointi eivät enää riitä kliinisen päätöksenteon perusteeksi. Hyvät Käytännöt –toimintatavassa näyttöön perustuva tieto yhdistetään kliiniseen kokemukseen ja osaamiseen sekä potilaan arvoihin ja mielipiteisiin ja käytössä oleviin resursseihin. Myös potilaskertomusten kirjauksissa Hyvät Käytännöt –toimintatapa tulee näiltä osin tuoda esiin. (Canadian Physiotherapy Association 2012)

Rakenteisen kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi tarvitaan valtakunnallista, alueellista ja organisaatiokohtaista kehittämistoimintaa, ohjeita ja koulutusta. Ammattialakohtaisten kirjaamisohjeiden lisäksi tarvitaan fysioterapian erikoisaloilla yhteisiä linjauksia esimerkiksi luotettavaksi todettujen mittareiden ja näyttöön perustuvien terapiamenetelmien käytöstä. Lisäksi tarvitaan organisaatio- tai aluekohtaisia palvelukuvauksia fysioterapian keskeisistä palveluista. Organisaation tulee tukea fysioterapeutin oman toiminnan arviointia tietämyksen kehittämiseksi ja elinikäiseen oppimiseen kannustamiseksi.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttää siltä, että siirtyminen käsityömaisestä työstä tietointensiiviseen työhön on alkanut, mutta sen systemaattiseksi jatkamiseksi on koko ammattikunnalla vielä paljon tehtävää.

6.4 Jatkotutkimuksen aiheita ja kehittämisehdotuksia

Fysioterapian tietoperustaa sekä tiedon käyttöä tulisi tutkia ja kuvata. Kirjaamisen kehittämiseksi tarvitaan kliinisten käytäntöjen arviointia ja kehittämistä valtakunnallisesti, alueellisesti ja organisaatiokohtaisesti. Kirjaamisen nykytilan arviointiin koko terveydenhuollon alalla on kehitettävä malli, johon tämä tutkimus tuo joitakin aineksia. Kun kirjaamiskäytäntöjen kriteerit ovat olemassa, voidaan arviointitutkimusta tehdä isom-

milla aineistoilla, jolloin voidaan myös saada arvokasta vertailutietoa muista vastaavista organisaatioista. Kuntoutuksen alueella tulisi tutkia kuntoutuksen moniammatillisia tietoprosesseja. Fysioterapeuttikoulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota fysioterapian tietoprosesseihin ja kirjaamisen opetukseen.

”Elämässä on hetkiä, jolloin sen tietäminen, että on mahdollista ajatella toisin kuin ajattelee ja nähdä toisin kuin näkee, on välttämätöntä katsomisen ja ajattelun jatkamiseksi.”
(Michael Foucault)

LÄHTEET

Alavi M, Leidner D. 2001. Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues. MIS Quarterly 25(1) 107-136.

American Physical Therapy Association (APTA) 2009. Guidelines: Physical Therapy Documentation Of Patient/Client Management. http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/About_Us/Policies/BOD/Practice/DocumentationPatientClientMgmt.pdf (luettu 2.5.2012)

Australian Physiotherapy Association 2010. Quality Practice. Clinical Justification and Outcome Measures. <http://physiotherapy.asn.au/quality-practice/outcome-measures> (luettu 20.5.2012)

Beale T, Heard S. 2007. An Ontology-based Model of Clinical Information. Medinfo 12 (Pt 1), 760-764.

Blackler F. 2005. Knowledge, Knowledge Work and Organisations: An Overview and Interpretation. Organizational Studies 16/6 1021-1046.

Buyl R, Nyssen M. 2009. Structured electronic physiotherapy records. Int J Med Inform 78(7) 473-481.

Canadian Physiotherapy Association 2012. What is Evidence-based and Best Practice in Physiotherapy? <http://www.physiotherapy.ca/public.asp?WCE=C=11|K=223245|RefreshS=Container|RefreshT=223245|A=Body> (luettu 2.5.2012)

Clarke A, Dawson R. 1999. Evaluation Research. An Introduction to Principles, Methods and Practice. Sage, London.

