

# Enkelt er godt nok – om å dokumentere klinisk praksis

**Hanne Dagfinrud**, Nasjonal kompetanse-tjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet Sykehus. Universitetet i Oslo, Institutt for Helse og samfunn. h.s.dagfinrud@medisin.uio.no

Denne **fagkronikken** ble akseptert 28.1.2015. Fagkronikker vurderes av fagredaktør. Ingen interessekonflikter oppgitt.

En pasient kommer til deg med en vond skulder. Du spør om hans sykehistorie, undersøker funksjon og bestemmer deg for et behandlingsopplegg. Du har mye erfaring med behandling av skulder, så alt går etter planen, og du blir fornøyd med resultatet. Men hva om ikke pasienten er fornøyd? Hva om han går til søksmål fordi resultatet ikke ble slik han hadde forventet? Kan du da legge frem dokumentasjon om mål og resultat av behandlingen som dere begge mener beskriver situasjonen riktig og tilstrekkelig? Ikke helt sikker? Det er heldigvis ganske enkelt å gjøre dette godt nok.

## Pasient og terapeut er ikke alltid enige

De fleste pasienter er fornøyd med behandlingen de får hos fysioterapeut, og faggruppen skårer ofte høyt når tillit til profesjoner etterspørres i befolkningen. Likevel hender det at pasienter ikke synes de har fått utredning og behandling som forventet, at behandlingen ikke har gitt ønsket resultat, eller at den til og med har ført til forverring av problemet. Noen av disse pasientene søker pasientskadeerstatning. Pasientskadeerstatningssaker blir gjennomgått av sakkyndige som vurderer om pasienten har rett på er-

statning for manglende eller feilaktig undersøkelse og/eller behandling. De sakkyndige baserer sin konklusjon på tilgjengelige, relevante dokumenter, og journalnotater er sentrale blant disse.

Etter å ha utarbeidet en rekke sakkyndigerklæringer i saker der fysioterapeuter er involvert, er min erfaring at sakene som oftest dreier seg om at pasient og terapeut ikke har sammenfallende forståelse av hva som var målet med behandlingen, hvilke tiltak som ble iverksatt og hvorvidt behandlingen ga ønsket effekt. I mange tilfeller er dessverre journalnotatene svært lite egnet til å belyse disse spørsmålene, og mange uoverensstemmelser kunne vært unngått med noen enkle grep for å forbedre journalnotatene. Det er likevel viktig å understreke at forbedringspotensialet ikke ligger i lengre, mer innholdsrike notater med detaljerte beskrivelser av fysioterapispesifikke undersøkelser- og behandlingsmetoder. Tvert i mot, det er behov for presis, kortfattet informasjon som reflekterer pasientens opplevelse.

## La pasienten selv rapportere

To typiske eksempler på tema som ofte er kjernen i konflikter kan være at det konkrete målet for behandlingsperioden ikke er skrevet ned, og at det er ulik oppfatning av hvordan behandlingen har virket på pasientens smerter. Journalen inneholder ofte ikke avklarende informasjon om disse spørsmålene. Et helt sentralt moment i denne sammenhengen er at det er pasientens mål og smerte det dreier seg om. I journalen er det likevel fysioterapeuten som beskriver mål som «bedre leddbevegelighet» eller liknede, og gjennom behandlingsforløpet noteres gjerne formuleringer som «litt mindre smerter» eller «bedring». Uenighet om slike spørsmål kan unngås ved at pasienten

selv rapporterer sine mål og symptomer ved hjelp av enkle registreringsverktøy.

## Enkelt er godt nok

Bruk av enkle registreringsmetoder i stedet for skriftlige formuleringer kan gjøre journalnotatene mer anvendelige og nøyaktige, samtidig som det er tidsbesparende. Pasienten kan bes om å beskrive grad av smerte ved å krysse av på en numerisk skala (tallverdier fra 0 (= ingen smerte) til 10 (=verst tenkelig smerte)). Dette gjøres før oppstart av behandlingen, med passende mellomrom gjennom behandlingsforløpet og ved avslutning av behandlingen. I stedet for at terapeuten beskriver pasientens smerte med sine egne ord i journalen, kan pasienten raskt krysse av for den tallverdi han eller hun mener beskriver smerten best. Da er det enklere for både pasient og terapeut å få et bilde av bedring eller forverring av tilstanden. I et langt rehabiliteringsforløp kan pasienten lett glemme hvor mye smerte han hadde ved starten av behandlingsperioden. Dersom ikke smerten er helt borte, eller funksjonen helt som før, kan det være vanskelig å se at det likevel har vært en vesentlig bedring fra behandlingsstart. Ved å gå tilbake til de første registreringene, vil dette kunne synliggjøres, noe som er nyttig både for pasienten selv og for terapeuten.

På samme måte kan en numerisk skala brukes til å tallfeste hvor store problemer pasienten har med å utføre den aktiviteten eller funksjonen han har som mål å forbedre i behandlingsperioden. Slik kan vurdering av bedring (eller forverring) knyttes direkte mot det som var målet med behandlingen. Dokumentasjonen av behandlingsforløp og resultat blir derved mer entydig og enklere å fortolke. Et standardisert, pasientspesifikt instrument, som for eksempel Pasient Spesi-



Forholdene ligger til rette for en bratt økning av kunnskapsgrunnlaget for fysioterapi praksis i årene som kommer.

fikk Funksjons Skala kan gjerne benyttes til dette formålet (1).

