

Jouni Väänänen

Dokumentaation kehitystyö

Osteopaatin kliininen päättely kirjaamiskäytännöissä

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Jouni Väänänen Dokumentaation kehitystyö. Osteopaatin klininen päättely kirjaamiskäytännössä. 51 sivua + 3 liitettä 4.4.2012
Tutkinto	Osteopaatti
Koulutusohjelma	Osteopatian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Osteopatia
Ohjaajat	Yliopettaja Pekka Paalasmaa Lehtori Jerry Ketola
TIIVISTELMÄ <p>Klinistä päättelyä pidetään elintärkeänä osana klinistä toimintaa. Osteopatiassa esiintyvän klinisen päättelyn piirteet tunnetaan kuitenkin vielä huonosti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuteen perustuen, mitä ja millaista on osteopaatin klininen päättely ja miten sen tulisi näkyä hoidon dokumentaatiossa Metropolia Ammattikorkeakoulun opetuslinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda osteopaattiopiskelijan klininen päättelyprosessi näkyväksi hoidon kirjaamisessa. Tähän pyritään kehittämällä dokumentoinnin käytäntöä. Kehitystyössä pyritään hyödyntämään tiedon tallettamiseen käytettävän potilasasiakirjan ulkoasua opiskelijan klinisen päättelyprosessin ohjaamisessa ja esiintuomisessa. Työ on tarpeellinen opiskelijoiden klinisen päättelykyvyn arvioinnissa havaittujen vaikeuksien vuoksi.</p> <p>Opinnäytetyössä kuvaillaan kirjallisuuteen viitaten potilasasiakirjojen lainsäädäntöä ja osteopaateille annettuja suosituksia, osteopatian filosofiaa, teoriaa ja hoitomalleja, sekä klinisen päättelyn määritelmiä ja piirteitä. Yhteenvedossa teoreettisesta perustasta muodostetaan synteesi, johon kehitystyön ratkaisut perustuvat. Loppuosan opinnäytetyöstä muodostaa kuvaus dokumentoinnin kehittamisestä.</p> <p>Dokumentaation kehitystyö toteutettiin ajanjaksolla kevät 2010 – kevät 2012. Valmis potilasasiakirjamalli esiteltiin keväällä 2012 ja otettiin käyttöön Metropolian opetuslinikalla. Käyttäjäyhteisö osallistui dokumentaation menetelmän ja potilasasiakirjan prototyypin kehittämistyöhön aktiivisesti koko prosessin ajan. Palautteen keräämisen, arvioinnin ja koekäytön syklejä oli useita, käyttäjäpalaute kerättiin suullisena ja analysoitiin dialogin kautta. Asiakirjamalli ohjaa opiskelijaa kirjaamaan potilaan haastattelun perusteella muodostamansa hypoteesit tilanteesta edeten lineaarisesti hypoteesien koetteluun kautta diagnoosiin ja potilaan tarpeet huomioivaan hoitosuunnitelmaan. Koska kehittäminen perustui Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopatian opetussuunnitelmaan, se ei ole sellaisenaan yleistettävissä koskemaan kaikkia osteopatiaa opettavia kouluja.</p>	
Avainsanat	Klininen päättely, dokumentaatio, osteopatia

Author Title Number of Pages Date	Jouni Väänänen Development of Documentation Practice. Osteopathic Clinical Reasoning in Record Keeping. 51 pages + 3 appendices Spring 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Osteopathy
Specialisation option	Osteopathy
Instructors	Pekka Paalasmaa, Principal Lecturer Jerry Ketola, Senior Lecturer
<p>ABSTRACT</p> <p>Clinical reasoning is considered as a vital part of clinical practice. The nature of clinical reasoning in osteopathy is yet not well understood. The purpose of this thesis is to describe, based on literature, some of the features of osteopathic clinical reasoning and how it should be present in the documentation practiced at the Metropolia University of Applied Sciences teaching clinic. The aim of this thesis is to bring the student's clinical reasoning more visible in the documentation of the osteopathic treatment. To achieve this, a development project was initiated, in which the model of the record keeping form is used for guiding the process of the student's clinical reasoning and to help the student to communicate his/her reasoning. The project was deemed necessary as the teachers of the clinic have noticed difficulties in assessing the clinical reasoning ability of their students.</p> <p>The development project was conducted from spring 2010 until spring 2012. The final version of the record keeping form was introduced in spring 2012 and is currently in use at the teaching clinic. In the new form, following the interview of the patient, the student writes down his/her hypotheses of the situation and tests them through clinical examination and treatment. When making the diagnosis, the student checks whether one of the hypotheses was confirmed, and analyzes the collected data applying osteopathic philosophy, theory and models for the planning of the course of treatment. As a result, the student's clinical reasoning becomes visible in a linear chain of reasoning advancing from the hypotheses to the diagnosis. Since the development was strongly based on the curriculum of the Metropolia University of Applied Sciences, the results of this thesis cannot be generalized directly to other schools teaching osteopathy.</p>	
Keywords	clinical reasoning, documentation, osteopathy

Sisälllys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	3
3	Potilasasiakirjojen merkitys terveydenhuollossa	4
3.1	Potilasasiakirjojen laatimisen laillinen perusta	5
3.2	GCRO:n suositus osteopaattien hyvästä kirjaamiskäytännöstä	7
3.2.1	Osteopaattien kirjaamiskäytännön vähimmäisstandardi	7
3.2.2	Parhaana pidetty kirjaamiskäytäntö	8
3.3	Osteopatian dokumentointikäytäntö Positia opetuslinikalla	9
4	Osteopatian filosofia, teoria ja mallit	10
4.1	Osteopatian määritelmä ja periaatteet	10
4.2	Osteopaattinen hoito	11
4.3	Osteopatian osa-alueet ja mallit	14
4.4	Osteopatian osa-alueet ja hoitomallit Metropolia Ammattikorkeakoulussa	18
5	Kliininen päättely	19
5.1	Potilaskeskeisyys	20
5.2	Hypoteettis-deduktiivinen päättely	21
5.3	Kaavantunnistus	22
5.4	Kliininen päättely osteopatiassa	23
6	Yhteenveto ja synteesi	25
7	Dokumentaation kehitystyö	28
7.1	Prosessin eteneminen	29
7.2	Tuotos	32
8	Pohdinta	34
	Lähteet	37
	Liitteet	

1 Johdanto

Kliininen päättely voidaan määritellä prosessiksi, jossa terapeutti yhteistyössä potilaan kanssa jäsentelee hoidon merkityksen, tavoitteet ja strategian perustuen kliiniseen tietoon, ammatilliseen kokemukseen sekä potilaan tekemiin valintoihin. Tämä ajatteluun ja päätöksentekoon perustuva prosessi mahdollistaa terapeutin parhaaseen harkintaan perustuvan toiminnan potilastyössä. Kliinisen päättelyn voidaan siis sanoa johtavan järkevään tai viisaaseen toimintaan. (Jones – Rivett 2005: 3; Fink-Koller 2007: 28)

Osteopatiassa tapahtuvan kliinisen päättelyn piirteet tunnetaan kuitenkin vielä huonosti. Osteopaattien on kyettävä selittämään hoidollisten valintojensa taustalla olevat syyt potilaille ja kliininen päättely mahdollistaa tämän tehokkaan toteutumisen. Osteopatian ammattikunnan kyky kuvata kliinisen päättelynsä prosessia ohjaa kliinisen työn, asiantuntijuuden ja taitavuuden ymmärrystä ja myös käsitystä siitä, miten ammattilaiset oppivat ja kehittävät taitojaan kliinisessä työssään. (Thomson et al. 2011: 74)

Kliinisen päättelyn näkyminen hoidon dokumentaatiossa on tärkeää hoidon perustelun, suunnittelun ja jatkuvuuden kannalta. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuteen perustuen, mitä ja millaista on osteopaatin kliininen päättely ja miten sen tulisi ilmetä Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopaattiopiskelijan tekemässä hoidon dokumentaatiossa. Työn tavoitteena on tuoda näkyväksi osteopaattiopiskelijan kliinisen päättelyprosessin eteneminen hoidon dokumentaatiossa. Tähän pyritään kehitystyön kautta. Kehittämisen kohteena on Positia-opetusklinikan osteopaattien dokumentaatiokäytäntö sekä siinä tiedon tallentamiseen käytettävä Esitieto- ja tutkimislomake. Kehittämisessä pyritään hyödyntämään potilasasiakirjan ulkoasun mallia osteopaattiopiskelijan kliinisen päättelyprosessin ohjaamisessa ja sen esiintuomisessa hoidon dokumentaatiossa. Työ on tarpeellinen, sillä opiskelijoiden kliinisen päättelyn näkymisessä ja sen etenemisen arvioinnissa on koettu olevan puutteita.

Dokumentaatiokäytännön kehitystyön tuloksena syntyvästä potilasasiakirjamallista hyötyvät opettajat, opiskelijat ja opetusklinikan potilaat: opettajille asiakirja toimii työkaluna opiskelijoiden klinisen päättelyprosessin etenemisen arvioinnissa; opiskelijat hyötyvät asiakirjamallista oppimisen välineenä; opetusklinikan potilaille kehitystyön hyöty näyttäytyy potilaan tavoitteet huomioivien perusteltujen hoitosuunnitelmien muodossa.

Opinnäytetyön aihe syntyi opiskelijoiden ja tutor-opettajien välisen inspiroituneen keskustelun tuloksena keväällä 2010 Englantiin tehdyn opintomatkan jälkeen. Englannissa European School of Osteopathyssa (ESO) tutustuimme paikalliseen opetusklinikkatoimintaan, kirjaamiskäytäntöön ja siinä käytettyyn potilasasiakirjamalliin. Työ toteutettiin Metropolia Ammattikorkeakoulun Positia -opetuslinikalla ajanjaksolla kevät 2010 - kevät 2012. Kehittämistyön toteutti opinnäytetyön tekijä yhteistyössä tehtävään nimitetyn, opiskelijoista koostuvan, kehittämistyöryhmän kanssa, joka arvioi syksyllä 2010 potilasasiakirjamallin prototyypin kehittämisen edistymistä ja palautteellaan vaikutti sen sisältöön. Myös asiakirjamallin tulevia käyttäjiä osallistettiin työhön mahdollisimman paljon: opiskelijat ja opettajat esittivät kehitysideoita uuteen asiakirjamalliin sen koko kehittämisprosessin ajan. Prototyypin koekäytön myötä käyttäjäyhteisö arvioi kollektiivisesti prototyypin ja siihen sisällytettyjen ratkaisujen toimivuutta käytännössä. Käyttäjäpalutteen perusteella prototyyppiin tehtiin koekäytön jälkeen tarvittavat muutokset ja koekäyttö uusittiin seuraavalla lukukaudella johtaen taas uuteen arviointiin. Koekäytön, arvioinnin ja muutosten syklejä oli prosessissa useita. Valmis asiakirjamalli otettiin käyttöön Positia-opetuslinikalla keväällä 2012.

Opinnäytetyön kirjallinen osuus on kirjoitettu erityisesti osteopaattio opiskelijoille, joilla on jo perustiedot alansa keskeisistä teorioista ja termistöstä, sekä osteopatian opettajille. Työssä esitellään aluksi dokumentaation suomalaista lainsäädäntöä sekä The General Council and Register of Osteopaths:n antamaa suositusta osteopaattien hyvästä kirjaamiskäytännöstä. Seuraavaksi kuvailaan kirjallisuuteen viitaten osteopatiaa ammattina, sen filosofiaa, teoriaa ja keskeisiä hoitomalleja. Tämän jälkeen käsitellään klinistä päättelyä ja sen merkitystä osteopaatin työssä. Teoriaosuuden päätteeksi tehdään yhteenveto ja synteesi opinnäytetyön teoreettisesta perustasta. Loppuosan työstä muodostaa potilasasiakirjamallin kehittämistyön raportointi.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Kirjallisuudessa kliinistä päättelyä pidetään tärkeänä kliinisen toiminnan ja siinä tehtävien ratkaisujen perustelemisessa. Potilasasiakirjojen tarkoitus on palvella hoidon perustelua, suunnittelua, toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Kliinisen päättelyn on siis oltava näkyvässä dokumentaatiossa hoidon perustelemiseksi. Osteopaattipiskelijöiden kliinisen päättelyn etenemisen näkyvyys ja mahdollisuus sen arviointiin hoidon dokumentaatiossa on koettu puutteelliseksi Positia-opetuslinikalla tapahtuvassa kliinisessä harjoittelussa. Tällä perustellaan dokumentaation kehitystyön tarve hoidon perusteltavuuden, suunnitelmallisuuden ja jatkuvuuden edistämiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata kirjallisuuteen perustuen, mitä ja millaista on osteopaatin kliininen päättely ja miten sen tulisi näkyä Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopaattipiskelijän tekemässä hoidon dokumentaatiossa Positia-opetuslinikalla. Opinnäytetyön tavoitteena on tehdä osteopaattipiskelijän kliininen päättelyprosessi näkyväksi opiskelijan tekemässä potilaan tutkimuksen ja hoidon dokumentaatiossa, joloin myös sen arviointi olisi mahdollista. Tähän pyritään dokumentaation kehitystyön kautta, jossa hyödynnetään potilasasiakirjan ulkoasun mallia opiskelijan kliinisen päättelyprosessin ohjaamisessa ja esiintuomisessa.

Kehittäminen kohdistuu Positia-opetusklinikan osteopaattien dokumentaatiokäytäntöön sekä Esitieto- ja tutkimuslomakkeeseen, joka on käytössä Positia-opetuslinikalla. Opinnäytetyön teoreettinen perusta hankitaan kartoittamalla terveydenhuollon kirjaamiskäytäntöjen lainsäädäntöä ja suosituksia osteopaatin työhön soveltuen; selvittämällä kirjallisuuteen viitaten keskeisiä osteopatian periaatteita ja hoitomalleja Metropolia Ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaan liittyen; sekä perehtymällä kirjallisuudessa esiteltyihin kliinisen päättelyn määritelmiin ja malleihin. Teoriaosuudesta muodostetaan synteesi, joka kuvailee osteopaatin kliinisen päättelyprosessin piirteitä koskien Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopaattipiskelijoita.

Kehittämistyön tuotoksena syntyvästä potilasasiakirjamallista hyötyvät opettajat, opiskelijat sekä opetusklinikan asiakkaat. Opettajat saavat käyttöönsä työkalun, jolla ohjata ja arvioida opiskelijan klinisen päättelyn osaamista ja siinä tapahtuvaa kehitystä. Opiskelijoille potilasasiakirjamalli on oppimisen väline, joka harjaannuttaa kliinisessä päättelyssä ja työnsä lainmukaisessa dokumentaatiossa työelämää varten. Opetusklinikan asiakkaat hyötyvät opiskelijan tehdessä osteopatian kontekstissa entistä paremmin perusteltuja hoidollisia ratkaisuja ja potilaan tarpeet paremmin huomioivia hoitosuunnitelmia.

