

**Poranen Elina & Rintala Niina**

**VIERELLÄ KULKIEN, TURVALLISESTI SAATTAEN**

**Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen syöpäpotilaan mukana**

**Opinnäytetyö**

**KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

**Syyskuu 2011**



## TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

<b>Yksikkö</b> Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö, Kokkola	<b>Aika</b> SYYSKUU 2011	<b>Tekijä/tekijät</b> Poranen Elina & Rintala Niina
<b>Koulutusohjelma</b> Hoitotyön koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> VIERELLÄ KULKIEN, TURVALLISESTI SAATTAEN Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen syöpäpotilaan mukana		
<b>Työn ohjaaja</b> Ala-Korpi Riitta, Hoitotyön koulutusohjelmajohtaja	<b>Sivumäärä</b> 56 + 10	
<b>Työelämäohjaaja</b> Tikkakoski- Alvarez Hannele, Hoitotyön johtaja Kokkolan terveyskeskus & Linna Helena, Osastonhoitaja kirurgian- ja syöpätautien poliklinikka		
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua. Tiedonkulkua tarkasteltiin sekä organisaatioiden välillä että organisaation sisällä. Organisaatioilla tarkoitetaan Kokkolan terveyskeskusta ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurua. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla tiedonkulku olisi entistä luotettavampaa, asianmukaisempaa ja ajankohtaisempaa. Näin voidaan kehittää tiedonkulun osalta potilaan hyvän hoidon toteutumista.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa tarkastellaan syöpää sairautena, hoitojen kulkua, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rooleja syöpäpotilaan hoitopolulla sekä tiedonkulkua. Teoriaosuudella oli tarkoitus tuottaa pohja tutkittavalle asialle sekä antaa kuva esitettävästä asiasta lukijalle. Teoriasisältö pohjautuu kappaleissa näkyviin lähdemateriaaleihin. Empiirinen osuus opinnäytetyöstä toteutettiin kvalitatiivisena kyselytutkimuksena, joihin vastasi sairaanhoitajia seitsemästä eri yksiköstä. Vastauksia saatiin sekä yksiköiden yhteisen pohdinnan tuloksina, että yksittäisen hoitotyön ammattilaisen silmin katsottuna. Kyselyitä lähetettiin yhteentoista terveydenhuoltoalan yksikköön.</p> <p>Syöpäpotilasta koskevan tiedonkulun koettiin tarvitsevan kehittämistä. Vaikka kokonaisuudessaan tiedonkulkua arvioitiin kohtalaisesti toimivaksi, koettiin matkalla olevan liian monia kompastuskiviä jotka hidastivat tai jopa aiheuttivat vaaratilanteita syöpäpotilaan hoidossa. Selkeytymättömän työnjaon, yhtenäisen tiedonvälitystavan puute, puutteellisten potilastietojen ja kaunisteltujen tietojen koettiin vaikeuttavan hoitotyötä, jossa syöpäpotilaalle tarjottaisiin ihmisarvoa kunnioittavaa ja hyvää hoitoa. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että syöpäpotilaita hoitavat sairaanhoitajat kaipaavat työvälineikseen yhdessä määriteltyjä toimintatapoja, ihmiseltä ihmiselle kulkevaa tietoa, ja organisaatorajat ylittävää yhteistyötä sekä yhteisiä koulutuksia.</p>		

### Asiasanat

Dnr- päätös, hoitopolku, hoitotahto, kuratiivinen hoito, laadullinen tutkimus, organisaatio, palliatiivinen hoito, raportointi, saattohoito, sisällön analyysi, syöpä, tiedonkulku, yhteistyö

**ABSTRACT**

<b>CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES</b>	<b>Date</b> September 2011	<b>Author</b> Poranen Elina & Rintala Niina
<b>Degree programme</b> Nursing Degree Program		
<b>Name of thesis</b> Walking Alongside, Adjusting and Securing, Ensuring an Accurate and a Proper Information Flow Being Transmitted with Each Patient Suffering from Cancer		
<b>Instructor</b> Ala-Korpi Riitta, Director of Nursing Degree Programme	<b>Pages</b> 56 + 10	
<b>Supervisor:</b> Tikkakoski- Alvarez Hannele , Director of Nursing, Kokkola Health Centre & Linna Helena, Head Nurse of The Department of Surgery and Oncology		
<p>Purpose of this study was to examine and to describe cancer patients' information flow during the nursing care. The flow of information was examined between organizations as well as within the organizations that were responsible. Organizations refers to the Health Center of Kokkola and the Central Ostrobothnia Municipal Federation for specialized medical care in specialized and basic service "Kiuru". The aim of the thesis was to produce information that allows data flow to be more reliable, more appropriate, and timely. This can improve the information flow to the patient assuring realization of a good treatment.</p> <p>In the theory section of the study cancer is examined as a disease, as well as the course of the treatment, the roles of special medical care and basic health care in the cancer patient's path and the flow of information. The theory section was intended to produce the basis for the target of the study and provide a whole picture of the subject to the reader. The theory is based on the contents of paragraphs as seen on the source materials. The empirical part of the thesis was carried out as a questionnaire survey, which was responded to by nurses from seven different departments. Responses were received from all the units and both as outcomes of discussions and also as seen through an individual nursing professional's eyes. Questionnaires were sent to eleven health care units.</p> <p>The flow of information on cancer patient was seen to be in need of development. Although the entirety of information flow was estimated to be moderately effective, it was felt that there were too many stumbling blocks on the way that slowed down the treatment or even dangerous situations were caused by the lack of an organized information sharing system, by an unorganized division of labour, a deficient uniform method of communication, lack of patient data and the coloured information were seen to hinder the nursing care of cancer patients, as well as their human dignity and good care. The study results have indicated that nurses caring patients need as their tools jointly specified procedures, information passing from a human being to another, and co- operation a cross organization borders and joint training.</p>		
<b>Key words</b> Cancer, Content analysis, Co-operation, Curative care, DNR decision, Information flow, Organization, Palliative care, Quality research, Reporting, Terminal care, Treatment intent, Treatment path		

**Sisällys:**

<b>JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>1 SYÖPÄ</b>	<b>2</b>
1.1 Syöpä sairautena	2
1.2 Syövän yleisimmät tyypit ja niiden esiintyvyys	2
1.3 Syöpään sairastuneisuus, ennusteet ja hoidon kehittyminen	3
<b>2 SYÖPÄPOTILASTA KOSKEVAN HOIDON LINJAUS</b>	<b>4</b>
2.1 Kuratiivinen hoito	4
2.2 Palliatiivinen hoito	4
2.3 Hoitotahto	5
2.4 DNR- päätös	5
2.5 Saattohoito	6
<b>3 ROOLIT JA TYÖNJAKO SYÖPÄPOTILAAN HOITOKETJUSSA</b>	<b>8</b>
3.1 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon roolit syöpäsairauksien hoidossa	8
3.2 Potilaan hoitopolku ja mukana kulkeva tieto	9
3.3 Organisaatioiden välisen yhteistyön haasteita	11
3.4 Tiedonkulku	12
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>16</b>
<b>5 AINEISTO JA MENETELMÄT</b>	<b>17</b>
5.1 Laadullinen tutkimus	17
5.2 Menetelmän ja tiedonantajien valinta	18
5.3 Sisällön analyysi	19
<b>6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>21</b>
<b>7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>23</b>

<b>8 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>25</b>
<b>8.1 Syöpäpotilaan vastaanottotilanteessa kulkeva tieto</b>	<b>25</b>
<b>8.2 Syöpäpotilasta koskeva tiedonkulku hoitojakson aikana</b>	<b>27</b>
<b>8.3 Tiedonkulku ja työnjako kun syöpää sairastavaa potilasta hoidetaan useammassa kuin yhdessä yksikössä</b>	<b>28</b>
<b>8.4 Syöpää sairastavaa potilasta koskeva tiedonkulku potilaan siirtyessä yksiköstä eteenpäin</b>	<b>30</b>
<b>8.5 Kirjaamisjärjestelmä</b>	<b>31</b>
<b>8.6 Tietojen etsimiseen käytettävä aika</b>	<b>32</b>
<b>8.7 Kompastuskivet</b>	<b>32</b>
<b>8.8 Hyvin toimivat osiot tiedonkulussa</b>	<b>34</b>
<b>8.9 Kehittämisideat</b>	<b>34</b>
<b>9 JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>36</b>
<b>10 YHTEENVETO</b>	<b>42</b>
<b>11 TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS</b>	<b>44</b>
<b>12 POHDINTA</b>	<b>45</b>
<b>12.1 Pohdinta, Elina</b>	<b>49</b>
<b>12.2 Pohdinta, Niina</b>	<b>51</b>
<b>13 TUTKIMUKSEN AIKATAULU JA RAPORTOINTI</b>	<b>53</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>54</b>
<b>LIITTEET</b>	

## JOHDANTO

Tilastojen mukaan syöpään sairastuu vuosittain yhä enemmän väestöä ja myös eloonjäämisluvut ovat jatkuvassa kasvussa. Samalla kasvaa myös ammattitaitoisen henkilökunnan ja hoitojen jälkeisten kontrollien tarve. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 100; Suomalainen syöpärekisteri 2010.)

Kokkolan seudun asukkaille on erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa tarjolla syöpään erikoistunutta henkilökuntaa, mutta opinnäytetyön suunnitelmapalaverissa saamamme tiedon mukaan, tehtävänjako organisaatioiden sisällä sekä organisaatioiden välillä on selkiytymätöntä.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua. Tiedonkulkua tarkastellaan sekä organisaatioiden välillä että organisaation sisällä. Organisaatioilla tarkoitetaan Kokkolan terveystieteiden keskusyksikön ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurua. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla tiedonkulku olisi entistä luotettavampaa, asianmukaisempaa ja ajankohtaisempaa. Näin voidaan kehittää tiedonkulun osalta potilaan hyvän hoidon toteutumista. Hyvän hoidon ja potilaanpolun kannalta erityisasemaan nousee hoitoketjun ammattitaitoisuus, hoidon jatkuvuus, tiedon siirtyminen ja hoitosuhteen luotettavuus.

Syövän kontrollit siirtyvät nykypäivänä yhä aikaisemmassa vaiheessa perusterveydenhuollon piiriin. Opinnäytetyössämme tutkimme tietojen luotettavaa, asianmukaista ja ajankohtaista siirtymistä potilaan mukana. Tutkimuksemme on laadullinen. Tutkittavien joukon muodostivat syöpäpotilaita hoitavat sairaanhoitajat sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Tutkimustieto kerättiin avoimella kyselylomakkeella ammattihenkilöstöltä. Kerätty tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Analysoinnista muodostettiin tulokset ja tuloksista johdettiin johtopäätökset.

Syöpä on sairautena raskas ja pelottava. Pelko sairauden uusimisesta kulkee mukana lopun elämää ja tämän taipaleen tukijana sekä potilaan puolestapuhujana olisi ensisijaisen tärkeää toimiva hoitoketju.

# 1 SYÖPÄ

## 1.1 Syöpä sairautena

Syöpätaudit ovat monimuotoinen ryhmä sairauksia, joiden syyt, taudin kulku, oireet ja hoito saattavat poiketa paljonkin toisistaan. Syövän hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti. Hoidon valintaan vaikuttavat sairauden tyyppi ja levinneisyys. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 95.)

Karsinogeneesi eli syövän synty on prosessi, jossa solun perimäaineksen vaurioituminen aiheuttaa solun muuttumisen pahanlaatuisiksi monivaiheisessa tapahtumasarjassa, joka kestää vuosia tai vuosikymmeniä. Kahden vuosikymmenen ajalta kerätty tieto solujen toiminnasta ja niiden kasvun säätelystä on osoittanut, että syövän syntymekanismina ovat erilaiset häiriöt solujen kasvun, solujen jakautumisen ja perimän eheyttä ylläpitävien geenien toiminnassa. (Holmia ym. 2008, 95.)

Syöpävaaraan vaikuttavat monet ympäristötekijät ja elintavat, kuten ravinto, tupakointi, alkoholin käyttö, seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytyminen, mikrobit, asuin- ja työympäristön pöly- ja kemikaalialtisteet sekä perimä. On arvioitu, että teollistuneiden maiden syöpätapauksista kolme neljästä - tai jopa yhdeksän kymmenestä johtuu kokonaan tai osittain ulkoisista tekijöistä. Siten on ainakin periaatteessa mahdollista ehkäistä suuri osa syöpätapauksista joko poistamalla haitallisia tekijöitä tai vahvistamalla syövältä suojaavien tekijöiden vaikutusta. (Lyly 2005.)

## 1.2 Syövän yleisimmät tyypit ja niiden esiintyvyys

Joka vuosi diagnosoidaan 27000 uutta syöpätapausta Suomessa. Luku jakautuu tasaisesti sukupuolten välillä. Yleisin syöpä naisilla on rintasyöpä, kun taas miehillä se on eturauhasen syöpä. Syöpätapaukset ovat lähes kaksinkertaistuneet vuodesta 1960. Myös eri syöpien esiintyvyys on muuttunut. Vatsan, ruokatorven, huulen ja kurkun syövät ovat vähentyneet yleisesti. Keuhkosityövän esiintyvyys miehillä on laskenut tupakoinnin vähentymisen vuoksi, mutta naisilla esiintyvyys on taas kasvanut päinvastaisesta syystä. Eturauhasen ja virtsarakon syövän esiintyvyyden kasvu miehillä selittyy osittain diag-

nostiikan kehittymisestä. Naisilla rintasyöpä on jatkuvasti yleistynyt, kuten myös ihosyöpä sekä keskushermoston syövät. Edellä mainittujen lisäksi muun muassa sekä naisten että miesten suoliston syövät, lymfoomat, aivojen ja keskushermoston kasvaimet lisääntyvät. (Mäklin & Rissanen, 2006.)

Rinta- ja eturauhassyövän odotetaan edelleen kasvavan siten, että vuoteen 2015 mennessä niitä on jo yli kolmasosa kaikista uusista syöpätapauksista. Lisääntynyt syöpien esiintyvyys selittyy lähes kokonaan väestön ikääntymisellä. Toinen tärkeä tekijä on ihmisten elintapojen muutos. Tupakoinnin väheneminen on taas selkein esimerkki tupakointiin liittyvien syöpäsairauksien esiintyvyyden laskuun. Sitä mukaa, kun syöpäsairauksien toteaminen lisääntyy vuosittain, kuolleisuus vähentyy noin kolmasosaan siitä, mitä se oli vuonna 1950. Tämä johtuu tarkemmasta ja oikeasta diagnostiikasta sekä hoidon valtavasta kehityksestä viime vuosikymmeninä. Samaan aikaan huonoennusteiset syövät vähenevät ja hyväennusteiset lisääntyvät. Tämä tarkoittaa sitä, että yhä useammat ihmiset selviävät syövästä, vaikka tautia esiintyykin enemmän. (Mäklin & Rissanen, 2006.)

### **1.3 Syöpään sairastuneisuus, ennusteet ja hoidon kehittyminen**

Uusia syöpätapauksia diagnosoidaan vuosittain yli 20000. Vuonna 1995 todettiin 20194 uutta syöpätapausta, kun vuonna 2000 syöpään sairastui 22147 ihmistä. (Holmia ym. 2008.) Vuonna 2008 uusia syöpätapauksia on tilastoitu Suomessa jo 26575 tapausta (Suomalainen syöpärekisteri 2010). On odotettavissa, että vuonna 2015 todetaan 30000 uutta syöpätapausta (Mäklin & Rissanen 2006, 8). Syöpään sairastuneita on väestösämme koko ajan lisääntyvissä määrin. Arviolta joka neljäs suomalainen sairastuu syöpään jossain elämän vaiheessa, tulevaisuuden ennuste on että sairastuneita tulee olemaan joka kolmannes. (Holmia ym. 2008, 100- 101.)

Vaikuttavimmat tulokset on saavutettu syövän varhaisvaiheen toteamisella ja hoitotoimenpiteiden tehokkaalla kehittämisellä. Syöpäpotilaiden eloonjäämisluvut ovat parantuneet jatkuvasti, ja ainakin yli 40 % syöpäpotilaista elää yli 5 vuotta, mikä useimmiten merkitsee pysyvää paranemista. Suomalaisten syöpäpotilaiden elossaoloennuste on Euroopan parhaita. (Holmia ym. 2008, 103.)



## 2 SYÖPÄPOTILASTA KOSKEVAN HOIDON LINJAUS

Syövän hoitomuodon valintaan vaikuttaa ratkaisevasti taudin levinneisyys hoitoon tullessa. Diagnoosin jälkeen tehdään päätös hoitomuodosta.

### 2.1 Kuratiivinen hoito

Kuratiivista hoitoa voidaan antaa, jos kasvain on paikallinen. Kuratiivisen hoidon tavoitteena on syövän täydellinen tuhoaminen tai poistaminen ja potilaan paraneminen. Mikäli kasvain on suuri ja lähettänyt paljon etäpesäkkeitä, on kuratiivista hoitoa vaikeaa tai jopa mahdotonta antaa. (Holmia ym. 2008, 95)

### 2.2 Palliatiivinen hoito

Eija- Anitta Kynsilehto (2011) kuvaili palliatiivista hoitoa Projania mukaillen seuraavasti:

*”Kuolema ei ole end of point, vaan se on vasta alku elämälle kuoleman edessä.”*

Mikäli syöpä ei ole parannettavissa, voi erikoislääkäri tehdä päätöksen parantavien hoitojen lopettamisesta ja palliatiiviseen hoitoon siirtymisestä. Tällöin hoitoa jatketaan oireenmukaisella hoidolla. (Syöpäjärjestöt 2010.) Kun sairaus ei ole enää parannettavissa, toteutetaan palliatiivista hoitoa. Palliatiivinen hoito tarkoittaa parantumattomasti sairaan ja kuolevan ihmisen aktiivista, moniammatillista ja kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun hoidon päämääränä ei ole elämän pidentäminen vaan se on oireenmukaista ja tuskaa lievittävää. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2010.)

*Palliatiivinen tulee sananasta pallium (lat.) ja se tarkoittaa viittaa. Parhaimmillaan viitta suojaa, antaa lämpöä ja turvaa. Viitta voi myös kuvainnollisesti olla yhdistävänä tekijänä moniammatillisen tiedon ja taidon kokoajan sairaan ihmisen ja hänen läheistensä auttamiseksi. (Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry 2010.)*

Palliativisen hoidon tehtävänä on sairaan ihmisen ja hänen läheistensä kokonaisvaltainen tukeminen, heidän elämänlaatunsa säilyttäminen ja potilaan arvokkaan kuoleman kunnioittaminen. Hoito on monitahoista ja ensisijaisen tärkeää on saumaton yhteistyö eri ammattiryhmien välillä. Tarkoituksena on turvata hoidon inhimillisuus, hyvä laatu ja pitkäjänteisyys. (Suomen Palliativisen Hoidon Yhdistys ry 2010.) Ajallisesti palliativinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, vaan palliativisen hoito saattaa sairaudesta riippuen kestää jopa vuosia (Etene 2003).

### **2.3 Hoitotahto**

Potilaalla on mahdollisuus määrittää hoitotahto. Hoitotahdolla tarkoitetaan potilaan ennalta antamia elämän loppuvaiheen hoitoa koskevaa tahtoa. Hoitotahtoon sisältyy potilaan laatima ja allekirjoittama vaatimus elämää ylläpitävän hoidon lopettamisesta silloin, kun ennusteen katsotaan hoidoista huolimatta olevan kohtuuttoman huono. Hoitotahto voi sisältää myös luettelon eri hoitovaihtoehdoista, joista potilas toivoo toivottomassa tilanteessa luovuttavan. Hoitotahto voi olla muodoltaan joko valmis kaavake tai potilaan itse kirjallisesti muotoilema tai suullisesti ilmaisema. Keskeisenä osana hoitotahtossa on vaatimus palliativisesta hoidosta ja hyvästä kivunhoidosta. Potilaalla on oikeus milloin tahansa muuttaa tai perua tekemänsä hoitotahto. (Hildén 2006, 29-30.) Terveystieteiden ammattihenkilöstön on huolehdittava, että suullisesti ilmaistu hoitotahto ja sen peruuttaminen kirjataan potilasasiakirjoihin, mikäli potilas ilmaisee sairaalahoidon aikana hoitotahtonsa (Etene 2003.)

