

HOITAJALÄHETTEET HOIDON JATKUVUUDEN EDISTÄJÄNÄ POTILASSIIRROISSA

Risto Vidgren

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2010

Terveyden edistämisen koulutusohjelma
Ylempi amk
Sosiaali- ja terveysala





Tekijä(t) VIDGREN, Risto	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 17.4.2010
	Sivumäärä 61	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Hoitajalähteet hoidonjatkuvuuden edistäjänä potilassiirroissa		
Koulutusohjelma Terveystieteiden koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) PERTTINÄ, Pirkko TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen keskussairaala, neurologinen kuntoutusosasto		
Tiivistelmä Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastojen välistä tiedonkulkua ja hoidonjatkuvuutta potilassiirroissa. Tutkimusaineistona oli erikoissairaanhoidon kuntoutusosaston hoitajien kirjoittamat lähteet perusterveydenhuollon osastojen hoitajien haastattelut heidän käsityksistään lähteiden sisällöstä ja hoitoyhteistyöstä. Lisäksi erikoissairaanhoidon kuntoutusosaston hoitajille tehtiin kysely heidän yhteydenpitotavoistaan jatkohoito-osastolle potilaan siirron yhteydessä. Tutkimus oli laadullinen ja lähteet kerättiin ja kysely tehtiin vuonna 2007 Keski-Suomen keskussairaalan neurologisella kuntoutusosastolla. Perusterveydenhuollon hoitajien haastattelut tehtiin Jyväskylän ja ympäristön terveyskeskuksissa viidellä osastolla. Perusterveydenhuollon osastojen hoitajien haastattelut ja erikoissairaanhoidon hoitajalähteet analysoitiin deduktiivisesti sisällön analyysillä. Analyysirunkona oli sähköisen potilasasiakirjajärjestelmän ydintietomäärittysten mukainen tietorakenne. Aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin etsimällä lähteistä systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia ja hakemalla näille ajatuskokonaisuuksille Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTaL) ja Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) vastaavat alaluokat, pääluokat ja komponentit. Tämän lisäksi erikoissairaanhoidon kuntoutusosaston hoitajien yhteydenpitoa koskevat vastaukset luokiteltiin ja niistä tehtiin yhteenveto. Tulosten mukaan lähteet sisälsivät niitä asioita, mitä perusterveydenhuollon hoitajat toivoivat. Lähteiden tietosisältö painottui toimintakykyyn ja selviytymiseen. Lähteet kuvasivat huonosti toteutunutta hoitotyön prosessia. Niissä kirjoitettiin joko hoitotyön tarpeista tai toiminnoista. Lähteistä puuttui usein hoitotyön arviointi ja jatkohoidon suunnitelma. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoidon jatkuvuutta ja hoitoketjujen saumattomuutta. Informatiiviset hoitotyön lähteet lisäävät hoidon vaikuttavuutta ja tehokkuutta.		
Avainsanat (asiasanat) Hoidon jatkuvuus, hoitotyön lähteet, hoitotyön prosessi, hoitotyön päätöksenteko		
Muut tiedot		



Author(s) VIDGREN Risto	Type of publication Master's Thesis	Date 17.4.2010
	Pages 61	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Nurses' Referrals As a Contributor to Treatment's Continuity in Patient Transfers		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Promotion		
Tutor(s) PERTTINÄ Pirkko, TIIKKAINEN Pirjo		
Assigned by Central Finland Central Hospital, the neurological rehabilitation ward		
Abstract <p>The aim of the present study is to examine the transmission of information and the continuity of treatment in patient transfers between the wards of special health care and primary health care. The data consists of referrals written by nurses working in the rehabilitation ward of special health care and of interviews with the nurses working in the wards of basic health care concerning their conception about the content of the referrals and cooperation in health care. In addition, a questionnaire was made for the nurses in the rehabilitation ward of special health care regarding their ways of communication with the ward of further treatment when a patient was transferred. The methods used for the present study were qualitative and the referrals were collected and the questionnaires filled out in the year 2007 in the neurological rehabilitation ward of the Central Finland Central Hospital. The interviews of the nurses in basic health care were conducted at five wards in the health centres of Jyväskylä and the surrounding areas.</p> <p>The interviews of the nurses in the wards of basic health care and the nurses' referrals in special health care were analyzed deductively with the analysis of the content. The body of analysis is an information structure which corresponds to the electronic system of patient documents of the core information determinations. The data was simplified and classified by systematically searching for expressions which were in accordance with the body of analysis and by seeking equivalent subclasses, main classes and components for these entities of thought from the Finnish health care's need classification (SHTa1) and from the Finnish health care's function classification (SHToL). Furthermore, the answers concerning the communication of the nurses in the rehabilitation ward of special health care were classified, which were then made into a summary.</p> <p>According to the results, the referrals contain the things the nurses in basic health care wish for. The referrals' informational content mostly deals with the ability to function and to survive. The referrals poorly describe the process of the health care that has been carried out. The referrals either talk about the needs of health care or about its functions. The referrals often lacked the evaluation of the health care and the plan for further treatment.</p> <p>The results of the present study can be benefitted from as the continuity of treatment and the seamlessness of treatment chains are developed. The referrals of informative health care enhance</p>		
Keywords Continuity of treatment, health care's referrals, process of health care, decision making in nursing		
Miscellaneous		



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DESCRIPTION

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	3
2 HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSI.....	6
2.1 Potilassiirtoja tukeva hoitotyön kirjaaminen	7
2.2 Hoitotyön sisällön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö	11
3 SÄHKÖINEN POTILASKERTOMUS JA HOIDON JATKUVUUS	13
3.1. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne	14
3.2. Hoitotyön ydintiedot ja sähköinen hoitokertomus	16
4 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATORAJOJEN YLITTÄVÄN YHTEISTYÖN EDELLYTYKSET JA ESTEET	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	23
6.1 Tutkimusympäristön kuvaus	23
6.2 Metodologiset lähtökohdat ja aineiston kerääminen	27
7 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI	29
8 TULOKSET	32
8.1 Kartoittava kysely.....	32
8.2 Teemahaastattelut perusterveydenhuollon osastoilla	33
8.3 Hoitajien kirjoittamat lähetteet	35
8.4 Yhteenveto tuloksista	37
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	40
9.1 Tulosten luotettavuus ja tutkimuksen eettiset kysymykset.....	40

9.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	43
LÄHTEET	49
LIITE 1: Kartoittava kysely	55
LIITE 2: Teemahaastattelun sisältö.....	56
LIITE 3: Hoitajälähetteen malli.....	57

KUVIOT

KUVIO 1. Hoitotyön päätöksentekoprosessi kirjaamisessa	7
KUVIO 2. Tiedon kulku ja hoidon jatkuvuus tässä tutkimuksessa.....	25
KUVIO 3. Painotetut komponentit.....	32

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Rakenteisen kirjaamisen hallinnolliset ja hoitoprosessin otsikot.....	16
TAULUKKO 2. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen.....	17
TAULUKKO 3. Suomalaisen Hoitotyön Tarve- ja Toimintoluokitusten komponentit.	18
TAULUKKO 4. Esimerkki alkuperäisilmaisun luokittelusta.....	30
TAULUKKO 5. Ilmaisujen jakautuminen komponentteihin.....	36
TAULUKKO 6. Esitietojen ja ydintietojen esiintyminen lähetteisä.....	37
TAULUKKO 7. Ilmaisujen jakaantuminen painotetuissa komponenteissa tarve- ja toimintoluokituksiin.....	39

1 JOHDANTO

Sosiaaliturvan ja terveydenhuollon kustannusten osuus Suomessa bruttokansantuotteesta oli vuonna 2008 27,5 %, mikä on eurooppalaisessa vertailussa alle keskitason (Tilastokeskus 2010). Toisaalta suomalaiset ovat Eurobarometri 71:n (2009) mukaan huolissaan nimenomaan terveydenhuoltojärjestelmästä enemmän kuin minkään muun EU-maan kansalaiset. Asia on pantu merkille myös maan hallituksessa. Pääministeri Vanhanen sekä ministerit Hyssälä, Kiviniemi ja Risikko ovat esitelleet kukin oman mallinsa terveydenhuollon järjestämiseksi. Väestön ikääntyminen, keskittyminen kasvukeskuksiin sekä viime vuosikymmenen lopussa alkanut talouden laskusuhdanne vaativat muutoksia terveydenhuoltoon. Tehostamisen vaatimukset lävistävät koko toimialan. Kainuun maakuntahallinnon kokeilun kokemukset, Paras-hanke sekä hallituksen aktiivisuus ennakoivat erikoissairaanhoidon palveluntuottajien määrän vähenemistä, sairaaloiden erikoistumista ja potilaiden mahdollisuutta valita hoitopaikkansa nykyistä laajemmasta valikoimasta. Väestölliset, taloudelliset ja teknologiset syyt puolestaan pakottavat jatkamaan keskustelua priorisoinnista. Terveyskeskustasoisten päivystysvastaanottojen välimatkat kasvavat ja erikoissairaanhoidon osastoja suljetaan kesäisin. Varmaa on, että erikoissairaanhoidon jälkeinen jatkohoito tapahtuu jatkossakin perusterveydenhuollon yksiköissä.

Terveydenhuollon järjestämisen malleista riippumatta perustehtävässä, potilaiden hoitamisessa, onnistumisessa on keskeistä 1) hoitotyön näkyväksi tekeminen eli dokumentointi. Terveydenhuollon prosessien monimutkaistuessa 2) tiedon välityksen merkitys kasvaa. Kun potilas siirtyy palvelujärjestelmässä (myös valintansa mukaan) hoitopaikasta toiseen, vaikuttaa potilastietojen kirjaaminen ja välittyminen hoitoketjun saumattomuuteen ja hoidon jatkuvuuteen sekä siten hoidon tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Palveluja tarjoavien tahojen keskinäinen kommunikaatio ja potilastietojen välittyminen on yhä tärkeämpää sillä terveydenhuollon teknologinen kehitys näyttää johtavan jatkuvasti

monipolvisemmiksi muuttuviin palveluketjuihin. Osastoilla ja poliklinikoilla tehty hoitotyö menettää merkitystään, jos tieto ei välity jatkohoitopaikkaan. Valtioneuvoston vuonna 2001 käynnistämässä hankkeessa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kaavaillaan toimintoja ja rakenteita uudistettavan niin, että perusterveydenhuolto järjestetään erikoissairaanhoidon yhteyteen seutukunnallisiksi toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Palvelurakenteen uudistaminen edellyttää eri toimijoiden tietojärjestelmien olevan yhteensopivia. Siksi mainitussa periaatepäätöksessä asetettiin tavoitteeksi, että Suomessa olisi vuoden 2007 loppuun mennessä käytössä valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus. Sähköisen potilaskertomuksen odotetaan parantavan hoidon jatkuvuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vähentävän päällekkäisiä tutkimuksia ja toimenpiteitä. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2002, STM 2002.) Sähköinen potilaskertomus on tietokanta, mihin on koottu potilaan terveyttä, sairautta, hoitoa ja ohjausta koskevat tiedot. Hoitotyön tiedot kirjataan potilaan hoitokertomukseen hoitotyön ydintietoina valtakunnallisesti sovitun rakenteen muodossa. (Häyrinen, Porrasmäe, Komulainen & Hartikainen 2004, 35-40.) Terveydenhuollon toimijoilla on omia rakenteisen kirjaamisen mahdollistavia tietojärjestelmiä mutta valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus-hanke on keskenäinen.

Suomessa on julkaistu kirjallisuutta ja tutkimuksia, mitkä käsittelevät rakenteista kirjaamista ja sen kehittämistä (muun muassa Ensio 2007, Ensio ja Saranto 2004, Hassinen ja Tantturi 2008, Häyrinen, Porrasmäe, Komulainen ja Hartikainen 2004, Remes 2007 ja Lehtokari 2007). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan potilastietojen välittymistä ja tietojen hyödynnettävyyttä potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon selvittämällä, mitä tietosisältöjä erikoissairaanhoidon osastolla hoitajien kirjoittamissa läheteissä on ja mitä perusterveydenhuollon osastojen hoitajat niissä toivovat olevan sekä mitä muuta yhteydenpitoa yksiköiden välillä potilaan siirron yhteydessä on. Tarkoituksena on kehittää organisaatorajat ylittävää tiedon kulkua ja parantaa hoidon jatkuvuutta potilassiirtojen yhteydessä. Aineisto kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin neurologiselta kuntoutusosastolta ja viideltä perusterveydenhuollon osastol-

ta Jyväskylän seudulta.

Hoitajien kirjoittama hoitotyön lähete, mikä sisältää kuvauksen keskeisistä hoitotyön tapahtumista ja tuloksista sekä sisältää jatkohoitosuunnitelman on tärkeä hoidon tehokkuuden ja vaikuttavuuden kannalta. Niiden merkitys korostuu tulevaisuudessa, jolloin potilas voi hankkia palveluita maantieteellisestikin laajalla säteellä. Varsinaisesti tämän tutkimuksen aihe täsmentyi mietittäessä miten osastosulkujen haittoja potilaille voitaisiin vähentää. Suluille ei hoitotyön suoritusportaassa mitään voida. Vaikuttamiskeinona nähtiin olevan erikoissairaanhoidon osastolle potilaasta kertyneen tiedon perusterveydenhuoltoon välittämisen tehostaminen. Hoitotyön osalta tämä tieto välittyy hoitotyön läheteissä. Hoitajien kirjoittamalla läheteellä ja jatkossa läheteellä yleensä tarkoitetaan tässä tutkimusraportissa Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä hoitajien käytössä olevan Efficapotilastietojärjestelmän sh-sivuille kirjoittamaa hoitotyönyhteenvetoa, mikä lähetetään paperitulosteena muiden potilasasiakirjojen ohessa potilaan mukana jatko- hoitoa järjestävään yksikköön.

2 HOITOTYÖN PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSI

Hoitokertomus on hoitohenkilöstön laatima potilaskertomuksen osa, mikä käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen seurannan ja arvioinnin. Hoitotyön kirjaamisen rakenteena ja jäsentämisessä käytetään Maailman Terveysjärjestön päätöksenteon prosessimallia, minkä ensimmäisen sukupolven versio määriteltiin nelivaiheiseksi: hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Nykyään puhutaan päätöksenteon prosessimallista hoitotyössä. Siinä halutaan korostaa sitä kuinka taito mahdollistaa intuition ja kokemuksen käytön, kun hoitotyön ammattilainen tekee potilaan hoitoon liittyviä tarkoituksenmukaisia päätöksiä. Prosessimallin vaiheet ovat tarpeen arviointi, diagnosointi, suunnittelu, toteutus ja arviointi. Tarpeen arviointi tapahtuu taustatietojen ja tulotilanteessa tehdyn haastattelun, havainnoinnin, mittausten ja vointia koskevien tutkimusten perusteella. Arviointi- ja diagnosointiprosessissa koottujen tietojen seurauksena muotoutuvat hoidon tarpeet eli hoitotyön diagnoosit. Suunnitteluvaiheessa määritellään hoidon tavoitteet ja odotetut tulokset sekä valitaan hoitotoiminnot, mitkä kirjataan hoidon toteuttamisvaiheessa. Hoidon arviointivaiheessa verrataan potilaan hoidon tarvetta tämän nykyiseen tilaan. (Ensio & Saranto, 2004, 39-43; Ensio, 2007, 56.)

Hoitajan ammatillista toimintaa koskevan päätöksenteon perustana on ammatillinen viitekehys, mikä sisältää koulutuksessa ja työssä rakentuneet ammatilliset arvot, tiedot ja taidot. Viitekehys vastaa kysymyksiin mitä, miten ja miksi on mahdollista toimia ja tehdä päätöksiä erilaisissa hoidollisissa tilanteissa (KUVIO 1). Mitä-kysymys hahmottaa potilaan lähtötilannetta ja vaatii lisätietoja potilaasta sekä ohjaa tunnistamaan hoitotyön ongelmia. Miten-kysymys antaa vastauksia hoitotyön ongelmien ratkaisussa käytetyistä keinoista. Miksi-kysymyksillä saadaan perustelut päätöksille. Näitä kysymyksiä vastatessaan hoitaja tarkastelee hoidollista tilannetta ammatillisesta viitekehyksestään käsin. (Lauri, Lehti & Heinonen, 1997, 2,3).

Kun päätöksentekoprosessia toteutetaan, hoitotyön kirjaamisen lähtökohtana on mitä-

kysymys eli potilaan tila ja vointi sekä niistä nousevat hoidolliset ongelmat. Hoidon suunnittelu ja toteutus päätetään hoidollisten ongelmien pohjalta vastaamalla miten - kysymykseen. Miksi-kysymys etsii selityksiä potilaan voinnille, mikä on hoidon vaste ja minkälaiseksi arvioimme hoidon tuloksen.