3 Potilasasiakirjojen merkitys terveydenhuollossa

Terveydenhuollon potilasasiakirjamerkinnöissä ja dokumentointikäytännöissä on toistuvasti havaittu selviä puutteita. Vakavana puutteena pidetään sitä, että merkinnöistä ei välity selvästi potilaan tutkimuksen ja hoidon sisältö ja toteutus. Velvollisuus laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja laissa määritellyllä tavalla koskee jokaista terveydenhuollossa itsenäisesti toimivaa ammattihenkilöä ja terveydenhuollon palveluita tuottavaa hoitolaitosta. Tämä velvollisuus perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjojen laatisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001), lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994 16 §) sekä henkilötietolakiin (523/1999). Keskeiset säädökset ovat olleet voimassa pitkään mutta potilasasiakirjoista järjestetyistä koulutuksista ja yksityiskohtaisista ohjeista huolimatta puutteita merkinnöissä on edelleen paljon. (Valvira 2011; TEO 2007: 1; 785/1992 12 §; 559/1994; 298/2009 1 §)

Potilasasiakirjojen tarkoitus on tukea potilaan hyvää hoitoa; ne palvelevat hoidon perustelua, suunnittelua, toteutusta sekä edistävät hoidon jatkuvuutta. Ne ovat tärkeitä myös potilaan ja häntä hoitaneiden henkilöiden oikeusturvan kannalta. Potilasasiakirjoihin on merkittävä hyvän hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Ne on laadittava niin, että niistä saa selkeän käsityksen hoidon toteutuksesta eri vaiheissaan, hoitamiseen osallistuneista henkilöistä sekä potilaan laakisääteisten oikeuksien huomioimisesta. (Valvira 2011; 298/2009 7 §)

3.1 Potilasasiakirjojen laatimisen laillinen perusta

Potilasasiakirja on mikä hyvänsä potilaan hoidossa käytettävä tallenne, joka koskettaa potilaan terveydentilaa tai henkilökohtaisia tietoja riippumatta tallenteen muodosta tai potilasta hoitavasta organisaatiosta. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta, jota ei saa kirjoittaa uudelleen edes osittain eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai vastaavalla. (Valvira 2011; TEO 2007: 1; 298/2009 2, 9§ ja 17 §)

Potilaskertomukseen merkittäviin keskeisiin tietoihin kuuluvat keskeiset hoitotiedot potilaan jokaisesta hoitokäynnistä; sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät; riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäilyistä vahingoista tehtävät merkinnät; osastohoitoa koskevat merkinnät; konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista tehtävät merkinnät; ensihoito- ja sairaankuljetusmerkinnät; potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja koskevat merkinnät; sekä merkinnät alaikäisen potilaan hoidosta ja sellaisen potilaan hoidosta, joka ei kykene ilmaisemaan tahtoaan. (Valvira 2011; 298/2009 7 §)

Potilaskertomukseen tehdyistä hoitokäyntimerkinnöistä tulee käydä ilmi tarpeellisessa laajuudessa hoitoon tulon syy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset; hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta; sairauden kulku sekä loppulausunto (298/2009 11§). Merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa ja merkinnöistä on selvittävä miten hoito on toteutettu, onko sen aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaista hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään. (298/2009 12 §)

Potilaalla on oikeus nähdä potilasasiakirjansa ja hänelle on pyynnöstä annettava häntä koskevat tiedot joustavasti ja ilman tarpeetonta viivytystä (TEO 2007: 4). Potilas voi pyytää korjaamaan niissä olevia tietoja mikäli ne ovat hänen mielestään virheellisiä. Korjauksen tekijän tiedot sekä korjauksen ajankohta ja peruste on merkittävä asiakirjoihin. Sekä alkuperäisen että korjatun tiedon on oltava luettavissa. STM:n 1.8.2009 voimaan astuneen uudistetussa asetuksessa lyhennettiin määräaikoja, joiden

kuluessa merkinnät on kirjattava potilasasiakirjoihin tai asiakirjat on toimitettava eteenpäin. Merkinnät on tehtävä viivytyksettä, mutta kuitenkin viimeistään viiden vuorokauden kuluessa potilaan poistuttua vastaanotolta tai palvelutapahtuman muuten päätyttyä. (Valvira 2011, TEO 2007: 4,5; 298/2009 8§)

Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä eikä terveydenhuollon ammattihenkilö saa ilman potilaan kirjallista suostumusta luovuttaa sivulliselle potilasasiakirjoihin liittyviä tietoja. Sivullisia ovat myös samassa terveydenhuoltoyksikössä työskentelevät kaikki muut kuin potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin henkilökohtaisesti osallistuvat; hoitoon osallistuvatkin henkilöt ovat oikeutettuja vain niihin tietoihin, joita työtehtävät edellyttävät. Jos potilasasiakirjoista luovutetaan tietoa, on siitä tehtävä merkintä asiakirjoihin, josta selvää mitä tietoja ja milloin ne on luovutettu, kenelle tietoja on luovutettu ja kuka ne luovutti. Merkinnöistä on selvittävä, perustuuko luovutus lakiin tietojen antamisesta sekä siitä, onko potilas antanut kirjallisen tai suullisen luvan luovuttaa tietoja. Merkintä on tehtävä myös potilaan antamasta kiellostä tietojen luovuttamisesta. (Valvira 2011; 298/2009 21 § ja 6 §; TEO 2007: 3)

Potilasasiakirjojen säilyttämisestä ja niistä muodostuvan rekisterin ylläpidosta vastaa se terveydenhuollon toimintayksikkö tai yksityinen terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne on laadittu. Lääkäriasemalta vuokraamissaan tiloissa toimivat itsenäiset ammatinharjoittajat voivat antaa kirjallisen sopimuksen perusteella potilasasiakirjojen säilyttämisen ja arkistoinnin lääkäriaseman hoidettavaksi. Potilasasiakirjoja ei voida tällöinkään antaa ilman potilaan suostumusta esim. lääkäriasemalla työskentelevän toisen terveydenhuollon ammatinharjoittajan käyttöön. Mikäli potilasasiakirjat annetaan ylläkuvatusti lääkäriaseman säilytettäväksi, on siitä potilaita informoitava henkilötietolain 24 § nojalla. Rekisterit ovat tässäkin tapauksessa edelleen itsenäisten ammatinharjoittajien potilasasiakirjarekistereitä ja ne on myös esim. tietoteknisesti pidettävä erillisinä rekistereinä, eikä niiden sisältämiä tietoja voida missään tilanteessa ilman potilaan suostumusta luovuttaa muille. (Valvira 2011; TEO 2007: 2,3; 298/2009 4 §)

3.2 GCRO:n suositus osteopaattien hyvästä kirjaamiskäytännöstä

The General Council and Register of Osteopaths (GCRO) antoi tammikuussa 1997 suosituksen osteopaattien kirjaamiskäytännöstä. Siinä esitellään osteopaateille suositeltava dokumentoinnin minimistandardi ja linjataan parhaana pidettävä kirjaamiskäytäntö. Suosituksen tarkoituksena on ohjeistaa osteopaatteja tarkistamaan dokumentointinsa käytäntöjä ja mukauttamaan niitä vastaamaan vähintään minimistandardia niiltä osin kuin on tarpeellista. Koska lainsäädännölliset velvollisuudet koskevat osteopaatteja samalla tavalla kuin muitakin terveydenhuollon ammattihenkilöitä, keskitytään tässä siihen, miten annetut suositukset vaikuttavat osteopaattien toimintaan ammatilliselta kannalta.

3.2.1 Osteopaattien kirjaamiskäytännön vähimmäisstandardi

Asiakirjan muodosta riippumatta tärkeintä on, että se sisältää vähintään laillisen minimivaatimuksen mukaisen määrän informaatiota, ja että tiedot esitetään siinä selkeästi ja ymmärrettävästi. Lyhenteiden käyttöä tulisi välttää, sillä toisin kuin muilla aloilla, osteopaatit tarkoittavat joskus samoilla lyhenteillä hyvin erilaisia asioita, tai käyttävät samasta asiasta eri nimeä tai lyhennettä. Negatiivisten löydösten merkitseminen voi olla yhtä tärkeää kuin positiivisten. Potilaasta ei saa käyttää halventavaa kieltä, mutta huomioita potilaan asenteesta, käytöksestä tai täsmällisyydestä voi kirjata. Hoitoon tulon syy tai oireiden suhteen ongelman luonne, kesto ja historia tulisi tallentaa yksityiskohtaisesti. Potilaan nykyinen terveydentila ja lääkitys tulisi huomioida, samoin tulisi kirjata merkittävät onnettomuudet ja leikkaukset. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 2,3)

Lääketieteellinen ja osteopaattinen tutkiminen tulee kirjata löydöksineen, myös sattumalöydökset tulee tallentaa. Tutkimisen lopputuloksena syntyvä diagnoosi tulee kirjata. Asiakirjoihin tulee sisältyä yhteenveto annetusta hoidosta ja sen vasteesta. Suositeltu hoitotiheys ja potilaan kuvaus etenemisestä ja nykytilasta tulee lyhyesti huomioida. Jatkotutkimisessa esiin nousevat löydökset, jatkohoidot, neuvot ja suositellut jatkokäynnit tulee kirjata. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 4)

3.2.2 Parhaana pidetty kirjaamiskäytäntö

Suosittelava asiakirjamuoto on tulostettu tai painettu lomake, joka on hyvin suunniteltu. Monet pitävät parhaana erillisiä laatikoita erilaisille kategorioille, etenkin alkututkimisen yhteydessä kirjattavalle informaatiolle. Diagrammit eivät ole välttämättömiä, mutta monet suosivat niitä; kolmatta osapuolta varten olisi kuitenkin hyvä olla tulostettava selvitys diagrammien käytöstä ja niihin tehtävistä merkinnöistä. Jatkokäyntilomakkeissa tulisi olla yläviitteessä potilaan nimi ja muu tunnus, esimerkiksi syntymäaika. Vasempaan marginaalin tulisi merkitä päivämäärä ja oikeaan marginaaliin allekirjoitus. Jatkokäyntilomakkeissa tulee olla sivunumerot ja ne kuuluu ehdottomasti pitää järjestyksessä. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 5)

Minimistandardin mukaisten tietojen lisäksi potilaan tiedoista tulisi käydä ilmi oleelliset tiedot suvussa esiintyvistä sairauksista, potilaan tekemän työn laatu (istuma-/seisomatyö, näyttöpäätetyö, asennustyö jne.), elämäntavat (ruokavalio, liikunta, tupakointi, alkoholinkäyttö jne.), sekä vapaa-ajan harrastukset. Merkintöjä tulisi tehdä myös viimeaikaisista kuormittavista tapahtumista, jotka voivat vaikuttaa potilaan terveyteen. Pituus ja paino, verenpaine sekä mahdollisesti tieto virtsan sokeri- ja proteiinipitoisuuksista tulisi tallentaa myöhempää vertailua varten. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 5,6)

Vaikka osteopaattinen analyysi ja diagnoosi on jatkuva prosessi, tulisi potilasasiakirjoihin kirjata näkemys potilaan ongelman syystä ja hoitajakson ennuste. Näin sekä ensimmäisellä käynnillä että jatkokäynnillä mikäli näkemys muuttuu. Kun on perusteltavaa määritellä jatkosuunnitelma ja hoito, tulisi tämä kirjata. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 6)

Parhaaseen kirjaamiskäytäntöön kuuluu kattava ja yhtenäinen kertomus potilaan hoitajaksesta, josta muut sitä lukevat saavat selvän. Kaikki edellä mainittuja seikkoja täydentävä, tarkentava ja selventävä tieto tulisi tallentaa potilasasiakirjoihin. (The General Council and Register of Osteopaths 1997: 6)

3.3 Osteopatian dokumentointikäytäntö Positia opetuslinikalla

Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopaattioiskelijoiden kliinisessä harjoittelussa käyttämä Esitieto- ja tutkimislomake kehitettiin vuonna 2000 alittaneen, Suomen ensimmäisen AMK-osteopaattiryhmän opiskelijoiden toimesta. Työ perustui silloisen KuntoStadian käyttämään epikriisi-lomakkeeseen, sekä British School of Osteopathy:n, European School of Osteopathy:n ja British College of Osteopathic Medicine:n tuolloin käyttämiin lomakkeisiin. Lomake valmistui opinnäytetyönä 28.5.2004 ja otettiin käyttöön silloisen Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian opetuslinikalla. Samalla esiteltiin lomakkeen suunnittelijoiden ehdottama klinikajärjestys, joka ohjaa opetusklinikan toimintaa potilastyössä. (Lindroos - Toivola 2004)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään kliniseen päättelyyn osteopatian kontekstissa. Jotta voitaisiin ymmärtää osteopaatin klinisen päättelyn piirteitä, on oltava käsitys siitä, mitä ja millaista osteopatia on. Seuraavaksi käsitellään itse osteopatiaa ja perehdytään sen filosofiaan, teoriaan ja siinä käytettäviin hoitomalleihin.

4 Osteopatian filosofia, teoria ja mallit

Osteopatia syntyi yhdysvaltalaisen lääkäri Andrew Taylor Stillin 22.6.1874 saamasta oivalluksesta, jonka mukaan ihmiskeho on itsessään paras apteekki, joka oikein toimiessaan kykenee tehokkaaseen itsesäätelyyn ja paranemiseen. Oivallus kumpusi Stillin pettymyksestä aikansa lääkinnällisiin menetelmiin ja toisaalta hänen kiinnostuksestaan ihmisen anatomiaan. Hänen uudessa teoriassaan anatomiset poikkeavuudet ja toiminnan häiriöt saattoivat häiritä kehon normaalia toimintaa ja näin johtaa sairastumiseen. 1880-luvulla Stillin pääasiallinen keino ihmisen hoitamiseksi olivat erilaiset manuaaliset tekniikat ja vuonna 1885 hän nimesi menetelmänsä osteopatiaksi. (Parsons - Marcer 2006: 3,4.)

4.1 Osteopatian määritelmä ja periaatteet

Osteopatian määrittelemisen osoittautui jälkipolville haastavaksi, ja määritelmä onkin käynyt läpi monia vaiheita ja uudistuksia. Kaikissa osteopatian määritelmässä toistuu tavalla tai toisella Andrew Taylor Stillin kirjoituksista johdetut osteopatian peruseriaatteet, jotka alun perin tulkittiin seuraavasti:

1. Keho on kokonaisuus
2. Rakenne hallitsee toimintaa
3. Korkein on valtimon sääntö
4. Keholla on itsesäätely- ja paranemismekanismeja

(Parsons - Marcer 2006: 9.)