### **2.4 DNR- päätös**

DNR- päätös koskee elvytystilanteita: se tarkoittaa että elvytystä ei aloiteta, mikäli potilaan hengitys tai sydämensyke on pysähtynyt. DNR päätös ei vaikuta mihinkään muuhun kuin elvytyksen aloittamiseen. Hoidettaessa potilasta, jolle on tehty DNR- päätös hoidetaan vain palautuvat tilat ja huolehditaan elämänlaadun säilyttämisestä. On tilanteita, joissa keinotekoinen nesteytys voi pikemminkin pidentää kuolemaa kuin elämää. DNR- päätös on lääkärin päätös tai potilaan oma tahto, joka perustuu lääketieteellisiin syihin. (Kynsilehto 2011. ks. esim. käypähoitosuositus.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä ei tarkoita saattohoitoon siirtymistä. Potilasta hoidetaan kaikin tavoin hänen tilansa edellyttämällä tavalla, vaikka päätös elvyttämättä jättämisestä olisikin tehty. (Valvira 2011.)

Elvyttämättä jättämispäätöksen tekee aina lääkäri, potilasta pitkään hoitanut, mieluiten hänen tilansa tunteva, lääkäri. Lääkärin on tehdessään päätöstä elvyttämättä jättämisestä otettava huomioon potilaan perussairauden ennuste, sekä potilaan oma, hoitoaan koskeva tahto eli hoitotahto. Ennen DNR päätöstä asiasta pitää keskustella potilaan kanssa, ja potilaan suostumuksella myös hänen lähiomaisen kanssa. Jos potilas ei kykene osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksiin, asiasta on keskusteltava hänen lähiomaisensa tai muun läheisensä kanssa potilaslain edellyttämällä tavalla. (Valvira 2011.)

Päätös elvyttämättä jättämisestä on merkittävä potilasasiakirjoihin. Päätöksestä on käytävä ilmi päätöksen perusteet, päätöksen tekijä, potilaan tai hänen puolestaan päättänyt käyttäneen henkilön mielipide elvyttämättä jättämisestä ja myös tieto siitä, miten mielipide on selvitetty. Lääkärin on selvítettävä tilanne potilaalle tai omaiselle niin, että tämä ymmärtää päätöksen sisällön. Jos potilaan terveydentila muuttuu, päätös elvyttämättä jättämisestä on tarvittaessa arvioitava uudelleen. (Valvira 2011.)

Valviran käsittelemissä tapauksissa on todettu puutteita muun muassa siinä, ettei ennen elvyttämättä jättämispäätöksen tekemistä ole ymmärrettävällä tavalla keskusteltu potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Potilasasiakirjamerkinnät ovat myös olleet monesti puutteellisia, siten, että niistä on puuttunut päätöksen perustelut ja merkinnät potilaan/omaisen kuulemisesta sekä joskus myös tieto päätöksen tekijästä. (Valvira 2011.)

## **2.5 Saattohoito**

Saattohoito on osa palliativista hoitoa. Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan aktiivista hoitoa ja läheisten tukea sairauden viime vaiheissa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoidossa tärkeässä osassa on potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoidossa vältetään turhia toimenpiteitä ja tutkimuksia. Saattohoidon lähtökohtana on etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta, parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja potilaalla arvioidaan olevan vähän elinaikaa jäljellä. Saattohoi-

topäätös on lääketieteellinen päätös, jonka tekee potilasta hoitava lääkäri yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen edustajansa kanssa. Se voi olla joko yksi hoitolinjapäätös, tai lopputulos pitkästä sairaus prosessista, jonka aikana on selvinnyt, että sairaus ei ole parannettavissa. (Etene 2003; Valvira 2011.)

### 3 ROOLIT JA TYÖNJAKO SYÖPÄPOTILAAN HOITOKETJUSSA

#### 3.1 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon roolit syöpäsairauksien hoidossa

Syövän aktiivihoidojen jälkeinen seuranta toteutetaan Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurun alueella pääosin sairaalan muilla erikoisaloilla ja/tai perusterveydenhuollossa. Yksilöllisesti päätetään, voisiko seuranta tapahtua osittain myös syöpätautien poliklinikalla, mikäli potilas saa syövän hoidon ylläpitolääkehoitoa tai hoidoista on tullut paljon sivuvaikutuksia tai syövän uusiutumiskorkeus on korkea. (KPSHP 2010.)

Perusterveydenhuollon rooli syöpäpotilaiden oireenmukaisessa hoidossa ja seurannassa lisääntyy. Laadukasta palliativista hoitoa tulee voida toteuttaa kaikkialla terveydenhuollossa, sillä kehittyvät hoidot vaativat enemmän myös perusterveydenhuoltoa. Syövän hoitotulokset ovat parantuneet käytännön hoitotyön näkökulmasta. Syöpäpotilaiden elossaoloaika pitenee ja kuolleisuus useimpiin syöpiin vähenee. Hoidon tuloksellisuus on yksilöllinen potilaan näkökulmasta. Mittareina ovat oma terveys, hyvä henkilökohtainen elämä ja paraneminen. Tämän hetken järjestelmä ei ota riittävästi huomioon potilaan henkikohtaista toivetta ja tilannetta. Toisaalta potilaan oletetaan osallistuvan omaan hoitoonsa liittyvien päätösten tekemiseen ja hoidot koko ajan yksilöllistyvät. Tähän ei kuitenkaan kaikilla ole valmiutta tai tiedot ja taidot ovat riittämättömiä. Mahdollisten kuntouttavien toimenpiteiden tarvetta ei arvioida riittävästi eikä niiden toteuttamisesta keskustella potilaan kanssa. (Eduskunnan syöpäverkosto 2010.)

*Potilaan polulla on liian monta porttia hidastamassa alkuun pääsyä ja liian monta tienhaaraa omalta polulta eksymiseen – odottamista, epätietoisuutta ja epävarmuutta. Usein polku myös päättyy hoitojen päättyessä turvallisuuden kielekkeelle ja viimeisten askelten jälkeen potilas jää jalat ilmaan – ellei sitten syöksy masennuksen kuiluun (Rautalahti 2010.)*

### 3.2 Potilaan hoitopolku ja mukana kulkeva tieto

Useimmiten potilaan ensimmäinen yhteydenotto on terveystieteiden keskuksen lääkärin vastaanotto, yksityislääkärin vastaanotto tai ensiapupoliklinikka. Jos potilaan todetaan tarvitsevan kiireellistä hoitoa, se on tarjottava ilman viivettä. Muutoin kuin päivystystilanteissa potilaan tulee saada ensiarvio kolmen päivän kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta. Jos potilaan sairaus todetaan sellaiseksi, ettei sitä voida hoitaa perusterveydenhuollossa, ohjataan potilas erikoissairaanhoidon hoitoon. Tässä vaiheessa tiedonkulusta huolehditaan lähettävän lääkärin lähetteellä, joka on lähettävän tahon kirjallinen pyyntö tai hoidon suositus. (Holmia ym. 2008, 44- 46.)

Lähetteen perusteella erikoissairaanhoidon ajanvarauspoliklinikan lääkäri arvioi potilaan tilanteen. Muissa kuin päivystystilanteissa erikoissairaanhoidon lääkärin on tehtävä ensiarvio hoidon linjauksista kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamispäivästä. Lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon tai hoitotoimenpiteeseen potilaan tulisi päästä kolmessa tai viimeistään kuudessa kuukaudessa. Mikäli potilaalle ei hoitoa voida määrätä tarjota oman kuntayhtymän tuottamana, on kuntayhtymän velvollisuus hankkia se muilta palvelun tuottajilta, potilaan maksusuuden muuttumatta. (Holmia ym. 2008, 44- 46.)

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurun syöpätautien poliklinikalla pyritään ajanvarauksen järjestelyt toteuttamaan niin, ettei potilaita tarvitsisi laittaa hoidonvarauslistalle. Kiireelliset konsultaatiot voidaan soittaa suoraan sairaanhoitajalle tai lääkärin hakuun. Konsultoiva lääkäri voi ottaa suoraan yhteyttä onkologiin, mikäli vastausta toivotaan kiireellisenä saman päivän aikana. Syöpätautien erikoislääkäri lukee pyynnön ja määrää tarvittavat toimenpiteet. Ajanvarauksesta ilmoitetaan suoraan potilaalle tai häntä hoitavalle osastolle. Tässä kohtaa tiedonkulku toteutuu hoitosuunnitelman kautta, johon kirjataan konsultaation alkuperä ja lääkärin määräämät jatkotoimenpiteet. (Syöpätautien poliklinikka 2010.)

Syövän hoito Keski-Pohjanmaalla perustuu alueelliseen hoitojärjestelmään, joka sisältää useita syöpäkohtaisia hoitoketjuja. Yliopistosairaalat, keskussairaalat ja terveystieteiden keskuksen tekevät yhteistyötä hoidon porrastamiseksi ja hoitosuhteen jatkumiseksi. Yhteistyötä tehdään myös hoidon suunnittelussa ja koordinoinnissa. Alueen terveystieteiden keskuksen syöpä-

päpotilaiden hoidosta vastaavien lääkäreiden ja syöpähoitajien kanssa tehdään yhteistyötä, potilaan kokonaisvaltaisen hoidon saavuttamiseksi. Hoidon porrastuksessa mahdollistetaan se, että joitakin hoitoja voidaan antaa omissa terveystieteissä ja kontroleja voidaan järjestää omalle terveystieteelle lääkärille. (Syöpätautienpoliklinikan toiminnan esittely 2010.) Potilaan polku voi tuntua pitkältä määritellyistä aikarajoista huolimatta. Potilas joutuu odottamaan ja myös elämään vaivansa kanssa. Sairaus tuo mukanaan mahdollista kipua ja pelonsekaisia tunteita. Monia asioita kuitenkin suunnitellaan ja valmistellaan ilman, että potilas on itse läsnä. Potilaasta itsestään saattaa tuntua, ettei hänen asioidensa hoitaminen etene lainkaan. Tässä hoitajan tuki ja ohjaus on myös tärkeää. Potilaan kontakteissa hoitaja antaa aikaa, kertoo häntä koskevista suunnitelmista ja ohjaa potilasta mieltä askarruttavissa kysymyksissä. Potilaalle on hyvä kertoa heti, kun on tiedossa mahdolliset ajat, jolloin hän voisi keskittyä järjestelmään omia toimiaan ja keskittämään energiaansa tulevaan leikkaukseen tai toimenpiteeseen. (Holmia ym. 2008, 44- 46.)

Taloudellisista syistä ja resurssipulan takia, potilaan sairaalassaoloaika pyritään järjestämään voimien mukaan mahdollisimman lyhyeksi. Potilaat pyritään lähettämään nopeasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, toiseen hoitolaitokseen tai kotiin. Tämän siirron yhteydessä tiedonkulku välineenä toimii epikriisi. Epikriisin kirjoittaa lääketieteen osalta hoitava lääkäri ja hoitotyön osalta sairaanhoitaja. Potilaiden sairaalajaksojen lyhentyessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö on hoidon jatkuvuuden kannalta entistäkin tärkeämmässä asemassa. Sairaanhoitajan on ensiarvoisen tärkeää hahmottaa potilaan hoitopolku, voidakseen osaltaan edistää hyvää hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Hoitopolun alun ja lopun tunteminen ja selvittäminen on hoitajalle välttämätöntä, jotta hän voisi turvata potilaan hoidon jatkuvuuden ja yhteistyön hoitavien tahojen kanssa. (Holmia ym. 2008, 44- 46.)

Kokkolan terveystieteiden vuodeosastolla toimiva Palliativinen poliklinikka on vuoden kestävä kokeilu, jonka tarkoituksena on tarjota asiakkaille, joiden aktiiviset syöpähoitot ovat loppuneet, paikka johon he voivat ottaa yhteyttä eivätkä jää ”tyhjän päälle”. Toiminnalla pyritään helpottamaan syöpää sairastavan kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään, ja mikäli he syystä tai toisesta tarvitsevat hoitajan tai lääkärin palveluita, heidän ei tarvitse mennä jonottamaan esim. päivystykseen. Poliklinikan asiakkailla

on myös ns. lupapaikka terveystieteiden osastolle 2, josta heille järjestetään paikka tilanteen niin vaatiessa. (Heikkinen 2011.)

Potilaan polun kaikille vaiheille on yhteistä tarve huolehtia tiedon kulkemisesta ja vastuun saumattomasta siirtymisestä. Potilaan tulee saada tietää oma hoitosuunnitelmansa. Kunkin hoitotahon tulee huolehtia yhteyden varmistamisesta seuraavaan hoitopisteesseen, jotta potilaan ei tarvitse tuntea turvattomuutta ja epätietoisuutta. Hoitotaholta toiseen siirryttäessä ei saisi esiintyä merkittäviä viiveitä. Erikoissairaanhoidossa erikoisalalta toiselle siirrytään lähetteen avulla ja perusterveydenhuoltoon puolestaan siirrytään epikriisin ja potilaan varaaman ajan perusteella. Sähköisten potilasasiakirjojen tullessa alueen eri yksiköiden yhteiskäyttöön, mahdollistuu se, että hoitotaho varaa potilaalle ensimmäisen ajan seuraavalle taholle. Potilaan siirryessä hoitoyksiköstä toiseen on myös vastuun siirryttävä niin, että potilas tietää koko ajan, kuka lääkäri on hänen hoitava lääkäriinsä. Hoitavissa yksiköissä tulee olla henkilökuntaa riittävästi, jotta mahdollisimman monella potilaalla voi olla kunkin hoitoepisodin aikana omahoitaja ja omalääkäri. Potilaan siirryessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tulee huolehtia esim. konsultaatiojärjestelyjen avulla, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on riittävät yhteydet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

### **3.3 Organisaatioiden välisen yhteistyön haasteita**

Tutkimusten mukaan eri organisaatioiden välistä yhteistyötä voisi parantaa perehtymällä toisen organisaation työhön ja hoitokäytäntöihin. Hoitoneuvotteluilla on edistävää vaikutus organisaatioiden väliselle yhteistyölle, joissa käsitellään yksittäisen potilaan hoitoa. (Pyykönen 2001, 56–57.) Tutkittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä, tutkimustulokset kertovat, että henkilökunta kykenee tiedostamaan yhteistyön hyvät elementit, mutta käytännössä ne eivät toteudu toivotulla tavalla. (Hintsala 2001, 89–90, 99.) Pyykösen (2001) Kuopion Yliopistolle tekemässä tutkimuksessa, joka käsittelee jatkohoitoon siirtymistä edistäviä ja vaikeuttavia tekijöitä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä tiedon kulussa on havaittu puutteita, jotka aiheuttavat tulkinnanvaraisuutta, epävarmuutta ja epäselvyyttä työnjaossa.



Työkäytäntöjen ollessa ammattiryhmä- ja organisaatiokeskeisiä eri ammattiryhmien välillä, esiintyy potilaan hoidossa päällekkäisiä tutkimuksia, viivästyttäen kokonaisvaltaista hoitoa. Potilasta hoidettaessa useassa eri hoitopaikassa ja organisaatiossa hoitohenkilökunnalla ei aina ole käytettävissä päivitettyä tietoa asiakkaasta. (Asikainen, Suominen, Mäenpää & Maass 2008, 66–67.) Vastuunjako on selkiytymätöntä ja tarvittavia tietoja joudutaan pyytämään, ne tulevat myöhässä tai tietoja ei saada lainkaan. Tiedonkulussa on tärkeää molemminpuolinen tiedottaminen ja palveluiden tavoitettavuus. (Hintsala 2001, 89, 101.)

### **3.4 Tiedonkulku**

Työelämässä laaditaan tekstejä monenlaisiin tarkoituksiin, muun muassa muistioita ja raportteja sekä asiakkaille tehdään tiedottavia ja ohjaavia tekstejä (esim. hoito-ohjeet). Hoitotyössä tehdään potilasasiakirjoja sekä annetaan yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat. Potilasasiakirjaksi kutsutaan potilaslain mukaan kaikkea sellaista materiaalia, jossa on tietoa, joka koskee potilasta itseään. Näiden asiakirjojen avulla on selvitettävissä vuosien tai jopa vuosikymmenien ajalta yksittäisen potilaan potilashistoria. Näiden potilasasiakirjojen tietojen tulee olla lain mukaan tarpeellisia ja virheettömiä. Asiatietojen virheetön kirjaaminen on melko helppoa, mutta potilaan tilan ja hoidon edistymisen arviointi vaativat paitsi ammattitaitoa myös taitoa kirjata selkeästi omat havainnot. Olennaiset asiat tulee siis havaita ja ilmaista yksiselitteisesti potilasasiakirjassa. (Niemi, Nietosvuori & Virikko, 2006.)

Lukijaa ei saa unohtaa näiden hoitotyön dokumenttien laatimisessa, sillä esimerkiksi hoitaja tai lääkäri saattaa olla pelkästään dokumentista löytyvän tiedon varassa. Hyviä apuvälineitä ovat kysymykset mitä, missä, milloin, minkä verran, miksi, miten, millä seurauksin ja kuka, kun mietitään, mitä tietoja lukija kenties tarvitsee. Erilaisten tiedotteiden, anomuksien, hakemuksien tai muiden asiakirjojen laatiminen hyvinkin nopealla aikataululla kuuluu hoitajan hyvään ammattitaitoon. (Niemi ym. 2006.)

Asiakkaiden kotiuttaminen laitoksesta nopeasti hoitajaksojen päätyttyä lisää nykyisin asiantuntijoiden ja asiakkaiden välistä yhteistyötä ja siksi moniammatilliselle tiedonkulle tullaan asettamaan suuria haasteita. Viestit täytyy kirjoittaa siten, että ne edesautta-

vat asiakaslähtöistä työskentelyä. Asiakkaan täytyy saada tilanteen mukaiset tiedot ja ymmärtää niiden sisältö. (Niemi ym. 2006.)

Mikäli hoitajanlähete tai kotihoito-ohjeet ovat hyvin laadittuja, useasti on mahdollista välttyä asiakkaiden tarpeettomilta tiedustelusoitoilta, ehkäistä toimipisteisiin muodostuvia jonoja sekä välttyä tiedonkulun katkoksilta asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen. Asiakkaalle tulevan tilanteen ennakointi on mahdollista taitavan tiedotteen avulla. Sen avulla myös asiakkaan ja hoitoalan ammattilaisen välinen hyvän hoitosuhteen muodostuminen edistyy. (Niemi ym. 2006.)

Hoitoneuvottelut ovat tärkeä osa toimivaa hoitoketjua. Hoitoneuvottelut ovat keskusteluja, johon osallistuvat potilas ja hoitava lääkäri. Edellä mainittujen lisäksi hoitoneuvotteluun voivat osallistua potilaan tahdon mukaisesti hänen läheisensä, sekä potilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Neuvotteluun osallistuvien lukumäärä on hyvä pitää sellaisena, että potilas ja hänen läheisensä tulevat kuulluiksi. (Etene 2003.)