Dahl K, Julnes S, Vatne S. 2008. Are patients' perspectives of their own health present in the nursing documentation in the electronic patient records? Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning 10(4) 16-27.

EU Region 2008. European Region of the World Confederation for Physical Therapy. European Core Standards of Physiotherapy Practice. <http://www.physio-europe.org/download.php?document=71&downloadarea=6> (luettu 2.5.2012)

Fysioterapianimikkeistö 2007. Suomen Kuntaliitto. http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/kuntoutus-erityistyontekijoiden-nimikkeistot/Documents/Fysioterapianimikkeist%C3%B6_2007.pdf (luettu 24.10.2010)

Habermas J. 1976. Tieto ja intressi. Teoksessa Tuomela R. ja Patoluoto I. Yhteiskuntatieteiden filosofiset perusteet. Osa I. Arvi A. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Harman K, Bassett R, Fenety A, Hoens A. 2009. "I think It, but Don't Often Write It": The Barriers to Charting in Private Practice. *Physiotherapy Canada* 61 (4) 252-258.

Heiwe S, Nilsson Kajermo K, Tyni-Lenné R, Guidetti S, Samuelsson M Andersson I, Wengström Y. 2011. Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care* 23 (2) 198–209.

Higgs J, Jones M A, Titchen A. 2008. Knowledge, reasoning and evidence for practice. Teoksessa Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. *Clinical Reasoning in the Health Care Professions*. Elsevier Butterworth Heinemann. China.

Higgs J, Jones M A. 2008. Clinical decision making and multiple problem spaces. Teoksessa Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N. *Clinical Reasoning in the Health Care Professions*. Elsevier Butterworth Heinemann. China.

Huotari P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
www.uta.fi/kirjasto/vaitokset/2009/2009014.html (luettu 5.3.2012)

Häyrinen K, Saranto K. 2009. Tiedon laatu sähköisessä potilaskertomuksessa – kirjallisuuskatsaus. *FinJeHeW* 1(3).
<http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/2472/2298> (luettu 5.5.2012)

Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P. 2008. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature. *Int J Med Inform* 77 (5) 291-304.

Häyrinen K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.

Jensdottir A, Jonsson P, Noro A, Jonsen E, Ljunggren G, Finne-Soveri H, Schroll M, Grue E, Bjornsson J. 2008. Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care - patient records compared with standardized assessment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22(3) 341-7.

Karlsen R. 2007. Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14 (6) 573-577.

Kela 2010. Kelan vaikeavammaisten avoterapiastandardi. Versio 6/19.1.2010 Kansaneläkelaitos Terveysosasto Kuntoutusryhmä.
<http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/230210135523AM?OpenDocument> (luettu 18.3.2012)

Kirjonen J. 1997. Asiantuntijaksi työelämään. Teoksessa Kirjonen J, Remes P, Eteläpelto A (toim.): *Muuttuva asiantuntijuus*. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Koodistopalvelu 2006. Hoitoprosessin vaihe. THL.

<http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=224&versionKey=299>. (luettu 4.2.2012)

Korhonen A, Korhonen T, Holopainen A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva Hoitotyö 8 (3) 38-42.

Konttinen E. 1997. Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa Kirjonen J, Remes P, Eteläpelto A (toim.): Muuttuva asiantuntijuus. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Korteniemi P, Borg P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä. Stake-sin työpapereita 23/2008. Stakes. Helsinki.

Kuusio K. 2008. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen ja päätöksenteko. Tiivistelmä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.
http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2008/kuusio_kristiina.pdf

Kuusisto-Niemi S, Kääriäinen A. 2005. Hiljaisen tiedon vallasta näkyvän tiedon valtaan – puheenvuoro tiedon näkyväksi tekemisen puolesta. JANUS 13(4) 452-460.

Laaksonen M, Kääriäinen A, Penttilä M, Tapola-Haapala M, Sahala H, Kärki J, Jäppinen A. 2011. Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Raportti 54/2011. THL. Helsinki.
www.thl.fi/thl-client/pdfs/d68ab232-88fc-4478-8c21-91164a177a1a (luettu 1.5.2012)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=s%5C%3%A4hk%5C%3%B6iset%20potilasasiakirjat> (luettu 24.10.2011)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (luettu 24.10.2011)

Leung, Z.C.S. 2007. Knowledge Management in Social Work – Towards a Conceptual Framework. Journal of Technology in Human Services 25(1/2) 181-198.