Myöhemmin William ja Michael Kuchera määrittivät osteopatian seuraavasti:

Osteopatia on terveydenhuollon järjestelmä, joka harjoittaa ja opettaa osteopatian filosofiaa:

1. Keho on kokonaisuus
2. Sillä on omat itsesäätely- ja paranemismekanisminsa
3. Rakenne ja toiminta ovat vastavuoroisessa riippuvuussuhteessa
4. Hoito rakentuu kolmen edellisen periaatteen varaan.

(Kuchera - Kuchera 1993: 2)

John Martin Littlejohn määritteli vuonna 1900 osteopatian parantamisen järjestelmäksi, joka painottaa sairauksien diagnosointia fyysisin menetelmin. Sen tarkoituksena on löytää oireiden sijaan sairauden syy, jolla on yhteys kudosten poikkeavaan asemaan, nesteiden kulkeutumisen estymiseen ja kehoon vaikuttavien voimien häiriintymiseen. Siinä korostuu sairauden hoito tieteellisten manipulaatioiden keinoin, joissa mekaniikan keinoin hyödynnetään kehon luontaisia resursseja sairauden voittamiseksi ja terveyden saavuttamiseksi, joko korjaamalla mekaanisia häiriötiloja paranemisen edistämiseksi tai vahvistamalla kehon kapasiteettia vastustaa toksisia ja septisiä tiloja. Mekaanista ja operatiivista kirurgiaa käytetään luunmurtumien ja dislokaatioiden hoidossa, syvien haavojen korjaamisessa ja elimistölle vaarallisen kudoksen tai kudoskasvun poistossa. (Wernham 1999)

Metropolia Ammattikorkeakoulun määritelmän mukaan

Osteopaatti on tuki- ja liikuntaelimistön hoidon asiantuntija, jonka keskeistä osaamista on laaja anatomian, fysiologian ja patologisten prosessien tietämys. Hyvä palpaatiotaito ja kliinisten tutkimusmenetelmien perusteellinen hallitseminen mahdollistavat tarkan osteopaattisen diagnostiikan ja turvallisen korkeatasoisen hoidon. Osteopaatti on erikoistunut kehon toiminnallisten häiriötilojen tutkimiseen ja hoitoon kehon toiminnan kokonaisuutena. Osteopatian erityisosaamisalueita ovat kraniaali- ja viskeraalitekniikat. [...]Osteopaatin työn tarkoituksena on auttaa asiakasta edistämään ja ylläpitämään terveyttään. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn paraneminen. (Metropolia 2012)

4.2 Osteopaattinen hoito

Potilaan keho on osteopaatin pääasiallinen vaikutuskanava asiakkaansa terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseen. Kehon rakennetta ja toimintaa observoimalla ja käsin tutkimalla osteopaatti pyrkii saamaan käsityksen potilaan tilanteesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Kehoa hoitamalla osteopaatti pyrkii parantamaan elimistön lokaalia ja globaalia toimintaa tukien kehon adaptaatiota ja kompensatiota pyrkien siten helpottamaan elimistön sisäisen tasapainotilan eli homeostaasin ylläpitoa. (Parsons - Mercer 2006: 10.)

Kun kehon toiminta tavalla tai toisella häiriintyy, se joutuu työskentelemään enemmän tasapainotilansa säilyttämiseksi. Voimakas tai pitkäkestoinen häiriö voi johtaa paikallisiin muutoksiin kehossa samoin kuin yleisempiin oireisiin, kuten uupumiseen ja pahoinvointiin. Kun kehon normaali sopeutumiskyky häiriintyy tai kun ympäristön muutokset laajassa mielessä ylittävät kehon kyvyn huoltaa itseään, on seurauksena

sairastuminen. Osteopaatin tehtävänä katsotaan olevan ammatillisen osaamisensa rajoissa tapahtuva kehon toimintahäiriöiden eli somaattisten dysfunktioiden normalisoiminen, jolloin keho voi palauttaa toimintansa tasapainotilaan. (Parsons - Marcer 2006: 12.)

Somaattisessa dysfunktiossa on kyse kehon osan tai rakenteen toiminnan häiriöstä, jonka merkkejä ovat kudosten muutos, epäsymmetria, liikerajoitus ja arkuus (Kuchera - Kuchera 1993: 19). Näitä löydöksiä etsitään observaation, palpaation ja liiketestien keinoin. International Classification of Diseases (ICD-10) -sairausluokitusjärjestelmässä somaattinen dysfunktio kuuluu yläluokkaan M99 Muualla määrittelemättömät biomekaaniset leesiot. Alaluokka on M99.0 Segmentaarinen ja somaattinen dysfunktio. Dysfunktiot merkitään regionaalisesti lisäalaluokkiin seuraavasti (WHO 2007):

M99.00 Pään alue, occipitocervicaalialue

M99.01 Kaularangan alue, cervicothoracaalialue

M99.02 Rintarangan alue, thoracolumbaalialue

M99.03 Lannerangan alue ja lumbosacraalialue

M99.04 Ristiluun alue, sacrococcygeaalialue

M99.05 Lantion alue, lonkka, häpyliitos

M99.06 Alaraaja

M99.07 Yläraaja

M99.08 Rintakehä, costochondraali, costovertebraali, sternochondraali

M99.09 Vatsa ja muut

Osteopaatti Eyal Ledermanin mukaan manuaalisen hoidon keinoin keholle tarjotaan toipumista edistäviä signaaleja, jotka kohdistuvat kudoksiin, hermostoon ja psykofysiologiaan. Manuaalisen hoidon aikaansaama multisensorinen stimulaatio tuottaa psykologisia muutoksia mielialassa, emootioissa, käyttäytymisessä ja minäkuvassa sekä autonomisia ja endokriinisiä psykofysiologisia muutoksia. Muutoksia tapahtuu myös kivun havaitsemisessa ja sietokyvyssä, neuromuskulaarisessa säätelyssä ja kipureflekseissä, mahdollisesti myös autonomisessa säätelyssä. Kudostasolla manuaalisen hoidon fyysinen stimulaatio tukee kudosten

paranemisprosessia, edistää nestedynamiikkaa ja ohjaa kudosten mukautumista. (Lederman 2005: 2,3)

Kivun ollessa yleisin itselääkitsemisen ja hoitoon hakeutumisen syy osteopaatin vastaanotolle hakeudutaan useimmiten alaselkävun ja niskakivun vuoksi (Penney 2010: 42). Kipua ei aistita suoraan kudoksista, vaan se on kokemus, joka syntyy keskushermostossa monimutkaisten neurofysiologisten vasteiden ja säätelyn seurauksena. Kipuun vaikuttavat mm. konteksti, uskomukset, asenteet, tunteet, muisti, minäkuva sekä sosiaalinen ympäristö. Kipu on biopsykososiaalinen ilmiö (Edwards et al 2005: 3, 4; Butler - Moseley 2006; Wellens 2010: 6; Penney 2010: 43). Manuaalisen hoidon tuottamat kehoon kohdistuvat mekaaniset voimat käynnistävät ääreis- ja keskushermostossa neurofysiologisten vasteiden sarjan, joihin sen kipua lievittävä vaikutus todennäköisesti perustuu enemmän kuin mekaanisten faktoreiden muuttumiseen (Bialosky et al 2009; Lederman 2010: 9; Wellens 2010: 5,6). Manuaalisen hoidon onnistuminen kivun lievittämisessä näyttää riippuvan enemmän hoidosta hyötyvien yksilöiden tunnistamisesta kuin tietyn mekaanisen häirion paikallistamisesta. Vielä on epäselvää, minkälaiset muuttujat ennustavat suotuisaa reaktiota manuaaliseen hoitoon. (Bialosky et al 2009) Sekä osteopatian että fysioterapian alalla on käyty viime vuosina paikoin kiivastakin keskustelua potilaiden kokemien oireiden syntymekanismeista ja manuaalisen terapian vaikutusmekanismeista (Lederman 2010; Wellens 2010; Fryer 2011; Chaitow 2011).

Osteopaattisen hoidon menetelmät voidaan luokitella eri tavoin. Yksi tapa on jakaa hoitotekniikat suoriin, epäsuoriin ja yhdistelmätekniikoihin. Suorassa tekniikassa nivel tai kudokseksi viedään liikerajoituksen suuntaan pyrkimyksenä lisätä liikkeen laajuutta. Epäsuorissa tekniikoissa nivel tai kudokseksi viedään poispäin rajoituksesta, kohti vapaampaa liikesuuntaa. Tarkoituksena on kudosten tension vähenemisen ja neuraalisten mekanismien kautta saavuttaa liikerajoituksen vapautuminen. Yhdistelmätekniikoissa viedään nivel tai kudokseksi esimerkiksi ensin vapaaseen liikesuuntaan ja tämän jälkeen kohti rajoitusta. Tekniikat voivat olla passiivisia tai aktiivisia riippuen potilaan osallistumisen tasosta. Aktiivisissa tekniikoissa potilasta voidaan pyytää tuottamaan lihassupistus jota osteopaatti ohjaa tekniikan toteuttamiseksi. Myös potilaan hengitystä voidaan käyttää tekniikoiden suorittamisessa apuna. (DiGiovanna - Schiowitz - Dowling 2005: 78; Parsons - Marcer 2006: 179)

Kudosten herkkää manuaalista ”kuuntelua” vaativissa epäsuorissa tekniikoissa tapahtuva liikerajoitusten vapautuminen voidaan selittää ideomotorisen liikkeen kautta. Psykologi William Carpenterin määritelmän mukaan ideomotorisessa liikkeessä kyse on suggestion aikaansaamasta tahdosta riippumattomasta lihastoiminnan ja liikkeen ohjautumisesta. Suggestio voi olla myös manuaalisesti aikaan saatua. William Jamesin määritelmä on laajempi: ideomotorinen liike on kaiken tahdonalaisen liikkeen taustalla. Se voi käynnistyä myös muiden ihmisten liikkeitä observoimalla. Lihakset voivat siis aktivoitua ei-tahdonalaisesti ajatusten kautta ja ei-tahdonalainen liike voi ilmetä monin eri tavoin. Epäsuorassa tekniikassa osteopaatin kosketus ja sen aikaansaama venytys stimuloi myofaskian mekanoreseptoreita aktivoiden parasympaattista hermostoa sekä keskushermostoa, mikä puolestaan moduloi lihasaktivaatiota ja liikkeentuottoa; lopputuloksena lihakset hakeutuvat rentoutuneempaan positioon tuottaen ideomotorisen liikkeen. Kyseessä on ei-tahdonalaisena koettu liike, joka kuitenkin tuotetaan tahdonalaisten motoristen järjestelmien kautta. (Dorko 2003: 93-95; Misnasy 2009: 10-15)

4.3 Osteopatian osa-alueet ja mallit

Monimutkaisemmissa kliinisissä tapauksissa kehon toiminnanhäiriöiden jäsentely hoidollisen lähestymistavan valitsemiseksi voi olla vaikeaa ilman jonkinlaista mallia, jonka avulla järkeistää löydöksiä terapeuttisessa kontekstissa. Tätä tarkoitusta varten osteopatiassa on kehittynyt erilaisia hoitomalleja ja hoidon osa-alueita. Osteopaattisten hoitomallien on tarkoitus avustaa tavoitteiden asettelussa, hoitosuunnitelman luomisessa ja hoidollisten menetelmien valinnassa. Kullakin mallilla on omat tavoitteensa hoidolle, joissakin tapauksissa on sovellettava useampaa mallia samanaikaisesti. (DiGiovanna - Schiowitz - Dowling 2005: 78, 669). Erilaisia luokittelutapoja on useita; tässä keskitytään biomekaaniseen malliin, neurologiseen malliin, respiratoris-sirkulatoriseen malliin sekä kraniaaliseen ja viskeraaliseen osteopatiaan, jotka sisältyvät Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopatian koulutusohjelmaan ja niiden käyttöä opetetaan, harjoitellaan ja arvioidaan sekä oppitunneilla että ohjatussa kliinisessä harjoittelussa (Metropolia 2011). On kuitenkin huomioitava, että samat mallit eivät ole käytössä kaikkialla osteopaattien koulutuksessa.

Biomekaaninen malli

Biomekaaninen malli keskittyy tuki- ja liikuntaelimestön toimintaan. Sen tavoitteita ovat kivunlievitys, nivelten liikkuvuuden ja toiminnan laadun paraneminen, lihastonuksen tasapainottuminen sekä tuki- ja liikuntaelimestön yleinen hyvinvointi. Biomekaanisen mallin avulla hoidettaviin ongelmiin kuuluvat mm. tuki- ja liikuntaelimestön kipu ja toiminnan häiriöt; posturaaliset epätasapainotilat; lihasten, jänteiden ja nivelsiteiden vauriot sekä epätasapainotilat; nivelten vauriot ja toiminnan häiriöt; liikehäiriöt sekä askelluksen häiriöt. (DiGiovanna - Schiowitz - Dowling 2005: 78, 669-670)

Neurologinen malli

Neurologista mallia sovelletaan sensoriseen, motoriseen tai autonomiseen hermojärjestelmään ja niihin liittyvään refleksitoimintaan vaikuttamiseksi. Siihen kuuluu myös neuraalikudoksen pinnetilojen helpottaminen. Käsittely voi kohdistua hermokudosta ympäröiviin rakenteisiin tai itse hermojärjestelmän toimintaan. Neurologisen mallin avulla voidaan pyrkiä helpottamaan kroonista, sentralisoitunutta kipua sekä parantamaan neurologisista sairauksista kärsivien potilaiden elämänlaatua. (DiGiovanna - Schiowitz - Dowling 2005: 78, 669-670)

Respiratoris-sirkulatorinen malli

Respiratoris-sirkulatorinen malli pyrkii vaikuttamaan kehon nesteiden kulkeutumiseen tuki- ja liikuntaelinjärjestelmän kautta. Toimiva nestekuljetus varmistaa kudosten ravinnonsaannin ja ylimääräisen nesteen poistumisen kudoksista. Erityisesti pyritään varmistamaan laskimo- ja imunestepaluun esteettömyys. Tähän liittyy hengityksen kuormittavuuden vähentäminen palealihasta ja rintakehän nivelistöä käsittelemällä sekä kudosturvotuksen vähentäminen erilaisten pumpputekniikoiden sekä sivelykäsittelyiden avulla. Nestedynamiikan viitekehysessä tietyt alueet kehossa nousevat merkityksellisiksi niiden nesteiden kulkeutumisen kannalta tärkeiden anatomisten piirteiden vuoksi. Löydökset näillä alueilla ohjaavat respiratoris-sirkulatorisen mallin mukaista hoitoa (DiGiovanna - Schiowitz - Dowling 2005: 78, 669-670; Parsons - Marcer 2006: 161)