### 3.5 Terveydenhuoltolaki

#### **Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326; 9 § ) mukaan**

*Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueen kunnallisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat muodostavat terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Yhteisen potilastietorekisterin rekisterinpitäjänä ovat kaikki rekisteriin liittyneet terveydenhuollon toimintayksiköt niiden omien potilasasiakirjojen osalta.*

*Potilasta hoitava terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia toisen toimintayksikön tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Yhteiseen potilastietorekisteriin liittyneiden terveydenhuollon toimintayksiköiden välinen potilastietojen käyttö ei edellytä potilaan nimenomaista suostumusta. Potilaalla on kuitenkin oikeus kieltää toisen toimintayksikön tietojen käyttö. Potilas saa tehdä ja peruuttaa kiellon milloin tahansa.*

*Kielto-oikeuden mahdollistamiseksi potilaalle on annettava selvitys yhteisestä potilastietorekisteristä, tietojen käsittelystä ja hänen mahdollisuudestaan kieltää toimintayksiköiden välinen tietojen luovutus. Selvitys on annettava ennen ensimmäistä toimintayksiköiden välistä tietojen luovutusta. Potilasasiakirjoihin on merkittävä tieto potilaalle annetusta selvityksestä sekä hänen tekemistään luovutuskielloista.*

*Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on vastattava yhteisen potilastietorekisterin edellyttämistä koordinoitavista sekä huolehdittava siitä, että tietojärjestelmien välityksellä tapahtuvissa tietojen luovutuksissa noudatetaan 2 ja 3 momentissa säädettyjä velvoitteita. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa omassa toiminnassaan syntyneiden potilasasiakirjojen rekisterinpidosta henkilötietolain (523/1999) mukaisesti.*

1.5.2011 voimaan tulleen Terveydenhuoltolain mukaan Keski-Pohjanmaan alueella on otettu käyttöön yhteinen potilastietorekisteri (LIITE 1) Potilaan hyvän hoidon toteuttaminen edellyttää, että hoito henkilökunnalla on käytettävissä kaikki hoidon kannalta tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta ja tehdyistä tutkimuksista. Potilastietojen käyttö ja luovutus edellyttää aina potilaan ja hänen tietojaan käsittelevän henkilön välistä hoitosuhdetta. Potilastietoja saa käyttää vain hoidon edellyttämässä laajuudessa. (KPSHP 2011.)

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteisen potilastietorekisterin muodostavat seuraavien julkisen terveydenhuollon organisaatioiden potilastiedot: Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä Kiuru, Kokkolan kaupungin terveyskeskus, Työterveyshuolto Työplus. (KPSHP 2011.)

Potilasta hoitava henkilökunta voi käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia hoidon kannalta tarpeellisia potilastietoja ilman potilaan suostumusta. Käyttö edellyttää kuitenkin, että potilasta informoidaan yhteisen potilastietorekisterin käytöstä ja mahdollisuudesta kieltää potilastietojen yhteiskäyttö. (KPSHP 2011.)

## **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua. Tiedonkulkua tarkastellaan sekä organisaatioiden välillä että organisaation sisällä. Organisaatioilla tarkoitetaan Kokkolan terveyskeskusta ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurua.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla tiedonkulku olisi entistä luotettavampaa, asianmukaisempaa ja ajankohtaisempaa. Näin voidaan kehittää tiedonkulun osalta potilaan hyvän hoidon toteutumista.

### **Tutkimuskysymykset:**

- Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä vastaanottaessaan syöpää sairastavaa potilasta?
- Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä lähettäessään syöpää sairastavaa potilasta jatkohoitoon?
- Miten syöpää sairastavan potilaan tietojen kulku toteutuu?
- Miten syöpää sairastavan potilaan tietojen kulkua tulee kehittää?

## 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimuksemme on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Valitsimme menetelmäksi kvalitatiivisen tutkimustavan, jotta saadaan mahdollisimman luotettava, ajankohdainen, asianmukainen ja ainutlaatuinen tieto suoraan ihmisiltä, jotka työskentelevät syöpäpotilaiden parissa ja joille tiedonkulku on yksi hyvin tärkeistä työvälineistä. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän kautta sairaanhoitajille avautui mahdollisuus nostaa esiin myös tiedonkulkua koskevia kehittämisideoita. Kvalitatiivisen tutkimuksen kannalta on tärkeää, että niillä henkilöillä, joilta tieto kerätään, on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta asiasta tai heillä on kyseisestä asiasta omakohtaista kokemusta. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 87- 89.) Tämän ajatuksen ja työelämän toiveiden pohjalta valittiin tiedonantajat.

Kvalitatiivinen tutkimus sisältää lukuisia erilaisia lähestymistapoja, traditioita ja aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä ihmisen ja hänen elämänsä tutkimiseksi. se ei siis ole vain yhdenlainen tapa tutkia tai minkään tietyn tieteenalan tutkimusote. Elämismaailman tutkiminen on yhteistä koko laadullisen tutkimuksen kirjolle. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat keskipisteessä merkitykset, jotka ilmenevät monin eri tavoin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa perusajatus on kuvata todellista elämää. Tutkimusmenetelmänä se pyrkii kokonaisvaltaiseen tiedon hankintaan, jossa tutkimuksen aineisto koostaan luonnollisissa eli todellisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.) Usein laadullisen tutkimuksen aiheet ovat hyvin henkilökohtaisia ja tätä voidaankin pitää kvalitatiivisen tutkimuksen yhtenä ominaispiirteenä (Kylmä & Juvakka 2007, 20). Tutkimukseen osallistuvien näkökulman ymmärtäminen on kvalitatiivisen tutkimuksen tavoite. Laadullisen tutkimuksen tekijällä on aktiivinen rooli ja hänen tavoitteensa on selvittää, mitä tutkittava ilmiö on tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta eli mitä todellisuus on heidän kannaltaan. Tutkimuksen avulla tätä todellisuutta jäsennetään ja siitä muodostetaan todellisuutta kuvaava teoria. (Kylmä & Juvakka 2007, 28-29.)

Laadullista tutkimusta ohjaavat kysymykset, mitä, miksi ja miten. Lisäksi laadullisen tutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu, että tutkimusaiheesta on saatavilla vain vähän tutkimustietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 31.) Laadullisessa tutkimuksessa tuodaan esille odottamattomia seikkoja, sekä löydetään ja paljastetaan tosiasioita, ei niinkään etsitä perusteluja jo laadituille väittämille. Tiedonantajat valitaan tarkoituksenmukaisesti ja siksi tutkittavia asioita käsitellään ainutlaatuisina. Ainutlaatuisuus huomioidaan myös tulkittaessa kerättyä aineistoa. Joustavuus ja suunnitelmien muuttaminen olosuhteiden sitä vaatiessa kuuluvat kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160.)

## **5.2 Menetelmän ja tiedonantajien valinta**

Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella (LIITE 8), jonka kysymykset rakentuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Tutkimuksen suorittaminen vaati tutkimusluvan saamista Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelu kuntayhtymä Kiu-run eettiseltä toimikunnalta (LIITE 3) ja Kokkolan seudun Terveyskeskukselta (LIITE 4), sillä kyselyyn vastasivat näissä organisaatioissa työskentelevät sairaanhoitajat.

Avoin kyselylomake voi sisältää täysin avoimia kysymyksiä, jotka voivat koskea hyvinkin laaja-alaista aihealuetta, kuten suhtautumisen tai toiminnan vapaamuotoista perustelua tai arviointia. Avoimeen kysymykseen voidaan lisätä myös erilaisia täsmentäviä vastausohjeita. Täsmennys voi koskea lueteltavien asioiden määrää, mikäli avoimeen kysymykseen on odotettavissa paljon erilaisia mainintoja samalta vastaajalta, kuten "mainitse korkeintaan niin ja niin monta kohtaa". Myös itse kysymyslauseeseen voi rajata, kuten pyynnön mainita vain tärkein tai tärkeimpiä asioita. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2006.)

Kyselylomakkeissa pyysimme vastaajaa vapaaehtoisesti ilmoittamaan yhteystietonsa, jotta voimme tarvittaessa esittää tarkentavia kysymyksiä. Mahdollisilla lisäkysymyksillä voimme tarkentaa vastauksia ja näin ollen saavuttaa tuloksissa mahdollisimman hyvän laadun.

Kyselyyn osallistuva tutkimusjoukko koostui syöpäpotilaiden parissa hoitotyötä tekevästä sairaanhoitajista Kokkolan terveyskeskuksesta (kotisairaala, palliatiivinen poliklinikka & osasto 2, Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurusta (Onkologian poliklinikka, Gynekologian poliklinikka & keuhkotautien poliklinikka). Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat määräytyvät työelämän toiveiden mukaisesti (Liite 6). Alustavan suunnitelman mukaan kyselyyn toivottiin vastaajia yhteensä seitsemästä eri yksiköstä. Lähetettävien avoimien kyselylomakkeiden ja vastaajien määrä tarkentui prosessin etenemisen myötä.

Kyselylomakkeet (LIITE 8) jaettiin sähköpostitse osastonhoitajille tai yksiköistä vastaaville henkilöille, tai suoraan tutkittaville sairaanhoitajille. Rajallinen yhteistietojen julkinen saatavuus määrittä pitkälle toimitettiin kysely suoraan vastaajalle, vai lähetettiinkö ne osastonhoitajan/ yksiköstä vastaavan henkilön kautta. Täytetty kyselylomake pyydettiin palauttamaan liitetiedostona sovitun ajan kuluessa tutkimuksen tekijöille. Kyselylomakkeen mukana saapuvassa saatekirjeessä (LIITE 7) kerrottiin, mihin tarkoitukseen tietoja käytetään ja kenelle tutkimuksesta tulee olemaan hyötyä.

### **5.3 Sisällön analyysi**

Sisällön analyysi on sisällön tieteellistä tutkimusta. Menetelmää voidaan käyttää puheiden, dialogien, raporttien, päiväkirjojen, kirjeiden, kirjojen, artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sisällön analyysi on paljon käytetty menetelmä hoitotieteellisissä tutkimuksissa. Sisällön analyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi on keino järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa aihetta. Tutkimuksen tuloksena raportoidaan muodostetut kategoriat ja niiden sisällöt. Aineiston suorilla lainauksilla voidaan lisätä raportin luotettavuutta ja se osoittaa lukijalle myös luokittelun alkuperä. (Tanskanen 2010).

Sisällönanalyysin avulla laaditaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus sekä kuvataan aineiston sisältöä sanallisesti. Aineistolähtöisen eli induktiivisen sisällönanalyysin avulla saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä. Se pohjautuu sekä tulkintaan että päättelyyn, joiden avulla edetään pois päin kokemuseräisestä aineistosta ja



pyritään luomaan käsitteellisempi näkemys tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2007, 217).

Analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi, joka tarkoittaa, että aineistosta karsitaan pois tutkimuksen kannalta epäoleellinen tieto. Kerätystä aineistosta voidaan etsiä asetettujen tutkimustehtävien avulla niitä kuvailevia ilmaisuja. Ilmaisut voidaan alleviivata ja kirjoittaa peräkkäin eri paperille. Ennen varsinaiseen sisällönanalyysiin ryhtymistä tutkija määrittää analyysiyksiköt. Analyysiyksikkönä voi toimia yksittäinen sana tai esimerkiksi kokonainen lause. Tämän jälkeen seuraa aineiston ryhmittely eli klusterointi, jossa käydään tarkasti läpi aineistosta esiin nostetut alkuperäisilmaisut. Aineistosta pyritään löytämään joko samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä tai molempia. Käsitteet ryhmitellään samaa asiaa tarkoittavien käsitteiden kanssa. Nämä samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään tämän jälkeen luokaksi ja luokka nimetään käsitteellä, joka kuvaa sen sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 112.)

Klusteroinnin jälkeen seuraa abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Aineistosta poimitaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto. Käsitteiden laatiminen pohjautuu tähän valikoituun tietoon. Tarkoitus on edetä tutkimuksen alkuperäisinformatiossa käytetyistä kielellisistä ilmauksista edelleen teoreettisiin käsitteisiin ja sitä kautta johtopäätöksiin. Käsitteellistäminen voidaan toteuttaa esimerkiksi muodostamalla ensin alaluokat sitten yläluokat ja viimeiseksi pääluokat. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 114.)

## 6 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimustyössä ei missään vaiheessa saa unohtaa, minkä kanssa ollaan tekemisissä, koska ollaan tekemisissä ihmisen maailman merkitysten, niiden luomisen ja uudelleen tulkintojen kanssa. Usein tutkimusta tehdessä, kun aletaan pohtia laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, unohdetaan ihmisten maailman ja kannetaan huolta kysymyksistä tekniseltä kannalta. Tutkimuksessa eettisyys ei ole tarkkoja sääntöjä, rutiinia tai tekniikkaa, vaan koko prosessi tutkimisesta tulosten tulkintaan ja raportointiin sekä tulosten seuraukset ovat koko ajan eettisesti punnittavia asioita. (Pohjola 2003, 6-7.)

Tutkimuksen etiikka voidaan erottaa useisiin etiikoihin, kuten: *intressin etiikka*, sisältää tutkimusaiheet ja tutkimuskysymykset, *tiedon hankkimisen etiikka* kattaa, suhteen tutkimuskohteeseen ja aineiston hankintaan sekä *tiedon tulkitsemisen etiikka*, johon liittyy tulosten analysointi, käsitteellistäminen ja tulkinnat. (Pohjola 2003, 127-128.) Opinnäytetyömme avoimessa kyselyssä ei tulla käsittelemään yksittäisiä potilastapauksia, henkilötietoja tai mitään muutaakaan potilaan tunnistettavuuteen viittaavaa. Aineistoa kerätessämme huomioimme osallistujien säilymisen nimettöminä niin, ettei vastaajien henkilöllisyys käy ilmi opinnäytetyön tuloksista. Aineisto pidetään salassa ja hävitetään asianmukaisesti analysoinnin jälkeen. (Kylmä & Juvakka 2007, 114.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteerit eivät ole yhtä selkeitä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen uskottavuus. Uskottavuutta voidaan muun muassa arvioida vertaamalla saatuja tuloksia aiempaan tutkittuun tietoon. Uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimus kuvataan selkeästi, jotta lukija saa käsityksen siitä, kuinka analyysi on tehty mitkä ovat sen vahvuudet ja rajoitukset. Toinen luotettavuutta kuvaava tekijä on tutkimuksen tulosten siirrettävyys, esimerkiksi toiseen yksikköön. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään kuvausta osallistujien valinnan ja taustojen selvittämisestä, tutkimuskontekstin tarkkaa kuvausta, sekä huolellista aineiston keruun ja analyysin kuvausta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152- 160.)

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella sairaanhoitajilta, jotka työskentelevät syöpäpotilaiden parissa ja joille tiedonkulku on yksi hyvin tärkeistä työvälineistä syöpää sairastavan potilaan hoitotyön toteutuksessa. Näin saatiin luotettavaa, ajankohtaista ja asianmukaista tietoa suoraan ihmisiltä, jotka edellä mainittua työtä tekevät. Tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta tapahtui työelämän toiveista. Yksi tärkeimmistä kriteereistämme oli, että saamme molempien tutkimukseen osallistuvien organisaatioiden sairaanhoitajilta kattavia vastauksia, jotta voimme muodostaa tutkimusaineistosta luotettavia tuloksia ja että tulokset ovat kumpaakin organisaatiota palvelevia.

Luotettavassa tutkimuksessa voidaan käyttää suoria lainauksia tutkittavien vastauksista. Niiden avulla myös lukija saa selvyuden siitä, millä perusteella tutkija on tulkintojaan esittänyt ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Luotettavuutta lisää myös se, että tulemme opinnäytetyöhömmä tekemään tarkan selostuksen tutkimuksen toteuttamisesta ja kuvaamme aineiston tuottamisen olosuhteet selvästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 157, 160.)

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimuksen joukko koostui Kokkolan terveyskeskuksessa, Keski-Pohjanmaan erikois-sairaanhoito- ja peruspalvelu kuntayhtymän Kiurussa työskentelevistä sairaanhoitajista, sekä Jyväskylä alueella toimivan sairaankuljetusyrityksen työntekijöistä. Tutkimuksen vastasi sairaanhoitajia kaiken kaikkiaan seitsemästä eri yksiköstä.

Vastausmäärän jäädessä aluksi pieneksi, jouduimme puntaroimaan, kuinka useasti voimme pyytää vastauksia toimiaksemme yhteistyötahoja kunnioittaen ja eettisesti oikein. Vastauksista kaksi saimme ensimmäisellä sähköpostikierroksella ja niistäkin toinen tuli kirjeitse, sillä sähköpostitse kyselyyn vastaaminen ei ollut teknisistä syistä onnistunut. Kiitettävänä aktiivisuuden osoituksena vastaaja oli nähnyt vaivaa ja toimittanut oman vastauksensa postitse. Keskimäärin 2-3 kertaa lähestyimme tutkimusjoukkoa uudelleen sähköpostitse, vastauksia silti saamatta. Emme enää henkilökohtaisesti kääntyneet sähköpostiviestien vastaanottajien puoleen, sillä opinnäytetyön luotettavuuden ja etiikan näkökulmasta koimme, että se ei olisi ollut oikea toimintatapa. Olimme luvanneet saatekirjeessä (LIITE 7), että vastaaminen on vapaaehtoista ja ns. painostaminen ei mielestämme tutkimustyössä ole eettisesti oikein. Tutkimusjoukon jäädessä minimaalisen pieneksi lähetimme kyselyn kahdessa eri yksikössä toimivalle sairaankuljettajalle Jytan alueella ja heiltä kummaltakin saimme vastauksen lähes viivytyksettä. Heiltä saamamme tiedon arvioimme olevan tutkimuksen ja syöpäpotilaan toimivan hoitoketjun kannalta niin oleellista tietoa, että tuomme myös heidän näkemyksiään esiin tutkimustuloksissa.

Vuodeosastot ovat myös tärkeä osa syöpäpotilaan hoitoketjua. Koska emme saaneet pyynnöistä huolimatta osallistujia kyselyymme sähköpostitse, pyysimme henkilökohtaisesti Kiurussa toimivan vuodeosaston erästä työntekijää osallistumaan kyselyyn (joka ei kuulunut alkuperäiseen tutkittavien joukkoon). Häneltä saimme laadullisesti erittäin kattavan vastauksen kyselyymme.

Viime hetkellä ennen analysoinnin aloittamista, saimme opinnäytetyön ohjaajaltamme yhteystiedon, jonka avulla tavoitimme alkuperäisessä tutkimusjoukossa työskentelevän sairaanhoitajan. Hän osallistui tutkimukseen vastaamalla kyselyyn ja antoi todella tärkeää lisätietoa tutkimustamme ajatellen.

Analysoidessamme saamiamme vastauksia saimme todeta, että vastaukset kattoivat sen mitä olimme tutkimukselta lähteneet tavoittelemaan. Saamastamme vastausmäärästä pystyimme muodostamaan tutkimustuloksia, jotka palvelevat molempia tutkimukseen osallistuvia organisaatioita, sillä vastaajien joukossa molempien organisaatioiden joukko on edustettuna. Vastausten taso oli myös laadultaan kiitettävällä tasolla.

Analysoinnin alkuvaiheessa puhtaaksi kirjoitimme kaikki vastaukset ja tulostuksen jälkeen jaoimme vastaukset kysymysjärjestyksessä niin, että jokaisen kysymyksen kaikki vastaukset asetettiin samalle alustalle, fyysisesti leikkaamalla ja liimaamalla. Etsimme vastauksista yhtäläisyydet ja eroavaisuudet. Tässä vaiheessa kirjasimme saamamme vastaukset tutkimustuloksiin. Sen jälkeen pelkistimme vastauksista esiin nousseet avainasiat ja taulukoimme ne allekkain. Avainsanat jakautuivat alaluokkiin tiedonkulkua parantaviksi ja heikentäviksi tekijöiksi ja niiden pääluokaksi muodostui tiedonkulku (LIITE 9/1, LIITE 9/2). Taulukon avulla muodostimme johtopäätökset ja yhteenvedon tutkimusongelmiimme peilaten. Taulukon lisäksi johtopäätöksiin ja yhteenvedoon nostimme syöpäpotilaiden parissa työskentelevien sairaanhoitajien kehittämisideat, joita emme erikseen luokitelleet, sillä kehittämisideoita tuli hyvin kattavasti ja niistä jokainen on arvokas omana itsenään (LIITE 10).