### Krav til dokumentasjon av praksis

Fysioterapeuter er handlingsorienterte i sin fagutøvelse, og opptatt av å bruke sin kompetanse til det beste for pasienten. Relevante og grundige funksjonsundersøkelser gjennomføres som basis for kliniske beslutninger. Det bidrar til å gjøre fysioterapi til et avansert, effektivt og vel ansett fag. Likevel er det ikke de fagspesifikke beskrivelsene av undersøkelser og tiltak som er viktigst å få ned på papiret.

I kapittel 8 i Helsepersonelloven er det nedfelt at fysioterapeuter har plikt til å dokumentere sin praksis i form av journalføring. Plikten til å dokumentere kommer også til uttrykk gjennom at opptegnelser, journal og journalmateriale kan kreves fremlagt som bevis i en rettsak eller forvaltningssak om helsepersonells yrkesutøvelse (2). Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og behandlingsforløpet, men Lovverket gir ikke klare beskrivelser av hva og hvor mye som må til av nedtegninger for å fylle krav om tilstrekkelig journalføring i fysioterapi praksis. Imidlertid står det i NFFs veileder for Fysioterapitjenesten at det «skal føres en pasientjournal og ikke lege- eller fysioterapijournal» (3). Dette understreker et svært viktig poeng, nemlig at de journalnotater som nedtegnes skal reflektere pasientens mål og rapportering av tilstand. Ved hjelp av enkle registreringsverktøy som beskrevet over, kan dette raskt nedtegnes i en tilgjengelig og entydig form. Sammen med korte beskrivelser av de tiltak som iverksettes, vil journalen sannsynligvis inneholde det som er nødvendig for å fylle dokumentasjonsplikten.

### Stort forbedringspotensial

Basert på erfaring med gjennomgang av journaler i forbindelse med pasientskadeerstatningssaker, er det klart at fysioterapeuters måte å føre journal på bør forbedres. Heldigvis kan kvalitet og relevans bedres vesentlig med svært enkle grep, som sannsynligvis også vil være tidsbesparende. Når pasienten selv definerer sitt mål med behandlingen og rapporterer sin tilstand ved hjelp av standardiserte skåringsmetoder som beskrevet over, vil kilder til uenighet ryddes av veien. Journalen vil fremstå som et forståelig og informativt dokument uavhengig av om leseren har kjennskap til fysioterapi eller ikke.

### Dokumentere praksis eller besvare forsknings spørsmål?

Fysioterapifaget har vært i en rivende utvikling de siste par tiårene, og stadig mer forskningsbasert kunnskap er tilgjengelig. En rekke valide instrumenter og metoder for å vurdere for eksempel funksjon, smerte eller livskvalitet gjør det mulig å innhente data på en systematisk måte fra pasienter som får fysioterapi og dermed øke kunnskapen om hvilke tiltak som virker. Videre gjør elektroniske verktøy det i dag enklere å iverksette store datainnsamlinger. I forskningsprogrammet Fysioprim, finansiert av Fysiofondet, prøves for tiden ut en slik datainnsamling der pasienter som behandles av fysioterapeuter i primærhelsetjenesten besvarer en omfattende skjemapakke. Informasjon om dette prosjektet er tilgjengelig på prosjektets nettsider (4).

Forholdene ligger til rette for en bratt økning av kunnskapsgrunnlaget for fysioterapi praksis i årene som kommer, noe som vil kunne styrke fagets posisjon både som klinisk og akademisk disiplin. I mangfoldet

av muligheter er det imidlertid viktig å skille mellom «kjekt å ha» og «må ha». For den enkelte kliniker er det viktig at ikke «det beste blir det godes fiende». Innhenting av informasjon må ikke bli så tidkrevende at det går på bekostning av tid med pasienten. Det må derfor skilles mellom forskjellige typer informasjon: den som må nedtegnes i pasientjournal og den man ønsker å innhente for å belyse definerte forsknings spørsmål, men som ikke inngår i journalføringsplikten.

Forskningsdata er preget av at de ikke alltid er umiddelbart tolkbare og meningsfulle, men må bearbeides og fortolkes. Innhenting av forskningsdata i klinisk praksis vil kreve litt ekstra tidsbruk og må planlegges godt. Informasjonen vil ofte ikke ha umiddelbar klinisk nytteverdi, men fyller et mer langsiktig dokumentasjonsbehov. I pasientjournalen derimot, må informasjonen være entydig og tolkbar. Veien til en god og tilstrekkelig journalføring er heldigvis kort, for her gjelder prinsippet om at enkelt er godt nok.

### Referanser:

1. [www.nkr.no](http://www.nkr.no), Klinisk Verktøykasse.
2. Helse- og Omsorgsdepartementet, Lov om helsepersonell.
3. Norsk Fysioterapeutforbund, Veileder for fysioterapitjenesten.
4. <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>.