Kraniaaliosteopatia

Kraniaaliosteopatia perustuu William Garner Sutherland (1873-1954) tekemiin havaintoihin kallon luiden suturoiden muodoista ja liikkeestä. 1940-luvun puolivälissä, pitkällisten tutkimusten ja kokeiden jälkeen, Sutherland alkoi opettaa periaatteitaan kraniosakraalisesta mekanismista ja primäärirespiraatiosta (Primary Respiratory Motion, PRM), johon hän yhdisti viisi ilmiötä: kallon nivelten liikkeen, ristiluun liikkeen, aivo-selkäydinkalvojen liikkeen, keskushermoston sisäisen liikkeen sekä aivo-selkäydinnesteen fluktuaation. Sutherland oli vakuuttunut että PRM liittyy koko kehon integroituneeseen toimintaan ja terveyteen, ja että sen häiriöt voivat olla peräisin traumasta, sairaudesta tai psykologisesta stressistä. Hän uskoi, että PRM:n toimintaan voitaisiin vaikuttaa harjoittelulla, tahdonalaisella hengityksen säätelyllä sekä oikeanlaisella hoidolla. (Parsons - Marcer 2006: 201-204)

Systemaattisessa katsauksessaan vuonna 1999 University of British Columbia:n työryhmä toteaa tieteellisen kirjallisuuden tukevan käsitystä, jonka mukaan aikuisen pääkallo ei häivytä, sulauta tai luuduta suturoitaan ennenkuin vasta hyvin myöhäisellä iällä. Laadultaan vaihtelevaa näyttöä on myös mahdollisesta liikkeestä kallon luiden välillä varhaisessa elämänvaiheessa. Katsauksessa huomautettiin myös, että näyttöä on olemassa kraniosakraalirytmistä, -impulsista tai primäärirespiraatiosta, joka on erillinen muista mitattavista kehon rytmistä kuten sydämen sykkeestä ja hengitysliikkeestä. Työryhmän mukaan tutkimuksista ei kuitenkaan käy ilmi validia näyttöä siitä, että kallon luiden välistä liikkettä ja kraniosakraalista rytmä tai pulssia voidaan luotettavasti havaita tutkijan toimesta. (Green et al 1999: 40, 41)

Kraniaalisen osteopatian koetaan voivan auttaa potilaita monissa erilaisissa oirekuvissa, jotka kenties ovat vaikeasti reagoivia tavanomaiseen hoitoon. Erityisen hyvänä kraniaalista hoitoa pidetään silloin, kun potilas on erityisen herkistynyt tai kärsii vammasta tai kivusta, joka tekisi muunlaisen manuaalisen hoitamisen vaikeaksi tai sietämättömäksi. Kraniaalista osteopatiaa käytetään mm. purentaongelmissa ja leukanivelen toimintahäiriöissä, ruoansulatusongelmissa, korva- nenä ja kurkkuongelmissa, synnynnäisissä epämuodostumissa, urologisissa ongelmissa, neurologisissa ongelmissa, ortopedisissä ongelmissa, pediatriassa ongelmissa,

raskauteen liittyvissä vaikeuksissa, psykiatrisissa ongelmissa, hengityselimistön ongelmissa sekä reumataudeissa. (The Osteopathic Cranial Academy 2005-2011)

Viskeraaliosteopatia

Viskeraaliosteopatia liittyy sisäelinten ja niitä ympäröivien rakenteiden toimintaan. Tuki- ja liikuntaelimestö ja viskeraalijärjestelmä ovat vuorovaikutus-riippuvuussuhteessa toisiinsa: viskera pitää kehon elossa, tuki- ja liikuntaelimestö mahdollistaa ravinteiden hankinnan. Toimiakseen optimaalisesti kumpikin järjestelmä vaatii toistensa optimaalista toimintaa; huonosti toimiva tuki- ja liikuntaelimestö vaikuttaa haitallisesti viskeran toimintaan, viskeran häiriöt haittaavat tuki- ja liikuntaelimestön toimintaa. (Parsons - Marcer 2006: 223, 224).

Elimet eivät pelkästään sijaitse kehononteloissa, vaan ne ovat kiinnittyneet verraten tukevasti ympäröivään tukirunkoon. Vaikkakin kiinnittyntä, viskera ei ole immobiilia; elinten mobiliteetin toistensa lomassa mahdollistavat seroosit kalvot ja muut liukumista edistävät kudokset. Liukuminen on suhteellisen vapaata kiinnittymisen rajoissa ja ontot elimet kykenevät mukautumaan paineen muutoksiin ympäristössään. Tietyt elimet ovat lisäksi kiinnittyneet toisiinsa. Tuki- ja liikuntaelimestö ei ainoastaan suojaa viskeraa vaan antaa sille myös tuen. Näiden tukimekanismien kautta katsotaan viskeran toiminnan häiriintymisen tapahtuvan osteopaattisessa mielessä ja niihin suuri osa tekniikoista myös perustuu. (Parsons - Marcer 2006: 224, 225)

Viskeraaliosteopatialla pyritään hoitamaan ongelmia ja kiputiloja, joissa viskera on tavalla tai toisella osallisena. Kullakin elimellä on tyypilliset oireensa ja moni tuki- ja liikuntaelinvaiva voi olla sekundaarinen sisäelimen sairaudelle tai toiminnan häiriölle. Tarkka diagnostiikka ja turvallinen hoito vaatii kouluttautumista, huolellista opiskelua ja ohjattua harjoittelua. (Hebgen 2011: 39,40)

4.4 Osteopatian osa-alueet ja hoitomallit Metropolia Ammattikorkeakoulussa

Osteopaattisten periaatteiden ja mallien käyttöä opiskellaan useiden kurssien yhteydessä. Vuoden 2011 opetussuunnitelmassa niille on varattu kolmen opintopisteen kurssi, jonka tavoitteena on, että opiskelija osaa soveltaa osteopaattisia periaatteita työssään. Opiskelijan on osattava selittää osteopaattiset hoitomallit ja niiden käyttöindikaatiot, lisäksi opiskelijan tulee osata valita tilanteeseen sopivat mallit ja perustella valintansa. (Metropolia 2011)

Metropolia Ammattikorkeakoulun osteopatian koulutusohjelmassa opiskelijat saavat perinpohjaisen koulutuksen tuki- ja liikuntaelimestön sairauksien tutkimiseen, diagnostiikkaan ja hoitoon. Tämän lisäksi opiskelijat saavat vahvan perusymmärryksen respiratoris-sirkulatorisesta mallista, kraniaaliosteopatiasta ja viskeraaliosteopatiasta. Sekä kraniaaliosteopatiaan että viskeraaliosteopatiaan on vuoden 2011 uudistetussa opetussuunnitelmassa varattu kunkin alueen perusosaamiselle kolme opintopistettä ja syventävälle osaamiselle kolme opintopistettä. Yhteensä kraniaaliseen ja viskeraaliseen osteopatiaan on siis varattu 12 opintopistettä, mikä on kaksinkertainen määrä aikaisempiin opetussuunnitelmiin verrattuna. Kurssien tavoitteena on, että opiskelija hallitsee kraniaali- ja viskeraaliosteopatian perusteet, terminologian, indikaatiot ja kontraindikaatiot ja että opiskelija osaa tehdä potilaan tutkimuksestaan diagnoosin ja soveltaa sekä yhdistää oppimiaan tekniikoita potilaan hoidossa. (Metropolia 2011)

Osteopatiassa on siis kehitetty useita malleja ja lähestymistapoja järjeistämään ja jäsentelemään potilaiden kuvailemia oireita ja potilaan tutkimuksesta saatavia löydöksiä. Ne liittyvät osteopaatin kliniseen päättelyyn eli siihen, miten osteopaatti tulkitsee potilaan oireet ja tekemänsä tutkimislöydökset osteopatian kontekstissa.

5 Kliininen päättely

Manuaalisen terapian kenttä on hyvin laaja ja terapeuttien kohtaamat tilanteet kirjavia. Osa työssä vastaan tulevista tapauksista on verraten selkeitä ja teknisesti ratkaistavissa. Toisinaan potilaiden kokemat ongelmat ovat hyvin monimutkaisia ja monitahoisia, eikä niitä aina voi selvittää soveltamalla jotakin tiettyä tutkimusnäytön tukemaa ratkaisumallia. Vaaditaan lujaa anatomista, fysiologista, lääketieteellistä, psykososiaalista ja ammatillista perustaa sekä hyviä diagnostisia taitoja, erinomaisia vuorovaikutustaitoja unohtamatta. Tehokas toiminta vaatii laajaa osaamista niin diagnostisessa kuin ei-diagnostisessakin kliinisessä päättelyssä. (Jones – Rivett 2005: 3) Kliininen päättely on merkityksen etsimistä potilaan kertomasta ja tästä tutkimalla tehdyistä löydöksistä. Se voidaan ilmaista narratiivisessa muodossa, jossa integroidaan potilaasta tehtävät löydökset tämän oirekuvaan ja pyritään tuottamaan potilaalle tämän tarpeita vastaava terveyden edistämisen strategia. (Higgs 2008: 347)

Kliininen päättely voidaan määritellä prosessiksi, jossa terapeutti yhteistyössä potilaan kanssa jäsentelee hoidon merkityksen, tavoitteet ja strategian perustuen kliiniseen tietoon, ammatilliseen kokemukseen sekä potilaan tekemiin valintoihin. Tämä ajatteluun ja päätöksentekoon perustuva prosessi mahdollistaa terapeutin parhaaseen harkintaan perustuvan toiminnan potilastyössä. Kliinisen päättelyn voidaan siis sanoa johtavan järkevään tai viisaaseen toimintaan, mitä luonnollisesti voidaan pitää kaikessa terapeuttisessa toiminnassa eettisesti tavoittelemisen arvoisena. (Jones – Rivett 2005: 3; Fink-Koller 2007: 28)

Kliinistä päättelyä on mahdotonta kiteyttää muutama lauseeseen, sillä eri terapeutit ja eri alat soveltavat hyvin erilaisia strategioita toiminnassaan. Nämä strategiat ovat vahvasti sidoksissa terapeutin saamaan koulutukseen ja harjaantuneisuuteen, potilastyypin, tavoitteiden määrittelemiseen ja moneen muuhun tekijään. Kliininen päättely on huomattavan laaja-alaista ja monimutkaista prosessointia, viime kädessä kaikki terapeuttiset toimet perustuvat jonkinlaiselle kliiniselle päättelylle. Kyseessä on kriittinen ja analyttinen ajatteluprosessi kliinisten päätösten tekemiseksi. (Fink-Koller 2007: 29; Thomson et al. 2011: 72; Edwards et al. 2005: 5, 6)

5.1 Potilaskeskeisyys

Jones ja Rivett (2005) pitävät potilaskeskeisyyttä tärkeänä kliinisessä päättelyssä. Potilaalla on oma käsityksensä ongelmastaan ja hän esittelee sen terapeutille. Yhteistyössä terapeutin kanssa työskennellessään potilaan käsitys ongelmasta muuttuu ja kehittyä ymmärrykseksi diagnoosista ja hoitosuunnitelmasta. Potilaan osallistuminen on tärkeää: hänen tulee oppia, noudattaa saamiaan neuvoja ja arvioida jatkuvasti tilanteen edistymistä. Terapeutti tuo prosessiin oman tietonsa, havaintonsa ja tulkintansa potilaan tilanteesta muodostaen siitä hypoteeseja. Lisätietoa hankitaan potilaan haastattelulla ja tutkimisella; tämä tiedonkeruu jatkuu koko prosessin loppuun saakka eräänlaisena ongelma-konseptina, jota hypoteesit muokkaavat. Yhteistyössä potilaan kanssa päädytään diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan, joka johtaa terapeutin toteuttamaan hoitointerventioon ja potilaan osallistuvaan arviointiin sekä neuvojen noudattamiseen. Lopuksi sekä terapeutti että potilas arvioivat tilanteen edistymisen ja tämä suuntaa terapian etenemistä jatkossa. (Jones - Rivett 2005: 4; Fink-Koller 2007: 32)

Kliinisen päättelyn prosessi on hypoteesi-orientoitunutta: potilaalta saatu informaatio ohjaa terapeutin harkintaa kilpailevien tulkintojen suhteen, joita täsmennetään ja koetellaan lisätiedon hankinnan, arvioinnin ja hoitointerventioiden kautta. Hypoteeseja syntyy jo heti potilastapaamisen alussa välittömistä vihjeistä ja merkeistä, saatetiedoista, tapausmuistiinpanoista, potilaan observoinnista odotustilassa, esittelyistä ja kyselyistä. Näitä usein tiedostamattomia ensivaikutelmia ei tyypillisesti pidetä hypoteeseina, vaikka niitä hyvin voisi pitää. Ne voivat olla fyysisiä, psykologisia sosiaalisia käsityksiä, joista voi olla diagnostista hyötyä tai ei. Usein ne ovat aluksi laajoja suuntaviivoja jotka ohjaavat arviointia. (Jones – Rivett 2005: 5)

Potilaskeskeisessä mallissa narratiivinen päättely on keskeisessä osassa. Siinä terapeutti pyrkii ymmärtämään potilaan tilanteen biopsykososiaalisessa kontekstissa ja saamaan käsityksen tämän ajattelusta ja tulkinnoista samaan aikaan kun potilas pyrkii kuvailemaan ja tulkitsemaan ongelmaansa. Pelkkä koululääketieteellinen tietotaito ei riitä narratiiviseen päättelyyn vaan se vaatii terapeutilta kehittyneitä tiedonkeruun ja vuorovaikutuksen taitoja, avoimuutta ja kykyä itsereflektioon. Terapeutin on myös kyettävä ymmärtämään, mikä on potilaan kertomien asioiden merkitys tämän elämässä. (Jones - Rivett 2005: 5; Fink-Koller 2007: 33)

Jatkuva uudelleenarviointi on kliinisessä päättelyssä tärkeää. Manuaalinen terapia toimii tässä myös testinä hypoteeseille sekä potilaan ja terapeutin saavuttamalle yhteisymmärrykselle tilanteesta ja valitulle hoitolinjalle. Uudelleenarviointi joko tukee tehtyjä päätöksiä ja päätelmiä tai johtaa muutostarpeeseen hypoteesien, potilas-terapeutti-yhteisymmärryksen tai lisätiedonkeruun suhteen. Mikrotasolla terapeutti jatkuvasti seuraa potilaan reaktioita ja rakentaa näiden varaan ymmärryksensä ohjaten toimintaansa kohti edistystä. Makrotasolla hyödynnetään koko hoitosessiota, jopa useita käyntikertoja, terapeutin ja potilaan saavuttaman ymmärryksen ja valitun hoitolinjan testaamiseen. (Jones – Rivett 2005: 7)