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua. Tiedonkulkua tarkasteltiin sekä organisaatioiden välillä että organisaation sisällä. Tutkimuksen edetessä pyysimme tutkittavien joukkoon myös Jyväskylä-alueella toimivaa sairaankuljetusta. Saatujen vastausten ansiosta pystyimme laajentamaan tuloksia koskettamaan aiemmin määriteltyjen organisaatioiden lisäksi myös heidän yhteistyöympäristöään. Yhteistyötahojen kanssa tapahtuva tiedonkulku on osa jokapäiväistä hoitotyötä, sen avulla voidaan tarjota potilaalle paras mahdollinen hoito. Tutkimusta analysoidessa tulosten pääotsikot muokkasimme tutkimuskysymysten sekä saatujen vastausten pohjalta. Puhtaaksikirjoitimme vastaukset. Etsittyämme vastauksista yhtäläisyydet ja eroavaisuudet, kirjasimme saamamme vastaukset tutkimustuloksiksi. Käytämme tutkimustuloksissa saatuja suoria lainauksia tutkimustuloksen luotettavuuden lisäämiseksi, sekä tuodaksemme asian mahdollisimman lähelle lukijaa.

### 8.1 Syöpäpotilaan vastaanottotilanteessa kulkeva tieto

Erikoissairaanhoidossa kun potilas tulee vuodeosastolle yhteispäivystyksen kautta, raportti saadaan yhteispäivystyksen hoitajalta. Kun potilas tulee ns. ”listapotilaana”, raporttia potilaasta ei sairaanhoitaja saa, vaan tiedot luetaan potilaspapereista. Toisesta sairaalasta siirtyessä lähettävä taho saattaa antaa potilaasta lyhyen raportin joko lähettävän tahon lääkärin tai sairaanhoitajan toimesta. Yleensä raportti koskee perussairauksia ja potilaan sen hetkistä tilannetta, lisätietoja saadaan potilaan papereista. Raportoinnin koetaan olevan harvoin kokonaisvaltaista tilannetta koskeva, sen pääpaino on potilaan sen hetkessä tilassa. Hoitajan omalle vastuulle jää kokonaistilanteen selvittäminen. Yleensä kokonaistilannetta koskeva tieto on selvitettävissä hoitajanlähetteestä tai potilasasiakirjoista.

Potilaan tilaa koskeva raportointi koetaan toimivan suhteellisen hyvin. Enemmän huomiota raportoinnissa toivottaisiin kiinnitettävän perussairauksiin, lääkityksessä merkittäviin asioihin sekä potilaan taustaan, mikäli se on hoidon kannalta merkittävää. Toisinaan raportoinnin koetaan olevan puutteellista riippuen lääkärin tai hoitajan tyylistä antaa raportti.

Mikäli potilas saapuu hoitoon organisaation ulkopuolelta, ei ole nähtävissä potilasta koskevia tietoja pitkäaikaishoitopaikasta tai Yliopistosairaalasta. Tiedonkulku on täysin riippuvainen lähettävän tahon antamasta kirjallisesta tai suullisesta raportista ja hoitajan aktiivisuudesta tietojen etsintään.

Erikoissairaanhoidon poliklinikoilla potilaan vastaanottotilanteen laatua koettiin heikentävän kiire ja yllätyksellisyys, jolloin potilaan tilanteeseen ei ole keritty ennalta tutustua ja hoitoon varautua.

Perusterveydenhuollossa potilasta vastaanottaessa tietoa saadaan lähettävästä yksiköstä, joko potilasasiakirjojen, sähköisen kirjaamisjärjestelmän, konsultoinnin tai potilaan ja omaisten haastattelun kautta. Lähettävästä yksiköstä tulleesta lähetteestä ilmenee diagnoosi sekä hoitoon siirtymisen syy. Saadut hoidot ja toimenpiteet on mainittu miltei aina. Erityisesti kipuhoitajilta saatavan raportin kattavuutta kiiteltiin vastauksissa. Ennen potilaan vastaanottamista pyritään järjestämään tapaaminen potilaan luona, jolloin tehdään arvio potilaan kokonaisvaltaisesta avun tarpeesta ja sovitaan työnjaosta.

Lääkityksen suhteen on usein puutteita, myös yhteystiedot voivat olla vajavaiset. Sosiaalietuudet, niihin liittyvät hakemukset sekä lääkärinlausunnot joudutaan usein selvittämään, myöskään asiakkaan psyykkisestä tilanteesta ei yleensä ole mainittu mitään. Heikolla tasolla arvioitiin myös olevan tieto syövän tilanteesta, sillä syövän tilanne ja eteneminen on usein hyvin epäselvää, niin potilaalle kuin hoitohenkilökunnallekin.

Organisaatioiden ulkopuolella, kun käytössä ei ole sähköistä kirjaamisjärjestelmää koettiin suullisen raportoinnin olevan puutteellista, jopa harvinaista. Potilasta koskevat tiedot ovat läheteiden varassa ja myös läheteiden sisällön koettiin usein olevan puutteellista, suhteessa kokonaistilanteen arviointiin. Tietoa yksilöllisistä tarpeista ja toiveista kaivattiin. Siirtokuljetuksiin liittyvistä potilaan erityistarpeista koetaan olevan saatavilla huomattavan heikosti tietoa sekä tutkimissamme organisaatioissa, että näiden organisaatioiden ulkopuolelta.

## 8.2 Syöpäpotilasta koskeva tiedonkulku hoitojakson aikana

Tiedonkulun ja kulkevan tiedon laadun koetaan olevan hoitojaksojen aikana vaihtelevaa. Käytettävissä olevan Efficapotilastietojärjestelmän koettiin tuovan tiedonkulkuun suurta apua. Sähköinen potilaskertomus on tärkein väline tiedonkulussa, jolloin kirjaimisen huolellisuus korostuu. Esimerkiksi OYS:ssa tapahtuneet hoitojaksot eivät kirjautu sähköiseen potilaskertomukseen. Jos asiakas on saanut siellä vaikkapa palliatiivista sädehoitoa, tiedot siitä menevät yleensä vain keskussairaalaan, josta perusterveydenhuolto joutuu niitä kyselemään.

Vuodeosastotyössä kaivattiin tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella enemmän osaston sisäistä suullista raportointia sekä lääkäreiden ja hoitajien yhteistyötä tiedonkulussa. Tiedon antaminen koetaan lisäksi olevan riippuvainen tiedonantajan henkilökohtaisesta arviosta siitä, mikä on olennaista tietoa potilaan hoidon kannalta. Pääsääntöisesti tiedonkulun koetaan toimivan kuitenkin yksikön sisällä hyvin ja hoitajien yhteneväisen kirjaamistavan ansiosta tieto on pääsääntöisesti helposti saatavilla.

Pienet työyhteisöt koettiin olevan tiedonkulun kannalta suotuisia. Sekä suullisen, että kirjallisen tiedonkulun koettiin toimivan pienten yksiköiden sisällä hyvin. Erikoissairaanhoidon poliklinikoilla laatua heikentävä tekijä koettiin olevan varahenkilöstön käyttö henkilökuntavajeeseen sekä sijaisten käytön, sillä vaihtuvat sijaiset eivät voi hallita työtä vakituisten työntekijöiden tavoin. Tämän koettiin tiedonkulun kautta vaikuttavan jopa välillisesti potilasturvallisuuteen mm. lääkehoitojen toteutuksessa. Perusterveydenhuollossa sijaisena toimivat osaston perehdytetyt sairaanhoitajat. Poliklinikalla vakituksena työskentelevän sairaanhoitajan täytyy kirjata tiedot huolellisesti ja hyvin löydettävästi, jotta potilaan turvallisen hoidon jatkuvuus voidaan taata.

Sairaankuljetuksessa annettavan hoidon aikana tiedonkulkua ei voinut arvioida samoilla kriteereillä, sillä annettava hoito ajallisesti hyvin lyhytkestoista ja sairaankuljetuksen ammattihenkilöstö on syöpäpotilaan hoitotyössä lähinnä tiedon välittäjän roolissa. Maakunnissa sairaankuljetuksen rooli on kuitenkin joissakin tapauksissa myös esimerkiksi lääkehoidon toteutuksessa. Tutkimuksen perusteella toivottaisiin lähettäviltä ja hoidosta vastaavilta tahoilta selkeää potilaan kokonaistilanteen kartoitusta ennen kotiuttamista



laitokseen tai kotiin, sillä usein esimerkiksi lääkehoidon vastuu jää selkiyttämättä ja ohjeistukset epäselviksi.

### **8.3 Tiedonkulku ja työnjako kun syöpää sairastavaa potilasta hoidetaan useammassa kuin yhdessä yksikössä**

Yhteistyötä toteutetaan tutkimustulosten perusteella suullisesti, puhelimitse tai paikanpäällä raportoimalla. Kirjallisessa tiedonkulussa käytetään epikriisiä tai decursusta (sairauden kulkua käsittelevä sairaskertomus). Käytössä on myös hoitosuunnitelmalehti, josta on luettavissa suunnitellut hoidot ja niiden eteneminen. Työn jako sovitaan potilaskohtaisesti.

Vuodeosastotyön kautta tarkasteltaessa tiedonkulku on vaihtelevaa. Aina ei pidetä tärkeänä potilaan hoidoista tai voinnista tiedottamista ”kotiosastolle”, tämän epäillään johtuvan siitä, että muualla saadun hoidon ei katsota kiinnostavan toista erikoisalaa. Tutkimuksen tulosten perusteella katsottaisiin edes lyhyen raportoinnin olevan suotavaa, näin voitaisiin taata potilaan kokonaisvaltainen hoito. Yhteistyön koetaan painottuvan enemmän lääkäri- kuin hoitajatasolle. Aikatauluista ja sovituista hoidoista ei tiedoteta hoitavalle osastolle, vaan on hoitajan vastuulla etsiä ja selvittää kyseiset sovitut asiat. Ottaen huomioon, että vuodeosastolla hoidossa olevalla potilaalla saattaa olla ajanvarauksia ja menossa olevia hoitoja useammille erikoisaloille, vaikuttaa tiedonkulun ongelmat väistämättäkin kokonaisvaltaisen hoidon laatuun.

Polikliinisessä hoitotyössä koetaan, että annettua raporttia ei saateta eteenpäin, vaan yhteydenottoja samasta asiasta saattaa tulla jälkeensä, vaikka juuri olisi annettu potilaasta raportti tai tiedote potilasta yhteistyössä hoitavalle yksikölle.

*”Useimmiten hoitohenkilöstö jää pimentoon potilasta koskevista syöpähoitoon liittyvistä asioista, koska yhteistyömuodot ja tiedonkulku ovat pitkälti lääkäreiden varassa. oma-aloitteisuus ja itsenäinen tiedon hakeminen sekä kysely ovat ehdottomasti osastollani tiedonkulun perusta”.*

Polikliinisessä työssä potilas on usein myös jonkun muun hoitavan tahon asiakas. Hoitovastuu pyritään usein pitämään yhdellä lääkäriellä, mutta työnjako ei useinkaan ole yksiselitteinen, asiasta joudutaan muistuttamaan tai potilaalla saattaa olla hoitosuhteita useampien eri erikoisalojen kanssa. Kotona tuetusti asuvan potilaan asioista usein konsultoidaan vastaanotto lääkäriä tai kotiin annettavan palvelun vastuu lääkäriä, vaikka potilaan hoitovastuu on sovittu esimerkiksi juuri poliklinikan lääkärielle. Erona tässä organisaatioiden välillä on se, että terveyskeskuksen poliklinikalla kokonaisvaltainen hoitovastuu on poliklinikan omalla lääkäriellä, kun taas erikoissairaanhoidossa hoitovastuu näyttää jakautuvan erikoisaloittain.

Tutkimuksessa nousi esiin toive, että jos toisen yksikön tai organisaation hoitovastuulla oleva potilas joutuu esimerkiksi sairaalahoitoon, tulisi siitä ajankohtainen asianmukainen tieto hoitovastuussa olevalle taholle.

Tutkimustulosten perusteella on erityisen tärkeää varmistaa, kulkeeko tieto automaattisesti eteenpäin, sillä useinkaan pienissä yksiköissä ei ole henkilöstö resurseja purkamassa esimerkiksi lähetejonoja tai potilaasta lähetetty palaute ei välttämättä saavuta vastaanottajaa, ennen kuin potilaan tiedot seuraavan kerran avataan. Mikäli asia on kiireellinen, saattaa tarvittava hoito viivästyä huomattavasti.

Yliopistosairaalan kanssa tiedonkulku on vaihtelevaa: on paljon hoitajasta kiinni saadaanko potilaan tilanteesta kattava tieto. Jos potilas on ollut osasto hoidossa, kulkee yleensä mukana kirjallinen raportti, mutta jos potilasta on hoidettu muussa organisaatiossa polikliinisesti tai julkisen sektorin ulkopuolella, ei raporttia välttämättä saada.

Myös osastolta eteenpäin lähtevän tiedonkulku on vaihtelevaa tilanteissa, joissa tehdään yhteistyötä muiden yksiköiden kanssa.

*”Toisinaan lähialueen palvelutaloissa on syöpää sairastavia saattohoitopotilaita, joille käymme tarvittaessa antamassa vahvoja kipulääkkeitä (opiaatteja). Tiedonkulku ei aina välttämättä toteudu parhaalla mahdollisella tavalla esim. lähettävä organisaatio ei ole selvittänyt, millaista kipulääkehoitoa vastaanottavassa yksikössä voi antaa ja kuka saa antaa”.*

Myös kotona asuvan potilaan tietojen kirjauksissa on havaittu puutteita ja olennaisen tiedon puutumista, kuten olennaista tietoa potilaan kokonaisvaltaisesta voinnista.

#### **8.4 Syöpää sairastavaa potilasta koskeva tiedonkulku potilaan siirtyessä yksiköstä eteenpäin**

Organisaatioiden ulkopuolelle kirjaamisjärjestelmien erot aiheuttavat ongelmia, sillä aina ei huomioida, että jatkohoitopaikassa ei välttämättä päästä lukemaan tekstejä. Kirjaamisjärjestelmä saattaa olla eri, tai jatkohoitopaikassa ei ole sähköistä kirjaamisjärjestelmää lainkaan.

Jos potilaasta on annettu puutteellinen raportti, voi jatkohoitopaikan tiedottaminen jäädä vajaaksi. Yliopistollisen sairaalan kanssa raportointi perustuu ainoastaan potilaspapereihin, näin ollen, jos tiedoista jää puuttumaan jotain olennaista, ei vastaanottava taho voi tarkistaa asiaa tietojärjestelmän avulla.

Yleinen käytäntö vaikuttaisi olevan, että osastolta potilaan mukaan lähtee epikriisi, hoitajan tiedote, lääkelista ja mahdollisia raporttilehtiä. Valitettavasti yksittäiset hoitajat eivät pidä merkityksellisenä kattavan kokonaisvaltaisen raportin antamista, esimerkiksi hoitajan tiedote saattaa jäädä tekemättä. Potilaan siirron yhteydessä jatkohoitopaikkaan annetaan suullinen raportti, sekä lisäksi annetaan kirjallinen tieto, joskus kuitenkin potilaan siirron yhteydessä jatkohoitopaikkaan lähtee vain lääkärin laatima epikriisi ja lääkelista. Olisi toivottavaa että myös hoidollinen tieto siirtyisi, jolloin vastaanottavan tahon ei tarvitsisi jälkikäteen soittaa kalastaakseen jatkohoidon kannalta tärkeitä tietoja.

Potilaan kotiutuessa kotiin ilman säännöllisiä hoitoja, on ensisijaisen tärkeää että hänen kotona selviytymisensä on kartoitettu ja että potilas itse tietää tulevat jatkotutkimukset ja käynnit. Hoitajan tehtävä on tiedottaa potilasta em. asioista. Kotiin kotiutuvat potilaita pidetään tutkimuksen perusteella aktiivisina ja he myös osaavat kysyä jatkohoidoistaan lääkäriltä ja hoitajilta. Kuitenkin pulmallisena pidettiin sitä, että ei ole tarjolla syöpäpotilaiden asioihin perehtynyttä asiantuntijaa, joka pystyisi koordinoimaan potilaan hoitoa aktiivi hoitojen jälkeen ja ottaisi vastaan heistä annettavaa tietoa.

Loppuvaiheen hoidon tiedonkulku perusterveydenhuollossa toteutuu hyvin saman hoitavan lääkärin ansiosta. Asianmukaiset ja ajankohtaiset kirjaamiset ovat tärkeitä.

*”Ongelmana voi olla tiedon runsaus, varsinkin jos hoitosuhde on pitkä. Joskus tuntuu, ettei nykyinen kirjaaminen palvele etsittyä tietoa, oleellinen asia helposti hukkuu.”*

Hoidon päättyessä tieto kulkee suullisesti ja kirjallisesti. Siirtoja pyritään ennakoimaan ja tiedottaminen tekemään ajoissa. Osastoilla henkilökunnan vaihtuminen on riskitekijä tietojen ”matkalle” jäämiselle. Em. asiaan Efficca on tuonut helpotusta. Tutkimukseen osallistuneiden mukaan organisaatioiden välillä ei arvosteta muiden tahojen antamia tietoja ja huomioita potilaan tilasta.

## **8.5 Kirjaamisjärjestelmä**

Efficca on käytössä sekä terveyskeskuksen, että keskussairaalan alaisissa yksiköissä. Tiedonkulun koetaan kirjaamisjärjestelmän avulla toimivan pääsääntöisesti hyvin. Efficca-järjestelmän käyttöön otto on huomattavasti parantanut tiedonkulkua. Perusterveydenhuollolla sekä erikoissairaanhoidolla on yhteinen potilastietorekisteri. Potilaan tiedot ovat molempien organisaatioiden käytössä, mikäli potilaalta on kysytty tähän lupa. Potilailta saadun palautteen perusteella kuitenkin keskussairaalassa ei osata katsoa esim. terveyskeskuksen kirjauksia. Aluehaku helpottaa tiedonkulkua huomattavasti, mikäli se on käytössä tai sitä osataan käyttää.

Sähköisen kirjaamisjärjestelmän käytössä ongelmia tuottaa se, että hoitajalla ei ole tietoa siitä, mistä olennaista tietoa tulisi etsiä, koska kirjaamiskäytännöt eivät aina ole yhteneväiset.

*”Kaikkihan riippuu siitä miten hyvin asiat on kirjattu, eli kärjistetysti: mikä on kirjaamatta, ei ole tapahtunut.”*

Sairaankuljetuksessa ei ole sähköistä tiedonkulun välinettä. Olennaiset tiedot saadaan lähetteestä, raporteista ja puhelinkeskusteluilla.

### **8.6 Tietojen etsimiseen käytettävä aika**

Yksi vastaajista ei täysin ymmärtänyt kysymystä, joten jätti vastaamatta. Muissa tutkimuksen vastauksissa tuotiin esiin, että käytettävä aika on suuresti riippuvainen saadusta raportista. Tiedon etsimiseen käytetään Efficaa, puhelinta ja konsultointia. Tarkkaa tiedon etsimiseen käytettävää aikaa on vastaajien mukaan vaikea määrittää. Vastaajien arvion mukaan työvuorosta riippuen välillä tiedot on helposti saatavilla, mutta välillä tietojen kalastamiseen saattaa kulua jopa puolet työvuorosta.

### **8.7 Kompastuskivet**

Syöpää sairastavan potilaan tietojenkulun kompastuskiviä koettiin olevan sähköisten kirjaamisjärjestelmien eroavaisuudet, huono yksikön sisäinen ja ulkoinen tiedonkulku, kiire ja eroavat raportointitavat.

*”Jos ei ole sovittu yhtenäisiä toimintatapoja, voi olla, että tietoja ei löydy, vaikka sitä etsisikin”*

Sairauden edetessä ja vaivojen lisääntyessä potilaita hoidetaan useassa yksikössä yhtä-aikaisesti. Kompastuskiveksi tässä kohtaa mainitaan, ettei tieto kulje tarpeeksi nopeasti ja asianmukaisesti hoidosta vastaavaan yksikköön. Hoitohenkilöstöön kiire koettiin olevan suuri riskitekijä tiedonkulussa.