Mitä -> potilaan lähtötilanne <-> potilaan, hoitajan, lääkärin arvioinnin tuloksena

→ hoidon tarve

Miten -> hoitotoiminnot <-> tutkimukset, toimenpiteet, ohjaus

→ hoidon suunnittelu ja toteutus

Miksi -> hoidon vaikutukset <-> vointi, selviytyminen, potilaaseen mielipiteet

→ hoidon tulosten arviointi

KUVIO 1. Hoitotyön päätöksentekoprosessi kirjaamisessa. (Mukaiillen Lauri 1997, 2-4).

Hoitotyön päätöksentekoprosessin mukainen kirjaaminen toistuu lainsäädännön asettamissa hoitotyön kirjaamisen eri osia koskevissa määräyksissä.

2.1 Potilassiirtoja tukeva hoitotyön kirjaaminen

Kirjaamisella tarkoitetaan Halilan (1998, 17–18) mukaan potilaan hoidon dokumentointia potilasasiakirjoihin. Kirjaamisesta tulee ilmetä, miten potilasta on hoidettu, mitä hänelle on tehty ja mitä vaikutuksia hoitamisella on ollut. Hyvä kirjaaminen antaa kuvan potilaan hoidon ongelmista, hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Kirjaamisesta pitäisi ilmetä, miten potilasta on hoidettu, mitä hänelle on tehty ja mitä vaikutuksia erilaiset toimenpiteet ovat saaneet aikaan kuitenkin niin, että kirjaaminen olisi enemmän arvioivaa kuin toteavaa.

Mäkilä (2007, 37–40) nostaa esille tehtäväkeskeisen kirjaamisen puutteita. Hänen mukaansa hoitotyön toteutuksen kirjaaminen tulee perustua potilaan tarpeista lähtevään hoitotyön suunnitelmaan ja kirjaamisen tulisi sisältää päätöksentekoprosessi perustelui-

neen. Ilman potilaan tarpeen määrittelyä hoitajan on vaikea erottaa oleellisen tärkeitä kirjattavia asioita. Kirjauksen kohteeksi pitää saada potilas ja hänen voinnissaan tapahtuneet muutokset. Mäkilä tarkoittaa kirjoituksessaan hoitotyön päivittäistä kirjaamista. Laurin ja Lehden (2000, 19–20) mielestä on oleellista, että kirjaamisessa käy ilmi miksi potilas on tullut hoitoon, millainen hänen tilansa ja vointinsa on ollut, mitä hänelle on tehty, minne potilas lähtee jatkohoitoon ja minkälaista ohjausta hän on saanut.

Hoitajalähetteitä on tutkittu Suomessa ilmeisen vähän. Mielenkiinto on kohdistunut eniten tietojärjestelmiin ja organisaatioiden väliseen sähköiseen kommunikointiin. Pääpaino on ollut tekniikassa. Remes (2006) tarkasteli konservatiivisen ja operatiivisen alueen osastojen hoitopalautteiden tietosisältöjä komponenttien tasolta analyysirunkonaan Suomalaisen hoitotyön toimintoluokitus. Hänen aineistossaan oli eniten ilmaisuja, jatkohoito pois lukien, komponenteista lääkehoito, fyysinen tasapaino, ravitsemus, turvallisuus, kudoseheys ja terveystietäytyminen. Kanssakäyminen oli kaikkein vähiten käytetty komponentti kaikilla osastoilla.

Lehtokari (2007) tutki, miten Suomalaisen Hoitotyön toimintoluokitus soveltuu äitiyshuollon hoitotyön kirjaamiseen. Hänen aineistossaan kirjaukset keskittyivät hoitotyön toimintojen ja tehtyjen toimenpiteiden kuvaamiseen. Hoitotyön tarpeiden ja arvioinnin kirjaaminen oli vähäisempää. Komponenttitasolla fyysinen tasapaino ja erittäminen saivat eniten huomiota. Ydintietojen kokonaisuutta tarkastellen hoitotyön tavoitteellinen kirjaaminen jäi puutteelliseksi. Tässä mielessä kirjaaminen oli kattavinta kivun hoidon osalta. Lehtokari arvion mukaan tehdyt hoitotyön yhteenvedot eivät kuvaa niin hyvin annettua hoitoa, että ne soveltuisivat sellaisenaan jatkohoitoon lähetettäväksi hoitopalautteeksi.

Hassinen ja Tantt (2008, 18, 19) ovat tutkimuksessaan todenneet rakenteisesti tuotettujen hoitotyön läheteiden olevan selkeitä ja kokonaisvaltaisia ja siten sujuvoittavat jatkohoidon käynnistämistä. Rakenteisesti tuotetuissa läheteissä ydintietojen laatu riip-

puu hoitosuunnitelman tasosta. Lähetteen tulisi sisältää hoitoyön ydintietojen lisäksi riittävät tulotilanteen, perustietojen ja jatkohoidon suunnitelman asiasisältöjä. Tutkimuksen aineistossa oli havaittu eniten puutteita jatkohoidon suunnitelmassa ja lääkeshoidon tietosisällöissä. Tietoja olisi kaivattu omaisten yhteystiedoista ja jatkohoitohjeista sekä siirtopäivän lääkkeistä, lääkemuodoista, antotavasta ja – ajasta.

Kuusiston raportoimassa Satakunnan sairaanhoitopiirissä vuonna 2005 aloitetussa sähköisen hoitoyön lähetteen kokeilussa lähete on strukturoitu ja sen otsikkoina ovat hoitoyön ydintiedot. Kaikki kirjoittajat käyttävät samaa struktuuria. Hoidon tarvetta selvitetään kertomalla miksi potilas on tullut sairaalaan ja mikä potilaan vointi on. Hoidon suunnittelussa kuvataan, miten potilasta autetaan, tuetaan ja oloa helpotetaan. Hoidon toteutus ilmaistaan kertomalla, mitä potilaan hyväksi on tehty. Hoidon arvioinnissa ilmaistaan potilaan vointi hoidon päättyessä, hoitotyön vaikutukset ja tulokset. (Kuusisto 2007 b.)

Kuusiston raportin mukaan hoitajat pitävät kirjattavina ja hoidon aloittamisen kannalta oleellisina tietoina tulositytä, potilaan sosiaalista taustaa, allergioita, potilaan vointia, selviytymistä arkipäiväisissä asioissa, liikkumisen rajoituksia, ruokailua, hygieniaa, erittämistä, tehtyjä toimenpiteitä, jatkohoitohjeita ja lääkitystietoja. Lisäksi hoitajat pitivät tärkeänä tietää onko omaiset tietoisia siirrosta. Kuusisto kertoo raportissaan myös kuinka hoitajat arvostavat fysioterapeuttien kirjoituksia niiden sisällöllisten ansioiden vuoksi. Raportin mukaan hoitajat kokevat selviytyvänsä jatkohoitoon tulevan potilaan hoitotyön käynnistämisestä paremmin, jos he saavat puhelimitse tietoja etukäteen huonesijoitukseen vaikuttavista seikoista, lääkkeistä ja ravitsemuksesta.

Potilaiden ja omaisten osuudesta tiedonvälityksessä potilaan siirron yhteydessä on mainittu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Ihannesairaala-projektin osaraportissa Kotiuttamisprosessi terveydenhuollossa. (Huhtala, Kouki, Kuparinen & Ruuhijärvi, 2008.) Raportin mukaan terveydenhuollon perusprosesseissa potilaalla on liikaa vastuuta tar-

vitsemansa hoidon järjestämisestä kotiuttamisen yhteydessä.

Suomessa toteutettiin vuosina 2005–2008 Valtakunnallinen sähköisen hoitotyön dokumentoinnin kehittämishanke (HoiDok). Hankkeessa kehitettiin ja testattiin rakenteistettua hoitotyön käytännön kirjaamista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköissä eri puolilla Suomea. Hankkeen osaraportissa Hoitotyön kirjaamisen arviointi pilotoinnin jälkeen hoitotyön yhteenvedoon kirjattavia asiasisältöjä ovat pilottiyksiköiden hoitajien mielestä tulotilanne ja diagnoosi, hoitoaika, aikaisemmat sairaudet, allergiat, infektiot, päätös elvyttämättä jättämisestä, hoidon kulku, potilaan sen hetkinen vointi, loppuarvio, jatkohoidon tarve ja suunnitelma, päivittäisen avun tarve, hoidon ohjaus, lääkehoito, omaisten yhteystiedot ja heidän osallistuminen potilaan hoitoon, omaisten tieto siirrosta, kotitilanne, eri ammattiryhmien antama hoito, liikkumisrajoitukset, erityistä huomiota vaativat tekijät, erittäminen, apuvälineet, ruokailu, nesteytys, aistitoiminnot sekä tiedot antaneen hoitajan yhteystiedot. Lisäksi yhteenvedoon haluttiin kirjattavaksi elintoimintoihin liittyvistä asioista mm. lämpö, verenpaine, happisaturaatio ja verensokeri. (Hassinen 2007.)

HoiDok-osaraportissa Hoitotyön rakenteisen yhteenvedon ja jatkohoidon suunnitelman loppuraportti todetaan, että hoitotyön yhteenvedon tulisi muodostua hoitotyön ydintiedoista, joiden tietosisältönä olisi Suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL) ja Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) lisäksi vapaalla tekstillä tuotettua tietoa. Hoitotyön yhteenvedojen puutteeksi pilotissa on havaittu vähäiset esitiedot ja kapea-alainen hoitotyön prosessin tarkastelu. Yhteenvetoihin toivottiin enemmän tietoa potilaan orientoituneisuudesta, kanssakäymisestä ja toimintakyvystä. Lisäksi pilottiyksiköiden hoitajat toivoisivat tiedot potilaan viimeksi saamista lääkkeistä ja jatkohoidon suunnitelmista. Kirjaamisalustassa saisi olla valmis otsikkopohja, mitä voisi täydentää luokituksilla. Esitiedot, tulotiedot ja lääkitys voisi siirtyä rakenteisesti yhteenvedoon mutta rakenteisesti siirtyvää tietoa pitäisi pystyä editoimaan. (Hassinen & Tantt, 2008.)

2.2 Hoitotyön sisällön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan neuvonnan ja hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaa. Potilasasiakirjoilla pyritään parantamaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonvälitystä potilaan terveydentilasta, hänen saamistaan terveysterveystilasta ja hoidosta sekä hoidon jatkuvuutta potilaan siirtyessä toiseen toimintayksikköön. (Ylipartanen 2003, 39.)

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain 2§:n 5 kohdassa potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka koskevat hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (Laki 785/1992). Siten tässä kehityshankkeessa tarkasteltavana olevat hoitotyön ja kuntoutuksen lähetteet ovat potilasasiakirjoja. Potilaslain potilasasiakirjoja koskevaa asetusta on täydennetty koskien sähköistä potilaskertomusta maaliskuussa 2009 (Laki 298/2009).

Hoitotyön tiedon hallintaa on käsitelty lukuisissa laeissa. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (PotL12§) sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä on säädetty potilasasiakirjoihin kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Asetuksen 9. § mukaan kunkin terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. (Laki 785/1992.)

Potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hoidon järjestämistä, suunnittelua ja seurantaa koskevat riittävät tiedot. Asetuksen 10 § säädetään asiakirjojen sisältämistä potilaan perustiedoista. Asetuksen 11 § määrittelee kuinka hoitajaksoja koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystilanne, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seurannat, sai-

rauden kulku ja loppulausunto. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty (12 §). Potilasasiakirjat sisältävät sekä kaikki päivittäiset hoitotyön kirjaamiset että terveyden- ja sairaanhoidon prosessien tietokokonaisuudet. Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergiasta, materiaaliallergiasta, yliherkkyyksistä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista (13 §). Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta (14 §). (Laki 785/1992.)

Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto (17 §) (Laki 785/1992). Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa koskevan tiivistelmän lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee lisäksi kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Loppulausunnon laatii terveydenhuollon asiantuntija. (STM 2002b.) Loppulausunnosta käytetään myös nimitystä epikriisi ja hoitopalaute (STM 2002a).

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjojen laatimisesta ei erikseen mainita hoitajien kirjoittamaa lähetettä. Samassa tarkoituksessa tehtyjä asiakirjoja saatetaan kutsua myös hoitolähetteeksi, hoitajaepikriisiksi, hoitotyön siirtoepikriisiksi, hoitotyön tiivistelmäksi, yhteenvedoksi tai hoitopalautteeksi. Hoitajalähetteen kirjoittamista ohjaa hoitotyön kirjaamista sääntelevä lainsäädäntö. (Rönkkö, Väisänen, Toivanen & Halila, 1998, 101.) Hoitajalähetteen sisältöä koskevat samat vaatimukset kuin loppulausuntoa. Se kirjoitetaan vapaalla, kertovalla tekstillä vaihtelevasti jäsentäen. Hoitajalähetteen antaman kokonaisarvion potilaan saamasta hoidosta tarkoitus on tukea jatkohoidon käynnistämistä. (Ensio & Saranto 2004, 43.) Sen pitää sisältää ajantasaiset siirtovaiheen tiedot hoitotyön kannalta muun

muassa potilaan voinnista ja sen muutoksista, lääkityksestä, toimintakyvystä ja avun tarpeesta päivittäisissä perustoiminnoissa sekä jatkohoito-ohjeet (Kuusisto, 2007, 23).

3 SÄHKÖINEN POTILASKERTOMUS JA HOIDON JATKUVUUS

Valtioneuvoston vuonna 2001 käynnistämän kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi keskeinen tavoite on kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen. Niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidonkin palvelut järjestetään alueellisiksi useiden palveluntarjoajien sisältäviksi kokonaisuuksiksi. Palvelurakenteen uudistaminen asettaa vaatimuksensa myös terveydenhuollon tietohallinnolle. Siksi valtioneuvoston periaatepäätöksen terveydenhuollon turvaamiseksi mukaa Suomessa tuli olla vuoden 2007 loppuun mennessä käytössä valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus. (Valtioneuvoston periaatepäätös 2002, STM 2002.)

Sähköinen potilaskertomus on potilasasiakirjoista muodostuva kokonaisuus, johon koostaan potilaan hoitotiedot toimintayksiköittäin. Sillä tarkoitetaan tietovarastoa, johon on talletettu hoidettavan henkilön terveystietoa tietoturvallisesti ja tietokoneella käsitteilyyn sopivassa muodossa. (Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007,5). Potilaskertomus sisältää tiedot potilaan avohoito- tai kotihoitokäynneistä sekä osastohoitojaksoista tehtävät eri ammattiryhmien merkinnät, joista koostuu jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä asiakirja. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja muiden ammattiryhmien yhteisesti laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Valtakunnallisella kirjaamiskäytännöllä huolehditaan, että terveystietojen tuottajien sähköiset potilastietojärjestelmät ovat yhteensopivia ja tietoturvallisia. (Saranto & Sonninen 2007, 12,13.)

Valtakunnallisen sähköisen potilaskertomuksen viivästymisestä johtuen eri sairaanhoitopiirien tietojärjestelmät eivät vielä kommunikoi keskenään. Samaan aikaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestämisestä käytävä keskustelu on vilkasta. On mahdollista että tulevaisuudessa ihmisten mahdollisuus valita tarvitsemiensa terveyspalvelujen tuottaja on nykyistä suurempi, kuten pääministeri Vanhanen visioi Helsingin Sanomien mukaan 17.1.2010. Esimerkiksi mökkikunnan terveyskeskuksesta voisi saada muitakin kuin päivystyksellisiä palveluja. Tällaiset näkymät edellyttävät valtakunnallisesti yhteensopivia tietojärjestelmiä. Nykyisessäkin tilanteessa hoidon jatkuvuuden toteutumisessa on ongelmansa. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon saatavat erikoissairaanhoidon potilaskertomus jäädä vähäisestä maantieteellisestä etäisyydestä huolimatta kotiterveyskeskuksessa avautumatta. Tällöin jatkohoito käynnistyy mukaan tulostettujen paperikopioiden varassa. Tiettyjä sairauksia potevien ihmisten joutuessa matkoilla ollessaan sairaalahoitoon saattaa valtakunnallisen sähköisen potilastietojärjestelmän puute aiheuttaa kohtalokkaita seurauksia. ALS - potilaalla avautuu oman sairaanhoitopiirin tietojärjestelmän sairauskertomuksessa ensimmäisessä näkyvässä tieto mahdollisesta hoitotahdosta. Jos potilas sairastuu vieraalla paikkakunnalla äkilliseen hengitystieinfektioon ja jos hän ei pysty itse kertomaan hoitotahdosta, voi hän tulla vahingossa kytketyksi vastoin tahtoaan invasiiviseen ventilaatiohoitoon.