5.2 Hypoteettis-deduktiivinen päättely

Hypoteettis-deduktiivista päättelyä kuvaillaan hypoteesien muotoiluna kliiniseen tietoon perustuen sekä näiden hypoteesien testaamisena jatkotutkimisen kautta. Sitä soveltavat aloittelijat ja vaikeammassa tapauksissa myös asiantuntijat; siihen liittyy sekä induktiivista päättelyä hypoteesien muodostamisessa että deduktiivista päättelyä hypoteesien testaamisessa. Induktiiviseen päättelyyn kuuluu yleistyksen tekeminen yksittäisistä havainnoista, deduktiivisessa päättelyssä siirrytään yleistyksistä johtopäätöksiin mikäli edellytykset sen sallivat. (Higgs 2008: 7)

Tunnistettaessa poikkeava löydös syntyy välitön hypoteesi, oletamus ilmiön syystä. Periaatteessa hypoteesin voisi testata heti hoitointerventiolla. Tällaisessa toiminnassa on kuitenkin riskinsä, joten turvallisempi menettely on kerätä lisää tietoa ilmiöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Tietoa kerätessä pyritään selvittämään, liittyykö alunperin havaittuun ilmiöön muutakin, joka voisi viitata toisenlaiseen, kenties vakavampaan tilanteeseen. Uuden tiedon perusteella voidaan muodostaa useita hypoteeseja, jotka asetellaan hierarkisesti vakavasta hyvänlaatuiseen. Kliinisessä ongelmanratkaisussa tulee huomioida, onko tilanne hengenvaarallinen ja voidaanko ottaa virheellisen intervention riskiä. Mikäli kaikki hypoteesit ovat yhtä vakavia, on todennäköisin selitys asetettava prioriteetiksi. (Sprafka 2003: 260)

Lisätiedon keruussa vihjeet voivat olla positiivisia (tukevat hypoteesia), negatiivisia (puhuvat hypoteesia vastaan) tai ”hyödyttömiä” (eivät auta hypoteesin arvioimisessa). Negatiiviset tulokset eivät kuitenkaan suoraan rajaa hypoteesia pois, vaan lähinnä laskevat sen todennäköisyyttä. Hypoteesin poissulkemiseen vaaditaan joko runsaasti

negatiivista näyttöä tai kilpailevan hypoteesin varmistuminen oikeaksi. Hengenvaaraan viittaavaa hypoteesia on pidettävä tärkeysjärjestyksessä ensimmäisenä kunnes se voidaan osoittaa vääräksi. Oikein käytettynä hypoteettis-deduktiivisella mallilla voidaan ratkaista monimutkaisia ja vaikeasti diagnosoitavia ongelmia. Se onkin vakiinnuttanut asemansa manuaalisessa terapiassa ja lääketieteessä. (Sprafka 2003: 261; Fink-Koller 2007: 34)

5.3 Kaavantunnistus

Yksinkertaisissa tilanteissa asiantuntijoiden päättelyn on havaittu muistuttavan kaavantunnistusta (pattern recognition): suoraa automaattista informaation palauttamista vahvasti jäsenneilystä tietokannasta. Uusien tapausten yhdenmukaisuudet tunnistetaan ja ne kategorisoidaan aiempien kokemusten perusteella. Induktiivista päättelyä käyttämällä kaavantunnistus ja -tulkinta on tyypillisesti hyvin nopea ja tehokas prosessi. (Higgs 2008: 7)

Kaavantunnistus liittyy kaikkeen kehittyneeseen ja jalostuneeseen ajatteluun: niin päivittäisessä elämässä kun manuaalisessa työssäkin tieto on tallentuneena muistiin paloina tai kaavoina, jotka helpottavat tehokasta kommunikaatiota ja ajattelua. Ne muodostavat aiemmin koetuista tilanteista prototyyppejä, joita käytetään tunnistamaan ja tulkitsemaan myöhemmin muita tilanteita. Manuaalisessa terapiassa kaavat edustavat klassisia diagnostisia oireyhtymiä ja niiden hoitostrategioita, niihin liittyviä patobiologisia mekanismeja, sekä lukuisia psyko-fyysis-sosiaalisia ja kulttuurillisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan ongelmien syntyyn ja hoitoon. Terapeutin on myös kyettävä tunnistamaan saman ongelman erilaisia ilmenemismuotoja erilaisissa tilanteissa sekä hoidon kontraindikaatiot ja vakavan patologian merkit, jotka vaativat lääkärin arviota. (Jones – Rivett 2005: 8)

Kaavantunnistusta tarvitaan hypoteesien muodostuksessa ja niiden testaaminen tuottaa keinoja jotka mahdollistavat hypoteesien hiomisen, luotettavaksi osoittamisen ja uusien kaavojen oppimisen. Kokeneet terapeutit kykenevät toimimaan suurimmaksi osaksi kaavantunnistuksen pohjalta, kun taas aloittelijoiden on luottaminen hitaampaan hypoteesien testaamisen lähestymistapaan ongelmanratkaisussaan. Monimutkaisemmissa ja vieraammassa ongelmassa joutuvat niin asiantuntija kuin novisiikin turvautumaan hypoteesi-orientoituneempaan kliniseen päättelyyn. (Jones – Rivett 2005: 8)

5.4 Kliininen päättely osteopatiassa

Kliininen päättely on tunnistettu elintärkeäksi osaksi terveydenhuollon ammattien koulutusta ja se muodostaa ammattimaisen toiminnan ytimen. Osteopatiassa tapahtuvan kliinisen päättelyn luonne tunnetaan kuitenkin vielä huonosti. (Thomson et al. 2011: 74) Jo osteopatian määritelmää itsessään on pidetty epäselvänä; selkeän määritelmän puuttumisen koettu vaikuttaneen ammattikunnan identiteettiä hämärtävästi, mikä voi vaikeuttaa osteopatian tarjoamien palveluiden tunnistamista ja edistämistä monissa maissa. (Fryer 2011: 79, 80)

Kliiniseen päättelyyn sisältyy kyky kriittiseen ajatteluun. (Fink-Koller 2007: 29) Terveydenhuollon ammattihenkilöitä odotetaan perehtyneisyyttä alansa liittyvään, ajan tasalla olevaan näyttöön. Tämän odotetaan myös näkyvän heidän työssään. Näyttöön perustuva lääketiede ja näyttöön perustuva toiminta rohkaisevat hyvin hoitokäytäntöihin ja parhaan saatavilla olevan tutkimustiedon integroimista kliiniseen asiantuntemukseen. Näyttöön perustuva toiminta saattaa kuitenkin olla terminä harhaanjohtava, sillä jäykkä pitäytyminen parhaassa saatavilla olevassa tutkimustiedossa voisi rajoittaa työskentelyä tavoilla, jotka eivät ole tarkoituksenmukaisia. Näytön huomioiva osteopatia (evidence-informed osteopathy) saattaisikin olla alaa paremmin kuvaava termi. (Fryer 2008: 57-59)

Osteopaattien on kyettävä selittämään hoidollisten valintojensa taustalla olevat syyt potilaille ja kliininen päättely mahdollistaa tämän tehokkaan toteutumisen. Kliininen päättely on monimutkainen prosessi ja osteopaatit hoitavat potilaita, joilla on monimutkaisia ongelmia. Vahvaa kliinistä päättelyä vaaditaan näiden potilaiden tehokkaassa hoidossa ja osteopaattisen kliinisen päättelyn monimuotoisuuden ymmärtäminen auttaisi osteopaatteja päättämään entistä tehokkaammin. (Thomson et al. 2011: 74) Yleisesti sanotaan, ettei osteopatia ole vain kokoelma manuaalisia tekniikoita vaan filosofia, joka nojaa osteopaattisiin periaatteisiin. Osteopatian alkuperäiset opinkappaleet ovat kuitenkin niin yleismaailmallisia, että kenen hyvänsä anatomiaa ja fysiologiaa tuntevan terveydenhuollon ammattilaisen voidaan periaatteessa katsoa niitä toteuttavan. Ne loppujen lopuksi antavat hyvin vähän konkreettista suuntaa osteopaateille työssään. (Fryer 2011: 79, 80)

Tieto osteopatian kliinisten päättelyiden prosesseista helpottaisi ammattikuntaa suuresti lähestymistapansa kuvailemisessa potilaan hoidossa, mikä edistäisi ammattienvälistä oppimista ja yhteisymmärrystä. Tutkimusta tarvitaan osteopaattien kliinisen päättelyn luonteen ja laajuuden ymmärtämiseksi ja ammatin tähän asti tuntemattomien osa-alueiden valaisemiseksi. Osteopatian ammattikunnan kyky ilmaista kliinisen päättelynsä luonne ohjaa kliinisen työn, asiantuntijuuden ja taitavuuden (professional artistry) ymmärrystä ja myös käsitystä siitä, miten ammattilaiset oppivat ja kehittävät taitojaan kliinisessä työssään. Kliinisen päättelyn strategioiden luonteen tunnistaminen osteopatian harjoittamisessa on tärkeää arvioitaessa sitä, millä tavalla osteopaattien kliinisen päättelyn prosessit vertautuvat ja eriyvät muista ammateista ja sitä miten novisi päättelee erotuksena asiantuntijasta. (Thomson et al. 2011: 74; Fryer 2011: 79, 80)

Kliinisen päättelyn selkeä ja tehokas kommunikointi on tärkeää kaikelle terveysalan ammatilliselle toiminnalle, erityisesti nykyisessä terveydenhuollon ilmapäivissä, jossa terveydenhuollon ammattilaisten on kyettävä välittämään informaatiota ja toimimaan yhteistyössä keskenään. Terveydenhuollon palveluntarjoajat ovat vastuussa päätöksistään potilailleen, kollegoilleen ja yhteisölleen. Tämän vastuullisuuden tärkeä piirre on kyky ilmaista selkeästi ja tehdä oikeutetuksi hoidolliset ratkaisut. (Higgs 2008: 331)

Kliinisen päättelyn nopea, kompleksinen ja alitajuinen luonne tekee sen selittämisen ja ymmärtämisen hyvin haastavaksi. On kuitenkin mahdollista "hidastaa" ja järjestelmällisesti tarkastella joitakin sen prosesseja ja näin reflektoida sen piirteitä, jolloin sen sanallinen ilmaiseminenkin helpottuu. Kliinisen päättelyn tehokas kommunikointi edellyttää syvällistä tietoa ja ymmärrystä kliinisestä päättelyprosessista ja niistä tekijöistä, jotka päätöksentekoon liittyvät ja siihen vaikuttavat. Ammattilaisten on tukeuduttava muodolliseen, ammatilliseen ja henkilökohtaiseen tietoon kommunikoidessaan kliinistä päättelyään. (Higgs 2008: 331, 332)

Terveysalan koulutusohjelmien tavoitteena on tuottaa itsenäisiä, päteviä ammattilaisia, jotka osoittavat alakohtaista teknistä kompetenssia ja jotka toimivat ammattimaisesti. Mahdollisuus toimia itsenäisenä ammatinharjoittajana edellyttää itsenäisyyttä ja

vastuun kantamista päätöksenteossa ja toimimisessa, sekä luotettavuuden osoittamista niille, jotka terveydenhuollon palveluita saavat. Ammattilaisten on kyettävä tekemään järkeviä, itsenäisiä, vastuullisia päätöksiä ja arvioitava niitä kriittisesti. (Jones – Rivett 2005: 375, 380)

Metropolian osteopaattipiskelijöiden kliniseen harjoitteluun kuuluu olennaisilta osin kehittyminen kliinisessä päättelyssä. Vuoden 2011 opetussuunnitelman mukaan neljännen ohjatun klinisen harjoittelun tavoitteisiin kuuluu, että opiskelija osaa analysoida potilaan oirekuvaa, valita ja suorittaa erotusdiagnostiset testit ja kykenee kliiniseen päättelyyn. (Metropolia 2011)

6 Yhteenveto ja synteesi

Potilasasiakirjojen tarkoitus on tukea potilaan hyvää hoitoa. Niiden laatiminen on jokaisen terveydenhuollon ammattihenkilön lain sanelema velvollisuus. Asiakirjoista on käytävä ilmi hoitoon tulon syy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys ja johtopäätökset. Tämän voidaan tulkita tarkoittavan sitä, että hoidon suorittaneen terveydenhuollon ammattihenkilön klinisen päättelyn on hyvä olla näkyvissä hoidon dokumentaatiossa. Tämä palvelee hoidon perustelua, suunnittelua ja toteutusta.

Osteopaattinen hoito perustuu pääasiassa manuaalisesti tuotettuihin mekaanisiin voimiin, joiden aikaansaamat signaalit tuottavat potilaan kehossa fysiologisia ja psykologisia vasteita. Hoidon tavoitteena on edistää potilaan toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Tähän pyritään klinisten tutkimusmenetelmien avulla paikallistamalla potilaan tilaan liittyvät toiminnan häiriöt tämän kehossa ja manuaalisen hoidon kautta saattamalla keho tilaan, jossa sen toiminta on laadultaan parempaa. Turvallinen ja tehokas toiminta edellyttää kykyä kliiniseen päättelyyn.

Kliininen päättely on prosessi, jossa jäsenellään hoidon merkitys, tavoitteet ja strategiat perustuen kliiniseen tietoon, ammatilliseen kokemukseen sekä potilaan tekemiin valintoihin. Eri terapeutit soveltavat eri strategioita toiminnassaan ja ne ovat vahvasti sidonnaisia terapeutin koulutukseen, potilastyyppiin ja tavoitteiden

määrittelyyn. Kyseessä on kriittinen ja analyttinen ajatteluprosessi kliinisten päätösten tekemiseksi.