Palliatiivisen poliklinikan rooli on selkeytymättä ja kotihoidossa ei ole linjaukset selvinneet – keitä ja minkälaisia potilaita sairaanhoitajatiimi hoitaa. Ei arvosteta toisen organisaation antamaa tietoa. Myös hoitovastuun määrittelemisen tuottaa silloin tällöin ongelmia.

Kun potilaasta saapuu lähete perusterveydenhuoltoon, se joudutaan ilmoittamaan joko puhelimitse tai kirjeitse. Pelkkä sähköinen lähete ei riitä, koska potilaskertomuksen joutuu avaamaan ennen kuin lähete kirjautuu asiakkaan tietoihin. Lähetteestä saatava tieto voi olla liian suppeaa. Siitä ei tule esiin kokonaisvaltaista hoitoa koskevat tarvittavat tiedot, varsinkaan jos läheteeseen on merkitty ainoastaan sairaus ja tämänhetkinen tilanne.

Yhä aikaisemmassa vaiheessa potilaat siirtyvät aktiivihoidojen jälkeen perusterveydenhuollon piiriin, tiedonkulun kannalta kaivattiin asiantuntija hoitajaa, jolle potilaasta lähetetty tieto voitaisiin osoittaa, joka koordinoisi potilaan terveydentilaa koskevat kontrollit, sekä toimisi syöpää sairastaneen potilaan tukena. Palliatiivinen poliklinikka palvelee tällä hetkellä Kokkolan seudulla potilaita, joille ei ole enää tarjolla parantavaa hoitoa ja joilla hoidot ovat erikoissairaanhoidossa päättyneet, mutta ne potilaat, joilla hoidot ovat olleet kuratiivisia, koettiin jäävän tyhjän päälle.

Ongelmia voi tuoda uuden asiakkaan kohdalla potilasjärjestelmien lupa-asiat, eli jos asiakasta ei ole informoitu asiasta, asiakkaan toisessa organisaatiossa kirjattuihin tietoihin ei saa mennä, jolloin tiedonhaku vaikeutuu.

Potilaalle ja omaisille ei ole aina kerrottu, missä vaiheessa sairaus on menossa eivätkä hoitolinjat ole selvillä. DNR- päätöksen tekemisen vaikeus on myös yksi suurista kompastuskivistä.

*”Joskus tuntuu siltä, ettei potilaan todellista tilannetta oikein selkeästi tuoda julki. Jos tilanne on vakava niin potilaalle, eikä aina omaisille ole kerrottu selkeästi mistä on kysymys ja tämä saattaa heijastua jopa potilas-papereissakin hieman vääristyneenä tietona”*

Usein asiakkailla on kontakti Syöpäyhdistykseen, mutta yhteistyötahona Syöpäyhdistykselle annettava ja sieltä saatava tieto jää tietosuojalain ulkopuolelle.

## 8.8 Hyvin toimivat osiot tiedonkulussa

Lääkärrien välinen yhteistyö ja potilaan tiedottaminen toimii pääasiallisesti hyvin. Tutkimus osoitti että työyhteisöstä riippuen yksikön sisäinen raportointi on toimivaa. Syöpäpotilaat otetaan todesta ja heidän asioitaan hoidetaan ripeästi. Saattohoitopotilaan siirtyminen kotoa terveyskeskuksen vuodeosastolle toimii mutkattomasti ja kipuhoidalta saadaan selkeät hoito-ohjeet. Omaisten osallistuminen auttaa huomattavasti kokonaisvaltaisen tiedon saannissa.

Perusterveydenhuollossa koetaan, että kotihoidon hoitajat ovat hyvin yhteydessä, mikäli asiakkaan voinnissa tapahtuu muutoksia. Laadukas tiedonkulku toteutuu silloin, kun työnjako on molemmin puolin selkeä.

## 8.9 Kehittämisideat

Potilastietojärjestelmien ja raportointitapojen yhtenäistäminen edesauttaisivat organisaation sisäistä ja organisaatioiden välistä tiedonkulkua. Lääkärrien ja hoitajien yhteistyön lisäämisen sekä sujuvuuden kehittäminen auttaisi erityisesti organisaatioiden sisäisen tiedonkulun kehittämisessä.

*”Olisi tärkeää, että yhä enemmän siirryttäisiin potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tarkastelun malliin, jolloin eri yksiköiden välisen tiedonkulun merkitys korostuisi”.*

Yksikön sisällä kirjaamistapojen yhtenäistämällä saataisiin hallintaan tieto, mistä etsiä ja löytää haluamansa tieto. Organisaatioiden väleille toivottaisiin enemmän suullista viestintää kirjallisen viestinnän tueksi (hoidon käynnistyminen nopeutuisi). Tutkimustulosten mukaan tieto hoidon päävastuusta ja koordinoituvastuusta sekä muusta työnjaoista olisi selkeä kehittämisalue. Tutkimuksessa nousi myös esiin toive yhteisistä koulutuksista. Lähes jokainen vastaajista kaipasi enemmän suullista tiedonkulkua, raportteja ja yhteisiä palavereita. Yksiköiden välisten lukuoikeuksia toivottiin Efficalle, sekä suoria puhelinnumeroita yksiköiden välille.

Toivetta kattavasta suullisesta raportista sairaankuljetusyksiköille ei voi väheksyä, sillä heidän tarjoamansa hoitotyö on suurelta osin siitä riippuvainen. Heidän tehtävänsä kuuluu myös tiedon eteenpäin saattaminen, joten heikolla raportilla myös tässä kohdassa voi olla kauaskantoiset vaikutukset.

Tiedonkulun kannalta toivottiin fraasien muokkaamista paremmin kuvaaviksi ja yhteneväisiksi yhteistyötahojen kanssa. Tällä muutoksella toivottaisiin olevan positiivinen vaikutus sekä yksiköiden sisäisten, että yksiköiden ja organisaatioiden väliseen tiedonkuluun.

Sähköiseen potilasjärjestelmään toivotaan keinoa, jolla ”uudet tiedot” tulisivat heti ilmi, esim. vaikkapa kun avaa ajanvarauskirjan, tulisi samalla ilmoitus kaikkien kirjalla olleiden asiakkaiden muuttuneista tiedoista/kirjauksista. Tämä tuskin on mahdollista, mutta helpottaisi paljon tiedonkulkua.



## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme alkuperäiset tutkimuskysymykset koskettivat syöpää sairastavan potilaan tiedonkulkua potilasta vastaanottaessa sekä potilasta jatkohoitoon lähetettäessä. Tutkimuskysymyksillä haluttiin selvittää myös, kuinka syöpää sairastavaa potilasta koskeva tiedonkulku toteutuu ja mitä siinä on kehitettävää. Tutkimustulosten perusteella samat ongelmat ja kehittämisaalueet esiintyvät sekä potilasta eteenpäin lähetettäessä, että vastaanottaessa. Tuomme johtopäätöksissä esiin syöpää sairastavaa potilasta koskevan tiedonkulun ongelmat ja kehittämisaalueet sekä yksiköiden sisällä, yksiköiden välillä, että organisaatioiden välillä. (LIITE 9/1, LIITE 9/2)

Yksiköiden sisällä tiedonkulun parantavina tekijöinä tutkimustulosten mukaan pidettiin kirjallista tiedonkulkua ja siinä eritoten sähköisen kirjaamisjärjestelmän koettiin tuoneen suurta helpotusta tiedon ajankohtaiseen siirtymiseen. Sähköisen kirjaamisjärjestelmän kuitenkin koettiin myös heikentävän tiedonkulkua. Usein käy niin, että saatu raportti perustuu pelkästään kirjalliseen tietoon, jolloin tiedon ei koettu olevan kokonaisvaltaista ja tiedon etsimiseen jouduttiin käyttämään paljon arvokasta työaika. Kirjaamiskäytännöissä on eroja ja kirjattuna saattaa olla vain hyvin subjektiivinen näkemys potilaan tilasta, eikä kirjallisessa tiedonannossa ole huomioitu potilasta kokonaisvaltaisen hoitotyön näkökulmasta. Kirjaamisessa tiedonkulkua parantavana tekijänä pidettiin yksikön sisäisiä sopimuksia hoito- ja kirjaamiskäytännöistä.

Yksiköiden sisällä sijaisten ja sisäisten sijaisten käytön koettiin heikentävän tiedonkulkua ja aiheuttavan jopa vaaratilanteita esimerkiksi lääkehoidossa, sillä tietoa ei osata etsiä tai vastavuoroisesti välittää eteenpäin. Sijaisten käytön suhteen osa vastaajista kuitenkin koki, että perehdytyksellä on voitu turvata potilaan tiedonkulun jatkuvuus henkilökunnan vaihtuvuudesta huolimatta. Hyvästä perehdytyksestä huolimatta henkilökunnan vaihtuvuuden koettiin joka tapauksessa kasvattavan riskiä, että tieto jää matkalle. Henkilökunnan vaihtuvuus ja sijaisten käyttö on jokaisessa yksikössä jossain vaiheessa väistämätöntä ja jopa aika yleistäkin. On ensisijaisen tärkeää jokaisen hoitajan vuoroonsa kiinnittää huomiota kirjaamistaitoihin ja nimenomaan olennaisen tiedon kirjaamiseen ja eteenpäin välittämiseen, sillä siten voidaan pienentää sijaisten käytöstä johtuvia riskitekijöitä tiedonkulun osalta. Erään kyselyyn vastanneen sairaanhoitajan sanoja lainataksemme ”se mitä ei ole kirjattu, ei myöskään ole tehty”.

Kuten aiemmin esitetystä teoriaosuudesta tuomme esiin, asiantietojen virheetön kirjaaminen on melko helppoa, mutta potilaan tilan ja hoidon edistymisen arviointi vaativat paitsi ammattitaitoa myös taitoa kirjata selkeästi omat havainnot. Olennaiset asiat tulee siis havaita ja ilmaista yksiselitteisesti potilasasiakirjassa. Lukijaa ei saa unohtaa näiden hoitotyön dokumenttien laatimisessa, sillä esimerkiksi hoitaja tai lääkäri saattaa olla pelkästään dokumentista löytyvän tiedon varassa. Hyviä apuvälineitä ovat kysymykset mitä, missä, milloin, minkä verran, miksi, miten, millä seurauksin ja kuka, kun mietitään, mitä tietoja lukija kenties tarvitsee. (Niemi, Nietosvuori & Virikko, 2006.)

Sähköisen kirjaamisjärjestelmän koettiin tarvitsevan rinnalleen myös muita tiedonkulun välineitä ja suullista tiedonkulkua. Resurssoinnista riippuen, yksiköissä ei välttämättä ole riittävästi henkilökuntaa, jotta voitaisiin esimerkiksi huolehtia läheteiden sähköisestä vastaanottamisesta, mikä osaltaan vaikuttaa suoraan potilaan hoitokontaktin alkamisen viivästymiseen. Lähetetietojen ja koosteiden perille saattamiseen tarvitaan myös ilmoitus puhelimitse tai kirjeitse. Myös lähettävän tahon näkökulmasta tämä on iso ongelma, sillä heillä ei ole tiedossa, kenelle lähete kohdennetaan eivätkä he näin ollen voi varmistua hoidon jatkuvuudesta.

Suullisen tiedonkulun todettiin toimivan pääsääntöisesti yksiköiden sisällä hyvin ja sen toimivuutta lisäsivät yksiköiden pienet koot. Mitä pienempi yksikkö, sitä selkeämmin arvostettiin suullista tiedonkulkua. Suullisessa tiedonkulussa ongelmaksi muodostuu kiire, sillä raportti saattaa jäädä herkästi puutteelliseksi, myös tiedon pelättiin muuttuvan matkalla. On huomioitavaa, että myös suullisessa tiedonkulussa tiedon antajan subjektiivinen näkemys annettavan tiedon oleellisuudesta saattaa heikentää tiedonkulkua.

Suullisessa tiedonkulussa erittäin tärkeänä pidettiin tiedon jakamisen mahdollisuutta kasvokkain, jolloin omalle päätöksen teolle on mahdollisuutta saada joko tukea tai uusia näkemyksiä, niin kollegalta kuin toisen ammattikunnan edustajaltakin. Tällä tavoin tieto kulkee myös tiedonantajalta suoraan tiedon saajalle. Konsultointia yksikön sisällä arvostettiin suuresti. Hyvää perehdytystä ja osaamisen päivittämistä pidettiin tutkimuksessa hyvän tiedonkulun kulmakivinä. Tiedonkulkua parantavana tekijänä pidettiin myös potilaskontaktien ennakoitavuutta ja mahdollisuutta tutustua potilaan tietoihin etukäteen, kun taas yllätyksellisyyden koettiin heikentävän sitä.

Tiedonkulun kehittämiseksi, vastauksissa ilmeni tarve ammattikuntien molemmin puoleisen ammatillisen arvostuksen lisäämiselle. Lääkäreiden välistä tiedonkulkua arvostettiin korkealle, mutta vastauksissa arvosteltiin sitä, että tieto jää usein lääkäreiden väliseksi eikä saavuta hoitotyön toteuttajia.

Yksikön sisäisessä ja yksiköiden sekä organisaatioiden välisessä tiedonkulussa on potilaan ja omaisten haastattelulla sekä heidän kanssaan tehtävällä yhteistyöllä suuri merkitys. Tämänkaltaisessa yhteistyössä saadaan arvokasta tietoa potilaan kokonaisvaltaisesta voinnista ja hoidontarpeesta. Omaiset ovat usein myös tärkeä linkki tiedonkulussa. Silloin kun potilaan hoitoa toteutetaan organisaatioiden ulkopuolella, toimii omainen usein tärkeänä tiedon välittäjänä ja antajana. Tokikaan omaisen tai potilaan ei oleteta hallitsevan vaikeita hoitotyön asioita, mutta muistamme, että vaikka sairaalassa tai terveyskeskuksessa annettava hoito on tärkeää, useimmiten se onkin vain osa potilaan kokonaisvaltaista huomioimista.

Potilaan hoidoista saatetaan vastata laajastikin näiden kahden organisaation ulkopuolella, jolloin tiedon välittyminen myös eteenpäin korostuu. Läheteissä ja raportoinneissa koettiin yksiköiden ja organisaatioiden välisessä yhteistyössä olevan suuriakin puutteita. Kirjallinen tieto saattaa olla hyvinkin puutteellista ja suullista raporttia ei aina saada lainkaan. Tietoja saatetaan kaunistella, tai subjektiivisen näkemyksen takia olennaista tietoa ei välitetä eteenpäin. Lääkehoidon osuus organisaatioiden keskeisessä tiedonkulussa koettiin olevan puutteellista. Myös potilaan perustiedot todettiin olevan puutteellisesti päivitettyjä, kuten osoitetiedot, äidinkieli, lähiomainen ja niin edelleen. Potilaan psyykkistä tilaa ei vastaajien mukaan huomioida riittävästi potilasta koskevissa läheteissä ja muissa tiedotteissa. Myös lääkehoidon kirjauksissa tutkimuksemme perusteella oli puutteita, etenkin, jos voimassa olevaa lääkitystä ei löydy potilastiedoista tai potilaan saaman lääkehoidon toteutuksesta ei ole sähköisesti kirjattua tietoa.

Kirjaamisjärjestelmien erot ja jopa puuttumiset vaikeuttavat huomattavasti tiedonkulkua. Toiminta saatetaan perustaa olettamukseen, että tieto välittyy eteenpäin, vaikka todellisuudessa näin ei ole. Tiedonkulun välineiden eroavaisuudet eivät mahdollista ns. ”automaattista” tiedon välittymistä.

Hoitojaksojen lomassa syöpäpotilaalle saatetaan tarjota erikoisaloittain lisäksi muihin sairauksiin liittyviä hoitoja. Tällaisissa tilanteissa tutkimustulosten perusteella saattaa käydä niin, että jokainen erikoisala huolehtii omasta osuudestaan. On muistettava, että potilas tarvitsee kokonaisvaltaista hoitoa. Syöpää sairastava potilas on saattanut käydä läpi todella raskaita hoitojaksoja, joiden seurauksena hänen yksilölliset tarpeensa ovat muuttuneet oleellisesti. Tutkimuksemme perusteella syöpäpotilasta hoidettaessa kaivattaisiin työnjaon ja hoidon koordinoitavuuteen selkeyttämistä, jolloin voitaisiin keskitetysti auttaa potilasta saamaan parasta mahdollista hoitoa. Työnjaon selkeyttämisellä olisi suora vaikutus myös syöpää sairastavaa potilasta koskevaan tiedonkulkuun ja sitä kautta potilaan saaman hoidon laatuun.

Pyykösen (2001) tekemän tutkimuksen mukaan organisaatioiden välistä yhteistyötä voisi parantaa perehtymällä toisen organisaation työhön ja hoitokäytäntöihin. Hoitoneuvotteluilla on edistävää vaikutus organisaatioiden väliselle yhteistyölle, joissa käsitellään yksittäisen potilaan hoitoa. Tutkittaessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä, tutkimustulokset kertovat, että henkilökunta kykenee tiedostamaan yhteistyön hyvät elementit, mutta käytännössä ne eivät toteudu toivotulla tavalla. (Hintsala 2001, 89–90, 99.)

Tutkimuksessa jatkohoitoon siirtymistä edistävästä ja vaikeuttavista tekijöistä, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä tiedonkulussa on havaittu puutteita, jotka aiheuttavat tulkinnanvaraisuutta, epävarmuutta ja epäselvyyttä työnjaossa. (Pyykönen 2001, 56–57.) Myös toteuttamassamme kyselyssä nousi esiin toiveet yhteistyön lisäämisestä muun muassa yhteisten koulutusten ja hoitoneuvotteluiden muodossa.

Työkäytäntöjen ollessa ammattiryhmä- ja organisaatiokeskeisiä eri ammattiryhmien välillä, esiintyy potilaan hoidossa päällekkäisyyttä, mikä saattaa viivästyttää kokonaisvaltaista hoitoa. Potilasta hoidettaessa useassa eri hoitopaikassa ja organisaatiossa hoitohenkilökunnalla ei aina ole käytettävissä päivitettyä tietoa asiakkaasta. (Asikainen, Suominen, Mäenpää & Maass 2008, 66–67.) Vastuunjako on selkiytymätöntä ja tarvittavia tietoja joudutaan pyytämään, ne tulevat myöhässä tai tietoja ei saada lainkaan. Tiedonkulussa on tärkeää molemminpuolinen tiedottaminen ja palveluiden tavoitettavuus. (Hintsala 2001, 89, 101.) Tutkimusjoukolta saamiemme vastausten perusteella

vastuunjako syöpäpotilaan hoitoketjussa on vielä selkiytymätön tutkittavien organisaatioiden alueella.

Myös nämä aiemmin tehdyt tutkimukset osoittavat, että kirjallisen tiedonkulun rinnalle syöpäpotilaankin hoitotyössä tarvitaan suullista tiedonkulkua, joka yhdessä taitavan kirjallisen raportoinnin kanssa turvaa potilaan hoidon jatkuvuuden. Edellä esitetyt aiemmat tutkimustulokset tukevat saamiamme tuloksia. Lisäksi yksiköiden ja organisaatioiden välisen tiedonkulun heikentäväksi tekijöiksi arvioitiin yksiköiden välisen ammatillisen kunnioituksen puute, sillä muualta tulevaa tietoa potilasta koskevasta hoitotyöstä ei välttämättä arvosteta. Yhteisen potilasrekisterin käyttöönoton on koettu tuovan helpotusta tiedonkulkuun Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin ja Kokkolan terveystieteiden alueella. Potilailta hoitajille tulleiden palautteiden perusteella valitettavasti sitä ei kuitenkaan yksikkötasolla osata käyttää.