3.1. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne

Sähköinen potilaskertomus perustuu rakenteiseen tietoon, joka helpottaa tiedon käsitteilyä ja laajentaa käyttötarkoitusta. Tilastotiedon ohella tietokannat sisältävät yhtenäisesti määriteltyjä hoitotyötä kuvaavia muuttujia, joiden avulla hoitoa voidaan arvioida ja tuloksellisuutta arvioida valtakunnan tasolla. Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan sitä, että etukäteen on sovittu ainakin otsaketaso kirjattavasta tiedosta. Tietojen rakenteisuus toteutetaan valtakunnallisesti määritellyillä ydintiedoilla. (Saranto & Sonninen 2007, 15; Ensio 2007, 96.)

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista, kuten yleiset, lääketieteen erikoisalakohtaiset, palvelukohtaiset ja perusterveydenhuol-

lon näkymät sekä erilaiset ammatilliset näkymät. Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta, joka sitoo tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen. (Häyrinen & Ensio 2007, 100–101; Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 15–18.)

Yleiset näkymät ovat erikoisalasta riippumattomia yleisiä tietokokonaisuuksia kuten perustiedot, riskitiedot ja diagnoosit sekä lausunnot. Ne kertyvät jatkuvasti ylläpidettyyn tietokantaan. Erikoisalakohittaiset näkymät käsittävät esimerkiksi sisätautien ja kirurgian näkymiä. Niihin talletetaan tietoa joilla on pitkäaikaista merkitystä. Sairaanhoitaja tallentaa tietyn erikoisalan näkymään tai sh-lehdelle oman toimintansa yhteenvedon. Palvelukohtaiset näkymät muodostuvat erilaisten palvelujen kuten esimerkiksi laboratorion tai kliinisen fysiologian toimintaan liittyvistä tiedoista. Perusterveydenhuollon näkymiin kuuluu mm. neuvolatoiminnan ja opiskelijaterveydenhuollon tiedot. Ammatilliset näkymät sisältävät eri ammattiryhmien kuten hoitotyöntekijöiden toiminnan kannalta merkittävää tietoa. Näkymä voi olla myös moniammatillinen hoitokertomus, mihin useat ammattiryhmät kirjaavat päivittäiset merkintänsä. (Häyrinen & Ensio 2007, 101,102; Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 15–18.)

Tiedot kirjataan näkymille otsikoita ja hoitoprosessin vaiheita käyttäen. Niiden käytön tarkoituksena on osoittaa asiayhteys, johon tiedot liittyvät. Otsikot (TAULUKKO 1) ovat hoitokertomuksen karkean tason rakenteistamista, jonka avulla teksti asetetaan tiettyyn kontekstiin. Otsikot ovat joko hallinnollisia tai hoitoprosessiin liittyviä.

TAULUKKO 1. Rakenteisen kirjaamisen hallinnolliset ja hoitoprosessin otsikot. (Häyrinen & Ensio 2007, 103,104, Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 15–18.)

Hallinnolliset otsikot	Hoitoprosessin otsikot		
Potilaan tunnistetiedot	Ongelmat ja diagnosit	Toimenpiteet	Elinluovutuskortti
Hoidon antajan tunnistetiedot	Terveysteen vaikuttajat	Lääkehoito	Hoitotahto
Palvelutapahtuman tunnistetiedot	Fysiologiset mittaukset	Lausunnot	Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot
	Hoitotyö	Toimintakyky	Yhteenveto
	Tutkimukset	Apuvälineet	Suostumus

Otsikot ovat myös ydintietokokonaisuuksia, ne sisältävät sovitut ydintiedot. Ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joilla kuvataan toteutunutta tai suunniteltua hoitoa ja joista saa pääpiirteittäisen kokonaiskuvan potilaan terveys- ja sairaushistoriasta. Ydintietojen kirjaaminen rakenteistetussa muodossa edellyttää standardoitujen termistöjen, sanastojen, nimikkeistöjen tai luokitusten käyttöä, jotta tieto on koodattavissa eli esitettävissä ohjelmistojen ymmärtämässä muodossa yhtenäisellä tavalla. Ydintietojen tietosisältö sisältää myös vapaasti kirjoitettua tekstiä. (Häyrinen & Ensio 2007, 104; Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 20.)

3.2. Hoitotyön ydintiedot ja sähköinen hoitokertomus

Hoitotyön kirjaaminen sähköiseen hoitokertomukseen yhdistää perinteisen hoitosuunnitelman ja päivittäisen hoitotyön kirjaamisen kokonaisuudeksi, missä hoitosuunnitelma on kirjaamisen perusta ja päivittäiset kirjaamiset ovat sen toteutusta ja arviointia kuvaava osa (Sonninen & Ikonen, 2007, 77). Hoitokertomus sijaitsee sähköisen potilaskertomuksen ammatillisissa näkymissä. Tallennetun tiedon rakenteena käytetään hoitotyön prosessimallia, minkä osat ja sisällöt ovat hoitotyön ydintietoja (TAULUKKO 2). Tiedon keruu ja analysointi, tarpeiden määrittäminen ja priorisointi, tavoitteen asettaminen sekä suunnitellut toiminnot tavoitteen saavuttamiseksi muodostavat hoitotyön suunnitel-

man. Hoitotyön toteutuneista toiminnoista, tulosten arvioinnista sekä hoitotyön yhteenvedosta koostuu hoidon toteutus. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 8; Ensio & Saranto 2004, 33; Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 15–18.)

TAULUKKO 2. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin mukainen kirjaaminen. (Mukailen Sonninen 2007, 92.)

Termistö	Hoidollisen päätöksenteon vaiheet						Hoitotyön yhteenve-to
	1 Hoidon tarpeen määrittäminen	2 Hoidon suunnittelu			3 Hoidon toteutus	4 Hoidon arviointi	
	Tiedon keruu; Analysointi	2a Hoidon tarpeiden, potilaan ongelmien, hoitotyön dg:n määrittäminen ja priorisointi	2b Tavoitteiden ja odotettujen tulosten nimeäminen	2c Hoitotyön toimintojen valinta			
Hoitotyön ydintiedot	Moniammatilliset ydintiedot* Hoidon tarve	Hoidon tarve	Hoitotyön tulokset	Hoitotyön toiminnot	Hoitotyön toiminnot	Hoitotyön tulokset	Hoitotyön yhteenve-to
SHTaL	Komponentit	SHTaL	SHTaL ja arviointias-teikko	-	-	SHTaL ja arviointiasteikko	SHTaL, SHToL ja arviointiasteikko yhdessä
SHToL	Komponentit	-	-	SHToL	SHToL	-	

Hoitotyön kirjaaminen on luokituspohjaista. Hoitotyön luokitukset kuvaavat hoidon tarpeen arviointia, toteutusta ja tuloksia. Ydintietojen tietosisältö koostuu Suomalaisen hoidon tarveluokituksesta (SHTaL 2.0.1) ja Suomalaisen hoidon toimintoluokituksesta (SHToL 2.0.1). Nämä luokitukset koostuvat komponenteista (TAULUKKO 3), niiden pääluokista ja alaluokista.

TAULUKKO 3. Suomalaisen hoidon tarve- ja toimintoluokitusten komponentit. (Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 15–18.)

A Aktiviteetti	H Ravitseminen	O Psykkinen tasapaino
B Erittäminen	I Hengitys	P Aistitoiminta
C Selviytyminen	J Verenkierto	Q Kudoseheys
D Nestetasapaino	K Aineenvaihdunta	R Jatkoahoito
E Terveyskäyttäytyminen	L Kanssakäyminen	S Elämäkaari
F Terveyspalvelujen käyttö	M Turvallisuus	
G Lääkehoito	N Päivittäiset toiminnot	

Hoidon tarpeen määrittämisessä käytetään tarveluokituksen alaluokkia. Tavoitteiden asettamista kuvataan tarveluokituksen pääluokilla. Suunnitellut toiminnot kuvataan toimintoluokituksen pääluokilla ja toteutunut toiminta vastaavilla alaluokilla. Arvioinnissa käytetään tarveluokitusta alaluokkineen ja arviointiasteikkoa. Hoitotyön yhteenvedossa käytetään sekä tarve- että toimintoluokitusta ja arviointiasteikkoa. Se tiivistää keskeisten hoitotyön ydintietojen osalta toteutuneen hoitajakson ja sisältää jatkoahoito-ohjeet ja suositukset. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 8; Ahonen, Karjalainen-Jurvelin, Ora-Hyytiäinen, Rajalahti, Saranto 2007, 192; Ensio & Saranto 2004, 45; Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteutuminen sähköisessä potilaskertomuksessa 2007, 36.)

4 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATORAJOJEN YLITTÄVÄN YHTEISTYÖN EDELLYTYKSET JA ESTEET

Kansanterveyslain 4. luvun 27. § määrää kuinka kunnan tulee suunnitellaan ja kehittää kansanterveystyötä olla yhteistyössä asianomaisen sairaanhoitopiirin kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (Laki 1117/1990). Erikoissairaanhoitolain 3. luvussa 10. § (Laki 856/2004) puolestaan ohjataan sairaanhoitopiirejä yhteensovittamaan ja yhteistyössä terveyskeskusten

kanssa kehittämään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuoltoa toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyöhön viitataan myös potilaslaissa (Laki 785/1992), mielenterveyslaissa (Laki 1116/1989) sekä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (Laki 559/1994).

Eri lakien painottama erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon järjestäminen toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi toistuu valtakunnallisissa ohjelmissa ja suunnitelmissa, joiden tavoitteena on terveydenhuollon rakenteita uudistamalla lisätä terveydenhuollon tehokkuutta ja hillitä kustannusten nousua.

Valtioneuvoston vuonna 2001 asettamassa kansallisessa projektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi toimintoja ja rakenteita esitetään uudistettavaksi niin, että perusterveydenhuolto järjestetään seutukuntakohtaisina toiminnallisina kokonaisuuksina, perusterveydenhuolto toimii kiinteästi keskussairaaloitten yhteydessä (STM 2002). Hankkeessa otetaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003, valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta sekä Terveydenhuolto 2000-luvulle -ohjelman kokemukset.

Valtioneuvosto käynnisti keväällä 2005 Paras-hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Sen tavoitteena on turvata asukkaille kuntien vastuulla olevat hyvinvointipalvelut myös tulevaisuudessa. Paras hankkeen tavoite kytkeytyy läheisesti kansallisen terveydenhuollon turvaamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriössä on käynnistetty Paras-hanketta toteuttamaan sosiaali- ja terveydenhuollon osalta Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Kaste 2008–2011. (Risikko 2009.)

Kunta- ja organisaatorajat ylittävien hoito- ja palveluketjujen hallinta korostuu tulevaisuudessa. Paras-hankkeen myötä paikallispalvelut todennäköisesti toisaalta vähentyvät, toisaalta keskittyvät peruskunnissa. Potilaita jouduttaneen kuljettamaan alueellisesti nykyistä enemmän. Tällaisesta on saatu jo viitteitä 2003 käynnistetyssä Paras-hankkeen

palvelurakennetavoitteita ennakoivassa Kainuun hallintokokeilussa, missä maakunnallinen itsehallinto on huolehtinut peruskoulusta sekä sosiaali- ja terveydenhuollosta maakunnan alueella. Palvelun tarjoajien yhteensopivat tietoverkot muodostavat aikanaan hoitoketjuja ja hoidon jatkuvuutta tukevan infrastruktuurin. Yhtä tärkeää on kuitenkin potilaiden liikkumisen tavoin verkossa välittyvän potilastiedon laatu kuten esimerkiksi hoitotyön lähetteen informatiivinen sisältö. Terveydenhuollon yksikössä erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa lähetettä kirjoittava hoitaja kytkeytyy työllään hoitoketjun kautta aina valtakunnan tason terveyden huollon toimivuutta ja kustannuksia hillitseviin hankkeisiin asti.

Saaren-Seppälän (2004, 4,151,154) tutkimuksen mukaan hoitotyön sovittaminen yhteen yli organisaatorajojen on mahdollista vain, jos toimijat tuntevat hoidon kokonaisuuden. Yhteistoiminnan ongelmat liittyvät puutteisiin yksittäisen potilaan hoidon koordinoimisessa. Kun hoitoprosessi ylittää organisaatorajat, potilaan hoidon kokonaisuuden tuntemisen lisäksi on oleellista potilasta hoitavien toimijoiden keskinäinen tunteminen. Yhteistyön onnistumisen edellytyksiä ovat tiedon välittyminen, vastuun samanlainen tunnistaminen ja ottaminen sekä luottamus kaikkien toimijoiden näkökulmasta.

Nuutisen (2000,1825) mielestä suurimmat esteet hoidon toimivalle porrastukselle ovat ennakkoluuloiset asenteet ja vakiintunut sekä muuttumaton toimintakulttuuri. Siksi olisi tärkeää pystyä kohentamaan eri toimijoiden välistä luottamusta, toistensa tuntemusta ja yhteistyöhalua.

Vehviläinen (1999,1871–1875) ja muut totesivat keskeisimmän ja vaikeimman yhteistyön ongelman erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä olevan ajantasaisen tiedon kulun varmistamisen eri hoitoportaiden välillä. Niinpä tietotekniikan kehitykseen liittyvissä odotuksissa on noussut keskeiseksi sen mahdollisuudet toimia eri organisaatioissa työskentelevien hoitotyöntekijöiden verkottumisen välineenä. Tärkein tavoite on mahdollistaa eri ammattiryhmien yhteistyö, potilaiden monimutkaisten ongelmien ja

hoitoketjujen hallinta sekä tuottaa tietotekniikan avulla organisaatorajat ylittävää hoitotyön jatkuvuutta. (Saarelma 1999, 59,60.) Eri organisaatioiden käyttämien ohjelmistojen arkityötä helpottava yhteensopivuus ja yhteistoiminnallisuus on ilmaistu sittemmin terveydenhuollon eri tavoiteohjelmien suosituksina.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sen 4 a §:ssä määrätään kuinka on laadittava suunnitelma vaikeavammaisen tarvitsemasta lääkinällisen kuntoutuksista. Laissa Kelan kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (Laki 566/2005) todetaan, että julkisen terveydenhuollon yksikkö on perusvastuussa kuntoutuksen järjestämisestä. Neurologisen potilaan kuntoutus alkaa aivohalvauspotilaan moniammatillisen kuntoutustyöryhmän voimin heti kun potilaan vointi on vakiintunut aluksi avh-yksikössä ja se jatkuu kuntoutusyksikössä. Akuuttivaiheen jälkeen kuntoutus jatkuu ylläpitävänä. (Käypä hoito – suositus, 2006.)

Hoitoketju on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimus keskinäisestä moniammatillisesta yhteistyöstä. Se on kirjattu suunnitelma hoidonporrastuksesta ja keskittyy eri portaiden väliseen työnjakoon. Sen tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen käyttö niin, että yhteinen potilas hoidetaan näyttöön perustuen oikeaan aikaan oikeassa paikassa. (Nuutinen 2000). Hoidon porrasteisuus on seurausta erikoistumisesta. Hoidon sovellutusten kehittymisen myötä kukin asiantuntija hallitsee aina kapeamman sektorin. Erikoisosaaminen ja siihen liittyvä teknologia on kallista. Siksi järjestelmä pyritään porrastamaan siten, että kalleimmille portaille pääsevät vain ne, jotka näitä palveluja varmasti tarvitsevat. Erikoistumisesta seura myös tarve yhdistää erikoisosaamista. (Lehto, 2000. 33,34.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää yhden erikoissairaanhoidon osaston ja jatkohoitoa toteuttavien perusterveydenhuollon osastojen välistä tiedonkulkua. Tavoitteena on kehittää hoidon jatkuvuutta potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta jatkohoittoon perusterveydenhuollon osastoille. Tiedonkulkua selvitetään tutkimusaineistoksi valittujen erikoissairaanhoidon osaston hoitajien kirjoittamien läheteiden sisältöanalyysillä sekä haastatteleamalla jatkohoitoa toteuttavien osastojen hoitajia heidän käsityksistään läheteiden sisällöstä ja hoitoyhteistyöstä. Lisäksi erikoissairaanhoidon osaston hoitajille tehdään kysely heidän yhteydenpidosta jatkohoit-osastolle potilaan siirron yhteydessä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää lähtökohtana siinä kehitystyössä, minkä myötä potilaan hoitajakson aikana erikoissairaanhoidon osastolle kertynyt tietämys potilaasta olisi jatkohoitoa ja kuntoutusta järjestävän yksikön käytössä nykyistä paremmin.