Kirjallisuuteen perustuen osteopaattisen kliinisen päättelyn piirteitä näyttää olevan kliinisen tiedon tulkitseminen osteopatian filosofian ja teorian viitekehäksessä tieteellinen tutkimusnäyttö huomioiden. Potilaan tutkimuksessa tehdyt löydökset suhteutetaan hänen kuvailemaansa ongelmaan ja muodostetaan integroitunut näkemys siitä, mikä on paikallistetun toiminnan häiriön merkitys potilaan oireiden, toimintakyvyn ja kehon sisäisen tasapainotilan (homeostaasi) kannalta. Kerättyä tietoa voidaan jäsenellä osteopaattisten hoitomallien avulla, joilla pyritään esimerkiksi kivunlievitykseen, tuki- ja liikuntaelimestön toiminnan parantamiseen, pehmytkudoksen paranemisprosessien ohjaamiseen tai hengitystoiminnan ja nestedynamiikan tehostamiseen. Hoitomallit ovat esimerkkejä osteopaatin terapeuttisista strategioista, jotka ohjaavat tavoitteiden asettelua, hoidollisen lähestymistavan valintaa ja hoidon suunnittelua. On olemassa muunkinlaisia osteopaattisia hoidollisia strategioita kuin tässä esitellyt mallit.

Kliinisen päättelyn prosessi on hypoteesi-orientoitunutta. Hypoteettis-deduktiivisessa päättelyssä muotoillaan hypoteeseja kliiniseen tietoon perustuen ja näitä hypoteeseja testataan jatkotutkimisen kautta: potilaalta saatu informaatio ohjaa osteopaatin harkintaa kilpailevien tulkintojen suhteen, joita priorisoidaan, koetellaan ja tarkennetaan lisätiedon hankinnan, arvioinnin ja hoitointerventioiden kautta. Hypoteettis-deduktiivista päättelyä sovelletaan erityisesti silloin, kun potilaan oirekuva on vieras tai epätyypillinen. Osteopaatin kliinisessä päättelyssä kaavantunnistus liittyy kykyyn tunnistaa klassisia diagnostisia oireyhtymiä ja niihin liittyviä patologisia mekanismeja, kehon toiminnallisia häiriöitä liittäen vaikutuksineen, sekä näiden hoitostrategioita. Osteopaatin tulee myös tunnistaa saman ongelman erilaisia ilmenemismuotoja sekä lääkärin arviota vaativat patologian merkit, jotka muodostavat kontraindikaation hoidolle.

Potilaskeskeisyys on kliinisessä päättelyssä tärkeää ja potilaan tavoitteet on huomioitava hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Pelkkä koululääketieteellinen tietotaito ei ole riittävää, vaan osteopaatin on tunnistettava myös erilaisia psyko-fyysis-sosiaalisia ja kulttuurillisia tekijöitä, jotka vaikuttavat potilaan ongelmien syntyyn ja hoitoon.

Narratiivinen päättely on tässä keskeisessä osassa: osteopaatin on ymmärrettävä potilaan tilanne biopsykososiaalisessa kontekstissa ja mikä on potilaan tilanteen merkitys tämän elämässä.

Opetuslinikalla toimiessaan tutor-opettajan on kyettävä arvioimaan opiskelijan tekemän työdiagnoosin ja sen perusteella suunniteltavan hoidon perusteltavuutta. Tästä syystä osteopaattipöytäkirjan klinisen päättelyn olisi oltava selvästi näkyvässä tämän tekemässä potilaan hoidon dokumentaatiossa; se liittyy nimenomaan hoidon perusteluun osteopatian viitekehityksessä. Mitä ei paperissa lue, sitä ei voida arvioida. Vaikka kaikkia klinisen päättelyn piirteitä ja siihen vaikuttaneita tekijöitä ei voidakaan ilmaista strukturoidusti, hidastamalla prosessia ja itsereflektion avulla voidaan ainakin päättelyketjun ydinasiat ilmaista sanallisesti: mikä on opiskelijan hypoteesi ongelman syystä, kuinka hän sitä koettelee ja millaisia johtopäätöksiä hän siitä diagnoosissaan tekee.

Opetusklinikan ollessa kyseessä dokumentaatioon käytetyllä potilasasiakirjalla voidaan nähdä olevan pedagoginen funktio: huolellisesti suunniteltu lomake paitsi varmistaa klinisen päättelyn näkyvyyden, myös ohjaa opiskelijaa sen toteuttamisessa. Juridiset vaatimukset voidaan täyttää tyhjällä paperillakin, mutta tällöin dokumentoijan on osattava tallettaa vaadittavat tiedot ulkomuistista. Tätä ei voida odottaa vasta-alkajalta ja tämä onkin huomioitu alkuperäisessä Esitieto- ja tutkimismallissa: sen ulkoasu ohjaa tiedon keräämiseen ja tallettamiseen kategorioinnin ja apusanojen keinoin.

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli muuttaa Potilan osteopaattien kirjaamiskäytäntöä vastamaan edellä esitettyä. Opinnäytetyön kehitystyön yhteydessä syntyneessä potilasasiakirjallissa hyödynnetään asiakirjan ulkoasun mallia opiskelijan klinisen päättelyprosessin ohjaamisessa ja esiintuomisessa. Tähän on pyritty lisäämällä asiakirjaan kategorioita, joista käyvät ilmi potilaan haastattelun perusteella muodostetut hypoteesit, näiden koettelu potilaan tutkimuksen ja koehoidon kautta, sekä näistä vedetyt johtopäätökset työdiagnoosin muodostamisessa. Näin opiskelijan klinisen päättelyprosessin eteneminen on nähtävissä lineaarisesti etenevänä päättelyketjuna hypoteeseista työdiagnoosiin. Potilasasiakirjallissa on piirteitä

itsereflektiolomakkeesta, jollaista voidaan käyttää tukemaan ja tallentamaan terapeutin kliinistä päättelyprosessia (Jones – Rivett 2005: 421-431).

7 Dokumentaation kehitystyö

Tähän opinnäytetyöhön liittyvässä kehittämistoiminnassa oli kyse projektiluontoisesta kehittämistyöstä, jossa paranneltiin jo olemassa olevaa dokumentaatiokäytäntöä ja siihen liittyvää aineellista tuotetta (Esitieto- ja tutkimislomake). Kehittäminen kohdistui Positia-opetusklinikan dokumentaatiokäytäntöön sekä vuonna 2004 opinnäytetyönä valmistuneeseen Esitieto- ja tutkimislomakkeeseen. Työ sai alkunsa visiosta, jossa opiskelijoiden käyttämä potilasasiakirjamalli ohjaisi opiskelijaa kliinisen päättelyprosessinsa etenemisen kuvaamisessa edistäen näin myös kliinisen päättelyn oppimista ja sen arviointia. Työn tarve perusteltiin havaituilla puutteilla opiskelijoiden kliinisen päättelyn näkymisessä hoidon dokumentaatiossa. Tavoitteita ei annettu ylhäältä käsin, vaan toimijat määrittivät itse kehittämisen tavoitteen, joka vakiintui vaihe vaiheelta yhteisen prosessin myötä. Tavoitteeksi tarkentui projektin edetessä osteopaattiopiskelijan kliinisen päättelyprosessin näkyväksi tuominen potilaan tutkimuksen ja hoidon dokumentaatiossa. (Toikko - Rantanen 2009: 14-18, 56-59)

Työ organisoitiin määrittämällä keskeiset toimijat: 1) lomakkeen kehittäjä (opinnäytetyön tekijä), jonka rooli oli tiedon kerääminen kirjallisuudesta ja käytettävissä olevista muiden osteopaattikoulujen lomakkeista, sekä asiakirjamallin prototyypin muotoileminen; 2) opiskelijakollegoista koostuva 4-henkinen kehittämistyöryhmä, jonka rooli oli tarkastella asiakirjamallin prototyyppiä koekäytössä ja antaa sen toimivuudesta palautetta opinnäytetyön tekijälle; sekä 3) opettajista koostuva ohjausryhmä. Potilasasiakirjamallin tulevia käyttäjiä haluttiin osallistaa työhön mahdollisimman paljon ja laajemmassa mittakaavassa koko opiskelijoiden ja opettajien muodostama käyttäjäyhteisö osallistui kehittämistyöhön kollektiivisesti avoimen ideoinnin, palautteen ja dialogin kautta. (Toikko - Rantanen 2009: 56-59)

Toteutusvaiheessa luotiin uuden potilasasiakirjamallin prototyyppi, jonka toimivuutta testattiin kokeiluvaiheessa ottamalla se käyttöön opetuslinikalle. Käyttäjäpalautetta kerättiin koko ajan ja kokeilujakson päätteeksi käytiin käyttäjien ja kehittäjän välistä keskustelua prototyypin toimivuudesta yhteisessä kokouksessa, jossa asiakirjamalli

hyväksytettiin käyttäjillä ja uusia ehdotuksia otettiin vastaan. Palautetieto analysoitiin dialogin kautta ja sen perusteella tehtiin prototyyppiin tarvittavat muutokset seuraavaa kokeilujaksoa varten. Vision varassa etenevä kehittäminen oli vahvassa asemassa ja paikoin kehittäminen oli tilannekohtaista. Jatkuvalle reflektiolla oli työssä merkittävä osa. (Toikko - Rantanen 2009: 56-66)

Potilasasiakirjamallin kehittämistyö ei edennyt lineaarisesti, vaan spiraalimaisina toteutus - palaute - arviointi - toteutus -sykleinä. Välillä kehittäminen tapahtui spagettimaisen, ympäristöönsä avoimesti reagoivan prosessin kautta. Spagettimaiseen prosessiin sisältyvien tehtävien ajoitusta tai järjestystä ei aina voida etukäteen määritellä ja niiden väliset suhteet paljastuvat usein vasta jälkikäteen. Siinä dialogi muodostaa prosessin ytimen ja kriittisen vuorovaikutuksen merkitys korostuu. Siihen liittyy ajatus, jonka mukaan asioita tai ilmiöitä ei aina useinkaan voida määritellä eksaktisti, vaan ne ovat aina sidoksissa tarkastelun näkökulmiin ja niihin sisältyviin intresseihin. Kehittämistoiminta edellyttää sosiaalista prosessia, johon useat eri tahot voivat sitoutua. (Toikko - Rantanen 2009: 64-72)

7.1 Prosessin eteneminen

Potilasasiakirjamallia alettiin kehittää alun perin vapaaehtoisena sivutoimisesti klinikkaharjoittelun yhteydessä, eikä strukturoitua etenemissuunnitelmaa tai muistiinpanoja ideoista, ehdotuksista, palautteesta, keskusteluista tai haastatteluista missään vaiheessa tehty. Tästä johtuen myöskään työn arvioinnin kriteeristöä ei asetettu; työtä analysoitiin ja arvioitiin jatkuvasti dialogin kautta. Jäsentyneen muodon projekti sai vasta kun se päätettiin toteuttaa opinnäytetyönä keväällä 2011.

Kehittämistyöhön kului yhteensä kaksi vuotta ja se toteutettiin ajanjaksolla kevät 2010 - kevät 2012. Keväällä 2010 luotiin ideavaiheen jälkeen asiakirjamallin prototyyppi, joka otettiin koekäyttöön syksyllä 2010 kokemustiedon keräämiseksi. Tieto kerättiin syyslukukauden lopuksi käyttäjäpalautteen muodossa ryhmien SC07S1 ja SC09S1 opiskelijoilta suullisesti palaverien yhteydessä, joissa läsnä oli myös opettaja. Palaute analysoitiin dialogin kautta ja sen perusteella tehtiin välittömästi muutokset asiakirjamallin uutta koekäyttöä varten seuraavalle kevätlukukaudelle. Palautteen keräämisen, arvioinnin, muutosten ja testikäyttöjen syklejä oli prosessin aikana useita.

Syksyllä 2011 osa opettajista koekäytti asiakirjamallin prototyyppiä myös omilla praktiikoillaan ja palaute kerättiin suullisesti sekä sähköpostin välityksellä. Viimeiset muutokset tehtiin tammikuussa 2012, jonka jälkeen valmis potilasasiakirjamalli esiteltiin opettajille sekä SC09S1-ryhmän opiskelijoille ja se otettiin perehdytystilaisuuden jälkeen käyttöön Positia-opetuslinikalla. Kehittämistyön vaiheet on esitelty taulukossa 1.

Taulukko 1. Kehittämistyön vaiheet

	Kehittämis- tehtävä	Toiminta	Aineiston kerääminen	Analyysi	Tulos
Kevät 2010: Ideavaihe & Toteutusvaihe	Kehittämis- työn tarpeen arviointi	Keskustelu opettajien kanssa Keskustelu opiskelijoiden kanssa Lomakkeiden vertaileva arviointi	Ideat opettajilta Ideat opiskelijoilta	Dialogi	Asiakirjan prototyyppi
Syky 2010: Arviointivaihe & Toteutusvaihe	Prototyypin koekäyttö	Palautteen kerääminen (SC07S1:n opiskelijat ja opettajat)	Kehittämistyöryhmän palaute (SC07S1:n opiskelijat) Käyttäjien suullinen palaute palaverin yhteydessä (SC07S1:n opiskelijat ja opettajat)	Dialogi	Muutokset prototyyppiin
Kevät 2011: Uudelleen- arviointivaihe & Uudelleen- toteutusvaihe	Koekäytön jatkaminen	Käyttäjäpalautteen kerääminen (SC09S1:n opiskelijat ja opettajat)	Suullinen palaute palaverin yhteydessä (SC09S1)	Dialogi	Muutokset prototyyppiin
Syky 2011: Uudelleen- arviointivaihe & Uudelleen- toteutusvaihe	Koekäyttö opettajien praktiikoilla	Ohjaajien käyttäjäpalautteen kerääminen (opettajat)	Suullinen palaute palaverin yhteydessä Sähköpostikeskustelut	Dialogi	Muutokset prototyyppiin
Kevät 2012: Lopullinen arviointi & Viimeistely- ja käyttöönotto	Lomakkeen viimeistely	Perehdytys SC09S1:n opiskelijoille			Valmiin lomakkeen käyttöönotto

7.2 Tuotos

Uusi potilasasiakirjamalli (Liite 1) noudattaa Positia-opetuslinikalla jo vakiintunutta klinikajärjestystä, jonka Lindroos ja Toivola esittelivät opinnäytetyössään (2004) ja se suunniteltiin alkuperäisen lomakkeen pohjalta (Liite 3). Työssä hyödynnettiin myös European School of Osteopathy:n ja La clinique externe du Collège d'Études Ostéopathiques:n lomakkeita (liitteitä ei sisällytetty tekijänoikeudellisista syistä).

Kyseessä on nelisivuinen A3-paperille tubstettu, kahtia taitettu asiakirja, joka on jaettu potilaan haastatteluun, tutkimukseen, diagnoosin muodostamiseen ja hoitosuunnitelman laatimiseen. Potilaan haastatteluun on varattu asiakirjan kaksi ensimmäistä sivua, tutkimiseen yksi sivu ja diagnoosin sekä hoitosuunnitelman muodostamiseen yksi sivu. Potilasasiakirjan ulkoasu muuttui kehittämistyön aikana monilta osin; muutokset liittyivät mm. kategorioiden otsikointiin ja tiedon tallettamismuotoon. Seuraavassa kuvauksessa pitäydytään tämän opinnäytetyön aihepiirissä.