Kiitosta tutkimuksessa saivat, kattavan kirjallisen ja suullisen tiedon antajat, sekä yksiköiden yhteinen lääkäri, joka hoitaa syöpäpotilaat, sillä tiedonkulussa ei tällöin koettu olevan välikäsiä. Potilaan voimien heiketessä potilaalle järjestettävän lupapaikan osastolle koettiin parantavan tiedonkulkua potilaan sairaudesta ja kokonaisvaltaisesta hoidosta, sillä potilaan tarvitsemaan hoitoa pystyttiin ennakoimaan.

Tutkimustuloksiin pohjautuen raportointia toivottaisiin kehitettävän sillä tavoin, että luotaisiin selkeä ja pääasiat esiin tuova raportointimalli, jota kaikki raporttia antavat tahot noudattaisivat. Kehittämisideana nousi lisäksi lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön lisäämisen sekä sujuvuuden kehittäminen. Organisaatioiden väleille toivottaisiin enemmän suullista viestintää kirjallisen viestinnän tueksi, Efficalle toivottiin lukuoikeuksia organisaatioiden kesken sekä suoria puhelinnumeroita yhteistyötahojen välille. Tutkimuksemme perusteella tärkeiden tietojen saantia vaikeutti huomattavasti suorien puhelinnumeroiden puuttuminen yhteistyötahojen välillä, sillä kiireellistä asiaa ei välttämättä edes puhelimitse saada tarkistettua. Toivetta kattavasta suullisesta raportista sairaankuljetusyksiköille ei voi väheksyä, sillä heidän tarjoama hoitotyö on suurelta osin siitä riippuvainen. (LIITE 10)

Saamiemme tutkimustulosten perusteella tietojen asianmukaiseen ja ajankohtaiseen siirtymiseen syöpäpotilaan mukana tarvittaisiin sekä suullinen että kirjallinen raportti

sen hetkisestä fyysisestä ja psyykkisestä tilasta sekä tiedot toteutuneista hoidoista ja voimassa olevasta lääkityksestä. Mikäli mukana seuraa vain epikriisi, on vastaanottava taho lähes tyhjän päällä ja näin ollen joudutaan kalastelemaan kokonaisvaltaisen jatkohoidon kannalta tärkeitä tietoja. Pahimmassa tapauksessa paras mahdollinen annettava hoito viivästyy ja potilas kärsii, kun tiedonkulku ontuu.

## 10 YHTEENVETO

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella syöpää sairastavan potilaan tietojen kulussa on kehitettävää. Potilasta hoidettaessa, yhteisillä sopimuksilla tiedonkulusta, voidaan turvata potilaan hoidon jatkuvuus yksikön sisällä. Uusien työntekijöiden systemaattinen perehdytys on yksi vaikuttavista tekijöistä tiedonkulun ja potilaan turvallisen hoidon osalta. Tutkimustulosten perusteella myös sairaanhoitajan valveutuneisuus ja motivaatio heijastivat syöpää sairastavan potilaan tietojen kulkuun.

Syöpää sairastavaa potilasta eteenpäin lähetettäessä, on huolehdittava, että potilaan mukana seuraa kokonaisvaltaista hoitoa koskeva, päivitetty tieto. Lähettävän tahon vastuulla on se, että tieto saavuttaa vastaanottavan tahon. Ongelmana syöpää sairastavan potilaan eteenpäin lähettämisessä todettiin, määritellyn vastaanottajan puuttuminen. Lähettävällä taholla ei välttämättä ole tarkkaa tietoa, kenelle potilasta koskeva tieto tulee osoittaa. Potilasta eteenpäin lähettäessä, olisi ensiarvoisen tärkeää ymmärtää vastaanottavan tahon resurssit, jolloin hoidon toteutus voitaisiin suunnitella potilaan yksilöllisiä tarpeita vastaaviksi.

Potilasta vastaanottaessa on huolehdittava, että hoitotyötä koskeva saatu tieto on riittävä ja tarvittaessa on puuttuva tieto selvitettävä lähettävältä taholta. Tämän selvitystyön kompastuskivenä todettakoon mm. suorien puhelinnumeroiden puute (tiedon antajaa ei tavoiteta), ja kirjaamisjärjestelmien eroavaisuudet, lukuoikeuksien puuttuminen, sekä osaamattomuus lukuoikeuksien käytössä. Kun potilasta vastaanottaessa saadaan tieto, on vastaanottavan sairaanhoitajan huolehdittava, että tieto potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta välittyy oman yksikön sisällä.

Yleisellä tasolla jokaisen hoitotyön tarjoajan tulisi varmistaa tietojen asianmukaisuus, ajankohtaisuus ja luotettavuus. Jokainen yksikkö tarjoaa potilaalle oman erikoisalansa mukaista hoitoa, silti tutkimustulosten perusteella ei tulisi unohtaa missään vaiheessa potilaan kokonaisvaltaisuutta. Jotta voitaisiin ymmärtää muiden tarjoaman hoidon merkityksen syöpäpotilaan hoidossa, olisi hyvä tutustua muihin yksiköihin. Yhteisillä koulutuksilla ja palavereiden lisäämisellä, voitaisiin turvata potilaan kokonaisvaltainen huomioiminen. Tutkimuksen perusteella suullista tiedonkulkua kaivattiin lisää ja kirjalliseen tiedonkulkuun toivottiin kiinnitettävän enemmän huomiota. Kirjallinen tiedon-

kulku elää murrosvaiheessa. Tällä hetkellä koettiin saatujen tietojen olevan puutteellisia. Puutteita esiintyy mm. potilaan perustiedoissa, lääkelistassa, totuuden mukaisessa nykytilan informoinnissa ja kokonaisvaltaisen tilanteen arvioinnissa. Kirjaamisjärjestelmään toivottiin yhteisiä fraaseja ja niiden toivottiin olevan paremmin kuvaavia.

Potilastietojen etsimiseen käytettävä aika vaihteli suuresti. Tietojen löytymisen vaikeutavana tekijänä koettiin muun muassa se, ettei potilaan mahdollisesta siirtymisestä toiseen yksikköön tule hoitavalle taholle ilmoitusta, jolloin potilaan tiedot tai jopa potilas saattaa olla ns ”hukassa” ja hoitajan on kahlattava useita erikoisaloja läpi, ennen kuin löytää tarvitsemansa tiedon, mikäli sitä löytää lainkaan.

Yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä toivottiin kehitettävän. Tiedonkulun toivottiin olevan rehellistä, ajankohtaista ja tiedon toivottiin siirtyvän mahdollisimman suoraan tiedonantajalta tiedon saajalle. Työnjakoa ja hoidon organisointi vastuuta syöpäpotilaan hoidossa toivottiin selkeyttävän ja kunnioitettavan.



## 11 TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS

Tutkimuksen edetessä yhä useammin saimme huomata, että tutkimustulokset ovat käyttökelpoisia kaikilla hoitotyön erikoisaloilla. Opinnäytetyömme tutkii tiedonkulkua ja sen kehittämishaasteita, jotta yksikkö- ja organisaatiotasolla voitaisiin kehittää tiedonkulun osalta potilaan hyvän hoidon toteutumista. Toimiva tiedonkulku yksiköiden sisällä ja organisaatioiden välillä, on erikoisalaan katsomatta yksi tärkeimmistä työvälineistä, kun halutaan turvata potilaan luotettava, asianmukainen ja ajankohtainen hoidon jatkuvuus. Yhteistyötä kehittämällä voidaan tarjota laaja-alaista hoitotyön osaamista. Jotta voidaan tarjota potilaalle kokonaisvaltaista hoitoa, on opittava hyödyntämään eri ammattiryhmien antamaa potilasta koskevaa tietoa.

## 12 POHDINTA

Opinnäytetyömme aihe kumpuaa kirurgisen potilaan harjoittelujaksolta syöpätautien poliklinikalla, sekä yhteisestä mielenkiinnostamme potilasta koskevaa tiedonkulkua ja syövän hoitotyön kehittämistä kohtaan. Aluksi lähestyimme asiaa syöpäsairaanhoitajan tarpeen näkökulmasta ja siitä, kuinka jo syövästä parantunut ihminen saa tukea terveydenhuollon ammattilaisilta? Entä kuinka kontrolleista huolehditaan? Jääkö syövän sairastanut ihminen tyhjän päälle vai ovatko kontrollit tulevaisuudessa vain hänen omasta aktiivisuudestaan kiinni? Aihe herätti ajatuksia, sillä molempien lähipiirissä on ihmisiä, jotka ovat ainakin kertaalleen tämän taistelun voittaneet, mutta päiväkään he eivät voi enää elää ilman pelkoa taudin uusiutumisesta.

Opinnäytetyön aihe tarkentui yhteistyöpalaverissa, jossa olivat läsnä meidän lisäksi me opinnäytetyön ohjaajamme, Kokkolan terveystieteiden edustajia ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän Kiurun edustajia. Palaverissa kävi ilmi, että syöpäsairaanhoitajan tarve on jo tiedossa, mutta työelämälähtöisesti olisi tarve tutkimukselle, jossa selvittäisiin syöpäpotilaan tiedonkulun tilaa ja kehittämisalueita. Oli alusta asti selvää, että tilausta työn tekemiselle on – tämän viestin saimme heti aloituspalaverissa. Palaverin jälkeen alkoi tutkimussuunnitelman perusteellinen tekeminen, jonka sitten toimitimme hyväksyttäväksi ohjaavalle opettajalle ja yliopettajalle. Hyväksytyllä tutkimussuunnitelmalla lähestyimme yhteistyötahoja ja haimme tutkimuslupaa. Tutkimusluvut myönnettiin, joka osaltaan antoi meille varmistusta siitä, että omat eettiset kriteerimme aiheen suhteen myös täyttyivät.

Opinnäytetyömme aiheen valinta oli ilmiselvästi onnistunut, sillä omakin mielenkiinto aihetta kohtaan säilyi koko tutkimuksen teon ajan. Jopa niin vahvana, että välillä oli todella vaikeaa rajata aihealuetta. Analysointi vaati yllättävän paljon työstämistä, vaikka aluksi pelkäsimme saimmeko vastauksia riittävästi. Tutkimuksen laadukkuus olisi kärsinyt liiasta materiaalista, joten olemme erittäin tyytyväisiä tähän.

Koimme valitsemamme aiheen erittäin tärkeänä myös siksi, että syöpäpotilaan hoitoketjussa tiedonkulun osalta on vielä paljon kehitettävää sekä organisaatioiden sisällä että organisaatioiden välillä. Opintojen edetessä sekä myös työharjoittelujen myötä kasvoi kiinnostus erityisesti tätä asiaa kohtaan, kun olimme henkilökohtaisesti näkemässä

kuinka tieto välittyy tai jää välittymättä eri yksikköjen kesken. Aiheemme tukee näin ollen suuresti haluamme kasvaa koulutuksen myötä erityisesti tällä saralla osaaviksi asiantuntijoiksi.

Aiheen rajausta osoittautui vaikeammaksi kuin kuvittelimme. Olisimme itse halunneet tehdä kysymykset laajemmiksi, mutta tulimme kysymyksiä tehdessämme siihen tulokseen, että se ei palvele työtämme eikä tahoja, joille työn teemme parhaalla mahdollisella tavalla. Jotta saimme laadukkaan analysoinnin aikaan, oli kysymysten asetteluja pakko rajata. Kysymysten asetteluun saimme apua sekä työelämältä, että ohjaavalta opettajaltamme. Jotta olisimme vastaajille täysin avoimia, olimme kertoneet heille jo kyselylomakkeen saatekirjeessä tutkimuksen tavoitteet, aineiston käsittelyn, raportoinnin, säilytyksen sekä vastaajien anonymiteetin säilymisen.

Oli itsestään selvää, että käytämme työssämme laadullista tutkimusmenetelmää. Kokemuksia tiedonkulun toteutumisesta on hyvin vaikeaa mitata määrällisesti. Jotta saisimme paremman kuvan tiedonkulun toimivuudesta, halusimme, että kysymykset ovat avoimia ja vastaukset nousevat juuri syöpäpotilaiden parissa työskentelevien sairaanhoidtajien omista kokemuksista.

Kyselyyn vastanneet pystyivät palauttamaan vastauksensa joko sähköpostitse tai kirjeitse. Olimme lisänneet saatekirjeeseen kohdan, jossa kerrottiin vastaajalle, että hän voi halutessaan ilmoittaa meille yhteystietonsa, mikäli on valmis vastaamaan vielä mahdollisiin tarkentaviin kysymyksiin. Kuitenkaan valmiin opinnäytetyön tuloksista ketään vastaajaa ei pystytä tunnistamaan.

Kyselylomakkeemme kysymykset vastasivat tutkimusongelmiimme hyvin, ja tutkimuksen johtopäätökset voitiin koota jopa alkuperäisiin ongelmiin nähden laajemmasta näkökannasta. Vastaajat olivat palautteen perusteella ymmärtäneet kysymysten tarkoituksen. Ainoastaan yksi vastanneista jätti yhteen kysymyksistä vastaamatta, koska ei ymmärtänyt kysymystä. Kaikki vastanneet olivat jaksaneet perehtyä aiheeseemme hyvin, ja saimme hyvin laadukkaita sekä laajoja vastauksia jokaiselta. Vastaukset olivat pääpiirteittäin pitkiä ja hyvin kertovia. Kaikki saamamme vastaukset olivat riittävän laadukkaita analysoitaviksi.

Kokonaisuutena opinnäytetyömme tulokset ovat luotettavat. Tutkimukseen vastanneet olivat sairaanhoitajia ja erityisesti syöpäpotilaan hoitotyössä mukana olevia. Aihe on ajankohtainen ja saimme ensi käden tietoa vastauksista. Analysoidessamme saimme vastauksia, saimme todeta, että vastaukset kattoivat sen mitä olimme tutkimukselta lähteneet tavoittelemaan, ja tästä vastausmäärästä voimme muodostaa tutkimustuloksia, jotka palvelevat molempia tutkimukseen osallistuvia organisaatioita, sillä vastaajien joukossa molempien organisaatioiden joukko on edustettuna ja vastausten taso oli laadultaan kiitettävällä tasolla. Pystyimme suhtautumaan tutkimukseen objektiivisesti, sillä kumpikin työskentelemme tutkittavien organisaatioiden ulkopuolella.

Tutkimuksia tiedonkulusta löytyi hoitotyön eri erikoisosaamis-alueilta, mutta varsinaista tutkimusta syöpää sairastavan potilaan tietojen kulusta ei ollut saatavilla. Lisää tietoa syöpää sairastavan potilaan hoidon nykytilasta Kokkolan alueella saimme esimerkiksi Palliatiivisen hoitotyön koulutuksesta keväällä 2011. Koulutus oli opinnäytetyön kannalta erittäin antoisa. Koulutuksessa oli tarjolla paljon tietoa hoitopäätöksistä, DNR-päätöksistä ja monesta eri asiasta, jotka koskettavat sairaanhoitajaa työssä, jossa hän kohtaa kuolevan potilaan ja hänen omaisensa. Alueella on ajoittain projekteja ja jo kehitettyjä hoitotyön malleja, jotka auttavat alan ammattilaisia työssään. Ongelmaksi tämänkin tiedon saannin kohdalla osoittautui kuitenkin se, että ne ovat vain Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sisäisen tietokannan oikeuksien alla käytettävissä. Yksiköissä ja organisaatioissa vaikuttaa olevan paljon arvokasta tietoa, mutta ne jäävät valitettavasti usein sisäiseksi tiedoksi. Kysymyksiä tässäkin koulutuksessa heräsi tiedon saannin mahdollisuudet, sillä paikalla oli myös hoitotyön ammattilaisia, joiden työyksikössä ei ollut käytössään sähköistä kirjaamisjärjestelmää, saatiikka pääsyä organisaatioiden sisäiseen intranettiin.

Opinnäytetyötä aloittaessamme ja tutkittavien joukkoa tavoittaessamme kohtasimme mielenkiintoisia tiedonkulun ongelmia. Ensimmäinen kyselyiden välittäminen syöpää sairastavan potilaan hoitotyötä tekeville ihmisille vaikutti olevan yksiköiden tasolla suhteellisen kiven alla. Koska käytössämme ei ollut sähköpostiosoitteita suoraan vastaajille, jäivät lähettämämme kyselyt useista pyynnöistä huolimatta ilmeisesti matkalle. Tiedonkulun heikkous ilmeni, joko haluttomuudesta välittää kyselyjä eteenpäin, ajanpuutteesta vastata tutkimuskysymyksiin tai teknisistä ongelmista kyselyihin vastatessa. Tutkittavien joukko rajoittui siten, että toivoimme saavamme 1-2 vastausta/yksikkö. Jotkut henki-

löistä saivat kysymyksensä suoraan sähköpostilla, joillekin kysymykset menivät osastonhoitajan kautta. Loppujen lopuksi saimme vastauksia 7, ne olivat onneksemme kaikki eri osa-alueilta, joten laaja-alainen näkemys tuli olennaiseksi osaksi opinnäytetyömme tulosten luotettavuutta. Siitä olimme hyvin iloisia ensipettymyksen jälkeen. Isoksi harmiksi jää se, ettemme pyynnöistä huolimatta saaneet vastauksia muutamista sellaisista yksiköistä, jotka saamiemme tietojen mukaan ovat arvostetussa avainasemassa syöpäpotilaan hoitopolulla.

Toiseksi ongelmaksi osoittautui puhelimella tavoitettavuus, sillä useimmissa yksiköissä on nykyään käytössä puhelinajat, jotka tietenkin ruuhkautuvat potilaspuheluista. Oli suhteellisen haastavaa yrittää saada tutkimusjoukkoon kuuluvia ihmisiä kiinni puhelimitse, jotta olisi ollut mahdollisuus tarkentaa mahdollisten vastaajien yhteystietoja. Väkisinkin tässä vaiheessa hiipui mieleen olettamus tuskasta, jota omaa hoitoaan koskevaa tietoa tarvitseva potilas kokee, kun ei tavoita henkilöä, jonka tietäisi pystyvän auttamaan häntä.

Opinnäytetyön tekeminen oli erittäin antoisaa, mutta samalla haastavaa. Sitä mukaa, kun työ on edennyt, olemme oppineet paljon uutta syöpäpotilasta koskevasta tiedonkulkusta, sen hyvistä ja huonoista puolista. Tämän opinnäytetyön tekemisprosessin myötä olemme oppineet ymmärtämään, kuinka monta ihmistä ja tahoja on yhden potilaan hoitotyössä mukana. On hyvin lohduttavaa tietää, että hoitotahoja on useita ja asiantuntevaa apua on tarjolla eri yksiköissä. Tiedonkulku on kuitenkin ensiarvoisen tärkeä asia syöpäpotilaan hyvän hoitotyön toteutumisessa, olivat hoidot sitten kuratiivisia, palliativisia tai saattohoitoa. Tutkimuksemme osoitti sen, että pienelläkin, jonkun mielestä merkityksettömällä asialla, voi olla niin suuri merkitys hoidon edetessä tai jopa edellytys sen etenemiselle. Molemmilla tahoilla on yhteinen päämäärä; potilaan hyvinvointi. Mikä olisi tärkeämpää, kuin saada aikaan yhteiset työvälineet, kun suunnataan tätä tavoitetta kohti!

Vaikka aloituspalaverissa tuli esiin, että syöpäsairaanhoitajan tarve on jo tiedossa alueellamme, yhä uudelleen tiedonkulkua tutkiessamme, jouduimme toteamaan, että yhteisen yhdyshenkilön puuttuminen syöpää sairastavan polulta, heikentää selkeästi myös tiedonkulkua. Jatkotutkimusaiheena syöpäsairaanhoitajan tarve ja sen merkitys tiedonkululle voisi olla oivallinen jollekin opinnäytetyön tekijälle.