Tutkimuksessa selvitettävät kysymykset ovat:

a) Mitä tietoa läheteet sisältävät? Läheteiden tietosisältöä tutkitaan selvittämällä mistä Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL) ja Suomalaisen hoidon toimintoluokituksen (SHToL) mukaisista komponenteista läheteet koostuvat.

b) Miten tiedon kulku tukee hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuutta? Tutkimuksessa selvitetään mitä jatkohoitoa toteuttavien osastojen hoitajat toivovat läheteiden sisältävän. Lisäksi selvitetään miten läheteissä ilmaistaan toteutunut hoitotyön prosessi sekä mitä muuta yhteydenpitoa yksiköiden välillä on potilassiirron yhteydessä.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tarkastelun kohteena olevat hoitotyön lähetteet ovat kirjoitettu ennen rakenteisen kirjaamisen käyttöön ottoa. Hoitajilla on ollut tukena vapaalla tekstillä kirjoitetut päivittäiset hoitotyön kirjaukset. Tutkimuksessa lähetteiden analyysirunkona ovat rakenteisen kirjaamisen hoitotyön luokitukset joita painotetaan teemahaastatteluissa selvitettyillä jatkohoitoa tarjoavien osastojen hoitajien tärkeinä pitämällä tietosisällöillä. Lähetteiden kykyä ilmaista hoitotyön prosessin vaiheita arvioidaan seuraamalla miten johdonmukaisesti ydintiedot ovat lähetteisiin kirjattu.

6.1 Tutkimusympäristön kuvaus

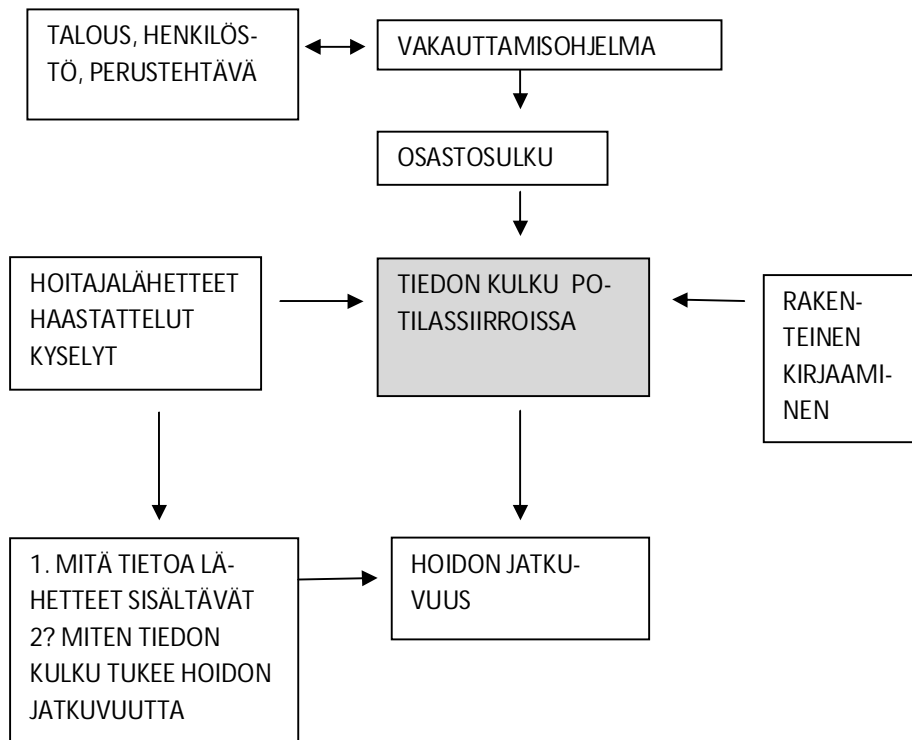
Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja sen henkilöstön kesken solmittiin vuodet 2006–2009 voimassa ollut Sairaanhoitopiiri-sopimus. Sopimuksella pyrittiin turvaamaan sairaanhoitopiirin talouden vakauttaminen ja tasapainottaminen sekä toiminnallisten muutosten toteuttaminen niin, että toiminta sujuu häiriöttä. Sopimuksen mukaan henkilöstöä ei irtisanota eikä lomauteta taloudellisista tai toiminnallisista syistä. Yksi sopimuksen tavoitteisiin pääsemiseksi käytetty keino on osastojen määräaikainen sulkeminen, millä haetaan säästöjä erikoissairaanhoidon kasvaviin kuluihin ja pyritään vaikuttamaan työvoiman riittävyyteen. Osastosulut vaikuttavat potilaiden hoitoon. Potilaat joko kotiutetaan tai siirretään jatkohoitoon muualle sulun ajaksi. Toimintaa ei ohjaa hoitosuunnitelma vaan sulun aikataulu, hallinnollinen toimi. Osastosulkuja voidaan tarkastella talouden vakauden, työvoiman riittävyyden, työviihtyvyyden ja sairaalan perustehtävän ja potilaiden hoitamisen kannalta.

Siirtyypä potilas jatkohoitoon osaston tilapäisen sulkemisen vuoksi tai hoitosuunnitelman mukaisesti, hoitoketjun saumattomuuteen ja hoidon jatkuvuuteen vaikuttaa keskeisesti tiedon kulku, potilastietojen välittyminen. Tiedon kulkua, mikä on saumattomuuden kriteeri, voi tarkastella ainakin kahdesta näkökulmasta: miten tieto välittyy teknisesti ja miten tieto on hyödynnettävissä hoitoprosessin vaiheesta tai organisaatiora-

joista riippumatta. Valtioneuvoston vuonna 2001 tekemässä terveydenhuollon tulevaisuutta koskevassa periaatepäätöksessä edellytettiin, että Suomessa tulisi olla vuoden 2007 loppuun mennessä käytössä valtakunnallinen sähköinen potilaskertomus. Sähköisen potilaskertomuksen odotetaan parantavan hoidon jatkuvuutta, laatua ja potilasturvallisuutta sekä vähentävän päällekkäisiä tutkimuksia ja toimenpiteitä (KUVIO 2). (Valtioneuvoston periaatepäätös 2002, STM 2002.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä aloitettiin vuonna 2003 sähköisen potilaskertomuksen ja potilastietojärjestelmän hankinnan ja käyttöönoton valmistelu. Sairaanhoitopiirin hallitus valitsi Effica-järjestelmän vuonna 2004. Järjestelmän toimitussopimus allekirjoitettiin TietoEnator Oyj:n ja sairaanhoitopiirin välillä toukokuussa vuonna 2005. (Hamari & Häyrinen 2009.) Effica Kertomus otettiin pilottiyksiköissä käyttöön loka-marraskuussa 2005. Vaiheittain edennyt käyttöönotto eteni niin, että Effica Kertomus oli käytössä kaikissa yksiköissä toukokuun 2006 loppuun mennessä. Samaan aikaan aloitettiin Effica Potilashallinnon käyttöönotto. Se korvasi vanhan Musti-järjestelmän ja siihen kuuluu mm. läheteiden ja palautteiden käsittely, jonojen hallinta sekä ajanvaraus ja resurssien varaus. Effica-järjestelmän keskeistä merkitystä kuvastaa se, kuinka Effica-tunnuksia on yli 3000 hoitoyksiköiden ja hallinnon työntekijällä. (Hamari & Häyrinen 2009.)

Effica Kertomuksessa sähköisen hoitokertomuksen päivittäisenhoitotyön kirjaamisen kirjoitusalue on Whoike-lehti. Hoitotyön kirjaamisen sisältö on siinä rakenteistettu hoitotyön ydintietojen mukaisesti SHTaL- ja SHToL-luokituksin niin, että komponentti toimii otsakkeena asiakokonaisuudelle, mistä hoityötä kirjataan. Komponentit jakaantuvat ylä- ja alaluokkiin. Kirjaaminen on pelkistetyimmillään vain ylä- ja alaluokkien valitsemista mutta käytännössä käyttökelpoinen kirjaamisen sisältö muodostuu vapaasti kirjoitetusta tekstistä.



KUVIO 2. Tiedon kulku ja hoidon jatkuvuus tässä tutkimuksessa

Neurologisen akuuttipotilaan sairaankuljetuksen jälkeinen hoitoketju Keski-Suomen keskussairaalassa alkaa päivystysalueella, mistä potilas siirretään akuuttivaiheen hoitoon osastolle. Potilas voidaan siirtää myös Kuopion yliopistosairaalaan. Tällöin on kyse akuuttivaiheen hoitotyöstä ja kuntoutuksesta. Potilaan tilan vakiinnuttua hoito ja kuntoutus jatkuvat neurologisella kuntoutusosastolla. Jos potilaan vointi ei mahdollista esim. alhaisen tajunnan tason johdosta kuntoutusta, voidaan hänet siirtää akuuttiosastolta jatkohoitoon terveyskeskukseen, mistä potilas tulee myöhemmin kuntoutusosastolle.

Kun kuntoutuja on kotiutunut tai siirtynyt jatkohoitoon terveyskeskukseen ensimmäisen subakuutin vaiheen kuntoutusjaksolta kuntoutusyksiköstä, hän ei ole vielä oikeutettu Kelan kuntoutuslain mukaisiin vaikeavammaisille tarkoitettuihin kuntoutusetuisuuksiin

(Laki 566/2005). Kuntoutuja palaa kuntoutusyksikköön yleensä puolen vuoden päästä sairastumisesta. Tuossa vaiheessa tehdään tilanteen kartoittamisen perusteella kuntoutussuunnitelma, millä kuntoutusetuisuudet haetaan. Suunnitelmaan sisältyy myös tarpeellisten terapioiden toteuttajat. Tänä väliaikana ennen Kelan kuntoutukseen pääsyä kuntoutuja on kunnan oman palvelutuotannon tai kunnan halukkuuden ostaa palveluja yksityisiltä palvelujen tuottajilta varassa.

Tämän tutkimuksen aineistosta potilaiden siirtolähteet kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin neurologisten potilaiden 32-paikkaiselta kuntoutusosastolta. Osaston toiminta keskittyy hoitoon ja kuntoutukseen akuuttivaiheen jälkeen. Osastolla hoidetaan ja kuntoutetaan myös geriatrian, kuntoutuksen ja fysiatrian erikoisalojen potilaita. Kuntoutussuunnitelmat tehdään moniammatillisissa kuntoutuspalavereissa, missä hoitoon ja kuntoutukseen osallistuneiden ammattiryhmien edustajat arvioivat potilaan kanssa tehtyä työtä suunnittelevat jatkotoimia. Näissä palavereissa suunnitellaan myös kotiuttamisen tai jatkohoitoon siirtämisen ajankohdat. Palaveriin osallistuvia ammattiryhmiä ovat sairaanhoitajat tai perus-/lähihoitajat, lääkärit, fysioterapeutit, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, psykologit ja puheterapeutit. Nämä osallistujat tekevät kukin myös omat lähetteensä jatkohoitopaikkaan.

Ne potilaat, joiden hoitajalähteitä tässä tutkimuksessa tarkastellaan, siirtyivät jatko- hoitoon perusterveydenhuollon osastoille juuri ennen sulkua. Näillä kaikilla osastoilla hoidetaan akuuttihoitoa, jatkohoitoa ja pitkäaikaishoitoa tarvitsevia potilaita. Myöhäinen siirtoajankohta erikoissairaanhoidon kuntoutusosastolta kertoo näiden potilaiden olleen osaston sen hetkisistä potilaista huonokuntoisimpia. Potilaista kahdella oli aivoinfarkti, kaksi aivoverenvuoto, kahdella traumaperäinen aivovamma. Kahdella potilaalla oli neuromuskulaarisairaus ja yksi potilaista oli kuntoutuspotilas.

Aineiston keräämisen aikaan kuntoutusosastolla tehtiin hoitotyön suunnitelmat ja päivittäinen kirjaaminen käsin kirjoittamalla hoitotyön lomakkeelle päivittäisen kirjaamisen

sivuille. Lähetteet kirjoitettiin silloin ja kirjoitetaan edelleen Effica Kertomuksen sh-lehdelle. Tiedot voidaan saada siirtymään yhteenvedoon myös rakenteisesti mutta tämä sovellutus ei ole vielä käytössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.

6.2 Metodologiset lähtökohdat ja aineiston kerääminen

Tämän tutkimuksen toteutustapa on ongelmalähtöinen. Potilaiden siirryttyä jatkohoitopaikkaan osaston sulkemisen vuoksi hoitotyö käynnistyy jatkohoittoa tarjoavassa yksikössä erikoissairaanhoidon osaston hoitajien kirjoittamien läheteiden perusteella. Ongelmana on se, että läheteiden laadullinen sisältö vaihtelee eikä ole tiedossa mitä läheteet sisältävät ja mitä niiden pitäisi sisältää jatkohoittoa toteuttavien osastojen hoitajien mielestä. Tutkimuksessa selvitetään, mitä läheteiden pitäisi sisältää ja sitten mitä aineistoksi valitut läheteet sisältävät. Läheteiden informatiivisuutta kuvataan kytkemällä läheteiden tietosisällöt Suomalaisen hoidon tarve- ja toimintoluokitusten komponentteihin, pää- ja alaluokkiin sekä arvioimalla läheteiden kykyä ilmaista toteutunutta hoitotyön prosessia. Nämä toiveiden ja todellisuuden yhtymäkohdat ja erot näyttävät aineistoksi valittujen läheteiden analyysin perusteella läheteiden kirjoittamisen vahvuudet ja kehittämistarpeet.

Tutkimusaineisto on 1) erikoissairaanhoidon osaston sairaanhoitajille sekä perus- ja lähihoitajille tehty kartoittava kysely (Liite 1), 2) hoitajien kirjoittamat siirtoläheteet yhdeksästä potilaasta sekä 3) neljällä Jyväskylän seudun terveyskeskuksen vuodeosastolla ja yhdellä lähi seudun sairaalan osastolla tehdyt hoitajien haastattelut (Liite 2).

Aineiston hankinnassa on käytetty useita menetelmiä. Menetelmät valitaan sen mukaan, minkälaista tietoa etsitään sekä keneltä tai mistä sitä etsitään (Hirsijärvi, Remes, Saja-vaara 1998, 183). Menetelmien paljous perustuu siihen, että haluttiin tietää miten muuten kuin läheteillä osaston hoitohenkilöstö välittää potilastietoja jatkohoitopaikkaan, mitä läheteet sisältävät ja mitä mieltä jatkohoitopaikkojen hoitajat ovat yleisesti läheteiden informatiivisesta sisällöstä.

Erikoissairaanhoidon osaston sairaanhoitajille sekä perus- ja lähihoitajille kohdistettiin aluksi kartoittava kysely. Kysely oli osin strukturoitu ja sisälsi myös vapaasti vastattavia kysymyksiä. Kyselyn tarkoitus oli saada selville, millä eri tavoilla hoitohenkilöstö välittää potilastietoja jatkohoitopaikkaan. Tämä tieto oli tärkeä jatkohoitopaikkojen hoitajien haastatteluissa.

Tutkittaviksi läheteiksi valittiin yhdeksän potilaan sairaanhoitajalähetteet osastosulku edeltävällä viikolla siirtyvienpotilaiden joukosta niin, että otokseen tuli mukaan mahdollisimman useita sulun jälkeen erikoissairaanhoidon osastolle palaavia potilaita. Näistä potilaista viisi palasikin osastolle sulun jälkeen takaisin.

Hoitajia haastateltiin neljällä Jyväskylän seudun terveyskeskusosastolla sekä yhdellä lähi seudun sairaalan osastolla. Näillä osastoilla hoidettiin ne potilaat, jotka palasivat sulun jälkeen erikoissairaanhoidon osastolle. Hoitajia oli ryhmähaastattelussa yhden kerran kaksi hoitajaa, muilla kerroilla kolme. Kyseessä olevien osastojen osastonhoitajien kanssa sovittiin siitä, että he työvuoroja suunnitellessaan järjestävät sovituille päivälle muutamille kokeneille hoitajille haasteluun osallistumisen mahdollistavat työvuorot. Osastonhoitajat siten valitsivat haastatteluun osallistujat. Haastateltavien määrä jäi vähäiseksi jotta haastattelut eivät häiritsisi osastojen toimintaa perustehtävässä tämän enempää. Osastonhoitajia pyydettiin kertomaan valitsemilleen hoitajille tutkimuksesta toimitetun tutkimussuunnitelman mukaan. Haastatteluja oli yhteensä viisi.

Haastattelun muoto on Hirsijärven ja Hurmeen (2000, 62) kuvailema täsmäryhmähaastattelu. Ryhmät koostuivat muutamista osallistujista, jotka osallistuivat valikoituina ja kutsuttuina. Ryhmillä oli määritelty tavoite ja puheenjohtaja. Huovisen ja Rovion (2006, 110–111) mielestä ryhmähaastelun etuna on se, että tietoa saadaan samanaikaisesti useilta vastaajilta, osallistujat saavat tukea ryhmältä ja ryhmä auttaa muistamaan sekä korjaa väärinymmärryksiä. Väärinymmärrykset ja keskustelun herättämät mieleen juolahdukset tosin aiheuttivat samanaikaista puhetta, mikä vaikeutti nauhojen litterointia.