Osteopaattiopiskelijan klinisen päättelyprosessin näkyvyyden lisäämiseksi potilasasiakirjamalliin sisällytettiin uusia kategorioita ja muotoiltiin jo olemassa olevia kategorioita siten, että niistä käy ilmi opiskelijan muodostamat hypoteesit potilaan tilanteesta tekemänsä haastattelun perusteella, näiden hypoteesien koettelu potilaan klinisen tutkimisen ja koehoidon keinoin, hypoteesien vahvistuminen tai poissulkeutuminen sekä vedetyt johtopäätökset työdiagnoosin yhteydessä. Näin potilasasiakirjan ulkoasu itsessään ohjaa opiskelijan klinisen päättelyprosessin etenemistä hypoteeseista työdiagnoosiin.

Potilaan haastattelun päätteeksi opiskelija kirjaa muodostamansa alustavat hypoteesit niille varattuun kohtaan. Haastattelusta kerätty tieto ja siitä muodostetut hypoteesit esitellään tutor-opettajalle, joka joko hyväksyy hypoteesit ja niiden perusteella tehtävän potilaan tutkimuksen tai tarvittaessa ohjaa opiskelijaa muuttamaan tai muodostamaan lisää hypoteeseja. Tutor-keskustelun jälkeen opiskelija suorittaa potilaan tutkimuksen, joka vahvistaa tai sulkee pois muodostettuja hypoteeseja.

Potilaan tutkimuksen ja koehoidon jälkeen opiskelija täyttää potilaan poistuttua vastaanotolta loppuosan asiakirjasta rauhassa, tarvittaessa kirjallisuuteen perehtyen.

Ennen työdiagnoosin muotoilua kohdassa Erottelu palataan opiskelijan muodostamiin hypoteeseihin ja asiakirjan ohjeistuksessa opiskelijaa kehoitetaan myös perehtymään kirjallisuuteen huomiotta jääneiden hypoteesien selvittämiseksi. Osteopatiassa kliininen päättely tapahtuu osteopatian filosofian, teorian ja mallien kontekstissa lääketieteellinen tieto ja tutkimusnäyttö huomioiden. Uudessa kirjaamiskäytännössä pyritään lääketieteen ja osteopatian filosofian aktiiviseen, toisiaan täydentävään vuoropuheluun. Työdiagnoosia muodostettaessa opiskelija tekee yhteenvedon potilaan kokemista ongelmista ja tutkimuksessa tehdyistä löydöksistä suhteessa osteopatian hoitomalleihin. Hoitomallit ohjaavat terapeuttisia strategioita ja tavoitteiden asettelua hoitosuunnitelmaa muodostettaessa.

Potilaskeskeisyyden ollessa kliinisen päättelyn tärkeä piirre narratiivinen päättely on pyritty huomioimaan potilasasiakirjamallissa. Haastattelun yhteydessä asiakirjassa ohjataan ottamaan kantaa vaivan haitta-asteeseen, eli sen vaikutukseen potilaan päivittäisissä toimissa sekä selvittämään, mikä on sen vaikutus potilaan elämässä: estääkö vaiva jonkin toiminnan tai osallistumisen. Haastattelun lopussa kirjataan myös potilaan oma näkemys ongelmastaan ja tämän tavoitteet hoidolle. Työdiagnoosikohdassa opiskelija kirjaa näkemyksensä tapaukseen liittyvistä altistavista, etiologisista ja ylläpitävistä tekijöistä. Myös mahdolliset psykososiaaliset faktorit kirjataan soveltuvin osin tapaukseen liittyen. Näitä tekijöitä kartoitetaan potilasta haastateltaessa ensimmäisen sivun kohdassa Hyvinvointi ja terveys. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä palataan potilaan tavoitteisiin ja arvioidaan, millä menetelmillä ja missä ajassa ne voidaan realistisesti saavuttaa. Myös hoidon ennusteeseen pyritään ottamaan kantaa.

Potilasasiakirjamallista tehtiin kaksi versiota: apusanallinen, johdattelevampi versio vasta-aloittaneille opiskelijoille sekä apusanaton versio edistyneemmille opiskelijaryhmille. Lisäksi tuotettiin Täydennyssivu (Liite 2), johon kirjataan täydentävä tieto joka ei mahdu itse lomakkeeseen, sekä Jatkokäynnit-sivu (Liite 2), johon kirjataan jatkokäynnit päivämäärineen ja allekirjoituksineen. Jatkokäyntien dokumentaatiossa pyrittiin noudattamaan The General Council and Register of Osteopaths:n antamaa suositusta kirjaamismuodosta.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuteen perustuen, mitä ja millaista on osteopaatin klininen päättely ja miten sen tulisi ilmetä osteopaattiopiskelijan tekemässä hoidon dokumentaatiossa Metropolia Ammattikorkeakoulun opetuslinikalla. Tavoitteena oli tehdä osteopaattiopiskelijan klininen päättelyprosessi näkyväksi opiskelijan tekemässä potilaan tutkimuksen ja hoidon dokumentaatiossa, jolloin sitä olisi myös mahdollista arvioida opettajan toimesta. Tähän pyrittiin dokumentaation kehitystyön kautta, jossa hyödynnettiin potilasasiakirjamallin ulkoasua opiskelijan klinisen päättelyprosessin ohjaamisessa ja esiintuomisessa.

Koska työ käynnistyi sivutoimisena vapaaehtoisprojektina klinisen harjoittelun yhteydessä, prosessin kulku ei noudatellut siistiä, lineaarista kehittämisen mallia. Kehittäminen eteni spiraalimaisesti, jopa spagettimaisesti. Arviointikriteeristöä ei ollut, vaan kehittäminen perustui vahvasti muiden osteopaattikoulujen käyttämien lomakkeiden vertailevaan arviointiin, kirjallisuuteen, sekä yhteisissä kokouksissa käytyyn dialogiin käyttäjien ja kehittäjän välillä. Potilasasiakirjan ulkoasu hyväksyttiin käyttäjillä kunkin koekäyttöjakson päätteeksi ja toimimattomiksi koetut kohdat muutettiin käyttäjäryhmän toiveiden mukaiseksi ja nämä muutokset koeteltiin seuraavalla koekäyttöjaksolla. Koekäyttöjaksoja, kokouksia ja asiakirjan versioita oli prosessissa useita.

Kehitystyö olisi ollut hyvä toteuttaa lineaarisemmin ja suunnitellummin. Arvioinnin kriteerit olisi ollut hyvä muotoilla jo projektin alussa. Tällöin työ olisi edennyt suoraviivaisemmin ja sen arviointi olisi ollut helpompaa. Tällöin kuitenkin vision varassa etenevä kehittäminen olisi ollut kenties vähäisempää eikä liikkumavaraa tilannekohtaiselle kehittämiselle olisi juurikaan ollut. Linearisemmassa kehittämisen mallissa myös dialogi käyttäjien kanssa olisi saattanut jäädä vähemmälle eikä palautteeseen perustuvia muutoksia olisi välttämättä voitu toteuttaa, sillä ne saattaisivat olla ristiriidassa aikaisemmin määriteltyjen arviointikriteerien kanssa. Kuten Toikko ja Rantanen teoksessaan Tutkimuksellinen kehittämistoiminta (2009) ilmaisevat, lineaarinen malli antaa ehkä turhankin idealistisen kuvan kehittämisen todellisuudesta. Tässä kehitystyössä prosessi sai alkunsa epätarkasta alkutilasta ja se päättyi ottamaan spagettimaisen muodon. Tämä muoto saattoi kuitenkin mahdollistaa ratkaisumalleja, jotka olisivat toisenlaisella tavalla etenevässä työssä olleet mahdottomia.

Kuten kirjallisuuskatsauksesta voidaan todeta, osteopaatin klinisen päättelyn määrittely on osoittautunut alallemme hyvin hankalaksi. Tämän opinnäytetyön suhteen tehtävässä auttoivat Metropolia Ammattikorkeakoulun käyttämät osteopatian ja osteopaatin toimenkuvan määritelmät ja osteopatian koulutusohjelman opetussuunnitelman sisältö. Niihin perustuen oli mahdollista selvittää niitä klinisen päättelyn piirteitä, jotka koskivat nimenomaan Metropolissa opiskelevia osteopaatteja. Siten tuli mahdolliseksi muotoilla potilasasiakirjaan dokumentoinnin malli, jossa klininen päättelyprosessi etenee lineaarisesti hypoteeseista koetteluun kautta niiden vahvistumiseen tai pois sulkeutumiseen ja lopulta johtopäätöksiin osteopatian filosofian ja teorian viitekehyksessä. Näin ollen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite katsotaan toteutuneeksi.

On huomioitava, että osteopatiaa opetetaan hyvin eri tavoilla eri kouluissa, ja että Metropolissa omaksutut osteopatian hoitomallit eivät ole käytössä kaikkialla. Näin ollen opinnäytetyön tulos ei ole yleistettävissä koskemaan kaikkia osteopatian koululaitoksia. Lisätutkimusta osteopatian klinisen päättelyn piirteistä tarvitaan ja tämän perusteella on myös Metropolia Ammattikorkeakoulun opetuslinikalla käytettävää potilasasiakirjamallia jatkossa kehitettävä. Asiakirjamallia tulee kehittää aktiivisesti myös Metropolian opetussuunnitelman sisällössä tapahtuvien muutosten myötä.

Tämä opinnäytetyö ei ole yleistettävissä koskemaan muita terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammatteja, mutta sen tieto voi olla niiden hyödynnettävissä soveltuvin osin. Terveysalalla potilastietojen kirjaaminen rajoittuu usein potilaan oirekuvan kuvailemiseen (anamneesi), tutkimuslöydöksiin (status), diagnoosin kirjaamiseen ja hoitosuunnitelman laatimiseen sekä toteutetun hoidon kirjaamiseen. Tämä näkemys perustuu opinnäytetyön kirjoittajan 6 vuoden työkokemukseen fysioterapeuttina. Hypoteeseja, niiden koetteluun ja vahvistumista ei yleensä kirjata, vaan päättelyketjun katsotaan olevan luettavissa kirjatusta tutkimustuloksista ja tehdystä diagnoosista. Tällöin ulkopuolisen on vaikea arvioida potilasta hoitaneen ajatuksen kulkua: mitä selityksiä on harkittu potilaan oireille, mihin potilaan tutkimuksella on pyritty, mihin diagnoosi perustuu ja miksi tietyt hoidolliset ratkaisut on tehty. Toisin sanoen klininen päättelyprosessi ei näy hoidon dokumentaatiossa. Jos potilaan hoidossa on tehty

ammattilalle epätyypillisiä ratkaisuja, on hyvin vaikea arvioida, onko menettely ollut asianmukainen. Jälkeenpäin asiaa selvitetessä on luotettava kyseessä olevan ammattilaisen muistiin ja toisten ammattilaisten tulkintaan tilanteesta kirjaamismerkintöjen perusteella.

Kliinisen päättelyprosessin näkyvyys hoidon dokumentaatiossa esimerkiksi muodossa *anamneesi (esitiedot) – hypoteesi (epäily syystä) – status (tutkiminen) – diagnoosi (syy vahvistuminen) – hoito ja jatkosuunnitelma* voisi antaa selkeämmän kuvan potilasta hoitaneen ajattelusta, pyrkimyksistä ja perusteluista. On tietenkin muistettava, että kaikki kliinisen päättelyn ollessa hyvin kompleksista ja myös alakohtaista kaikki siihen ja päätöksentekoon liittyvät prosessit eivät ole ilmaistavissa strukturoidussa muodossa. Opinnäytetyön tekijän mielipide kuitenkin on, että edellä esitelty malli selkeyttäisi osaltaan hoidon perustelua. Tämänkaltainen kirjaamisen malli voisi terveydenhuollossa helposti omaksuttavissa lisäämällä dokumentaatiokäytäntöön yksi kategoria lisää.

Lähteet

Bialosky, Joel E. – Bishop, Mark D. – Price, Don D. – Robinson, Michael E. – George, Steven Z. 2009: The Mechanisms of Manual Therapy in the Treatment of Musculoskeletal Pain: A Comprehensive Model. *Manual Therapy* Volume 14, Issue 5. Elsevier.

Butler, David – Moseley, Lorimer 2006: *Explain Pain*. Noigroup Publications. Australia.

Chaitow, Leon 2011: Is a postural-structural-biomechanical model within manual therapies, viable?: A JBMT debate. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*. Volume 15, Issue 4. Elsevier.

DiGiovanna, Eileen, L. – Schiowitz, Stanley – Dowling, Dennis J. 2005: *An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment*. Lippincott Williams & Wilkins. USA

Dorko, Barret L. 2003: The analgesia of movement: ideomotor activity and manual care. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Volume 6, Issue 2. Elsevier

Edwards, Ian – Jones, Mark – Hillier, Susan 2005: The interpretation of experience and its relationship to body movement: A clinical reasoning Perspective. *Manual therapy*. Volume 11, Issue 1. Elsevier.

Fink-Koller, Birgit 2007: *The Integration of Clinical Reasoning in Osteopathy*. Danube University Krems & Wiener Schule für Osteopathie. Master Thesis.

Finlex. Valtion säädöstietopankki. www.finlex.fi

Fryer, Gary 2008: Teaching critical thinking in osteopathy – Integrating craft knowledge and evidence-informed approaches. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Volume 11, Issue 2. Elsevier.

Fryer, Gary 2011: Call for Papers: An invitation to contribute to a special issue on osteopathic principles. *International Journal of Osteopathic Medicine*. Volume 14, Issue 3. Elsevier.

The General Council and Register of Osteopaths 1997: *Osteopathic Record Keeping*. General Council and Register of Osteopaths Limited. Reading, UK.

Green, Carolyn – Martin, Craig W. – Bassett, Ken – Kazanjian, Arminée 1999: *A Systematic Review and Critical Appraisal of the Scientific Evidence on Craniosacral Therapy*. British Columbia Office of Health Technology Assessment. Joint Health Technology Assessment Series. Vancouver, Canada.

Hebgen, Eric U. 2011: *Visceral Manipulation in Osteopathy*. Thieme.

Higgs, Joy – Jones, Mark A. – Loftus, Stephen – Christensen, Nicole 2008: *Clinical reasoning in the health professions*. Elsevier.

Jones, Mark – Rivett, Darren 2005: *Clinical Reasoning for Manual Therapists*. Elsevier.

Kuchera, Michael L. – Kuchera, William A. 1993: Osteopathic Principles in Practice. Revised Second Edition. Columbus: Greyden Press. USA.