Aineistoamme olemme pitäneet hallussamme vain tutkimuksen valmistumiseen saakka ja viimeisten tarkistusten jälkeen materiaali hävitetään asiallisella tavalla. Tämä mahdollistaa sen, ettei ketään vastaajaa pystytä tunnistamaan aineistosta myöskään tutkimusprosessin loputtua. Kuten aiemmin toimme esiin, opinnäytetyömme tulokset ovat hyödynnettävissä myös muilla erikoisaloilla.

Takana olevat muutama vuosi opinnäytetyön parissa ovat olleet erittäin vaiherikkaita. Haastavaa on ollut kahden perheellisen aikataulujen, koulun, työn ja perheen huomioimisen yhteen sovittaminen. Matkan varrelle on mahtunut paljon iloja ja suruja, aina syntymästä kuolemaan ja kaikki pienet kolhut kuin ilonpisaratkin siinä välissä.

### **12.1 Pohdinta, Elina**

Itse opinnäytetyön tekeminen on kasvattanut mielestäni minua ammatillisesti todella paljon. Koen että tänään, valmistumisen kynnyksellä ymmärrän tiedonkulun merkityksen hoitotyössä paljon laajemmin. Kykenen tarkastelemaan omalta osaltani tiedonkulkua kriittisesti ja osaan nähdä paremmin kokonaisuuksia, jotka tiedonkulun osalta vaikuttavat potilaan hoitotyön kokonaisvaltaisuuteen ja lopputuloksiin. Potilasta vastaanottaessani osaan selvittää ja pyytää tietoja, joita minun tarvitsee tietää, jotta voin omalta osaltani toteuttaa turvallista hoitotyötä. Potilasta eteenpäin lähettäessäni ja jatkohoitoa turvatessani ymmärrän katsoa tilannetta ”vastaanottajan” silmin ja hahmottaa uudella tavalla tiedon tarvetta, jotta potilaan jatkohoitoa ei suppea tiedonsaanti heikentäisi. Olen oppinut myös ymmärtämään yhteistyön merkityksen uudessa valossa.

Tietotekninen osaamiseni on vahvistunut roimasti, opinnäytetyön tekeminen oli omien taitojeni kannalta varsinaisesti vaikeuksien kautta voittoon - matka. Lisää tietoa syöpää sairastavan potilaan hoidon nykytilasta Kokkolan alueella hankin osallistumalla esimerkiksi Palliatiivisen hoitotyön koulutukseen keväällä 2011. Koulutus oli opinnäytetyön kannalta erittäin antoisa.

Opinnäytetyön valmistumisen aikoihin suoritin syventävää harjoittelua kirurgian poliklinikalla ja kotisairaanhoidossa, näissä paikoissa tuntui tulevan päivittäin yhä lisää uusia näkökulmia syöpäpotilaan tiedonkulun suhteen. Työn rajaamisen kannalta en enää

näitä ajatuksia lähtenyt tuomaan yhteiseen opinnäytetyöhömmä tätä pohdintaa lukuun ottamatta, sillä aiheen rajaaminen aiheutti muutenkin matkan varrella vaikeuksia. Havainnoista mainittakoon tekniset ongelmat, sillä kun koko sairaalan tietoverkko tilapäisesti kaatui, tuntui kuin aika olisi pysähtynyt, potilaan hoito ei voinut edetä, koska tarvittava tieto potilaasta oli Effican ”sisällä” rtg- kuvista, potilaan tulostuksesta, nykyhetkeen ja hoitotyön suunnitelmaan. Edellä mainittu tapahtuma vaikutti erittäin suuresti myös syöpää sairastavan potilaan tiedonkulkuun hetkellisesti.

Mieltäni jäi myös painamaan potilaiden hoitaminen monella eri erikoisalalla. Eräsikin potilas joutui kulkemaan kohtuuttoman pitkän matkan saadakseen reseptin uusittua, koska oman paikkakuntansa terveystieteiden keskeiseen voimakkaaseen lääkitykseen ei ilmeisesti uskallettu ottaa kantaa. Nimenomaisena päivänä potilas tuli hoitajan vastaanotolle, eikä lääkärillä tapaamisella ollut läsnä. Alun perin lääkkeen oli määrännyt toinen erikoisala ja hänet ohjattiin sinne pyytämään apua. Kyseisellä potilaalla ei enää ollut toivoa paranemisesta, vaan hän oli vasta saanut oireenmukaisen palliativisen solunsalpaaja hoitosarjan. Koska hänen hoitonsa ei ollut vielä päättynyt, ei häntä ollut siirretty Palliativisen poliklinikan asiakkaaksi. Olisiko potilaan kokonaisvaltainen hoito paremmin yhden ”luukun” takana, jos hänet voitaisiin siirtää esimerkiksi palliativisen poliklinikan asiakkaaksi jo siinä vaiheessa, kun todetaan, ettei parantavaa hoitoa voida enää tarjota, vaikka potilaalle vielä olisikin mahdollista tarjota oireenmukaista hoitoa erikoissairaanhoidossa? Kuinka paljon kyseisellä järjestelyllä voitaisiin vaikuttaa potilaan maanpäällisen loppumatkan laatuun?

Yhteistyön kehittämistä kaivattiin lähes jokaisessa saamassamme vastauksessa. Henkilökohtaisesti olen omassa työssäni kokenut yhteiset kehittämis- ja koulutuspäivät kaikkein antoisimmiksi, sillä silloin on mahdollista tavata kasvotusten hoitajat, joiden kanssa välillisesti työskentelemme. Olemme saaneet uusia ideoita toistemme toimintatavoista ja saaneet suoraan esittää molemmin puoleiset toiveet yhteistyölle. Tällaisen päivän aikana ryhmätyömuodossa olemme itse saaneet mahdollisuuden kehittää toimintaamme hoitotyön kannalta, yhteistyössä niiden henkilöiden kanssa, joiden kanssa hoitotyötä toteutamme. Mutta liekö tällaiset järjestelyt mahdollisia näinkin isoissa organisaatioissa ja isoissa hoitoketjuissa, joissa syöpäpotilaan hoitoon osallistuu sairaanhoitajia useasta eri yksiköstä?

Mikäli vielä jossain elämän vaiheessa tulen tekemään opinnäytetyötä tai vastaavaa, toivon että tästä taipaleesta olen päällimmäisenä oppinut sen, että alusta asti tehdään kunnon ja kaikki, ihan kaikki asiat laitetaan muistiin ja moneen kertaan. Mikäli tulisin tekemään tutkimusta kyselytutkimuksena, menisin henkilökohtaisesti tutkittavien luo ja pyytäisin heitä kasvoitusten vastaamaan kyselyyn, en käyttäisi tutkittavien tavoittamiseen välikäsiä tai kasvoitonta tekniikkaa. Tämän opinnäytetyön kyselyihin nimittäin parhaiten saimme vastauksia kun lähestyimme tutkittavaa henkilökohtaisesti.

Tällä duolla ei tutkimuksen tekemisestä vauhtia ja vaarallisia tilanteita uupunut. Yhteistyö opiskelutoverin kanssa oli antoisaa ja se mahdollisti asioiden näkemisen laajemmin. Missä sitten tulevaisuudessa tulenkin työskentelemään, toivon että opinnäytetyömme tulee antamaan minulle ammattilaisena valmiuksia potilaan vierellä kulkemiseen ja turvallisesti saattamiseen.

## **12.2 Pohdinta, Niina**

Opinnäytetyömme tekemisprosessi on ollut hyvin pitkä ja siihen on liittynyt paljon valvomista ja raskasta työtä. Pitkä prosessointi on ollut kuitenkin varsinkin itselleni jo elämän tilanteestani johtuen hyvin armelias, olen ehtinyt perehtyä aiheeseen ja olenkin oppinut paljon tutkimuksen tekemisestä ja kaikesta siihen liittyvästä. Ennen kaikkea olen huomannut, että hyvin suunniteltu on puoliksi tehty – se on tullut todistettua matkan varrella moneen otteeseen. Monia asioita olisi voinut tehdä toisin.

Olen vakuuttunut siitä, että juuri valitsemamme aihealueen vuoksi meille on helppoa asettua työelämään kauan odotetun valmistumisen jälkeen. Omalla kohdallani tämä tulee tapahtumaan hieman Elinaa myöhemmin, mutta tämä prosessi tulee elämään mielesäni varmasti ikuisesti. Tiedonkulkua koskevaan teoriataustaan tutustumisen myötä olen henkilökohtaisesti oppinut paljon, mikä on ollut myös tarpeellista, sillä itselläni ei ole saman verran harjoittelujaksoja taustalla kuin Elinalla. En ole kokenut sitä kuitenkaan taakaksi, vaan pyrin ajattelemaan asian niin, että tämän jälkeen mennessäni työharjoitteluun, olen jo tietoinen monista asioista: oppi on siis hankittu jo ikään kuin etukäteen.



Opinnäytetyömme aiheen valinta oli melko helppoa. Aihe kumpusi sekä työharjoittelusta nousseista ajatuksista ja itselläni myös paljolti läheisen sairastumisesta. Tiedonkulku on olennainen osa hoitotyötä ja senkin takia aineistoa, johon tutustua, riitti. Aiheen rajauksessa oli sitten jo jonkin verran ongelmia, sillä ”nälkä kasvaa syödessä” ja tekijöillä kovin kunnianhimoiset ajatukset. Onneksi osasimme olla realistisia, ja tutkimuksen laadukkuuden kannalta pystyimmekin tekemään oikeita päätöksiä. Tutkimuskysymyksiä pyörittelimme jonkin verran, mutta niiden teko oli kuitenkin suhteellisen helppoa. Kyselylomakkeen kysymykset olivat myös melko selviä meille jo etukäteen, ja niitä tulikin lomakkeeseen kaikkiaan 9. Kysymysten rajaaminen oli sen sijaan kimurantimpaa. Lopputulos kohden voimat hiipuivat ja vaikka aineiston analysointi oli mielestäni mielenkiintoisinta koko prosessin aikana, alkoivat voimat jo olla lopussa. Tutkimustuloksia ja taulukkoja väsätyksessämme jouduimme kääntämään paketin sekaisin useampaan otteeseen, mutta lopputulos on mielestäni mitä parhain! Pohdinta kokonaisuudessaan antaa niin sanotusti pisteen koko työn teolle – se ikään kuin kokoaa yhteen koko pitkän, raskaan mutta kuitenkin antoisan taipaleemme, josta toivon olevan suuresti hyötyä tulevaisuudessa!

Yhteistyömme sujui erittäin hyvin ja koenkin olevani hyvin onnekas saadessani tämän tärkeän aiheen kansiin yhdessä luokkatoverini kera. Monet antoisat ja mieleenpainuvat hetket olemme tämän opinnäytetyön tekemisen myötä viettäneet. Toivon työstämme olevan hyötyä myös monille muille hoitotyön ammattilaisille.

*Yhdessä kiitämme suuresti yhteistyötahoja ja erityisesti kyselyihin vastaajia Teiltä saamastamme ajasta. Toivomme, että opinnäytetyömme kantaa tulevaisuudessa hedelmää ja auttaa Teitä osaltaan tärkeässä työssä, mitä syöpää sairastavan potilaan eteen teette. Ohjaavaa opettajaa kiitämme kärsivällisyydestä ja uskon valamisesta väsyneisiin opiskelijoihin ja erityisesti äiteihin. Perheitämme kiitämme myös kärsivällisyydestä ja pelkäämme suuresti kuinka kauan menetetyn ajan takaisin maksaminen kestää. 5 -vuotias tuumasi matkan varrella että ”äiti, pitäisikö sun alkaa elää elämääs”, nyt on sen aika.*

### **13 TUTKIMUKSEN AIKATAULU JA RAPORTOINTI**

Helmikuussa 2010 päätimme opinnäytetyön tekemisestä yhdessä ja aloitimme tutkimussuunnitelman tekemisen. Aloituspalaveri tulevien yhteistyötahojen kanssa pidettiin 11.6.2010. Ohjaava opettajamme vaihtui ennen aloituspalaveria ja samalla tutkimussuunnitelma koki muodonmuutoksen. Tutkimussuunnitelmaa työstettiin edelleen syksyn 2010 – kevättalven 2011 aikana. Valmis tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupa-anomukset jätettiin hyväksyttäväksi yhteistyötahoille 29.4.2011. Työ esitettiin väliaikaiseminaarissa 5.5.2011. Saatuaamme hyväksytyt tutkimusluvut alkoi varsinaisen opinnäytetyön tekeminen ja toimitimme tutkittavien joukolle kysymykset. Opinnäytetyömme jätimme tarkastettavaksi 30.9.2011.

Tutkimuslupa-anomukset jätettiin huhtikuussa 2011. Kyselylomakkeet esiteltiin hoitoalalla työskentelevällä joukolla ennen lomakkeiden jättämistä tutkittaville. Esitelmän perusteella kyselylomakkeen kysymysmuodot tarkistettiin, jotta ne palvelevat tutkimusta mahdollisimman laajasti. Kyselylomakkeet lähetettiin yksiköihin vastattaviksi kesäkuussa 2011. Kyselyiden tulokset analysoitiin syyskuun 2011 alussa.

Tutkimuksen valmistuttua kaikki tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisella tavalla. Valmis opinnäytetyö tullaan toimittamaan tutkimukseen osallistuneiden organisaatioiden käyttöön. Myös seminaari-istuntojen aikataulut tullaan tiedottamaan tutkimukseen osallistuneisiin organisaatioihin.

## LÄHTEET

Kynsilehto, E- A. 2011. Haasteelliset hoitopäätökset kuolevan potilaan hoidossa. Palliativisen potilaan hoidon koulutuspäivät. Julkaisematon lähde.

Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa -artikkeli. Hoitotiede-lehti, 2/2008.

Eduskunnan syöpäverkosto.2010. Lehdistötiedote. 16.3.2010. Kansallinen syöpästrategia – paraneeko syöpäpotilaan hoito?. WWW- dokumentti. Saatavissa: <http://www.syopasairaanhoitajat.fi/pdf/eduskunnan-syopaverkosto.pdf>. Luettu: 4.5.2010.

Etene. 2003. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf). Luettu: 9.9.2011

Heikkinen, M. 2011. Palliativinen poliklinikka. Kyselytutkimus. Julkaisematon lähde.

Hildén, H-M. 2006. Hoitotahto. Elämän loppu vai kuoleman alku. Hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hintsala, A. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelutyöntekijöiden käsityksiä yhteistyöstä ja asiantuntijuudesta asiakkaiden erityispalvelutarpeiden tunnistajina - Yksin yhdessä. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Holmia,S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätauti- kirurginen hoitotyö. Porvoo. WSOY.

KPSHP. 2011. Www-dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpsHP.fi/fi/keski/opas\\_sairaalaan/doc/Potilasinformaatio\\_2011-05-01.pdf](http://www.kpsHP.fi/fi/keski/opas_sairaalaan/doc/Potilasinformaatio_2011-05-01.pdf). Luettu: 25.8.2011.

KPSHP. 2010. Www- dokumentti. Saatavissa: [http://www.kpsHP.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=430&d=keski/sairaalapalvelut/syopapoli\\_klinikka.htm](http://www.kpsHP.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=430&d=keski/sairaalapalvelut/syopapoli_klinikka.htm). Luettu: 28.4.2010

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Lyly, S. 2005. Suomalaisten terveys -artikkeli. Duodecim Terveyskirjasto. WWW-dokumentti. Saatavilla: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00030#s1](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00030#s1). Luettu: 23.4.2011

- Mäklin, S. & Rissanen, P. 2006. Syöpien aiheuttamat kustannukset - Hoito- ja tuottavuuskustannusten kehitys vuosina 1996–2004 ja ennuste niiden muutoksista vuoteen 2015. Tampereen Yliopisto, terveystieteen laitos.
- Niemi, T., Nietosvuori, L., Virikko H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki, Edita Prima.
- Pohjola, A. 2003. Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Rovaniemi; Lapin yliopistopaino.
- Pukkala, E., Sankila, R., Rautalahti, M. Syöpä Suomessa 2006. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisuja nro 67. Helsinki: Suomen Syöpärekisteri, 2006.
- Pyykönen, A. 2001. Keskussairaalaista terveyskeskukseen. Jatkohoitoon siirtymistä edistävät ja vaikeuttavat tekijät kahdessa terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -hallinnon ja -talouden laitos.
- Rautalahti, M. 2010. Eduskunnan syöpäverkosto. Lehdistötiedote. Kansallinen syöpästrategia – paraneeko syöpäpotilaan hoito?. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.syopasairaanhoitajat.fi/ajankohtaista/materiaali/Eduskunnan\\_syopaverkosto.pdf](http://www.syopasairaanhoitajat.fi/ajankohtaista/materiaali/Eduskunnan_syopaverkosto.pdf). Luettu: 4.5.2010
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2.html). Luettu: 15.9.2010
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Työryhmän raportti. Syövänhoidon kehittäminen vuosina 2010- 2020. WWW- dokumentti. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11085.pdf). Luettu: 13.9.2010
- Suomalainen syöpärekisteri 2010. Päivitetty 7.12.2010. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cancerregistry.fi/stats/fin/vfin0004i0.html> . Luettu: 3.1..2011
- Suomen Palliatiivisen Hoidon Yhdistys ry. 2010. Mitä on palliatiivinen hoito? WWW-dokumentti. Saatavissa: [http://www.sphy.fi/mita\\_on\\_palliatiivinen\\_hoito/](http://www.sphy.fi/mita_on_palliatiivinen_hoito/) Luettu: 14.9.2010
- Syöpäjäjestöt. 2010. Oireenmukainen hoito. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/jalkeen/oireenmukainen/> Luettu: 14.9.2010
- Syöpätautien poliklinikka. 2010. Keski-Pohjanmaan keskussairaala. Syöpätautien poliklinikan toiminnan esittely.
- Tanskanen, A. 2010. Uta. Sisällön analyysi hoitotieteessä. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.uta.fi/laitokset/hoito/wwwoppimateriaali/luku5e.html>. Luettu: 20.8.2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valvira. 2011. Ohjaus ja valvonta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Elämän loppuvaiheen hoito. Päätös elvyttämättä jättämisestä. WWW- dokumentti. Saatavissa:  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/paatos\\_elvyttamatta\\_jattamisesta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/paatos_elvyttamatta_jattamisesta). Luettu: 7.10.2011

Valvira. 2011. ohjaus ja valvonta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Elämän loppuvaiheen hoito. Saattohoito. WWW- dokumentti. Saatavissa:  
[http://www.valvira.fi/ohjaus\\_ja\\_valvonta/terveydenhuolto/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito). Luettu: 7.10.2011

Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. 2006. Kyselylomakkeen laatiminen. Avoin kysymys. WWW- dokumentti. Saatavissa:  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/esimerkki5.html>. Luettu: 15.9.2010



KOKKOLAN TERVEYSKESKUS  
KARLEBY HÄLSOCENTRAL



TYÖTERVEYSHUOLTO  
TYÖPLUS  
PÖRRTAGHÄLSOVÄRD

## Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteinen potilastietorekisteri

### Potilasinformaatio

#### Yleiset potilastietojen käytön edellytykset ja rajoitukset

Potilaan hyvän hoidon toteuttaminen edellyttää, että hoitavalla henkilökunnalla on hoidon yhteydessä käytettävissä kaikki tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta ja hänelle tehdyistä tutkimuksista.

Potilastietojen käyttö ja luovutus organisaatioiden välillä edellyttää aina potilaan ja hänen tietojaan käsittelevän henkilön välistä hoitosuhdetta.

Potilastietoja saa käyttää vain hoidon edellyttämässä laajuudessa. Potilastietojen käyttöä ja luovutuksia organisaatioiden välillä seurataan jatkuvasti kaikkien potilaiden ja käyttäjien osalta loki-tietojen avulla.

Perinnöllisyyslääketieteen ja psykiatrian hoitoyksiköissä syntyneet potilastiedot ovat erityissuojattuja ja niiden käyttö edellyttää aina erillistä käyttäjän erityistä vahvistusta ennen tietojen käyttöä.

#### Yhteinen potilastietorekisteri

1.5.2011 voimaan tulevassa Terveystietolaissa säädetään, että saman sairaanhoitopiirin alueella toimivien perusterveydenhuollon (terveyskeskusten) ja erikoissairaanhoidon (keskussairaalan) sähköiset potilasrekisterit ja potilasasiakirja-arkistot muodostavat yhteisen potilastietorekisterin. Potilastiedot voivat olla paperilla tai tietojärjestelmissä ja käyttö voi kohdistua myös ennen 1.5.2011 syntyneisiin tietoihin. Terveyskeskuksen järjestämän työterveyshuollon potilasasiakirjat ovat osa yhteistä potilasrekisteriä.

Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen yhteisen potilastietorekisterin muodostavat seuraavien julkisen terveydenhuollon organisaatioiden potilastiedot:

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä Kiuru  
Kokkolan kaupungin terveyskeskus  
Työterveyshuolto Työplus

Potilasta hoitava henkilökunta voi käyttää yhteisessä potilastietorekisterissä olevia hoidon kannalta tarpeellisia potilastietoja ilman potilaan suostumusta. Käyttö edellyttää kuitenkin, että potilasta on informoitu yhteisen potilastietorekisterin käytöstä ja mahdollisuudesta kieltää potilastietojen yhteiskäyttöä.

#### Potilaan / kansalaisen oikeus rajoittaa yhteisen potilastietorekisterin käyttöä

LIITE 2

**KESKI-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI  
TUTKIMUSLUPA-ANOMUS**

**Hakijan nimi:** Elina Poranen \_\_\_\_\_  
**Osoite:** \_\_\_\_\_  
**Puhelin:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Hakijan nimi:** Niina Rintala \_\_\_\_\_  
**Osoite:** \_\_\_\_\_  
**Puhelin:** ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot:**  
**Opettaja ohjaaja:** Riitta Ala-Korpi, Terveystie 1, 67100 Kokkola  
**Työelämän ohjaaja:** Helena Linna, Kirurgian poliklinikan osastonhoitaja

**Tutkimuksen nimi**  
Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen syöpäpotilaan mukana

**Tutkimuksen tarkoitus**  
Selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua


**Tutkimuksen tavoitteet**  
Tuottaa tietoa jonka avulla voidaan kehittää tiedonkulkua, jotta se olisi entistä luotettavampaa ajankohtaisempaa ja asianmukaisempaa

**Tutkimustehtävät**  
Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä vastaanottaessaan syöpää sairastavaa potilasta?  
Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä lähettäessään syöpää sairastavaa potilasta jatkohoitoon?  
Miten syöpää sairastavan potilaan tietojen kulku toteutuu?  
Miten syöpää sairastavan potilaan tietojen kulkua tulisi kehittää?

**Aineistonkeruu ja analyysi**  
Tutkimusaineisto kerätään syöpäpotilaan hoitotyötä tekeviltä sairaanhoitajilta. Aineiston keruussa käytämme avointa kyselylomaketta (esitestaus suoritetaan ennen kyselyn toteuttamista). Tutkimusaineisto analysoidaan induktiivisella sisällön analyysillä ja siitä johdetaan tutkimustulokset.

Paikka Kokkolassa Päiväys 29.4.2011

  
Hakijan allekirjoitus:

  
Hakijan allekirjoitus

### LIITE 3

KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS  
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

Tutkimuslupapäätös  
Hallintoylihoitaja

8 §

**ASIA**

Poranen Elina, Rintala Niina, Keski-Pohjanmaan  
ammattikorkeakoulut, Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen  
siirtyminen syöpäpotilaan mukana. 290411

**PÄÄTÖS**

Tutkimuslupa-anomus hyväksytään.

**ESITYKSEN TEKIJÄ**

**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**

  
Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä  
Hallintoylihoitaja



LIITE 4

**KOKKOLAN KAUPUNKI**

Terveyspalvelut

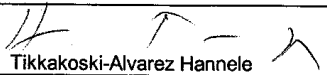
Viranhaltija ja virka-asema  
Tikkakoski-Alvarez Hannele  
Hoitotyön johtaja

**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS**

Yleinen päätös

1

Päivämäärä / pykälä  
10.05.2011 / § 8  
13/01

Asia	<b>Poranen Elina, Rintala Niina; tutkimusluvan myöntäminen</b>								
Päätös ja sen perustelut	Hyväksytty Elina Poraselle ja Niina Rintalalle myönnetään tutkimuslupa aiheesta: Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen syöpäpotilaan mukana. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat syöpäpotilaiden kanssa työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimus tukee terveyskeskuksen strategiaa ja palliatiivisen poliklinikan toiminnan kehittämistä. Tutkimussuunnitelma on liitteenä.								
Allekirjoitus	Hoitotyön johtaja  Tikkakoski-Alvarez Hannele								
Oikaisuvaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianomainen) sekä kunnan jäsen.								
Oikaisuvaatimus-viranomainen	Sosiaali- ja terveyslautakunta								
Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenten katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.								
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.								
Päätöksen nähtäväksi asettaminen	Päivämäärä								
Tiedoksianto asianosaiselle	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja</td> <td>Asianosainen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm</td> <td>Asianosainen</td> </tr> <tr> <td>Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema</td> <td>Vastaanottajan allekirjoitus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja	Asianosainen	<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm	Asianosainen	Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema	Vastaanottajan allekirjoitus	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten	
<input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja	Asianosainen								
<input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka, pvm	Asianosainen								
Tiedoksiantajan allekirjoitus ja virka-asema	Vastaanottajan allekirjoitus								
<input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten									
Lisätietoja									
Liitteet									
Sisäinen jakelu									

Postiosoite / Postadress:  
PL 43 / PB 43  
67101 KOKKOLA / KARLEBY

Käyntiosoite / Besöksadress:  
Kaupungintalo / Stadshuset  
Kauppatori 5 / Salutorget 5

Puhelin / Telefon:  
(06) 828 9111  
Fax: (06) 8289 389

S-posti / E-post:  
etunimi.sukunimi@kokkola.fi  
fomamn.efternamn@kokkola.fi

Internet:  
www.kokkola.fi



## OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p>Opinnäytetyön tekijä/t Elina Poranen &amp; Niina Rintala <i>Elina Poranen</i> <i>Niina Rintala</i></p>	<p>Aloituspäivämäärä 11.6.2010</p>
<p>Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma</p>	<p>Yksikkö Kulttuurin- ja hyvinvoinnin yksikkö</p>
<p>Koulutusohjelman yliopettaja Annukka Kukkola</p>	<p>Ehdotus opinnäytetyön ohjaajaksi Riitta Ala-Korpi</p>
<p>Opinnäytetyön työnimi (aihe)</p> <p>Tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen syöpäpotilaan mukana</p>	
<p>Tutkimusongelma/kehittämistehtävä</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä vastaanottaessaan syöpää sairastavaa potilasta?</li> <li>- Mitä tietoja hoitohenkilökunta pitää tärkeänä lähettäessään syöpää sairastavaa potilasta jatkohoitoon?</li> <li>- Miten syöpää sairastavan potilaan tiedonkulku toteutuu?</li> <li>- Miten syöpää sairastavan potilaan tietojenkulkua tulisi kehittää?</li> </ul>	
<p>Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla syöpää sairastavan potilaan tietojenkulku olisi entistä luotettavampaa, asianmukaisempaa ja ajankohtaisempaa. Näin voidaan kehittää tiedonkulun osalta syöpäpotilaan hyvän hoidon toteutumista.</p>	

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

**Opinnäytetyön alustava aikataulu (pvm:t kuukauden tarkkuudella)**

Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [ 11.6.2010 ]  
Toteutussuunnitelman esittäminen [ 29.4.2011 ]  
Väli raportointi [ Syyskuu 2011 ]  
Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [ Lokakuu 2011 ]  
Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [ Lokakuu 2011 ]  
Opinnäytetyön seminaariesitys [ Marraskuu 2011 ]  
Kypsyyskoe [ Marraskuu 2011 ]

**Toimeksiantajan yhteystiedot (yritys, yhteys henkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti)**

Kokkolan terveystieteiden keskus, Hannele Tikkakoski- Alvarez  
Mariankatu 28, 67200 Kokkola, (040) 7307679  
hannele.tikkakoski-alvarez@kokkola.fi

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon – ja peruspalvelukuntayhtymä Kiuru, Helena Linna  
Mariankatu 16-20, 67200 Kokkola, (06) 8264572  
helena.linna@kpshp.fi

Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön 4.11.2011 mennessä.

Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan. Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, matka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.

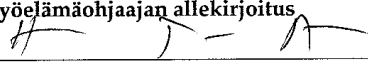
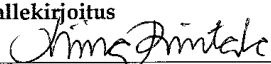

Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat aaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.

Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.

LIITE 5/3

 KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU  
MELLERSTA ÖSTERBOTTENS YRKESHÖGSKOLA

OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

Päiväys	15.7.2011
Työelämäohjaajan allekirjoitus	 <del>Heleen Pöytäkoski</del> <del>Helen Pöytäkoski</del> HANNELE PÖYTÄKOSKI-MUNTZ
Opiskelijan allekirjoitus	 <del>Kimmo Juntala</del> Kimmo Juntala
Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus	 <del>Riitta Alcuero</del> Riitta Alcuero

## LIITE 6

### Palaverimuistio

Tapaaminen koskien opinnäytetyötä

11.6.2010

LÄSNÄ:

Elina Poranen, Niina Rintala, Riitta Ala-Korpi, Hannele Tikkakoski-Alvarez, Raija Laukka, Helena Linna, Johanna Oikemus- Määttä

Aloitimme tapaamisen keskustelemalla mitä toiveita erikoissairaanhoidolla ja perusterveydenhuollolla on opinnäytetyömme aiheeksi/linjaukseksi.

Keskusteltuaamme tulimme tulokseen, että molempien tahojen yhteinen päämäärä on se, että kun potilas siirretään erikoiss:h:n puolelta perusterveyshuoltoon, pääasia on tietojen asianmukainen ja ajankohtainen siirtyminen potilaan mukana. Mitä tietoja siis siirtyy ja kenelle?

Palaverissamme tuli myös esille se asia, että varsinkin palliatiivisen hoidon siirrossa on ollut vaikeuksia – kenellä on siis hoitovastuu avopuolella?

Opinnäytetyömme aiheeksi siis nousi vahvasti ”Saattaen vaihtaan”-näkökulma.

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme teemahaastattelun ydinjoukolle, johon valitsimme osallistujien kesken alustavasti haastateltaviksi:

PTH:

Kotisairaala 1 hlö, VO 1 hlö, Os.2 1 hlö, ”vastaava sairaanhoitaja” (syöpähoitaja), sekä syöpäjäjestöltä 1 hlö

ESH: Syöpäpoliklinikka 1-2 hlöä, Gynen puolelta kenties 1 hlö

Teemahaastattelun runkoon voimme kysyä neuvoja palaveriin osallistujilta esim. kysymyksissä.

Lopuksi päätimme tutkimussuunnitelman ja opinnäytetyön yhdyshenkilöt:

OSH Helena Linna erikoissairaanhoidon puolelta

Hannele Tikkakoski-Alvarez ja Raija Laukka PTH:n puolelta

## LIITE 7

SAATEKIRJE

Kokkolassa 6.5.2011

Hei!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksiköstä, hoitotyön koulutusohjelmasta. Olemme tekemässä opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää ja kuvata syöpäpotilaan hoitotyötä koskevaa tiedonkulkua. Tiedonkulkua tarkastellaan sekä organisaatioiden välillä että organisaation sisällä. Organisaatioilla tarkoitetaan Kokkolan terveystieteiden keskus- ja Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymän keskussairaala.

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tietoa jonka avulla voidaan kehittää syöpäpotilaan hoitoa koskevaa tiedonkulkua, jotta se olisi entistä luotettavampaa, ajankohtaisempaa ja asianmukaisempaa. Tarkoituksena on nostaa esiin syöpäpotilaan kanssa työskentelevien henkilöiden kokemus tiedonkulun vahvuuksista ja heikkouksista, sekä ideat tiedonkulun kehittämistä. Näin voidaan turvata syöpäpotilaalle hyvä hoito, jossa tiedonkulun ongelmat eivät alenna hoidon laatua. Sairaanhoitajien näkökulma on ensiarvoisen tärkeää tiedonkulun kehittämisen kannalta.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin puoli tuntia. Kysymykset tulevat pohjautumaan tutkimuskysymyksiimme. Alla on yhteystietomme, mikäli Teillä on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen. Toivomme, että liitätte vastaukseenne myös omat yhteystietonne, sillä niiden avulla voimme tarvittaessa esittää Teille mahdollisia tarkentavia kysymyksiä, jotta voimme analysoida vastauksistanne mahdollisimman laajan ja laadukkaan tutkimustuloksen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimus on luottamuksellinen ja meitä sitoo vaitiolovelvollisuus. Valmiin opinnäytetyön tuloksista ketään vastaajaa ei pystytä tunnistamaan.

Ystävällisin terveisin

Elina Poranen & Niina Rintala

[\(etunimi.sukunimi@cou.fi\)](mailto:etunimi.sukunimi@cou.fi)







## LIITE 8/3

5. Onko yksikössänne sähköinen kirjaamisjärjestelmä? Jos on, niin mikä? Kuinka tiedon kulku toteutuu em. järjestelmän avulla oman organisaatiosi sisällä ja organisaatioiden välillä?

6. Kuinka paljon työajastanne käytätte potilastietojen etsimiseen? Mitä välineitä etsimiseen käytätte, mikäli tieto ei ole kulkenut asianmukaisesti, ajankohtaisesti ja luotettavasti potilaan rinnalla?

## **LIITE 8/4**

7. Mitkä asiat ovat syöpää sairastavan potilaan tiedonkulun kompastuskiviä?

8. Mitkä asiat toimivat hyvin syöpää sairastavan potilaan tiedonkulussa?

## LIITE 8/5

9. Kuinka kehittäisitte syöpää sairastavan potilaan tietojen kulkua organisaationne sisällä ja eri organisaatioiden välillä?

10. Vapaa sana ja palaute kyselystä

## LIITE 9/1

### Yksiköiden sisäinen tiedonkulku:

Effica  
hoitosuunnitelman kirjaus  
tieto välittyy myös suullisesti  
Potilastietoihin perehtyminen etukäteen  
Potilas ja hänen sairautensa entuudestaan  
tuttu  
Yksikön sisäiset sopimukset hoito- ja  
kirjaamiskäytännöissä  
Pienet yksiköt  
Ennakoitavuus  
Konsultointi  
suulliset raportit  
sijaisten perehdyttäminen  
sovitut käytännöt kirjaamisessa  
potilaan ja omaisten haastattelu

Tiedonkulkua parantava tekijä

Sijaisten perehtymättömyys  
henkilökunnan vaihtuvuus  
Lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen  
puutteellista  
Yllätyksellisyys  
Lääkärin ja hoitajien välisen tiedonkulun  
nihkeys  
subjektiivinen tulkinta välitettävän tiedon  
merkityksestä ja olennaisen tiedon sisäl-  
löstä  
Kiire  
Raportoinnissa puutteita  
Kattavassa hoitotyön tiedotteessa puutteita  
Lähete ei saavu yksikköön, mikäli sen  
saapumisesta ei informoida puhelimitse  
tai kirjeitse  
Saatu tieto perustuu pelkästään kirjalli-  
seen raporttiin  
Kokonaisvaltaisen tiedonpuute  
tieto annetuista hoidoista puutteellinen

Tiedonkulkua heikentävä tekijä

## LIITE 9/2

### Yksiköiden ja organisaatioiden välinen tiedonkulku:

Effica  
Puhelin kontaktit  
Kattavat raportit ja hoito- ohjeet  
Kattava ja kokonaisvaltainen näkemys suoraan tiedonantajan ja saajan välillä  
Kirjallisessa raportoinnissa tieto kulkee muuttumattomana  
Yhteinen potilasrekisteri  
Lääkärien välinen yhteistyö  
Kipuhoitajalta kattava tieto  
Lupapaikka vuodeosastolla  
Yhteinen lääkäri  
Työnjaon sopiminen potilaan toiveiden ja tarpeiden mukaan  
Potilaan siirtyminen tuetusta hoidosta tk:n vuodeosastolle  
Omaisien aktiivinen osallistuminen

Tiedonkulkua parantava tekijä

Potilaan todellinen tila ja sairauden vaihe ei tiedossa potilaalla, omaisilla eikä hoitohenkilökunnalla  
Subjekttiivinen tulkinta välitettävän tiedon merkityksestä ja olennaisen tiedon sisällöstä  
Puutteelliset lähetteet, olennaisia asioita jää mainitsematta  
Psykkistä tilaa ei huomioida  
Potilaan yhteystiedot virheellisiä  
Kiire  
Ei ole tiedossa vastaanottavan tahon hoitotyön vastuun rajauksia  
Selkiytymätön työnjako  
Yhteistyö palaverien ja hoitoneuvotteluiden puute  
Suullisen raportoinnin puuttuminen  
Suullisessa raportoinnissa tieto muuttuu matkalla  
Ei osata käyttää aluehakua  
Ei ole käytettävissä suoria puhelinnumeroita  
Tieto ei saavuta vastaanottajaa  
Erilaiset kirjaamisjärjestelmät  
Sähköisen kirjaamisjärjestelmän puuttuminen  
Kirjaamistapojen erot  
Tietoa runsaasti, olennainen hukkuu  
Yhteisten ”fraasien puuttuminen”  
Ei arvosteta muualta saatuja tietoja  
Lääkärien ja hoitajien välinen tiedonkulun nihkeys  
Saaduista hoidoista ja hoitojen aikaisesta voinnista ei informoida kotiosastoa  
Aikatauluista ei tiedoteta hoitavaa osastoa/ tahoa  
Yhteistyö ja tiedonkulku pitkälti lääkäreiden varassa

Tiedonkulkua heikentävä tekijä

## LIITE 10

### KEHITTÄMISIDEAT

*"Potilastietojärjestelmien raportointitapojen yhdistäminen."*

*"Lääkärien ja hoitajien yhteistyön  
lisääminen ja sujuvuuden kehittäminen."*

*"Yksikön sisällä; kirjaamistapoja yhtenäistämällä  
tiedettäisiin mistä etsiä ja löytää haluamaansa tietoa."*

*"Yksiköiden välillä; enemmän suullista viestintää                      "Yhteiset palaverit"  
kirjallisen viestinnän tueksi."*

*"Yksiköiden välillä tulisi olla selkeä työnjako, kenellä hoidon päävastuu ja vastuu koordinoi-  
nista."*

*"Potilastietojärjestelmien yhdistäminen. Vanhainkodit taikka palvelutalot eivät omalla järjes-  
telmällä pääse katsomaan potilaan tietoja ja hoitoja jotka ovat pääsääntöisesti tapahtuneet eri-  
koissairaanhoidon puolella. Potilaita hoidetaan paljon myös Oulun yliopistollisessa ja heillä on  
eri potilastietojärjestelmä. Kuinkahan ne kaikki hoidot, tiedot ym. välittyy esim. keskussairaalan  
kautta maakunnan vanhainkotiin.."*

*"Toivoisin sähköiseen potilastietojärjestelmään keinoa,  
jolla "uudet tiedot" tulisivat heti ilmi täällä meilläkin,  
esim. kun avaa ajanvarauskirjan, tulisi samalla ilmoitus  
kaikkien kirjalla olleiden asiakkaiden muuttuneista  
tiedoista/kirjauksista."*

*"Fraasien muokkaaminen paremmin kuvaaviksi."*

*"Yksiköiden väliset lukuoikeudet potilastiedostoihin."*

*"Suorat puhelinnumerot eri yksiköiden välillä."*

*"Toivomme kunnollista suullista raporttia lähettävästä hoitopaikasta."*

*"Olisi tärkeää, että yhä enemmän siirryttäisiin  
potilaan kokonaisvaltaisen hoidon tarkastelun malliin,  
jolloin eri yksiköiden välisen tiedonkulun merkitys korostuisi."*