Haastattelut olivat kysymysten valmiuden ja sitovuuden mukaisesti puolistrukturoituja teemahaasteluja. Kaikissa tilanteissa käytiin läpi samat teemat ja aihepiirit mutta kysymysten muotoilu ja järjestely vaihteli tilanteen mukaan. (Tiittula & Ruusuvoori, 2005, 11.) Hirsijärven ja Hurmeen (2000, 66–67) mukaan teema-alueet ovat tutkimusongelmiin liittyvien teoreettisten pääkäsitteiden johdannaisia. Haastattelutilanteessa teema-alueet tarkennetaan kysymyksinä. Haastatteluissa teema-alueet olivat yhteistoiminta, läheteiden sisältö ja moniammatillisuus. Lisäksi keskusteltiin vielä hoitajien ehdotuksista ja näkemyksistä lähetekäytännön kehittämiseksi. Teema-alueista yhteistoimintaa ja moniammatillisuutta käsiteltiin ensisijaisesti tukemaan tilanteeseen ja aiheeseen orientoitumista sekä dialogin aloittamista.

Yhteistoimintateemaa käsiteltäessä keskusteltiin mm. siitä kokevatko hoitajat olevansa mukana toteuttamassa palveluketjua vai onko potilaan hoito toimintaa paikassa A mikä jatkuu paikassa B ilman että toiminta niveltyy toisiinsa. Läheteiden sisältöä eriteltiin hoidon jatkuvuuden näkökulmasta; pystyykö lähetetiedoista näkemään hoitotyön toimintoja, tarpeita ja tavoitteita. Moniammatillisuuden toteutumista arvioitiin sen mukaan, että oliko hoitajilla mahdollisuutta saada luettavakseen fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien läheteitä ja oliko sikäläisessä kulttuurissa tapana käyttää niissä olevaa tietoa hoitotyössä. Lopuksi hoitajia pyydettiin pohtimaan miten lähetekäytäntöä voisi kehittää: olisiko tarpeen luoda jokin välitön kanssakäymisen menetelmä tai konsultaatiokäytäntö.

7 AINEISTON KÄSITTELY JA ANALYYSI

Kuntoutusosaston hoitajille suunnatussa kartoittavassa kyselyssä kysyttiin potilastietojen välittämisestä jatkohoitoa tarjoavalle osastolle. Hoitajilta kysyttiin, että välittävätkö he potilastietoja ja jos välittävät, niin miten ja mitä tietoja. Vastaukset luokiteltiin ja niis-

tä tehtiin yhteenveto. Vastauksia hoitajien muuta yhteyden pitoa jatkohoito-osastoille kartoittavaan kyselyyn tuli kahdeksan. Kartoituksen aikaan neurologisella kuntoutusosastolla oli 28 hoitajaa, joten vastausprosentti on 28,5.

Sairaanhoitajien kirjoittamat lähetteet käsiteltiin laadullisesti Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2001, 30–36) esittämän teorialähtöisen sisällönanalyysin prosessin mukaisesti edeten. Prosessiin kuuluu analyysirungon muodostaminen, aineiston pelkistäminen ja luokittelu, kvantifiointi sekä luotettavuuden arviointi. Analyysirunko on strukturoitu. Sen käsitejärjestelmänä on sähköisessä potilasasiakirjajärjestelmässä käyttöön otettava ydintietomäärittysten mukainen tietorakenne.

Aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin etsimällä läheteistä systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia ja hakemalla näille ajatuskokonaisuuksille Suomalaisen hoidon tarveluokituksista (SHTaL versio 2.0.1) ja Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksista (SHToL versio 2.0.1) vastaavat alaluokat, pääluokat ja komponentit (TAULUKKO 4). Tutkimus on deduktiivista koska siinä analysoidaan aineistoa teoreettisen luokitusrungon mukaisesti.

TAULUKKO 4. Esimerkki alkuperäisilmaisun luokittelusta.

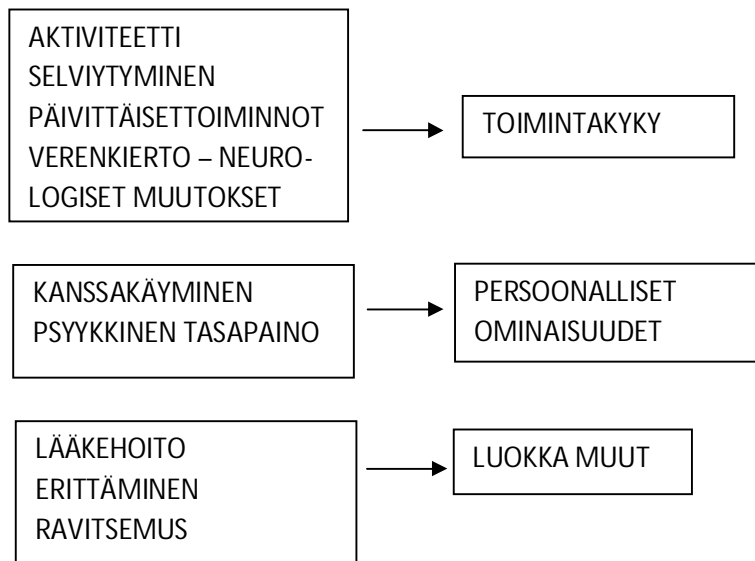
Alkuperäisilmaisu	..."oli respiraattorissa öisin..pystyi luopumaan koneesta pian" ..
Alaluokka	Hengityksen vajaus
Pääluokka	Hengitystoiminnan muutos
Komponentti	Hengitys (SHTaL)

Läheteistä löydettyt ilmaisut jaettiin joko tarve- tai toimintoluokituksiin kuuluviksi. Läheteissä oli vain vähän ilmaisuja hoitotyön tavoitteista ja suunnitelmista sekä tulosten arvioimisesta. Näihin ydintietoihin liittyvät ilmaisut olivat tulkinnallisia ja ne piti hahmottaa läheteen kokonaisuudesta. Läheteistä on arvioitu hoitotyön prosessin mukaisen kirjaamisen laatua ja määrää niin, että läheteissä hoitotyön prosessi joko hahmottuu tai

ei hahmotu.

Aineiston käsittely aloitettiin lukemalla lähetteet useaan kertaan. Ilmaukset luokiteltiin aluksi rakenteisen kirjaamisen otsikkotasolla, mikä osoittautui laajuutensa vuoksi analyysirungoksi epäkäytännölliseksi. Koska tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten hoitajalähete edesauttaa hoidon käynnistämistä jatkohoitopaikassa, päädyttiin käyttämään analyysirunkona hoitotyön ydintietoja kuvaavia em. hoitotyön luokituksia komponenttitasolla.

Terveyskeskuskissa nauhoitetut haastattelut kuunneltiin kahdesti ennen litterointia. Haastattelujen sisältö käsiteltiin samalla tavalla kuin lähetteetkin. Ilmaisut luokiteltiin alaluokiksi, yläluokiksi ja komponenteiksi, joita nimitetään painotetuiksi komponenteiksi, sillä tutkimuksen johtopäätökset tietosisältöjen osalta tehtiin näiden komponenttien esiintymisen perusteella. Ne ryhmiteltiin vielä kolmeen luokkaan (KUVIO 3). Toimintakykyä kuvaavaan luokkaan kuuluvat komponentit aktiviteetti, selviytyminen, päivittäiset toiminnot sekä verenkierto neurologisten muutosten osalta. Persoonallisia ominaisuuksia kuvaavat komponentit ovat kanssakäyminen ja psyykinen tasapaino. Luokan muut muodostavat lääkehoito, ravitseminen ja erittäminen.



KUVIO 3. Painotetut komponentit

8 TULOKSET

Tutkimuksen eri aineistot kytkeytyvät toisiinsa. Kartoittavan kyselyn vastauksilla oli merkitystä perusterveydenhuollon osastoilla tehtyjen teemahaastattelujen sisältöön. Teemahaastattelujen tulokset puolestaan vaikuttivat erikoissairaanhoidon kuntoutusosastolla hoitajien kirjoittamien läheteiden analyysiin. Teemahaastatteluissa esiin nousseet ns. painotetut komponentit olivat tutkimuksen keskeisintä sisältöä.

8.1 Kartoittava kysely

Kartoittavan kyselyn tarkoitus oli saada selville se, minkä laajuista yhteydenpito on kuntoutusosaston hoitajien ja jatkohoito-osaston välillä ennen potilaan siirtoa. Kaikki vastanneet kuntoutusosaston hoitajat soittivat etukäteen jatkohoito-osastolle ja kertoivat potilaan voinnista, hoitotyöstä, sen ongelmista, menetelmistä ja tuloksista, lääkityksestä,

toimintakyvystä sekä hoidossa erityisesti huomioitavista seikoista. Vaikka vastauksia tuli vähän, tärkeintä oli kuitenkin tieto siitä, että kuntoutusosastolta otetaan yhteyttä jatkohoito-osastoon ennen potilaan siirtoa.

8.2 Teemahaastattelut perusterveydenhuollon osastoilla

Jatkohoito-osastojen hoitajien haastatteluissa eräs hoitaja tiivisti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon osastojen yhteistyön olevan tiedonvälitystä ja kommunikointia. Mielikuva palveluketjusta oli hoitajilla vaihteleva. Hoitajat kokivat olevansa yhteistä potilasta hoitamassa hoitoketjun eri vaiheissa tai he saattoivat pitää potilaan hoitamista erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa jokseenkin erillisinä toimintoina. Erillisinä toimintoina pitämiseen oli perusteluna se, että jatkohoidossa hoitaminen aloitetaan alusta, hoidon jatkuvuutta ei ole. Toisaalta hoitajat saattoivat ajatella, että vaikka hoidon jatkuvuus ei toteudukaan, tehdään silti yhteistyötä. Näin koettiin erityisesti silloin kun hoidettavan potilaan oli määrä palata takaisin osastolle 27 sulun jälkeen. Yhteistä kummankin ajattelutavan hoitajille oli käsitys siitä, että hoitajien lähetteet tukevat huonosti hoidonjatkuvuutta potilaan siirtyessä jatkohoitoon.

Vaikka kuntoutusosaston kartoittavaan kyselyyn vastanneet hoitajat ilmoittivat soittavansa etukäteen ja kertovansa keskeisiä asioita siirtyvän potilaan hoitotyöstä, kertoivat perusterveydenhuollon jatkohoito-osastojen hoitajat, että joko puheluita ei tule ollenkaan tai soittoja tulee vain harvoin. Edeltävää puhelua pidettiin tärkeänä erityisesti jos potilaan huonesijoitus vaatii järjestelyjä tai jos potilas on moniongelmainen. Asiat, joista haluttiin ennakkoon tietoa, olivat päivittäisen hoidon tarve, apuvälineet, ravitsemus ja lääkitys. Näistä kiinnosti erityisesti diabeteksen hoitokäytäntö, antikoagulanttihoidon ohje sekä määräaikaisten lääkkeiden annostelu. Jos potilaan mukana tulee erityisiä hoitotyöhön liittyviä laitteita tai kojeita, pidettiin toivottavana, että kuntoutusosastolta tulisi hoitaja antamaan tulotilanteessa käyttöperehdytystä.

Etukäteistä kirjallista materiaalia potilaan hoitotyöstä sen sijaan ei pidetty tarpeellisena

sillä hoitajat eivät uskoneet ehtivänsä perehtyä papereihin. Eräs hoitaja ilmaisi asian niin, että hän ehtii hoitaa vain niitä potilaita, jotka ovat osastolla. Useat hoitajat mainitsivat lähetteistä puuttuvan siirtopäivän ajantasaiset lääkkeen annostelua ja hoitotoimia koskevat tiedot.

Haastateltujen hoitajien keskuudessa vallitsi yksimielisyys siitä, että lähetteet eivät tue hoidon jatkuvuutta. Lähetteen sisällön pituus ei ole ratkaisevaa. Hoitajien mielestä mitavasta lähetteestä on vaikea löytää keskeisiä asioita. Lähetteessä pitäisi olla selkeä jäsenitys. Tärkeintä on, että lähetteestä löytyy sellainen hoitosuunnitelma, minkä varassa potilaan hoitoa pystytään jatkohoito-osastolla jatkamaan samalla tavalla kuin lähettävällä osastolla on tehty. Hoidon ongelmat, menetelmät, toteutus ja arvio saavutetuista tuloksista sekä hoitotyön tavoitteen jatkohoitoa varten ovat hoitajien pääimmäiset toiveet lähetteen sisällöstä ja rakenteesta. Lähetteen pitäisi siis kuvata hoitotyön prosessia.

Terveyskeskusosastoilla tehdyissä haastatteluissa nousi esiin myös muita kokonaisuuksia, joita osastoilla toivottiin lähetteiden sisältävän. Nämä kokonaisuudet koostuivat rakenteisen kirjaamisen eri otsikkotasojen ydintiedoista kuten sukupuoli, perhesuhteet, asumismuoto, toimintakyky ja lähtötilanne ennen hoidon syynä olevaa akuuttia tapahtumaa, tämän hoitokerran vaiheet, tulosyy erikoissairaanhoidon, mahdolliset huonevaatimukset ja riskitiedot.

Haastatteluissa tuli ilmi se, kuinka useilla osastoilla hoitajilla ei ole käytettävissä erikoissairanhoidosta tulevia fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien lähetteitä. Niillä osastoilla, joissa em. lähetteet olivat hoitajien käytössä, osa hoitajista kertoi lukevansa ne, osa ei. Ne, jotka eivät lähetteitä lukeneet pitivät lähetteitä liian pitkinä tai sisällöllisesti hoitajien työhön vain etäisesti liittyvinä.

8.3 Hoitajien kirjoittamat lähetteet

Hoitajälähteistä löytyi Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 2.0.1) mukaisia ilmaisuja yhteensä 151 kappaletta (TAULUKKO 5). Komponenteista eniten on ilmaisuja päivittäisistä toiminnoista. Niitä on 33 ilmaisua. Eniten on kirjoitettu liikkumiseen, wc-toimintoihin ja peseytymiseen liittyvästä avuntarpeesta sekä apuvälineiden tarpeesta. Aktiviteetista on kirjattu 20 ilmaisua. Suurin sen yläluokista on aktiviteetin muutos ja alaluokista aktiviteetin heikkeneminen. Verenkiertoa käsitellään 18 ilmaisussa ja useimmin yläluokasta, mikä käsittelee neurologisia muutoksia. Erittämisestä on 18 ilmaisua (virtsaaminen 6, ulostaminen 6), selviytymisestä 9 (potilaan heikentynyt selviytymiskyky 8). Läheteissä ei ollut terveystyötyymisestä, aineenvaihdunnasta ja elämäntaaresta yhtään ilmaisua.

Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 2.0.1) mukaisia ilmaisuja lähetteet sisälsivät 160 kappaletta (TAULUKKO 5). Eniten kirjattu komponentti oli aktiviteetti 34 ilmaisulla. Sen yläluokista käytetyin oli aktiviteettiä edistävä toimita (30) ja alaluokista toiminnallinen kuntoutus (22). Selviytyminen-komponentista on kirjoitettu 19 ilmaisua. Sen yläluokista potilaan selviytymisen arviointi on saanut 10 ilmaisua ja perheen selviytymisen tukeminen 7. Lääkehoidosta on kirjauksia 15. Lääkehoidon kirjallisella ohjauksella tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä, että lähete sisältää listan lääkityksestä. Näitä läheteitä on 6. Lääkkeen antamista koskevia ilmaisuja on 6, lääkkeen vaikutuksen seuranta 3. Erittämisestä on kirjoitettu 11 ilmaisua. Siitä yläluokat suoliston ylläpitäminen sekä munuaisten ja virtsateiden toiminnan ylläpitäminen ovat saaneet molemmat 4 ilmaisua. Päivittäisistä toiminnoista on kirjoitettu 10 ilmaisua, minkä yläluokista eniten kirjauksia, 4, sai puhtaudesta huolehtiminen. Terveystyötyymisestä ja elämäntaaresta ei ole toimintoluokituksessakaan yhtään ilmaisua.

TAULUKKO 5. Ilmaisujen jakautuminen komponentteihin, n=311.

Komponentti	SHTaL ylä- ja alaluokat	SHToL ylä- ja alaluokat
Aktiviteetti	20	34
Erittäminen	12	11
Selviytyminen	9	19
Nestetasapaino	1	2
Terveyskäyttäytyminen	0	0
Terveyspalvelujen käyttö	3	8
Lääkehoito	10	15
Ravitsemus	8	9
Hengitys	5	9
Verenkierto	18	5
Aineenvaihdunta	0	5
Kanssakäyminen	8	4
Turvallisuus	3	2
Päivittäiset toiminnot	33	10
Psyykinen tasapaino	4	8
Aistitoiminta	2	2
Kudoseheys	5	9
Jatkohoito	9	9
Elämänkaari	0	0
Yhteensä	150	161

Kaikista 311 ilmaisusta 239 käsittelee painotettuja komponentteja. Prosentteina se on 77 % kaikista komponenteista. Läheteittäin tarkastellen pienin painotettujen komponenttien osuus on 63 % ja korkein 89 %. Painotettujen komponenttien ilmaisuista 148 käsittelee toimintakykyä eli komponentteina aktiviteettia, selviytymistä, päivittäisiä toimintoja sekä neurologisia muutoksia, mitkä kuuluvat verenkierto-komponenttiin. Persoonallisia ominaisuuksia on kirjoitettu 24 ilmaisussa. Ne jakaantuvat kanssakäyminen ja psyykkisiin tasapaino-komponentteihin. Muut-luokka sisältää lääkehoidon, erittämisen ja ravitsemuksen. Niistä on kirjattu 67 mainintaa.