Lewén H, Gardulf A, Nilsson J. 2010. Documented assessments and treatments of patients seeking emergency care because of pain. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 24(4) 764-71.

Lillrank P, Liukko M. 2004. Standard, routine and non-routine processes in Health Care. International Journal of Health Care Quality Assurance 17 (1) 39-46.

Mäkelä M. 2007. Johdanto. Teoksessa Mäkelä M, Kaila M, Lampe K, Teikari M. (toim.) Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna.

Niiniluoto I. 1996. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Oy Edita Ab. Helsinki.

Niiniluoto I. 1997 Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. Otava Keuruu.

Niiniluoto I. 2003. Totuuden rakastaminen. Tieteenfilosofisia esseitä. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Nykänen P. 2000. Decision Support Systems from a Health Informatics Perspective. Academic Dissertation. University of Tampere.

Phillips A, Stiller K, Williams M. 2006. Medical Record Documentation: The Quality of Physiotherapy Entries. Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 4 (3) 1-17.

Pietilä V. 1973. Sisällön erittely. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki

Pukki A. 2004. Dokumentointimenetelmät, sisällön jäsentyminen ja asiakaskeisyys fysioterapiadokumenteissa. Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos.

Pääministeri Jyrki Kataisen Hallitusohjelma 2011 56-57.
<http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp> (luettu 3.12.2011)

Rajavaara M. 2007. Vaikuttavuusyhteiskunta. Sosiaalisten olojen arvostelusta vaikutusten todentamiseen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84. Kela, Tutkimusosasto. Helsinki.

Robson C. 2000. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Saaranen-Kauppinen A, Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto
www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus (luettu 11.3.2012.)

Saranto K, Kuusisto-Niemi S. 2012. Tiedonhallinnan koulutusohjelma arvioitavana - kokemuksia kansainvälisestä akkreditoinnista. FinJeHeW 4(2), 140-144.

Simon H. A 1979. Päätöksenteko ja hallinto. Amer Yhtymä Oy Weiling + Göösin kirjapaino. Espoo

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15437.pdf (luettu 3.12.2011)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012-2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf (luettu 19.2.2012)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298> (luettu 24.10.2011)

Sveiby K E. 1997. The New Organizational Wealth. Managing & Measuring knowledge-based assets. Berrett-Koehler Publishers, Inc. San Francisco. USA.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> (luettu 3.12.2011)

THL 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö. Toimintasuunnitelma 2011. 31.05.2011. Versio 1.0 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e13f7c69-9f64-4487-8a68-81e7157dae61> (luettu 9.12.2011)

Tulevaisuusvaliokunta 2001. Teknologian arviointeja 6. Avauksia tietämyksen hallintaan. EK julkaisu 1. http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/km/ATH_00.pdf (luettu 18.3.2012)

Tuomi J, Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Vreeman D J, Taggard S L, Rhine M D, Worrell T W. 2006. Evidence for electronic health record systems in physical therapy. *Physical Therapy* 86 (3) 434-446.

Vuokko R, Mäkelä M, Komulainen J, Meriläinen O. 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaprosessit. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti 53/2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos THL. Helsinki. www.thl.fi/thl-client/pdfs/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79 (luettu 25.1.2012)

Vuokko R, Komulainen J, Mäkelä M, Meriläinen O. 2012. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankeen tuottamia määrittämiä. Raportti 32/2012 Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos THL. Helsinki. www.thl.fi/thl-client/.../174a3535-cf32-48eb-bd81-2a46379bb309 (luettu 1.5.2012)

Winblad I, Reponen J, Hämäläinen P. 2012. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. THL Raportti 3/2012. Helsinki. www.thl.fi/thl-client/pdfs/825d0af8-f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa (luettu 2.5.2012)