Lederman, Eyal 2005: The Science and Practice of Manual Therapy. Churchill Livingstone. Elsevier.

Lederman, Eyal 2010: The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain. Journal of Bodywork and Movement Therapies 2011. Volume 15, Issue 2.

Lindroos, Annukka – Toivola, Mirka 2004: Osteopaattisessa diagnostiikassa käytettävän esitieto- ja tutkimislomakkeen kehittäminen. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. sosiaali- ja terveysala. Osteopatian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2012: Koulutusohjelmat. Verkkodokumentti. [www.metropolia.fi/koulutusohjelmat/hyvinvointi -ja-toimintakyky/osteopatia/](http://www.metropolia.fi/koulutusohjelmat/hyvinvointi-ja-toimintakyky/osteopatia/) Luettu 18.3.2012

Metropolia Ammattikorkeakoulu 2011: Opinto-opas. Verkkodokumentti. <http://opinto-opas.metropolia.fi> Luettu 26.4.2011

Minasny, Budiman 2009: Understanding the Process of Fascial Unwinding. International Journal of therapeutic Massage and Bodywork. Volume 2, Issue 3.

The Osteopathic Cranial Academy Inc. 2005-2011. Verkkodokumentti. <http://www.cranialacademy.com/benefit/html> Luettu 3.11.2011

Parsons, Jon – Marcer, Nicholas 2006: Osteopathy. Models for Diagnosis, Treatment and Practice. Churchill Livingstone. London.

Penney, Nicholas J. 2010: The biopsychosocial model of pain and contemporary practice. International Journal of Osteopathic Medicine. Volume 13, Issue 2. Elsevier.

Sprafka, Sarah A. 2003: Clinical Problem Solving. Teoksessa: Foundations for Osteopathic Medicine. Toimittanut: Ward, Robert C. Lippincott Williams & Wilkins. USA.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO 2007: Yksityisen terveydenhuollon potilasasiakirjat. Verkkodokumentti. www.valvira.fi/files/ohjeet/ohje_TEO_yksityisen_th_potilasasiakirjat.pdf

Thomson, Oliver P. – Petty, Nicola J. – Moore, Ann P. 2011: Clinical reasoning in osteopathy – More than just Principles? International Journal of Osteopathic Medicine . Volume 14, Issue 2.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009: Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere.

Valvira 2011: Potilasasiakirjat. Verkkodokumentti. www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat Luettu 10.9.2011

Wellens, Frédéric 2010: The traditional mechanistic paradigm in the teaching and practice of manual therapy: Time for a reality check. Clinique Physio Axis. Verkkodokumentti. www.physioaxis.ca/realitycheck.pdf

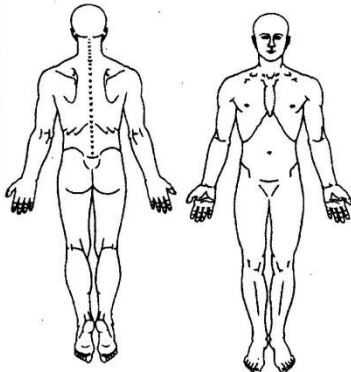
Wernham, John 1999: The Life and Times of John Martin Littlejohn. The John Wernham College of Classical Osteopathy. The 2008 Edition. UK.

World Health Organization WHO 2007: International Classification of Diseases (ICD). Verkkodokumentti. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> Luettu 1.10.2011

Liite 1: Positia Potilasasiakirja

Opiskelija:	Positia
Ryhmä:	Osteopatia
Tutor:	POTILASASIAKIRJA
Observ:	_____ / _____ 20____

Sukunimi:	_____	Ammatti:	_____
Etunimet:	_____	Siv.sääty:	_____
Synt.a&p:	_____	Lapsia:	_____

TAPAUSHISTORIA		1. ANAMNEESI				
<u>Paikantuminen:</u>		<u>Tulosy / oireet:</u> Käytä tarvittaessa täydennyssivua (priorisoi, mikä on tärkein asia johon apua halutaan)				
		<u>Oireiden alkaminen:</u>	(trauma, äkillisesti, vähitellen)			
		<u>Oireiden käyttäytyminen:</u>	(jatkuva, paheneva, on-off, vrk vaihtelu)			
Muista: Yleisoireet Lepokipu Liikekipu Yökipu Säteily Tuntuu puuttokset Voimapuuttokset		<u>Oireita ärsyttävät tekijät:</u>	(tietyt liikkeet, asennot, toimet)			
		<u>Oireita helpottavat tekijät:</u>	(lepo, liikunta, lämmin, kylmä)			
<u>Kivun määrä:</u> _____ / 10						
<u>Oireen käyttäytymisen / paranemisen vaiheen kuvaus:</u>		Merkitse itse jaksotus ja ilmoita mitä kuvaat				
<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 700px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; text-align: right;">aika</td> </tr> </table>		0		aika		
0		aika				
<u>Ärsytysaste:</u>		Akuutti	Subakuutti			
<u>Haitta-aste</u> (vaikutus päivittäisiin toimiin)		Lievä	Kohtalainen			
<u>Vaikutus elämään:</u> (estääkö jonkin toiminnan tai osallistumisen jne.)		Krooninen	Vakava			
<u>Hoitohistoria:</u> (mitä, missä, milloin?; monestiko?; apu?)		<u>RTG / CT / MRI / US:</u> (ympyröi otettu)				
		Pvm:				
		Lausunto mukana: K / E				
		Löydöksiä: K / E				
		Lausunnosta kopio meillä: K / E				
<u>Hyvinvointi ja terveys:</u> (tapauksen sopien harrastukset, elämäntavat, ravitsemus, mieliala, sosiaalinen verkosto, nukkuminen yms.)						
Pituus/paino: _____ kg/ _____ cm						

LÄÄKETIETEELLINEN TAUSTA

Sairaudet ja lääkitys:	
Labr.kokeet: (mitä ja milloin otettu?)	
Suvussa esiintyvät sairaudet:	
Tuki- ja liikuntaelämä:	
(onnettomuudet, murtumat, kaatumiset, nivelkivut, yms.)	
Immuunijärjestelmä, nestekuljetus:	
(sairastelu, tulehdukset, turvotukset yms.)	
Ihotaudit:	
(infektiot, akne, herpes, psoriasis, ihottumat yms.)	
Umpieritys järjestelmä:	
(aivolisäke, kilpirauhanen, lisämunuaiset, haima, yms.)	
Neurologia:	
(halvaukset, voimapuutokset, tuntopuutokset, puutumiset, pistelyt, neurol. tutkimukset yms.)	
Silmä:	
(näköhäiriöt, kivut silmän alueella, glaukooma, kirurgia yms.)	sns T1-4 pns CN III
Korva:	
(kuulohäiriöt, tinnitus, kivut, tulehdukset, huimaus yms.)	sns T1-4 pns CN VIII
Verenkiertoelämä:	
(verenpaine, sydänongelmat, kylmät raajat, rintakivut, suonikohjut/ -tulehdukset yms.)	sns T1-6 pns CN X
Hengityselämä:	
(astma, bronchitis, dyspnea, yskä/yskökset, infektiot yms.)	sns T1-6 pns CN X
Ruoansulatuselämä:	
(refluksi, närästys, suolen toiminta, kivut suhteessa ruokailuun, pidätyskyky yms.)	sns T5-L2 pns CN X, S2-4
Virtsatiet:	
(virtsaaminen/pidätys, VTI, kivut nivusalueella/virtsaamiseen liittyen yms.)	sns T10-L2 pns CN X, S2-4
Gynekologia/Urologia:	
(milloin käynyt, ylimääräinen vuoto, raskaudet, synnytykset, alavatsakivut yms.)	sns T12-L2 pns S2-4

POTILAAN OMA NÄKEMYS ONGELMASTA JA TAVOITTEET HOIDOLLE

ALUSTAVAT HYPOTEESEIT

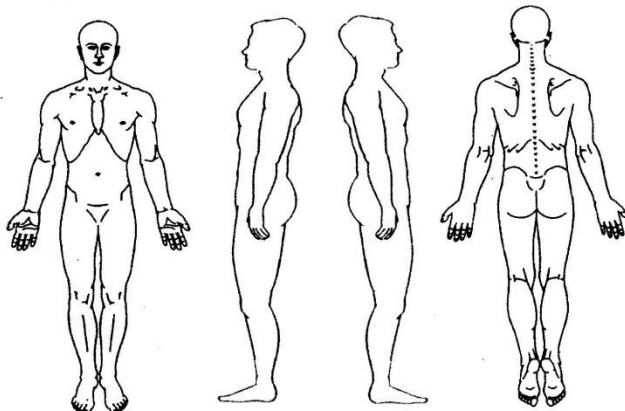
Täytetään ennen potilaan tutkimista

(mikä voisi oireilla potilaan kuvailemalla tavalla: mitä lähdet tutkimuksellasi vahvistamaan tai poissulkemaan?)

2. STATUS JA KOEHOITO

TUTKIMINEN

Observaatio:



Huomioita:

Palpaatio: (kudosten tila)

LÖYDÖKSET

Rangan & lantion dysfunktiot:
(selvyyden vuoksi ylhäältä alaspäin)

Muut löydökset:
(Zink, kraniaaliset, viskeraaliset)

Aktiivinen liike: (nimeä kehonosa jonka tutkit)

Passiivinen liike: (nimeä kehonosa jonka tutkit)

Testit: (neurologiset testit, kliiniset erotusdiagnostiset testit yms.)

KOEHOITO

Tehdään potilaan tutkimisen jälkeen

Menetelmä:

Välitön reaktio hoitoon:

3. DIAGNOOSI JA HOITOSUUNNITELMA

EROTTELU

Täytetään potilaan tutkimisen ja koehoidon jälkeen

(vahvistuiko jokin hypoteeseistasi; löydätkö esim. kirjallisuudesta muita huomioitavia selityksiä oireelle?)

TYÖDIAGNOOSI

Altistavat, etiologiset ja ylläpitävät tekijät: (miten ja miksi näin on käynyt?)

Psykososiaaliset tekijät: (stressi, masennus, ahdistus, herkistävät tekijät yms.)

Yhteenveto ongelmista ja löydöksistä suhteessa osteopatian malleihin:

(oireita tuottavat kudokset;
minkä mallin mukaan hoidat;
mitkä ovat hallitsevia dysfunktioita
ja mitkä toissijaisia / kompensatorisia?)

Kontraindikaatiot ja varovaisuustoimenpiteet:

HOITOPÄÄTÖS

<u>Hoidetaanko:</u>	K / E	<u>Perustelu:</u>
<u>Ohjataan lääkäriin:</u>	K / E	
<u>Saatekirje:</u>	K / E	
<u>Kuvantamisen tarve:</u>	K / E	
RTG	CT	MRI US

HOITOSUUNNITELMA

Hoitojakson tavoitteet ja ennuste: (mihin pyritään vaikuttamaan, missä ajassa potilaan tavoitteisiin voisi päästä)

Jatkotutkittavaa: (hengitys, zinkin kaavat yms. mitä ei ole vielä tutkittu, tarkista kohta: EROTTU)

Opiskelijan allekirjoitus

___/___/20___

Opettajan allekirjoitus

Liite 2: Positia Potilasasiakirja / Täydennyssivu ja Jatkokäynnit

Opiskelija:	Positia	
Ryhmä:	Osteopatia	
Tutor:	POTILASASIAKIRJA / TÄYDENNYSSIVU	___/___20___
Observ:	_____	
Potilas:	_____	
Osa-alue:	Täydentävä tieto:	
(An - St - Dg - H - Su)		

Opiskelija: _____ Positia
Ryhmä: _____ Osteopatia
Tutor: _____ POTILASASIAKIRJA / JATKOKÄYNNIT

Potilas: _____

		Merkitse aina myös observoija(t) näkyviin
Pvm:	Anamneesi - Status - Hoito - Jatkosuunnitelma:	Allekirjoitukset:

Liite 2: Positia Esitieto- ja tutkimislomake

____/____ 200__ ✓

Positia
Osteopatian koulutusohjelma
ESITieto- JA TUTKIMUSLOMAKE

Opiskelija/ryhmä:

Tutor

HENKILÖTIEDOT

Sukunimi _____

Etunimet _____

Ammatti _____

Siviilisäätö _____

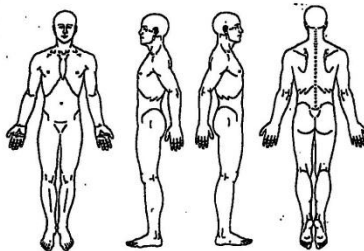
Lapsia _____

Syntymäaika ja -paikka _____

TULOSYY

NYKYVAIVA:

potilaan kipuarvio ____/10



potilaan kipupaikka

Historia:

Ärsyttävät tekijät:

RTG: kyllä/ei otettu

katsottu

Helpottavat tekijät:

YLEISEN TERVEYDENTILAN KARTOITUS

Pituus _____ cm

Paino (muutosta?) _____ kg

Harrastukset - liikunta	Terveystila omasta mielestä:	Onko stressiä?
Allergiat (eläin/ruoka-aine/...)	Suvussa esiintyvät sairaudet?	Saako nukuttua? onko väsynyt?

kerätä diagnnoosit, oireilomuuudet, leikkaukset, tms.

Lisäselvitys

Lääkitys:

Silmä, korva:

sns T1-4
(silmiä) pns CN III

Sydän ja verenkiertoelimistö:

sns T1-6
pns vagus

Hengityselimistö:

sns T1-6
pns vagus

Ruoansulatuselimistö:

sns T5-L2
pns vagus
pns S2-4

Virtsatiet:

sns T10-L2
pns vagus
pns S2-4

Urologia/ Gynekologia:

sns T12-L2
sns T12-L2
pns S2-4

Hermosto:

Umpieritysjärjestelmä

Huomautuksia:

Lisäselvitys

OSTEOPAATTINEN TYÖDIAGNOOSI:

YP Yleispatologia

PP Paikallispatologia (Oireita tuottavat kudokset)

AT altistavat tekijät

YT ylläpitävät tekijät

ET etiologia

HOITOSUUNNITELMA

Lyhytaikaisesti:

Pitkäaikaisesti:

Tarvittavat lisätutkimukset:

Varovaisuustoimenpiteet ja kontraindikaatiot:

Neuvot ja kirjalliset ohjeet potilaalle

Hoito 1. kerralla:

PROGNOOSI

Hoidon ennuste

Lyhytaikaisesti hyvä tyydyttävä heikko Pitkäaikaisesti hyvä tyydyttävä heikko

Hoitokerrat

Kontrollikäynti

Opiskelijan allekirjoitus

/ 200

Tutorin allekirjoitus

/ 200