Esitietojen käsittelyssä (TAULUKKO 6) potilaan sukupuoli mainitaan kahdessa läheteessä. Perhesuhteen on selvitetty kahdeksassa läheteessä. Asumismuoto mainitaan neljässä

läheteessä. Toimintakykyä ja lähtötilannetta kuvaillaan kuudessa läheteessä. Kuluvan hoitokerran vaiheet sekä tulosy erikoissairaanhoidon on selostettu seitsemässä läheteessä. Huonevaatimuksia on nimetty yhdessä läheteessä ja riskitietoja on todettu kolmessa läheteessä. Jatkohoitoa on käsitelty kaikissa yhdeksässä läheteessä.

Hoitotyön tarpeita ja ongelmia sekä tuloksia on käsitelty kaikissa yhdeksässä läheteessä. Tavoitteita ja suunnitelmia on kirjattu viiteen läheteeseen seitsemällä ilmaisulla. Saavutuksia ja tuloksia on arvioitu seitsemässä läheteessä kahdellakymmenellä ilmaisulla.

TAULUKKO 6. Esitietojen ja ydintietojen esiintyminen läheteissä, läheteet, n=9

ESITIEDOT / LÄHETTEET, n=9										
- SUKUPUOLI	-	-	-	+	-	-	-	+	-	2
-PERHESUHTEET	+	+	-	+	+	+	+	+	+	8
-ASUMISMUOTO	+	-	-	+	+	+	-	-	-	4
TOIMINTAKYKY/ LÄHTÖTILANNE	+	+	-	+	+	+	+	-	-	6
-HOITOKERRAN VAIHEET	+	+	-	+	+	+	+	+	-	7
-TULOSY ESH:OON	+	-	+	+	+	+	+	+	-	7
-HUONEVAATIMUKSET	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1
-RISKITIEDOT	-	+	-	+	+	-	-	-	-	3
YDINTIEDOT / LÄHETTEET										
-HOITOTYÖN TARPEET/ONGELMAT	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
-HOITOTYÖN TAVOITTEET/SUUNNIT.	+	-	+	-	-	-	-	+	+	4
HOITOTYÖN TOTEUTUS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9
SAAVUTUKSET/ARVIOINTI	-	+	+	+	+	-	+	+	+	7
JATKOHOITO	+	+	+	+	+	+	+	+	+	9

8.4 Yhteenveto tuloksista

Haastateltujen hoitajien mielestä potilaiden siirtyessä osastolta 27 heille jatkohoitoon mukana seuraavat läheteet eivät tue hoidon jatkuvuutta. Syynä ovat läheteiden sisällölliset puutteet ja se, että läheteistä ei ilmene hoitotyön prosessin kulku. Läheteiden tietosisältöinä kuuluisi olla esitietojen kuten perhesuhteet, asumismuoto, lähtötilanne

ennen sairastumista lisäksi kuvaukset toimintakyvystä, potilaan persoonallisista tekijöistä sekä lääkehoidosta, ravitsemuksesta ja erittämisestä. Ennen potilaan siirtoa hoitajat toivoivat kuulevansa puhelimitse potilaan huonesijoitukseen liittyvistä seikoista, siirtopäivän lääkityksestä, välittömästi tarvittavista apuvälineistä, mahdollisen diabeteksen hoitokäytännöstä ja ravitsemuksen erityistarpeista.

Koska 311 komponentista 239 kuuluu terveyskeskushoitajien tärkeinä pitämiin komponentteihin, voi todeta läheteiden kuitenkin olevan (vastoin hoitajien käsitystä) sisältöään periaatteessa toiveiden mukaisia. Läheteiden sisältö on vahvasti toimintakykyyn painottuva (143/239). Ryhmä muut eli lääkehoito, erittäminen ja ravitsemus sisältävät 67 ilmaisua. Persoonalliset ominaisuudet eli kanssakäyminen ja psyykkinen tasapaino saavat 24 ilmaisua.

Kun ajatellaan miten läheteet kuvaavat hoitotyön prosessia, nähdään ensinnäkin, että kaikissa läheteissä on kirjoitettu hoitotyön tarpeista ja ongelmista sekä hoitotyön toteutuksesta. Tavoitteet ja suunnitelmat ovat kokonaisuutta tarkastellen jääneet vähemmälle. Niistä on viitteitä 5 läheteessä kun taas saavutuksia ja tuloksia on arvioitu 7 läheteessä. Tavoitteiden, suunnitelmien ja arvioinnin sisällöllinen osuus ilmaisuina laskien olivat vaatimattomia. Läheteitä lukevan täytyy itse päätellä mitä vaikutuksia potilaan saamalla hoidolla on ollut.

Kun kirjaamisen sisältöjä eri läheteissä tarkastellaan tarkemmin, huomataan että hoitotyön tarpeiden ja toteutuksen kirjaamisessa vallitsee epätasapaino. Läheteissä selvitetään hoitotyön tarpeita mutta ei vastaavia toimintoja. Tai päinvastoin. Kokonaisuutta katsoen tämä näkyy siten että esim. aktiviteetista on kirjattu 20 tarvetta kuvaavaa ilmaisua ja toimintoa kuvaavia ilmaisuja on 34. Selviytymisessä suhde on 9/19. Tarpeiden ja toimintojen suhde on edellä mainitun kaltainen muissakin ns. painotetuissa komponenteissa (TAULUKKO 7). Kaikki komponentit huomioiden tarpeita kuvataan 150 ja toimintoja 161 ilmaisulla. Läheteissä siis tarpeiden ja toimintojen kuvaus ei koske samoja

komponentteja.

TAULUKKO 7. Ilmaisujen jakaantuminen painotetuissa komponenteissa tarve- ja toimintoluokitukseen. Lähetteet n=9, SHTaL-ilmaisut n=116, SHToL-ilmaisut n=113.

KOMPONENTIT/LUOKITUKSET	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	yht.
AKTIVIT.	-/-	3/5	4/5	2/7	-/4	1/2	5/2	2/-	3/9	20/34
SELVIYT.	3/1	1/2	2/1	2/3	1/3	-/2	-/3	-/2	-/2	9/19
PÄIV. TOIM.	2/1	3/2	-/4	-/1	8/1	5/1	4/-	1/-	10/-	33/10
NEUROL.M.	2/-	-/-	1/-	2/1	3/-	1/-	1/-	2/-	-/-	12/1
KANSSAK.	3/-	4/4	1/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	8/4
PSYK. TP.	-/-	2/5	1/-	-/-	-/1	-/-	1/1	-/-	-/1	4/8
LÄÄKEH.	1/1	2/1	-/2	1/-	2/2	1/2	1/2	1/3	1/4	10/15
ERITTÄM.	-/-	2/2	1/-	3/-	1/5	-/-	1/2	2/2	2/-	12/11
RAVITSEM.	-/1	-/1	1/-	3/4	1/-	-/-	-/1	3/-	-/2	8/9
	11/4	17/22	11/12	12/15	16/16	8/7	13/11	11/7	16/18	116/113

Esitietojen osuus on lähetteisiin kirjattu vaihtelevasti. Perhesuhteet, tämän hoitokerran vaiheet ja tulosy on kirjattu tavalla tai toisella liki kaikissa läheteissä. Myös toimintakykyä ja lähtötilannetta ennen sairastumista on selvitetty 6 läheteessä 9:stä. Sisällöllisesti kattavimmin on kuvattu ko. hoitokerran vaiheet. Toimintakykyä ja lähtötilannetta selvitetään usein luettelemalla aikaisemmat diagnoosit. Jos potilaalla on ollut useita vakavia vaivoja, kirjoittaja on ehkä ajatellut listan kertovan huonosta toimintakyvystä. Mutta kuvausta potilaan aikaisemmasta arkipäivän selviytymisestä ei läheteistä löydy. Jostakin potilaasta oli todettu, että aikaisemmin terve. Myös tulosy erikoissairaanhoidon oli muutamassa läheteessä jätetty mainitsematta. Useimmiten hoitoon tulon syyksi oli kirjattu ylimalkaisesti potilaan jatkohoito tai kuntoutusjakso. Erään potilaan kohdalla tulosy oli määritelty täsmällisesti: arviojakso keuhkotilanteen tarkistamista varten. Sukupuolta, asumismuotoa, huonevaatimuksia tai riskitietoa koskevia kirjaamia oli vain yksittäisiä.

Sisällön jäsentäminen väliotsikoin vaihtelee suuresti. Osa läheteistä on kirjoitettu yhdeksi kappaleeksi, osassa on 2-7 väliotsikkoo. Osassa läheteistä kirjoittajina on ollut kaksi hoitajaa. Kirjoittaminen on saatettu tehdä yhdellä kertaa tai useampaan otteeseen

muutaman päivän aikana.

Yleisesti tarkastellen lähetteiden vahvuus on sisällön keskittyminen niihin asioihin, mitä jatkohoitoa toteuttavat hoitajat pitävät tärkeinä. Toisaalta lähetteet ovat useimmiten rakenteeltaan sirpalemaisista ja sisältö etenee sattumanvaraisesti. Kaikki lähetteet huomioiden aineistosta löytyy vain muutama esimerkki sellaisesta kirjaamisesta, missä jokin hoidon osa-alue olisi jäsennetty prosessimallin mukaisesti, jolloin lähetteestä nousee selkeästi se, mitä, ja mistä syystä, potilaan kanssa on tehty ja saatu aikaan. Linjana on ollut kirjaaminen joko hoidon tarpeesta tai toteutuksesta. Tämä johtuu todennäköisesti kirjoittajan halusta sisällyttää läheteeseen mahdollisimman paljon jatkohoidon käynnistämiseksi tarpeellisia käytännöllisiä tietoja. Lähetteen informatiivinen arvo riippuu myös lukijan kyvystä hahmottaa sisällöstä kokonaisuuksia.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Vaikka tämän tutkimuksen aineisto on pieni, tulokset kuvaavat lähetteiden kirjoittamisen käytäntöä. Lähetteiden tietosisältöön vaikuttaa ensisijaisesti potilaan hoidontarve ja toissijaisesti lähetettä kirjoittavan hoitajan kyky hahmottaa ja jäsentää potilaan hoitoyön kokonaisuutta. Tässä tutkimuksessa analysoitujen lähetteiden yhteisenä puutteena on läheteessä huonosti kuvattu hoitotyön prosessi. Lähetteiden tietosisällöt ovat sinänsä asianmukaisia. Lähetteiden laadun parantamiseksi pitäisikin kiinnittää koulutuksellista huomiota hoitotyön päätöksenteon prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen ja kehittää lähetteiden kirjoittamiseen tietotekninen struktuurinen apuväline.

9.1 Tulosten luotettavuus ja tutkimuksen eettiset kysymykset

Sen lisäksi, että tutkimuksen luotettavuutta on tarkasteltava aineiston keruun, analyysin ja tulosten luotettavuuden kannalta, on arvioitava tutkijan omaa vaikutusta luotettavuuteen. Luotettavuuteen vaikuttaa se, että keskeinen osa aineistosta on kerätty tutkijan

omalta työpaikalta. Tutkija on kirjoittanut yhden analysoiduista läheteistä.

Tutkijan kokemus neurologisesta hoitotyöstä ja käytäntöjen tuntemus lisää luotettavuutta. Tutut käsitteet vähentävät väärinymmärryksen mahdollisuutta. Tutkijan kokemuksen mukaan itse kirjoitetun läheteen analysointi ei poikennut muista läheteistä, koska analyysirungon SHTa- ja SHTo-luokitukset ohjasivat aineiston tulkintaa.

Aineisto on kerätty useilla menetelmillä. Ratkaisun tarkoituksenmukaisuutta puolustaa jokaisen osan merkitys kokonaisuuden kannalta. Kartoittavan kyselyn päätehtävä oli saada vastaus kysymykseen, soittavatko osaston 27 hoitajat ennen potilaan siirtoa jatkoahoito-osastoille. Aikaisempien tehtyjen selvitysten perusteella oli tiedossa, että tiedonvälitys puhelimitse on laajasti käytössä, mutta sen asema on jotenkin epävirallinen. Kysymystä puhelimitse tapahtuvasta yhteydenpidosta ei voinut tässäkään ohittaa. Vastauksia tosin palautettiin vähän, mutta vastaukset olivat kaikki samanlaisia. Kyselyn tarkoituksen tuki voi kyseenalaistaa sillä tulos oli tiedossa tutkijan omien havaintojen perusteella perusteella ennen vastauksien palauttamista.

Koska ryhmähaastattelut tehtiin ennen läheteiden sisällön analyysia, niiden perusteella pystyttiin täsmentämään analyysirunkoa. Haastateltujen hoitajien määrä ei ollut erityisen suuri. Haastattelujen sisällön analysoinnin myötä vahvistui haastattelujen aikana muodostunut käsitys siitä, että kolmessa ensimmäisessä haastattelussa oli tullut esille kaikki oleellinen sisältö. Haastatteluja oli siinä mielessä tarpeeksi.

Analysoitavia läheteitä oli yhdeksän. Etsittäessä aineistosta analyysirungon mukaisia ilmauksia (Latvala & Vanhanen & Nuutinen 2003, 32), uudet tapaukset eivät tietyn vaiheen jälkeen tuoneet enää lisää uusia piirteitä aiheesta. Aineisto oli siten saturoitunut (Huovinen T., Rovio E. 2006. 105).

Analysoitavat läheteet oli kirjoitettu ennen rakenteisen kirjaamisen käyttöön ottoa.

Analyysirunkona on SHTaL- ja SHToL-luokitukset. Analyysirunko vastaa hyvin aineistoa. Analyysin luotettavuutta lisää vielä tulosten tarkastelu haastattelujen tuloksia vasten. Analyysin luotettavuuteen pyrittiin vaikuttamalla haastattelujen huolellisella litteroinnilla. Litteroidut haastattelut ja lähetteet luettiin moneen kertaan ennen analyysia. Lähetteen analyysissa luotettavuutta heikentävä seikka oli ilmaisujen tulkinnan vaikeudet. Osa ilmaisusta oli muotoiltu siten, että oli vaikea sanoa, käsittelevätkö ne hoitotyön tarpeita vai toimintoja. SHTaL ja SHToL ohjaavat aineiston tulkinnassa mutta esim. eräät ulostamiseen liittyvät ilmaisut saattoi ajatella kuuluvan sekä erittäminen- tai päivittäiset toiminnot komponentteihin. Samoin liikkumista kuvaavia ilmaisuja olisi voinut sijoittaa aktiviteettiin tai päivittäisiin toimintoihin. Jos ilmaisua ei voi yksiselitteisesti sijoittaa tarve- tai toimintoluokituksiin kuuluvaksi, vaikuttaa se arvioon siitä, miten lähete kuvaa hoitotyön prosessia. Se, että ilmaisun voisi ajatella olevan joko erittämisen tai päivittäisten toimintojen komponentteihin, ei vaikuta tuloksiin merkittävästi. Kummassakin vaihtoehdossa ilmaisu kuvaa potilaan toimintakykyä.

Ryhmäkeskusteluissa tuli esille runsaasti aihealueita, joita jatkohoitoa järjestävien osastojen hoitajat pitivät tärkeinä lähetetietoina. Nämä tietosisällöt olivat potilaan esitiedoiksi luokiteltavia. Nämä tiedot eivät sijoitu analyysirunkoon mutta niiden osuus on arvioitu erikseen, mikä käytäntö lisää luotettavuutta. Toisaalta lähetteiden arvioiminen on näin menetellen monimutkaista ja siten luotettavuutta vähentävää.

Tulosten luotettavuutta lisää se, että vastaavuus analyysirunkon ja aineiston välillä on hyvä. Analyysirunkoon sijoittumattomat lähetteiden arviointiperusteet ovat aineistolähtöisiä. Ne ovat niitä tietosisältöjä, mitä haastatteleman hoitajat pitävät jatkohoidon käynnistämisen kannalta tärkeinä. Satakunnan sairaanhoitopiirin (Kuusisto 2007 b) ja HoiDok-raportissa (Hassinen 2007) haastatellut hoitajat nimeävät samat seikat tärkeiksi tietosisällöiksi. Ja nämä tietosisällöt toistuvat vielä potilaslain määräyksissä potilasasiakirjojen sisällöstä. (Laki 785/1992).

Hoitajien kirjoittamat lähetteet olivat tutkijan hallussa ja käytössä alkuperäisten lähet- teiden valokopioina, joista oli poistettu henkilötiedot. Kukaan ulkopuolinen ei ole saanut lähetteitä nähdäkseen. Potilaiden henkilöllisyys oli toki tutkijan tiedossa sillä osasto 27 on tutkijan työpaikka. Tämän aineiston hankinta tai tutkimuksen tekeminen ei tarvinnut eettisen toimikunnan lupaa vaan luvan myönsi erikoisalalan ylilääkäri.

9.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän aineiston perusteella osastolla 27 hoitajat kirjoittavat lähetteisiin haastattele- mieni hoitajien tärkeinä pitämiä asioita. Lähetteiden sisällön laajuudessa on huomatta- vaa vaihtelua. Jatkohoito-osastojen hoitajat eivät pidä lähetteitä kovin informatiivisina eivätkä hoidonjatkuvuutta edistävinä. Syy näihin moitteisiin on mahdollisesti siinä, että lähetteissä kirjaamisen painopiste on joko hoitotyön tarpeissa tai hoitotyön toimissa. Hoitaja ehkä valitsee kirjaamiseen tärkeämpänä pitämänsä aihealueet. Lähetteet sisältä- vät niukasti hoitotyön suunnittelua ja arviointia. Lähetteet eivät kerro koko hoitotyön prosessin mitalla kustakin asiasta. Jatkohoito-osastojen hoitajat ilmaisivat selkeästi ha- luavansa tietää mitä hoitotyön tarpeita potilaalla on ollut, miten tarpeisiin on vastattu ja mitä on saatu aikaan. Lisäksi toivottiin ilmaistavan tavoitteita jatkohoitoa varten. Niitä ei löytynyt yhdestäkään lähetteestä. Erityisen tärkeänä pidettiin lähetteen tietoa siitä, mikä oli potilaan lähtötilanne; oliko potilas ennen tätä akuuttia tapahtumaa ehkä terve ja toimintakykyinen omillaan toimeentuleva kansalainen vai monenlaista apua tarvitseva moniongelmainen potilas. He pitivät tietoa tärkeänä hoitosuunnitelman tavoitteen mää- rittelyä varten.

Tässä tutkimuksessa havainnot lähetteiden tietosisällöstä ja rakenteellisista puutteista ovat yhteneviä Satakunnan sairaanhoitopiirin (Kuusisto 2007 b) ja HoiDok-hankkeen (Hassinen 2007) sähköisesti tehtyjä hoitotyön lähetteitä tehneiden pilottiyksiköiden saamien kokemusten kanssa. Haastateltujen jatkohoitoa tarjoavien osastojen hoitajat pitivät näitä myös potilaslain asetuksen 11. ja 12. §:ssä (Laki 785/1992) lueteltuja tietosi- sältöjä pilottiyksiköiden hoitajien tapaan keskeisinä jatkohoidon käynnistämisessä. Myös ongelmat ovat samat: lähetteiden jäsentämisessä hoitotyön prosessimallin mukaan on

puutteita. Myöskään Lehtokari (2007) tuloksissa ydintietojen jatkumo ei toteudu johdonmukaisesti.

Remeksen (2006) aineiston analyysissä on ollut käytössä Suomalaisen Hoitotyön Toimintoluokitukselta vanhempi versio kuin tässä tutkimuksessa, mikä haittaa hieman tulosten vertailua. Toisaalta Remeksen aineisto on kerätty eri erikoisalojen osastoilta ja tässä vain neurologiselta kuntoutusosastolta. Siksi onkin luontevaa, että Remeksen tuloksissa keskeisten lääkehoidon, tutkimusten, elintoimintojen tarkkailun ja ravitsemuksen sijaan osastolla 27 keskitytään läheteissä kuvaamaan potilaan toimintakykyä sekä fyysistä ja psyykkistä selviytymistä.

Nämä tutkitut lähetteet ovat ajalta ennen sähköistä kirjaamista. Niiden kirjoittamisessa on hoitajalla ollut oman muistin tukena siis käsin kirjoitetut hoitokirjaukset. Nyt rakenteisen kirjaamisen aikana läheteen kirjoittamiseen on mahdollista löytää päivittäisistä kirjaamisista kutakin komponenttia koskeva materiaali helposti. Whoike-hoitotyön suunnittelu ja kirjaamisohjelma vaativat ja ohjaa nimeämään hoitotyön tarpeet ja asettamaan tavoitteet. Hoitosuunnitelma kulkee mukana ohjaten kirjaamista. Läheteeseen kirjattavien asioiden valinta ja jäsentäminen on edelleen hoitajan ammattitaidon varassa. Hoitotyön prosessin kuvaaminen riippuu hoitajan kyvystä hahmottaa hoitotyön kokonaisuutta ja kyvystä kuvata sitä kirjallisesti.

Nykyisin on olemassa sähköisen potilaskertomuksen sovellutuksia, joissa hoitotyön toimintoihin kirjattua tietoa siirtyy rakenteisesti yhteenvetoasiakirjaan. Rakenteisesti laadittu yhteenveto on kuitenkin sisällöllisesti vaikealukuinen ja ollakseen ymmärrettävä se vaatii editointia. Tällä hetkellä ne ovat kehityksessään vielä alkuvaiheessa.

Nykyinen Efficapotilastietojärjestelmän tekstinkäsittely koetaan ongelmalliseksi. Kirjoittajan ei ole mahdollista lisätä haluamiaan väliotsikoita. Läheteen kirjoittamisen jäsentämistä voisi helpottaa, jos otsikko-luettelossa olisi hoitotyön ydintietojen ohella myös

kaikki tarve- ja toimintoluokitusten komponentit poimittavissa väliotsikoissa. Whoike-hoitosuunnitelma- ja kirjaamisjärjestelmää pidetään hidaskäyttöisenä. Jos osastolla ei ole aikaa tehdä Whoike-järjestelmällä kattavia hoitosuunnitelmia, ei kirjaaminenkaan kuvaa hoitotyön toimintoja. Silloin kirjaaminen ei tue lähetteen kirjoittajaa.

Kartoittavassa kyselyssä ilmeni se, kuinka kuntoutusosastolta hoitajat soittavat jatkohoit-osastoille ennen potilaan siirtoa. Jatkohoito-osastoilla oltiin sitä mieltä, että joko kuntoutusosastolta ei soiteta tai jatkohoito-osastoilla puhelu jää vain siihen vastanneen hoitajan tietoon. Tiedossa on, että kuntoutusosastolta soitetaan jatkohoito-osastoille ennen siirtoa. Tästä ennakoilmoittamisesta sovitaan aina kuntoutuspalaverissa.

Jatkohoito-osastojen hoitajien haastatteluissa tuli esille kuinka eräillä osastoilla hoitajilla ei ollut mahdollisuutta lukea kuntoutusosaston potilaista lähetettyjä fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien siirtoläheteitä. Osa hoitajista ei niitä tosin lukisi vaikka se olisi mahdollistakin. He sanoivat olevansa liian kiireisiä lukemaan pitkiä tekstejä tai sitten he pitivät erityistyöntekijöiden kirjauksia osoitettuna lähinnä kollegoille; sisällöllä ei ollut annettavaa hoitajille. Fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien siirtoläheteistä voi saada tietoa potilaan toimintakyvyn ja kuntoutusmenetelmien lisäksi potilaan persoonallisuudesta ja psyykkisistä voimavaroista.

Potilaiden jatkohoitoon siirtymisen yhteydessä kuntoutusosaston hoitajat ovat omaksuneet käytännön soittaa edeltävästi jatkohoito-osastolle. Tähän käytäntöön ei tarvitse puuttua. Jatkohoitoa järjestävien osastojen pitää huolehtia siitä, että puhelut kirjataan asianmukaisesti. Jos mahdollista jatkohoito-osastoilla olisi hyvä olla hoitajien käytössä myös toimintaterapeuttien ja fysioterapeuttien kirjoittamat läheteet.

Kuntoutusosaston ja perusterveydenhuollon osaston välisessä kommunikaatiossa on sikäli kehittämisen varaa, että poikkeuksellisen vaativahoitoisten potilaiden siirron yhteydessä sulkuaikaan ei ole varmistettu hoitokäytäntöjen opettamista eikä laitteiden

käyttöperehdytystä. Sellaiseen toimintaa on kuntoutusosastolla periaatteessa valmiutta ja sitä on pienimuotoisesti toteutettukin.

Hoitajien saattaa kuulla sanovan kuinka hoitosuunnitelmia tehdessä on vaikea kirjata itsestäänselvyyksinä pidettäviä asioita. Ollaan sitä mieltä, että osataan hoitotyön toteutus ja sitä pidetään ensisijaisen tärkeänä. Tästä seuraa se, että hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on tehtäväkeskeistä kuvaamista. Nykypäivän oloissa Whoikea kirjaamisessa käytettäessä hoitosuunnitelmassa voi olla 2-3 komponenttia, joiden alle hoitotyön toteutukset kirjataan. Sama sirpaleinen tehtäväkeskeisyys toistuu helposti myös hoitotyön läheteissä. Kun halutaan parantaa läheteiden tasoa, edellyttää se hoitotyön prosessia ja päätöksentekoa koskevaa koulutusta.

Hassinen ja Tanttu esittelevät Sairaanhoidaja-lehdessä (2008, 18–20) esimerkin, kuinka kirjoittaa sisällöllisesti kattava hoitotyön yhteenveto ja jatkohoidon suunnitelma. Yhteenveto koostuu hoitotyön ydintiedoista sekä lääkehoidon ja jatkohoidon tiedoista, joita on täydennetty rakenteisen kirjaamisen luokituksilla ja vapaalla tekstillä. Lisäksi yhteenveto sisältää potilaan jatkohoidon kannalta oleellisia otsikkotason tietoja.

Hassisen ja Tantun (2008) esittelemässä esimerkissä potilaan jatkohoidon käynnistämistä auttavasta hoitotyön yhteenvedosta on käytetty kuvaavia otsikoita jäsentämään sisältöä. Otsikko "Perustiedot" sisältää kyseisen hoitajakson päivämäärät ja "Tulotilanne" selvittää miksi ja minkälaisin oirein esimerkin potilas tuli hoitoon. Otsikko "Hoitotyön tarve" esittelee hoitotyön diagnoosin, "Hoitotyön toiminnot" hoidon toteutuksen ja "Hoidon tulokset" hoidon arvioinnin. Otsikko "Toimintakyky" kuvaa potilaan läheteen kirjoittamisen aikaista toimintakykyä. "Hoitoisuusluokka" kertoo potilaan hoitoisuuden numerona ja sanallisesti. Otsikolla "Jatkohoito" selvitetään jatkohoito-ohjeet ja "Erikoissairaanhoidon yksikkö" muistuttaa kontrolliajasta erikoissairaanhoidossa. Otsikko "Lääkehoito" luettelee potilaan lääkityksen siirtohetkellä ja "Per os lääkityksen antaminen" ilmoittaa potilaan viimeksi saaman lääkityksen.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella Hassisen ja Tantun Hoitotyön yhteenvedoa voisi täydentää eräillä otsikoilla ja tietosisällöillä (LIITE 3). Hoitotyön lähetteeksi tarkoitettussa yhteenvedossa voisi olla yhtenä lisäyksenä otsikko "Perhetilanne", missä kerrotaan perhesuhteet, asuminen ja lisäksi potilaan toimintakyky ennen sairastumista sekä erityisesti vanhuksien ja vajaakuntoisten kohdalla se, kuka huolehtii ja vastaa potilaan ja hänen perheensä päivittäisen elämän käytännöistä. Hassisen ja Tantun esimerkissäkin olevan "Tulotilanne"-otsikon alle tämän tutkimuksen tulosten perusteella pitäisi lisäksi kirjata aikaisempi hoitohistoria ja tämän hoitokerran vaiheet. Tämä lisäyksen tarve saattaa juontaa potilaiden huonokuntoisuudesta ja pitkästä hoitohistoriasta, jolloin hoidon eri vaiheita on vaikea hahmottaa lukuisista yhteenvedoista. Haastatteluissa esille noussut tarve kuulla potilaiden monikulttuurisista piirteistä on tämän aikakauden ilmiö. Haastatellut hoitajat halusivat esitieto-osioon otsikon "Riskitiedot", mikä Hassisen ja Tantun esimerkistä puuttuu. Riskitiedoilla tarkoitetaan tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle.

Hoitotyön yhteenvedon/lahetteen keskeisen sisällön muodostavat hoitokertomuksen ydintiedot niin Tantun ja Hassisen esimerkissä kuin haastateltujen hoitajien mielestäkin. Nykyaikana Whoike-kirjausalusta tukee hoitajaa hoitotyön suunnittelussa. Hoitotyön tarpeet täytyisi tunnistaa riittävän yksityiskohtaisesti. Jos komponentteja tehdään liian vähän, osa kirjattua hoitotyön toteutusta jää perusteluitta. Hoitaja, joka ei tunne potilasta, ei pysty jatkamaan työtä hoitosuunnitelman varassa. Jos hoitosuunnitelma on kovin yksityiskohtainen, on toteutuksen kirjaaminen aikaa vievää.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella pitää Hassisen ja Tantun esimerkkiin lisätä vielä otsikko "Hoitotyön tavoitteet". Hoitotyön tulosten arvionnissa voitaisiin vielä käyttää tavoitekohtaisesti Whoike-kirjaamisalustan "Hoidon tuloksen tila"-valikon vaihtoehtoja "Huonontunut", "Ennallaan" tai "Parantunut". Kun otsikko "Toimintakyky" kertoo potilaan siirtohetken aikaisen suoriutumisen ja avun tarpeen, on tiedoista apua hoitajille

potilasta vastaanottaessa. Jatkohoitoa kuvaava otsikko täydennetään otsikoksi "Jatkohoidon tarve ja tavoitteet", minkä sisällön pitäisi olla haastateltujen hoitajien mielestä potilaan lähtötilanteen huomioiva ja erikoissairaanhoidon asiantuntemukseen perustuva. Jos nämä tiedot löytyvät lähetteestä, on tavoitteiden asettaminen ja siten hoitotyön käynnistyminen jatkohoidossa sujuvampaa. Lähetteen tulee sisältää hoitoisuusluokan ja mahdolliset sovitut kontrollikäynnit erikoissairaanhoidossa.

"Lääkehoito"-otsikon alle kirjattaisiin potilaan ajan tasainen lääkitys siten että siitä käy ilmi siirtopäivänä annosteltu lääkitys sekä määräajoin annettava ja erityistä seurantaa vaativa lääkitys. Viimeiset otsikot olisivat, minne potilas lähtee jatkohoitoon ja potilaan omaisen yhteystiedot sekä tietääkö omainen siirrosta.

Potilaan hoitotyön siirtolähete voisi olla yllä kuvatun hahmotelman kaltainen. Ydintietoja olisi hyvä pystyä jäsentämään vielä SHTaL- ja SHToL-komponenteilla sekä niiden ylä- ja alaluokilla. Käytännön työtä helpottaisi, jos kaikki otsikot ja komponentit olisivat saatavissa tekstinkäsittelyjärjestelmän fraasivalikosta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitajien kirjoittamat hoitotyön siirtolähteet sisältävät asianmukaista tietoa. Syy, miksi lähetteiden rakenteessa ei toistu hoitotyön päätöksenteon prosessimalli, ei tutkimuksessa selviä. Olisi mielenkiintoista tietää, onko päätöksenteon prosessimallin sisäistämisessä tai käsitteellisessä hallinnassa puutteita vai korjautuisiko asia jonkinlaisella tietoteknisellä struktuurilla luovalla tuella. Näiden havaintojen lisäksi tutkimuksen käytännöllinen hyöty on liitteenä oleva kuvitteellista potilasta koskeva Hassisen ja Tantun (2008) lähetteestä muokattu kehitysversio. Muutokset ja täydennykset on kirjoitettu siihen kursiivilla.

LÄHTEET

Ahonen, O., Ikonen, H., Koivukoski S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidaja 10. Vol 80 (10), 9.

Ahonen, O. Karjalainen-Jurvelin, R., Ora-Hyytiäinen, E., Rajalahti, E., Saranto, K. 2007. Sähköisen kirjaamisen opettaminen terveystieteen koulutuksessa. Teoksessa Hopia H., Koponen L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä. Sairaanhoidajaliitto.

Ensio A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Ensio A., Saranto, K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Sipoo. Suomen sairaanhoidajaliitto ry.

Eurobarometri 71. Kansalaismielipide Euroopan unionissa. Kansallinen raportti. 2009. Verkkojulkaisu. Viitattu 1.3.2010. Saatavissa http://www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb71/eb71_fi_fi_exec-pdf

Halila L. 1998. Kirjaaminen tai dokumentointi. Teoksessa Halila L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Kirjayhtymä Oy. Helsinki

Hamari E., Häyrynen E. Effic on nyt otettu käyttöön. Verkkojulkaisu. Saatavissa <http://www.ksshp.fi>

Hassinen T.2007. Hoitotyön kirjaamisen arviointi pilotointien jälkeen. Hankearvioinnin osaraportti. Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti osa 2. Viitattu 25.9.2009. Saatavissa <http://www.vsshp.fi/HoiDok-Loppuraportti-osa-2-arviointi-090908.pdf>.

Hassinen T., Tantt K. 2008. Hoitotyön rakenteisen yhteenvedon ja jatkohoidon suunnitelman loppuraportti. Hankearvioinnin osaraportti. Valtakunnallisen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke. Loppuraportti osa 2. Viitattu 25.9.2009. Saatavissa <Http://www.vsshp.fi/HoiDok-Loppuraportti-osa-2-arviointi-090908.pdf>.

Hassinen T., Tantt K. 2008. Hoitotyön yhteenvedo turvaa potilaan jatkohoidon. Sairaanhoidaja 3 Vol 81 (3), 18, 19.

Hirsijärvi S., Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsijärvi S., Remes P., Sajavaara P. 1998. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä

Huhtala M., Kouki S., Kuparinen S., Ruuhijärvi J. 2008. Kotiuttamisprosessi terveydenhoidossa. Versio 1.1. Viitattu 22.9.2009. Saatavissa http://www.soberit.hut.fi/T-86.5161/2007Healthcare_v1_1.pdf

Huovinen T., Rovio E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio E., Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Dark Oy. Vantaa.

Häyrinen K, Ensio A. 2007. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Häyrinen, K., Porrasmä, J., Komulainen, J., Hartikainen, K. 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Loppuraportti 3.2.2004. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 5/2004. Helsinki: Stakesin monistamo.

Kuusisto A. 2007a. Kohti yhtenäistä hoitotyön kirjaamista Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Sähköisen hoitotyön yhteenvedon kokeilusta saatiin positiivisia tuloksia. Sairaanhoitaja 8, vol 80.

Kuusisto A. 2007b. Kokemuksia hoitotyön sähköisestä yhteenvedosta Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Viitattu 22.9.2009. Saatavissa <http://www.salpanet.fi/public>

Käypä hoito – suositukset – Duodecim. 2006. Aivoinfarkti. Viitattu 28.2.2010. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi>

Laki 1116/1990. Mielenterveyslaki. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Laki 1117/1990. Laki kansanterveyslain muuttamisesta. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1990/19901117>

Laki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki 731/1999. Suomen perustuslaki. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi>

Laki 856/2004. Erikoissairaanhoitolaki. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Laki 566/2005. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuuksista. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050566>

Laki 298/2009. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Verkkodokumentti. Viitattu 30.9.2009. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Latvala E., Vanhanen- Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S., Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva.

Lauri, S. Lehti, T., Heinonen, S. 1997. Polikliinisen hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja arviointi Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala. Hoitotyön julkaisusarja A:24 1997.

Lauri S. Lehti, T. 2000. Hoitotyön kirjaaminen teoriassa ja käytännössä. Kokemuksia Turun yliopistollisesta keskussairaalaasta. Sairaanhoidtaja 8, vol 73, 19,20.

Lehto, J. 2000. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa Nouko-Juvonen S., Ruotsalainen P., Kiikkala I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammi. Helsinki.

Lehtokari O. 2007. Hoitotyön tiedonhallinta äitiyshuollossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Verkkodokumentti. Viitattu 1.3.2010. Saatavissa <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/gradulehtokari.pdf>

Nuutinen M. 2000. Hoitoketju. Duodecim 116: 1821–1828.

Opas. Ydintietojen, otsikoiden ja näkymien toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 2.2. 31.1.2007. HL7 Finland ry. Verkkodokumentti. Viitattu 30.4.2007. Saatavissa <http://www.vtt.fi/virtual/ht/cda/opas-spk-ydintiedot-2007-01-31.pdf>

Risikko P. 2009. Terveys ja hyvinvointi kaikissa politiikoissa. Verkkodokumentti. Viitattu 28.2.2010. Saatavissa http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4629DF97-CD17-4584-886B-48C1F95F4C08/14181/0121_XIITerveKuntap%C3%A4iv%C3%A4t_Helsinki.pdf

Remes K.M. 2006. Rakenteisesti kirjattu tieto hoitopalautteissa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Verkkodokumentti. Viitattu 28.1.2010. Saatavissa <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/kmremesgradu.pdf>

Ruusuvuori J., Tiittula L. (Toim.) 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus.

Vastapaino. Tampere.

Rönkkö, I., Väisänen, S., Toivanen, I., Halila, L. 1998. Hoitotyön tiivistelmän laatiminen. Teoksessa Halila, L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Saarela O. 1999. Perusterveydenhuollon tiedonhallinnan historia. Teoksessa Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toim. Saranto K., Korpela M. WSOY. Porvoo.

Saaren-Seppälä T. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävästä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Helsingin yliopisto. Toiminnan teorian ja kehittävän työtutkimuksen yksikkö. Tampereen yliopistopaino.

Saranto, K. Sonninen A.L. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Sonninen A-L. Ikonen H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Sonninen A-L. 2007. Termistöjen käyttö kirjaamisessa. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K., Sonninen, A.L. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki. WSOY.

Stakes 2002a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilasasiakirjasanasto. Verkkodokumentti. Viitattu 28.1.2008. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi>

Stakes 2002b. Sosiaali- ja terveydenhuollon käsitteitä tietojärjestelmien suunnittelua varten. Verkkodokumentti. Viitattu 25.1.2008. Saatavissa: <http://sty.stakes.fi>

STM 2001: Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Verkkodokumentti. STM:n julkaisu 2001:4. Viitattu 5.5.2008. Saatavissa: <http://www.terveys2015.fi>

STM 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. (Verkkodokumentti) Työryhmämuistioita 2002:3. (Viitattu 5.5.2008.) Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys42.htm>

Tilastokeskus 2010. Julkisten menojen BKT-suhde kääntyi kasvuun vuonna 2008. Verkkodokumentti. Viitattu 1.3.2010. Saatavissa http://www.stat.fi/til/jmete/2008/jmete_2008_2010-01-29_tie001_fi.html

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi

11.4.2002. Verkkodokumentti. Viitattu 21.2.2008. Saatavissa
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveysprojekti/terveydenhuollon-rahdat.htm;14:1871-187>

Vehviläinen A., Kumpusalo E., Kivelä S-L., Takala J. 1999. Epikriisit sairaaloista terveyskeskuksiin ennen valtionosuusuudistusta ja sen jälkeen.. Suomen Lääkärilehti 19995.

Ylipartanen A. 2003. Potilasasiakirjojen laatiminen ja säilyttäminen. Sairaanhoitaja 1, vol 76, 39.

LIITE 1: Kartoittava kysely

Potilaan siirtyminen jatkohoitoon

Kuntoutusosaston mennessä sulkuun kuluvan kesäkuun lopussa osa potilaista joutuu siirtymään kesken hoitajakson jatkohoitoon terveystieteiden keskusosastoille. Opiskeluuni Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa liittyvässä kehityshankkeessa tarkastelen tätä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Hankkeen tarkoituksena on selvittää kuinka kuntoutusosastolle potilaan hoitotyöstä ja kuntoutuksesta kertynyt tieto siirretään jatkohoitoyksikköön ja kuinka välitetty tieto palvelee hoidon jatkuvuutta.

Hoitotyön tietojen välittämisessä potilassiirron yhteydessä ensisijainen väline on hoitajien kirjoittama lähete. Hoitajat käyttävät tähän myös muita keinoja. Alla oleva kysely liittyy nykyisen siirtokäytännön kartoittamiseen ja pyydän Sinua vastaamaan näihin kysymyksiin.

- 1) Välitätkö potilassiirron yhteydessä hoitotietoja jatkohoitoyksikköön?
- 2) Oletko käyttänyt hoitotietojen välittämiseen muita keinoja kuin hoitotyön lähete?

Jos vastauksesi on kyllä, jatka eteenpäin.

- 3) Millä muilla tavoin olet välittänyt hoitotietoja vastaanottavaan yksikköön?
- 4) Mitä tietoja olet näissä yhteydenotoissa välittänyt?

Voit vastata kyselyyn sähköpostissa tällä kirjepohjalla tai palautta vastauksesi sisäpostissa ennen osaston sulkemista. Hävitän tulosten käsittelyssä vastausten tunnistetiedot.

Kiitos jo etukäteen. Risto Vidgren.

LIITE 2: Teemahaastattelun sisältö

Yhteistoiminta

- minkälainen suhde erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä yhteisen potilaan hoitamisessa
- onko yhteistyösuhde
- mitä mahdollinen yhteistyö on konkreettisesti
- minkälaista yhteistyön pitäisi olla

Hoitotyön läheteiden sisältö

- tuleeko potilastiedot riittävän ajoissa
- mitä tietoja tulisi lähettää ennalta
- mistä tietolähteistä hoitajat keräävät tarvittavat tiedot käynnistettäessä uuden potilaan hoitotyötä
- tukeeko läheteiden sisältö hoidon jatkuvuutta
- sisältävätkö läheteet hoitotyön kannalta tarpeelliset tiedot
- mitä tietoja läheteistä puuttuu
- mitä tietoja niissä pitäisi olla

Moniammatillisuus

- luetaanko toimintaterapian ja fysioterapian läheteitä
- mitä tietoja niistä käytetään

Muuta

- mitä muita keinoja hoitotietojen välittämisessä voisi käyttää
- millä kriteereillä pitäisi hoitotietoja välittää puhelimitse
- missä tapauksessa potilaan siirto pitäisi tehdä saattaen

LIITE 3: Hoitajälähetteen malli

Henkilötunnus Nimi Pvm Toimipaikka Erikoisala Hoitojakso	.
<i>Perhetilanne</i>	Potilas, 70-vuotias rouva, asuu puolisonsa kanssa H:n taajamassa nykyaikaisilla mukavuuksilla varustetussa yksitasoisessa omakotitalossa. Pystyneet huolehtimaan yhdessä taloudenpidosta ilman ulkopuolista apua. Kukaan lapsista ei asu paikkakunnalla. Potilaan toimintakykyä heikentänyt somaattiset perussairaudet ja taipumus depressiivisyyteen
Tulotilanne	Potilas on obeesi ja sairastaa kr. flimmeriä, verenpainetautia, sydämen vajaatoimintaa, DM II:a ja on ajoittain depressiivinen. Kuluvan vuoden helmikuussa potilas joutui teho-osastolle äkillisen hengenahdistuksen ja hengitysvajauksen vuoksi. Tuolloin todettiin Guillain-Barre-polyradikuliitti. Kuun puolessa välissä potilas trakeostomoiitiin ja aloitettiin respiraattorihoito. Potilas oli sittemmin hoidettavana os:lla 18 ja siirtyi keuhko-osastolta 26 respiraattorivieroituksesta os:lle 27 heikentyneen aktiviteetin ja hengitysvajauksen vuoksi kuntoutusjaksolle. Potilas ei tarvinnut enää respiraattoria ja trakeostomia-avanne oli sulkeutunut. Hän oli vuodepotilas, jalat olivat veltot ja voimattomat. Potilas hallitsi ylävartaloaan ja käsien voima ja toimintakyky oli hyvä.
<i>Riskitiedot</i>	MRSA-eristys
Hoidon tarve ja tavoitteet	Hengenahdistus: Vierottunut respiraattorista. SpO2-taso 90 % vaiheilla. Tavoitteena spontaani hengitys ilman lisähappea Aktiviteetin heikkeneminen: Parapareesioire, liikkumisessa, peseytymisessä ja pukemisessa avun tarvetta. Tavoitteena potilaan edistyminen omaoimisuudessa ja jalkojen nivelten virheasentojen välttäminen. Psyykinen tasapaino: Mielialan vaihtelu, pelokkuus ja virikkeiden puute. Tavoitteena potilaan sopeutuminen elämäntilanteeseen ja omien resurssien löytäminen. Suojaeristuksen tarve: MRSA Ihorikko: Alaselässä ihorikko ja vatsalla fisteli. Tavoitteena ihorikkojen parantuminen. Kirurginen haava: Trakeostomia-avanne juuri sulkeutunut. Tavoitteena komplikaatioiden välttäminen. Virtsauampi, ripulointi. Tavoitteena spontaani virtsaaminen, vti.n välttäminen ja vatsan toiminnan normalisoituminen. Erityistä seuranta vaativa lääkitys: lääkitys diabeteksen ja kr.

Toiminnot	<p>flimmerin hoitoon.</p> <p>Hengitys: SpO₂-tason seuraaminen. Lisähappea tarvittaessa. PEP-puhallukset x 3.</p> <p>Päivittäiset toiminnot: Käytetään peseytymässä laverilla. Annetaan mahdollisuus omatoimisuuteen. Pesee itse ylävartalon. Pyyhkii ihoaan lapuilla kuumina päivinä. Pesee itse hampaansa. Siirtymiset yhden avustamana banaanilaudalla. Avustetaan vuoteessa istuma-asentoon tai g-tuoliin, missä syö omatoimisesti.</p> <p>Virikkeiden järjestäminen: Hankitaan potilaalle luettavaa Toiminnallisuutta ylläpitävä asentohoito: Vuoteessa jyrkissä kylkiasennoissa hengitysvaikeuksia, suosittu päivällä asennon muutoksia tiheästi. Saapaslastat.</p> <p>Kudoseheys: Sakraalialueen ihorikkojen suihkutushuuhtelu, katteisiin haavoihin Intrasite-geeli, verikkäiden haavanpohjien penslaus gentianavioletililla. Sidoksena Mepilex. Vatsan fistelin huuhtelu ja Sorbact-nauha.</p> <p>Erittäminen: Vatsa toimii spontaanisti. Kertakatetroinnit 3 tunnin välein, tiedostaa rakon.</p> <p>Psyykinen tasapaino: Potilaan kanssa toimitaan rauhallisesti ja hänen ajoittaista hätäntyneisyyttä tyyntytellen. Ollaan mahdollisuuksien mukaan hänen seuranaan ja tuetaan puolison vierailuja. Verensokerin seuranta ja hoito: gm x 2 / vrk, insuliini mm. Sokeriton-dieetti.</p>
Tulokset	<p>Aktiviteetin seuranta: Jaksaa istua pyörätuolissa 1,5 tuntia kerrallaan ja lukee mielellään vuoteessa. Tekee toimintakyvyn rajoissa adl-toimia. Kestävyys ei riitä pitkiin ponnistuksiin. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> parantunut Alaraajat edelleen täysin voimattomat. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> ennallaan</p> <p>Kudoseheys: Sakraalialueen haavan paranemista haittaa ripulointi. Muuta haavat myös ärtyneitä. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> huonontunut. Trakeostomia-avanne sulkeutumaisillaan. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> parantunut.</p> <p>Hengitys: SpO₂-taso luokkaa 93–95 %. Ei lisähapen tarvetta. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> parantunut</p> <p>Psyykinen tasapaino: suhtautuu luottavaisesti tulevaisuuteen, ahdistuu vain uusista asioista. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> parantunut</p> <p>Verensokerin seuranta ja hoito: Verensokerin taso tasainen. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> ennallaan.</p> <p>Erittäminen: Virtsauampi. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> Ennallaan. Ripulointi. <i>Hoidon tuloksen tila:</i> Ennallaan.</p>
Toimintakyky	<p>Parapareesioire. Tarvitsee apua peseytymisessä, pukeutumisessa ja ruokailussa. Siirtymiset yhden avustamana.</p>
Jatkohoidon tarve ja tavoitteet	<p>Potilas edelleen sairaalahoidon tarpeessa. Tavoitteena on aktiviteetin kohentuminen ja hengitysvoiman paraneminen samassa suhteessa. Obesiteetin vuoksi siirtymiset eivät onnistune omatoimisesti, jos jaloissa ei ole aktiviteettia. Sakraalialueen ihorikkojen hoitamiseksi pitäisi saada ripulointi loppumaan. Tavoitteena on että potilaan voimavarat riittävät kuntoutumiseen.</p>

Hoitoisuus	Luokka 3
<i>Jatkohoito</i>	Kyllö os 2 27.6.
Lääkehoito	<p><i>Erityisesti seurattava lääkitys:</i> Marevan mm. Seuraava INR otetaan 29.6. Marevan-hoitokaavake potilaan papereissa. Protaphan-insuliini 10 ky aamuisin. Gm aamulla ja illalla. Listan mukainen lääkitys: Panadol 1 g 1x3 klo 8, 14, 19 Bisoprplol 5 mg 1x1 klo 8 Cardace 5 mg 1x1 klo 8 Furesis 40 mg 1x2 klo 8, 14 Peratsin 4 mg 1x1 Marevan mm. Protaphan-ins. mm. Potilaan siirtopäivänä saama lääkitys: Listan mukaiset aamulääkkeet klo 8 <i>Potilaan määräjain saama lääkitys:</i> Deca-Durabolin 1 amp 3 vk välein. Seuraavan kerran 16.7.</p>
<i>Yhteystiedot</i>	Puoliso Xxxxxx Xxxxxxxxxx puh --- ----- on tietoinen siirrosta