WHO 2005. The Implementing Best Practices Initiative. World Health Organization. http://www.ibpinitiative.org/best_practices.html (luettu 2.5.2012)

WCPT 2011. Description of Physiotherapy. World Confederation for Physical Therapy. <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT> (luettu 3.12.2011)

Ydintieto-opas 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0 www.kanta.fi (luettu 10.10.2011)

Ylöstalo-Laine R. 2006. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen laadunarviointi. Tiivistelmä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. http://med.utu.fi/hoitotiede/julkaisut/opinnaytetyot/progradu-abstraktit/abstraktit_2006/ylostalo-laine.pdf

LIITE 1**Kansalliset otsikot ja nimikkeistön mukainen kirjaaminen**

Ehdotus laadittu Fysioterapianimikkeistön mukaisen kirjaamisen pilottihankkeessa 2011 (Effica) Luonnos 18.11.2011 (Marja Arkela-Kautiainen, Päivi Asikainen, Tarja Hernesniemi, Tupu Holma, Leena Mäkelä, Sirkka-Liisa Tuurihalme)

Suosittelut otsikot	Määritelmä
Apuvälineet	Toimintarajoitteisen henkilön selviytymistä tukeva väline
Esitiedot (anamneesi)	Potilaan, hänen omaisensa tai saattajan antamat tiedot mm. sairauden alkamisesta ja kulusta
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	Potilaalle palvelutapahtuman jälkeen tapahtuvaksi suunniteltu jatkohoito. Tiedot käsittävät esimerkiksi jatkohoidon syyn, jatkohoitopaikan ja tiedot palvelusta.
Konsultaatio	Sosiaali- tai terveydenhuollon palvelunantajan esittämä neuvonantopyyntö toiselle palvelunantajalle asiakasta koskevassa asiassa.
Kuntoutus	Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka avulla parannetaan ja ylläpidetään kuntoutujan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä vaikutetaan hänen mahdollisuuksiinsa selviytyä elinympäristössään ja hallita elämäntilanteitaan.
Lausunnot	Asiantuntemukseen nojautuva, tavallisesti kirjallinen mielipiteen ilmaisu, kannanotto tai selvitys
Loppuarvio	Se hoitotiivistelmän osa, joka sisältää terveydenhuollon ammattihenkilön kuvauksen hoidon kulusta ja lopputuloksesta. Loppuarviossa kuvataan diagnoosi, tehdyt toimenpiteet, hoidon tulos, jatkohoito-ohjeet ja laaditut asiakirjat
Preventio	Sairauden ehkäisy
Suunnitelma	Potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa ja/tai hoidon järjestämistä palvelutapahtuman yhteydessä käsittelevä suunnitelma tai pohdinta.
Testaus- ja arviointitulokset	Eriytyöntekijöiden tekemät tutkimukset, testaukset ja haastattelut sekä niihin perustuvat johtopäätökset.
Toimintakyky	Henkilön kyky selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista.
Väliarvio	Tieto hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä. Se sisältää merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä hoitosuunnitelman.
Muu merkintä	Merkintä, joka ei sovi muiden otsikoiden alle. Tähän luokkaan suositellaan sijoitettavaksi organisaatioiden omassa käytössä olevat otsikot.

LIITE 2**Hoitoprosessin vaiheet (Koodistopalvelu 2006)**

Hoitoprosessilla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostamaa suunnitelmallista toimintasarjaa, joka etenee hoito-ongelmien määrittelystä hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.

Hoitoprosessin vaihe	Määritelmä
Tulotilanne	Terveysten- ja sairaanhoidon vastaanotolle, poliklinikalle tai laitoshoitopaikalle saapumisen syyn selvittämistä sekä tilanteeseen liittyvien tutkimusten ja selvitysten suorittamista.
Hoidon suunnittelu	Terveysten- ja sairaanhoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelema potilaan hoito.
Hoidon toteutus	Hoidon toteuttaminen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoidon toteutus -vaiheessa valitaan tavoitteiden saavuttamiseksi valitut keinot ja menetelmät.
Hoidon arviointi	Potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten ja toteutuneen hoidon arvioiminen suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin.