

Karoliina Pajula & Susanna Vares

DOKUMENTOINTI ETÄLÄÄKÄRIPALVELUSSA

DOKUMENTOINTI ETÄLÄÄKÄRIPALVELUSSA

Karoliina Pajula & Susanna Vares
Opinnäytetyö
Syksy 2015
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Karoliina Pajula & Susanna Vares
Opinnäytetyön nimi: Dokumentointi etälääkäripalvelussa
Työn ohjaaja: Eveliina Korkiakangas & Terttu Koskela
Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2015
Sivumäärä: sivut + liitteet: 55 + 5 liitesivua

Etälääkäripalvelut ovat yleistymässä, koska kunnat ostavat yhä enemmän palveluja yksityisiltä tuottajilta. Etälääkäripalvelussa korostuu sujuvan dokumentoinnin merkitys, jotta potilasturvallisuus pystytään takaamaan. Kiinnostus opinnäytetyön tekemiseen lähti toisen opiskelijan etälääkäripalvelukokemuksesta.

Teimme opinnäytetyömme etälääkäripalvelua tuottavalle yritykselle. Tutkimushankkeen tarkoituksena oli selvittää miten sairaanhoitajat toteuttavat dokumentointia potilastietoihin sekä millä tavalla potilasturvallisuus toteutuu dokumentoinnissa.

Olemme valinneet opinnäytetyöhön mielestämme luotettavia ja uutta tietoa sisältäviä lähteitä. Opinnäytetyön tietoperusta pohjautuu yhteistyökumppanin edustajan antamaan aineistoon, jota tukeaksemme olemme hyödyntäneet kirjallisuutta, alan internet-sivuja, lehtiartikkeleita sekä väitöskirjoja. Opinnäytetyössämme olemme tutkineet ikääntyneiden palvelukodeissa työskentelevien sairaanhoitajien kokemuksia etälääkäripalvelun dokumentoinnista Webropol-kyselyn avulla. Kyselyssä otimme huomioon yhteistyökumppanimme toiveet sekä teimme sen tietoperustaan pohjautuen. Opinnäytetyö on toteutettu käyttämällä triangulaatio-menetelmää, eli sairaanhoitajien kokemuksia käsitellään sekä määrällisesti että laadullisesti. Määrällisiä vastauksia olemme analysoineet frekvenssi- ja prosenttijakaumin sekä laadullisia vastauksia deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksesta selvisi, että hoitajat ovat suurimmaksi osaksi käyneet potilastietojärjestelmään kirjaamisen koulutuksessa, josta he ovat saaneet ohjeita toteuttaakseen dokumentointia. Sairaanhoitajat toivat esille, että hoitajien ja lääkärien käyttämät eri tietojärjestelmät vaikeuttavat dokumentointia ja potilasturvallisuutta. Tästä huolimatta sairaanhoitajat kokivat dokumentoinnin sujuvan potilasturvallisesti.

Kehitysehdotuksena olisi mahdollistaa lääkäreille ja hoitajille yhteisen potilastietojärjestelmän käyttäminen tai tarjota lääkäreille etäkäyttömahdollisuus potilastietojärjestelmään. Yhteistyökumppanimme voi myöhemmin kehittää käytäntöjään tutkimuksesta selvinneiden ongelmakohtien osalta. Jatkotutkimusehdotuksena olisi laajentaa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrää tai toteuttaa tutkimus laadullisena.

Asiasanat: etälääkäripalvelu, potilasturvallisuus, dokumentointi & sairaanhoitaja

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author(s): Karoliina Pajula & Susanna Vares
Title of thesis: Documentation on remote doctor service
Supervisor(s): Terttu Koskela & Eveliina Korhakangas
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2015
Number of pages: 55 + 5 annexes

Remote doctor services are becoming more common, because the municipalities are buying more and more services from private providers. On the remote doctor service it is important that the documentation is smooth and then patient safety can be guaranteed. Interest in for thesis work arise another student's remote doctor service experience.

We made our thesis work to the company which produces remote doctor service. Purpose of the research project was to find out how registered general nurses implemented the patient record documentation and how the patient safety was realized on documentation.

The source materials for the thesis work that we have selected are reliable and contain new information. Thesis work is based on knowledge base of provided data from partner representative and we have utilized to support this obtained information by using literature, internet pages of the industry, journal articles and dissertations. In our thesis work we have examined experiences of remote doctor service documentation via Webropol inquiry from registered general nurses who working in older people's service homes. The inquiry took into account the wishes of our partner and we did it using to the knowledge base. This thesis work has been implemented using triangulation method in other words considering nurses' experiences considering with both quantitatively and qualitatively. Quantitative answers, we analyzed the frequency and percentage terms as well as qualitative answers with deductive content analysis.

The research showed that most part of nurses have been patient record system documentation training, which they have received guidance on the documentation. Registered general nurses made the point that the various patient record systems used by the nurses and the doctors make it difficult for documentation and patient safety. Nevertheless, the nurses felt that the documentation of the patient can be carried out safely.

Development proposal could be allows that doctors and nurses can use common patient record systems or to provide doctors remote access to patient record system. Our partner can later develop their practices which related to the problem areas what we found during the research. For further research proposals should be to expand the number of people participating in the research or carry out research as a qualitative.

Keywords: remote doctor service, patient safety, documentation & registered general nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN POTILASTURVALLISUUS JA DOKUMENTOINTI.....	7
	2.1 Potilasturvallisuus.....	7
	2.2 Dokumentointi	10
	2.2.1 Dokumentoinnin hyödyt.....	14
3	OSTOLÄÄKÄRIPALVELUT	15
	3.1 Lääkärinkierto.....	16
	3.1.1 Sairaanhoidajan työnkuva.....	17
	3.1.2 Lääkärin työnkuva.....	19
	3.2 Hoito- ja palvelukodit.....	20
	3.2.1 Ikääntyneet	21
	3.2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	23
4	TUTKIMUSHANKKEEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	25
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	26
	5.1 Tutkimuksen kohderyhmä	26
	5.2 Aineiston keruu.....	27
	5.3 Aineiston analysointi.....	28
	5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	28
	5.5 Tutkimuksen suorittamisen aikataulu ja työnjako	30
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	44
8	POHDINTA.....	47
	LÄHTEET.....	50
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on etälääkäripalvelujen dokumentointi. Kunnat ostavat yhä enemmän palveluja yksityisiltä tuottajilta ja tämän seurauksena ostolääkäripalvelut ovat hyvin tärkeä sektori palvelujen tuotannossa. Vuonna 2014 Suomen terveystieteissä lääkärivaje oli 5,2 %, ostolääkäripalveluiden osuus oli 5,0 % sekä 5,7 % lääkäripalveluista oli ulkoistettu (Ruskoaho 2014, viitattu 17.9.2015). 2000-luvulla vanhusten ja vammaisten ostopalvelut ovat nousseet jopa 15 % vuodessa (Pantsu 2013, viitattu 23.9.2015).

Ostolääkäripalvelut ovat kunnan ostamia lääkäripalveluita ammatinharjoittajilta tai yrityksiltä. Lääkäripalvelujen ulkoistaminen tarkoittaa, että kunta luopuu kaikista lääkärin virkojen täyttämisestä, jolloin yksityinen ammatinharjoittaja tai yritys täyttää ne. (Ruskoaho 2014, viitattu 17.9.2015.) Tutkimuksemme kohteena olevissa palvelutaloissa lääkäripalvelut on ulkoistettu, jolloin lääkärinkierrot tapahtuvat joko puhelimitse, paikan päällä tai esimerkiksi ne voivat olla tietoteknisesti tapahtuvaa, jolloin sairaanhoitaja tutkii potilasta lääkärin johdolla ja lääkäri määrittelee etänä potilaan voinnin (FoxNews 2015, viitattu 13.10.2015). Tällaista palvelua kutsutaan etälääkäripalveluksi.

Meidän kanssa yhteistyötä tekevä yritys ei halunnut nimeään julkisuuteen. Yhteistyökumppanimme tuottaa etälääkäripalveluja usealle eri paikkakunnalle vanhusten palvelukoteihin. Tutkimuksemme osoitetaan palvelukodeissa työskenteleville sairaanhoitajille, joilta selvitämme miten potilastietoihin dokumentointi sujuu etälääkäripalvelussa sekä toimiiko dokumentointi potilaalle turvallisella tavalla. Tutkimuksemme toteutetaan määrällisenä, käyttäen triangulaatiota aineiston keräämisen apuna. Aihe on tarpeellinen, sillä se tutkii dokumentoinnin sujuvuutta osana etälääkäripalvelua ja sujuva dokumentointi on kaiken perusta hoitotyön jatkuvuudelle sekä hoidon jatkuvuus on yksi tae potilasturvallisuudelle. Emme löytäneet aikaisempia tutkimuksia opinnäytetyön aiheeseen liittyen, jossa olisi käsitelty etälääkäripalvelun toimintaa palvelukodeissa.

Tavoitteenamme on saada selville ongelmia, jotka ilmenevät etälääkäripalvelun dokumentoinnissa, jotta tulevaisuudessa voidaan kehittää dokumentointia ja ehkäistä hoitovirheitä yhä tehokkaammin.

2 ETÄLÄÄKÄRIPALVELUN POTILASTURVALLISUUS JA DOKUMENTOINTI

2.1 Potilasturvallisuus

WHO määrittelee potilasturvallisuuden tarkoittavan sitä, että ennaltaehkäistävissä olevia vahinkoja ei tapahdu hoidon aikana. Potilasturvallisuuden harjoittaminen tarkoittaa kaikkia niitä toimia ja periaatteita, joilla pyritään ennaltaehkäisemään potilaita koskettavat vahingot, joiden syy löytyy itse terveydenhuollon prosesseista. (WHO 2004, viitattu 7.10.2015.) Potilaalle potilasturvallisuus merkitsee oikeaa hoitoa oikeaan aikaan, joka toteutetaan oikealla tavalla. Potilasturvallisuus on hoitoyksikössä olevien periaatteiden, käytäntöjen ja hyvien prosessien yhtälö, joilla ennakoidaan ja estetään riskejä sekä vaaratilanteita. Myös inhimillisiä virheitä ehkäistään aktiivisesti, koska yli puolet vahingoista on estettävissä. Potilasturvallisuus on kaiken kaikkiaan yhdessä oppimista, koska potilasturvallisuus kuuluu jokaiselle potilasta hoitavalle henkilölle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kuvailee, että potilasturvallista hoitoa on sellainen hoito, josta ei tule vaaraa potilaalle vahingon, erehdyksen, unohduksen tai lipsahduksen vuoksi. Jos vahinko kuitenkin sattuu, tulee hoidon aiheuttama haitta olla mahdollisimman vähäistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 29.11.2014.)

Potilasturvallisuuden vaaratapahtumia kutsutaan erilaisilla nimityksillä. Vaaratapahtuma voi olla läheltä piti-tilanne tai haittatapahtuma. Läheltä piti-tilanteessa potilaalle vaarallinen tilanne havaitaan ja estetään ajoissa, eikä tapahtumasta tule potilaalle haittaa. Haittatapahtumassa vahinko on päässyt tapahtumaan, jonka seurauksena potilaalle on tullut eriasteisia hoitoon kuulumattomia haittoja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 29.11.2014.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan potilasturvallisuus voidaan jakaa kolmeen osaan; hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen sekä laiteturvallisuuteen. Hoidon turvallisuutta on annettavan hoidon ja käytettävien hoitomenetelmien turvallisuus, johon työntekijän omat hoitomenetelmät pitkälti vaikuttavat. Lääkehoidon turvallisuus tarkoittaa potilaan lääkkeiden ja lääkeyksityksen turvallisuutta. Lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuus on kolmas potilasturvallisuuden osa-alue, johon sisältyy laitteiden turvallisuus sekä laitteiden käytön turvallisuus. Nämä kaikki kolme osaa ovat yhtä tärkeitä potilasturvallisuudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 29.11.2014.)

Lääkevalmisteen turvallisuutta kutsutaan lääketurvallisuudeksi. Lääketurvallisuuteen liittyy potilasta hoitavien henkilöiden osaaminen lääkkeiden vaikutusmekanismeista ja vaikutusten arvioimisesta. Lääketurvallisuutta on myös lääkeaineiden ominaisuuksien ymmärrys. Lisäksi lääkkeen valmistukseen, lääkevalmisteen merkitsemiseen ja lääkkeeseen liittyvä informaatio on hyvin tärkeää turvallisuuden kannalta. Uusille lääkkeille anotaan myyntilupa, jonka jälkeen lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus, Fimea, seuraa lääkkeiden tuoteturvallisuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 29.11.2014.)

Lääkkeen käyttöön liittyvää toimintaa potilasturvallisuuden parissa kutsutaan lääkitysturvallisuudeksi. Lääkitysturvallisuudessa otetaan huomioon osastojen, yhteisöjen ja organisaatioiden toimintatavat ja periaatteet, joihin pohjautuen he huolehtivat potilaan lääkehoidosta. Lääkitysturvallisuuteen kuuluu toimintatapojen kehittäminen, joiden avulla voidaan välttää mahdolliset haittapahtumat ja läheltä piti -tilanteet. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 29.11.2014.)

Laitteiden turvallisuudesta on säädetty erillinen laki, jonka tarkoituksena on ylläpitää ja edistää terveydenhuollossa käytettävien laitteiden turvallisuutta. Laki käsittelee laitteiden ja muiden tarvikkeiden markkinoille tulon, markkinoilla ja käytössä olevien tarvikkeiden steriloimisen, käyttöönoton, asennuksen, huollon, ammattikäytön, markkinoinnin sekä jakelun. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 1: 1-2§.) Lain mukaan henkilön, joka käyttää terveydenhuollon laitetta, tulee olla terveydenhuollon ammattilainen, joka on koulutettu ja perehdytetty laitteen käyttöön. Terveydenhuollossa käytettävässä laitteessa tulee olla käyttöohjeet. Laite säädetään ja ylläpidetään valmistajan antaman ohjeen mukaisesti sekä laite tarvitsee huoltoa säännöllisin väliajoin. Laitteen saa korjata vain siihen erikoistunut henkilö. (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010 5: 24§.)

Henkilökunnan osaamisella on potilasturvallisuuden kannalta suuri merkitys. Uusi työntekijä perehdytetään työyksikön toimintaan ja työntekijät käyvät säännöllisesti työnantajan kustantamassa täydennyskoulutuksessa sekä saavat ajantasaista työ- ja potilasohjeistusta. Työntekijöiden huollellinen suullinen ja kirjallinen tiedonvälitys tukevat merkittävästi hoidon turvallisuutta. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 1.12.2014.) Lain mukaan työntekijä on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan. Lisäksi työntekijöiden tulee perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin määräyksiin ja säännöksiin. Työnantajan tulee mahdollistaa työntekijöidensä säännöllinen koulutusmahdollisuus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 3:18§.)

Erilaisista turvallisuusjärjestelmistä ja työturvallisuusvälineistä on saatavilla tietoa potilasturvallisuuden liittyen. Nämä turvallisuusjärjestelmät antavat tietoa, mihin voidaan puuttua turvallisuuden ollessa uhattuna. Esimerkiksi HaiPro-järjestelmä on kehitetty vaaratapahtumien raportointiin. HaiPro-ilmoituksen tarkoituksena on käsitellä tapahtunut läheltä piti-tilanne tai haittatapahtuma puolueettomasti. Vaaratapahtuman ilmoituksen avulla voidaan oppia vastaisuudessa välttämään vaaraa aiheuttavia tilanteita. Tätä järjestelmää hyödyntäen työyhteisöjen toimintaa on kehitetty paljon. HaiPro-ilmoituksen voi tehdä niin työntekijä kuin potilaskin, joka kokee hoidon aikana vaaratapahtuman tapahtuneen tai olleen lähellä tapahtua. Ilmoitus tehdään aina nimettömästi. Työyksikön esimiehet käsittelevät jokaisen HaiPro-ilmoituksen luottamuksellisesti. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2014, viitattu 1.12.2014.)

Potilas voi tehdä valituksen kokemastaan huonosta hoidosta, etenkin silloin, jos potilasturvallisuus on ollut uhattuna. Ensisijaisesti potilas voi tehdä muistutuksen sairaalan tai terveyskeskuksen johtavalle lääkärille. Lisäksi potilas voi tehdä kantelun aluehallintovirastoon. Jos potilas kokee tullessaan huonosti kohdelluksi tai ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon, hän voi kääntyä potilasasiamiehen puoleen. Potilasasiamiehen löytää jokaisesta terveyskeskuksesta ja sairaalasta. Hän osaa myös kertoa potilaan oikeuksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, viitattu 8.12.2014.)

Potilasvakuutuskeskus korvaa potilaalle sattuneet potilasvahingot, jotka terveydenhuollon ammattilainen on tehnyt. Korvattavia potilasvahinkoja ovat hoidosta aiheutuneet sairaudet ja vahingot, jotka ovat heikentäneet terveydentilaa joko pysyvästi tai väliaikaisesti sekä potilasvahingosta aiheutunut kuolema. Potilasvahinko voi sattua sairaalassa, terveyskeskuksessa, sairaankuljetuksessa, näytteiden otossa, kuntoutuksessa tai lääkkeen määräyksessä. (Potilasvakuutuskeskus 2012, viitattu 8.12.2014.)

Potilasvakuutuskeskus pyytää potilasta hoitaneelta ja tutkineelta terveydenhuollon organisaatiolta tai työntekijältä terveydenhuollon selvityksen. Terveydenhuollon selvityksen tarkoituksena on antaa potilasvakuutuskeskukselle tarpeelliset tiedot asian ratkaisemiseksi. Tämä tarkoittaa sitä, että potilasvakuutuskeskus saa myös potilaan asiakirjat häntä hoitaneelta organisaatiolta. (Potilasvakuutuskeskus 2012, viitattu 8.12.2014.)

2.2 Dokumentointi

Dokumentoinnilla tarkoitetaan tiedon tallentamista ja saattamista kirjalliseen muotoon, jotta voidaan osoittaa ja todentaa asioiden toteutuminen. Dokumentoinnin ydinajatus on tehdyn työn tekeminen näkyväksi. (Holma 2003, 57.) Hallila & Graeffe (2005, 18) kirjoittavat hoitotyöstä näin ”Mitä ei ole kirjattu, sitä ei myöskään ole tehty”. Dokumentoinnin tehtävänä on luoda edellytykset potilaan hoidon joustavalle etenemiselle ja jatkuvuudelle, turvata hoitoa koskevan tiedon saaminen sekä varmistaa hoitotyön toteutus ja sen seuranta. Hoitotyön dokumentoinnin kriteerinä on antaa selkeä kuva potilaan hoidollisista ongelmista sekä hoitotyön tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Dokumentoinnissa tulee myös näkyä, miten potilasta on hoidettu, mitä hänelle on tehty ja mitä vaikutuksia erilaiset toimenpiteet ovat saaneet aikaan. Potilastietoihin tulee merkitä selkeästi ero potilaan tai hänen läheisensä mielipiteenä esitetty asia sekä hoitotyöntekijän oma käsitys, tulkinta tai arviointi kirjatusta asiasta. (Hallila 1998, 17–18.)

Dokumentoinnissa käytetään rakenteellista eli strukturoitua kirjaamista. Hoitotyön luokitukset on laadittu kuvaamaan hoidon tarpeen arviointia, hoidon toteutusta ja hoidon tuloksia. Suomessa käytetään Home Health Care eli HHC luokitukseen perustuvaa suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) ja suomalaista hoitotyön tarveluokitusta (SHTaL). Luokitusten sisältö muodostuu 21 komponentista eli osatekijästä. Komponentit kuvaavat potilaan terveydentilaa, toimintakykyä, selviytymistä ja käyttäytymistä. Komponenttien avulla voidaan suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaan hoitoon liittyviä vaiheita. Näitä komponentteja käytetään apuna dokumentoinnissa, jolloin voidaan arvioida potilaan toimintakyvyn tai terveyden muutosta verrattuna aikaisempaan sekä tehdä hoidolle tavoitteita. (Ensio & Saranto. 2004, 44–51.)

Potilasasiakirjoihin saa tehdä merkintöjä vain potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä heidän ohjeiden mukaisesti myös muut henkilöt, esimerkiksi opiskelijat, siltä osin kuin he osallistuvat potilaan hoitoon. Potilasasiakirjamerkintöjä tekevä terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen huolehtimaan tekemiensä merkintöjen oikeellisuudesta ja virheettömyydestä. (Hoffrén, Huovinen & Mykkänen 2011, viitattu 10.10.2014.) Lääkäri tekee pitkäaikaispotilaan voinnista riippumatta hoitoon koskevia kirjauksia vähintään kolmen kuukauden välein (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 14§). Etälääkäripalvelussa lääkärinkierrot tehdään vähintään kolmen kuukauden välein juuri edellä mainitun asetuksen vuoksi.

Potilasasiakirjoihin kirjataan hoitoon ja palveluihin liittyvät asiat. Huolellinen kirjaaminen potilasasiakirjoihin luo potilasturvallisuutta ja oikeusturvaa sekä potilaalle että työntekijälle. Potilastietojen käsittelystä ja niitä koskevista salassapitovelvoitteista säädetään useissa eri laeissa kuten henkilötieto- ja terveydenhuoltolaeissa sekä asetuksessa potilasasiakirjoista. Lait eivät sulje pois toisiaan, vaan ne täydentävät toisiaan ja niitä sovelletaan tilanteen mukaan rinnakkain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 10.10.2014.) Dokumentoinnin laatu on tärkeää säilyttää, useista potilastietojärjestelmistä huolimatta, koska potilaiden tiedot ovat laillisia dokumentteja ja niitä voidaan käyttää todisteena oikeudessa. Hoitajan tulee olla tietoinen dokumentoinnin vaikuttavista säädöksistä. (College of Registered Nurses of Nova Scotia 2012, 4,6.) Epätarkka tai keskeneräinen kirjaaminen voi aiheuttaa potilaalle haittaa tai vaaratilanteita, jotka voivat johtaa myöhemmin lakisyytteesen (Austin 2011, 24–29).

Potilasasiakirjoja tutkittaessa selkeillä, ymmärrettävillä, johdonmukaisilla ja ajan tasalla olevilla kirjauksilla voidaan todistaa potilaan saamat palvelut. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 3:10§) määrittelee, että potilaalla on aina mahdollisuus tehdä muistutus ja kantelu saamastaan hoidosta. Potilaiden ilmoittamia kanteluita, muistutuksia ja korvausvaatimuksia tutkitaan viranomaisten taholta sekä oikeusistuimessa (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 65).

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi riittävät tiedot. Kirjaamisen tulee olla luotettavaa, asiakaslähtöistä ja kokonaisvaltaista. Dokumentoidessa pitää kirjata selkeästi ja ymmärrettävästi sekä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009 7§.) Potilasasiakirjoihin saa merkitä vain niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia tietoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15). Laadukas kirjaaminen edellyttää tietojen tallentamista yhdenmukaisin periaattein rakenteisessa muodossa. Hoitotyön systemaattisella kirjaamisella tarkoitetaan, että on sovittu sisällöllisesti, mitä kirjataan ja rakenteellisesti, miten kirjataan. (Hoffrén ym. 2011, viitattu 10.10.2014.)

Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot: potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot. Potilaskertomuksesta tulee nähdä toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi. Lisäksi potilaskertomuksessa pitää näkyä merkinnän tehneen henkilön nimi, asema ja merkinnän ajankohta. Saapuneissa asiakirjoissa tulee olla saapumisajankohta ja alkuperä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 13.) Potilas-

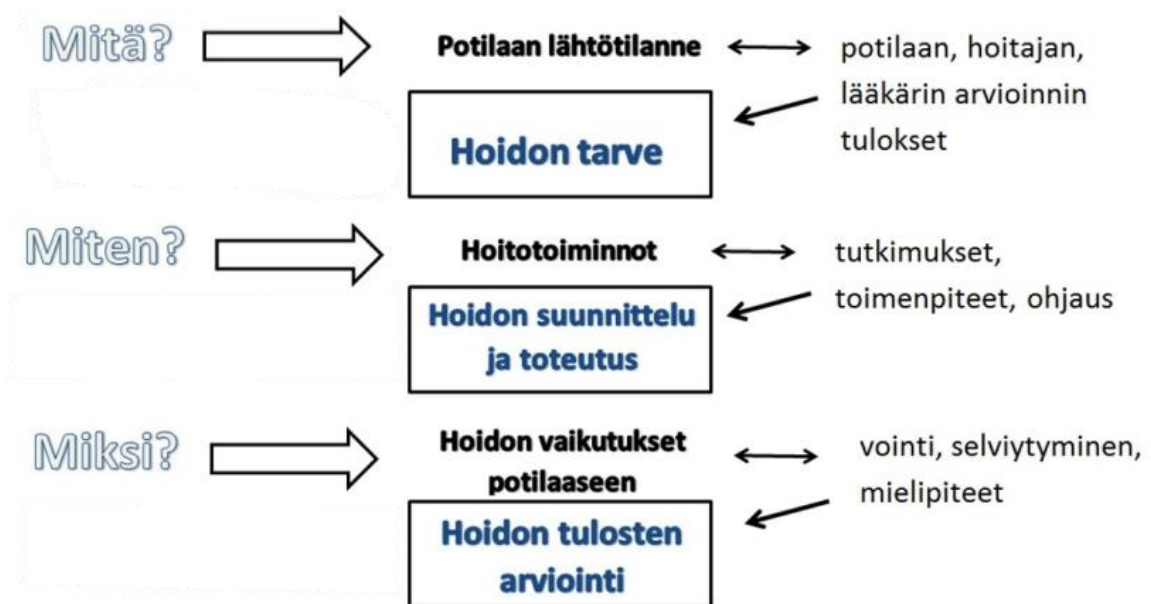
asiakirjat on määritelty juridisesti laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 4:12 §). Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki on yhtenäistänyt eri säännökset ja lait yhteen (Hallila ym. 2005, 16).

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Lakeihin ja niihin liittyviin asetuksiin perustuen potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat, kuten lähetteet, laboratorio-, röntgen ja muut tutkimusasiakirjat sekä lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen ja hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyntä selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. (Hallila ym. 2005, 16.)

Potilaalla on oikeus tarkistaa ja saada kirjallisena omia tietojaan potilasasiakirjoista ilmaiseksi kerran vuodessa (Henkilötietolaki 523/1999 6:26§). Potilaan löytäessä tiedoistaan oikaistavaa, poistettavaa tai täydennettävää, rekisterinpitäjän on tehtävä potilaan vaatimat muutokset. Rekisterinpitäjä voi kuitenkin olla hyväksymättä asiaa, jolloin hänen on annettava kirjallinen todistus, jossa on lueteltu syyt hylkäämiseen. (Henkilötietolaki 523/1999 6:29§.) Potilaalla on myös oikeus saada tiedot kuka on käyttänyt tai kenelle on luovutettu häntä koskevia tietoja sekä mikä on ollut käytön tai luovutuksen peruste. Palvelunantajan tai Kansaneläkelaitoksen tulee tehdä asiakkaan pyynnöstä selvitys tietojen käytön tai luovuttamisen perusteista, jos asiakastietoja on käytetty tai luovutettu ilman riittäviä perusteita (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007 5:18 §).

Hoitotiedot muodostavat elektronisen kertomusjärjestelmän, joka tukee asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa, moniammatillista yhteistyötä sekä turvaa hoidon jatkuvuutta. Moniammatillinen yhteistyö käsittää niiden terveydenhuollon ammattilaisten yhteistoiminnan, jotka osallistuvat potilaan hoitoon hoitoketjun eri vaiheissa. Potilaan yksityisyyden turvaamiseksi elektronisen tietojärjestelmän käyttöoikeudet on aina rajattu. Hoitoon osallistuvat asiantuntijat käyttävät kertomusjärjestelmää potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen ja seurantaan käyttöoikeuksien mukaan. Oikeuksia rajataan työtehtävien tai toimintayksiköiden mukaan. (Ensio ym. 2004, 13–14.)

Hoitotyön kirjaamisessa nähdään tarpeellisena nimetä ne asiat tai hoidolliset ongelmat, joita potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa tunnustetaan. Laurin mukaan (1996, 29) kuviossa 1 on nähtävissä kuinka päätöksentekoprosessia toteutetaan kirjaamisessa. Asiakkaan lähtötilanteesta käsitellään potilaan tila ja vointi sekä siitä nousevat hoidolliset ongelmat yhdessä potilaan, hoitajan ja lääkärin kanssa vastaamalla mitä-kysymykseen. Hoitopäätösten kirjaaminen korostaa potilaskohtaista ja yksilöllistä hoitoa, jossa määritellään potilaan hoidon tarve. Sen jälkeen kirjaamisessa kiinnitetään huomiota potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, jotka päätetään hoidollisten ongelmien pohjalta vastaamalla miten-kysymykseen. Viimeisenä vaiheena käsitellään hoidon vaikutusten seuranta ja arviointia potilaan tuntemusten, voinnin ja selviytymisen kannalta tarkastelemalla miksi-kysymystä eli etsitään selityksiä potilaan voinnille ja selviytymiselle toteutetusta hoidosta tai mahdollisista muista tekijöistä, mikäli hoito ei ole tuottanut toivottua tulosta. Tämän prosessin avulla voidaan määritellä onko potilaan tilassa tapahtunut muutosta ja mitä mieltä hän itse on hoidostaan.



KUVIO 1. Hoitotyön päätöksentekoprosessi kirjaamisessa

2.2.1 Dokumentoinnin hyödyt

Potilaan voinnin muutoksista saadaan kokonaisvaltaisempi kuva, kun kirjataan rakenteellisesti. Rakenteellisella kirjaamisella pyritään myös siihen, että jokainen kirjoittaa samalla tyyllillä ja huomioi samat asiat niin kirjaamisessa kuin potilaan hoidossakin. Onnistuneella kirjaamisella voidaan välttää potilasvahinkojen syntyminen sekä sähköinen potilastietojärjestelmä on helpottanut tietojen hakemista. (Tanttu & Rusi 2007, 116–117.)

Dokumentoinnin avulla hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä varmuutta olevat auttamiskeinot, voimavaroja osataan kohdistaa oikein ja taloudellisesti sekä huomioidaan samalla tiedonkulun tuomat hyödyt. Dokumentoinnin avulla päästään eroon suullisesta, epätarkasta ja muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta. Selkeällä ja sovitulla tavalla dokumentoitaessa tehostetaan työntekoa ja ehkäistään päällekkäistä työtä. Dokumentoinnin tavoitteena on, että potilas ja hoitoon osallistuvat henkilöt saavat asiakirjoista luotettavaa tietoa potilaan hoitoa ja terveyttä koskevista vaihtoehdoista. (Hallila ym. 2005, 13.)

3 OSTOLÄÄKÄRIPALVELUT

Ikääntyneiden määrän lisääntyessä ja suurten ikäluokkien vanhentuessa vanhuspalveluiden tarve lisääntyy (Kähkönen & Volk 2008, 7). Kuntien haasteena on ikärakenteen muutoksen lisäksi ehkäisevän ja kuntouttavan toiminnan sekä palvelujen turvaaminen ja rahoittaminen. Haasteita tuovat myös palvelujen laadun parantaminen, varmistaminen sekä riittävän ja osaavan henkilökunnan saaminen. (Holma 2003, 7.)

Kunnilla on velvollisuus vanhuspalvelujen järjestämisestä. Kuntien taloudellinen liikkumattomuus on kuitenkin rajallinen, joka tuo painetta kuntasektorille. Kunnat joutuvat päättämään, mitkä palvelut he tuottavat itse ja mitkä palvelut tuotetaan yhteistyössä muiden kuntien tai yksityisten palveluntuottajien kanssa. Muiden tuottajien esimerkiksi yksityisten yritysten ja kolmannen sektorin, merkitys on lisääntynyt. Hankintalain vaatimusten täyttäminen ja kustannus tarpeisiin vastaaminen ovat lisänneet tarvetta palveluiden kilpailutukseen. (Kähkönen ym. 2008, 7.)

Kunnat tai kuntayhtymät voivat ostaa yrityksiltä ostopalveluina erilaisia kokonaisuuksia tai osia alueita muun muassa terveydenhuollon osalta. Ostolääkäripalvelut voivat tarjota kunnalle hoivapalveluja, hammaslääkäripalveluja, työterveyshuoltoa tai terveystalouksia koskien koko terveysasemaa tai vain tiettyä osa-alueita, kuten päivystyspalveluita. Ostolääkäripalvelu voi myös tarjota henkilöstöpalveluita eli se vuokraa yksittäisiä lääkäreitä määräaikaan työsopimuksiin. Ostolääkärit voivat olla jatkuvasti paikan päällä esimerkiksi päivystyksessä tai he voivat tarjota etälääkäripalvelua, esimerkiksi hoivakoteihin. Etälääkäripalvelussa lääkäri on pääsääntöisesti puhelimitse tavoitettavissa ja käy hoivakodissa sopimuksen mukaan, mutta vähintään kolmen kuukauden välein.

Lääkäriliiton tekemän tutkimuksen mukaan vuonna 2013 kaikista lääkärintehtävistä ostopalveluidenvuokratyön osuus oli 5,6 % ja ulkoistamisen osuus oli 6,3 % (Parmanne, Pärnänen & Halila 2013, viitattu 3.9.2015). Vastaavasti vuonna 2014 lääkärintehtävien ostopalveluiden osuus oli 5,0 % ja ulkoistamisen osuus oli 5,7 % (Ruskoaho 2014, viitattu 17.9.2015).

Pantsun (2013, viitattu 23.9.2015) mukaan kunnat ja kuntayhtymät maksoivat ostopalveluista 9,5 miljardia euroa vuonna 2012. Viisi vuotta aiemmin vastaava luku oli 5,8 miljardia euroa. Ulkoistettujen palveluiden ostot ovat kuntaliiton tilaston mukaan kasvaneet liki 10 %:n vuosivauhtia 2000-

luvulla. Vanhusten ja vammaisten ostopalvelut ovat nousseet keskimäärin 15 % vuodessa 2000-luvulla.

3.1 Lääkärinto

Lääkäripalvelua tuottavan yrityksen lääkärinto tapahtuvat pääsääntöisesti palvelukodeissa kerran viikossa. Akuuteissa tilanteissa hoitajat soittavat lääkärille tai päivystykseen ikääntyneen voinnista. (Ostolääkäripalveluita tuottava yritys 2014.)

Lääkärintolla lääkäri, hoitaja ja ikääntynyt keskustelevat yhdessä ikääntyneen terveydentilasta, hoidon jatkumisesta ja hänen toiveistaan hoidon suhteen. Nykyään osassa palvelukodeista, joissa on dementoituneita asukkaita, hoitaja ja lääkäri päättävät asukkaan hoidosta ottaen omaisten ja hänen aikaisemmat mielipiteet huomioon. Lääkärintolla hoitaja tuo iäkkään asiat ja hänen terveydentilansa muutokset esille. Useimmiten lääkäri ja hoitaja keskustelevat ikääntyneen terveydestä, sairaudesta, sairauden ennusteesta, hoidoista, tutkimustuloksista, lääkkeistä ja jatkohoidosta. (Ostolääkäripalveluita tuottava yritys 2014.) Lääkärintolla puhutaan myös tarvittaessa elvytyskiellosta (Lämsä 2012, 123–125).

Palvelukodissa asukkailla on joko oma huone tai jaettu huone muutaman muun henkilön kanssa. Lääkärintolla käsiteltävät asiat käsitellään yleensä siihen varatussa tilassa. (Ostolääkäripalveluita tuottava yritys 2014.) Nykyään lääkärintokäytäntö useimmiten rikkoo potilaan tiedollisen yksityisyyden, koska keskustelut käydään potilashuoneissa kaikkien potilaiden kuullen (Lämsä 2013, 90–93).

Yhteistyökumppanimme toimivan yrityksen lääkäri tekee kartoituskäynnin tai tarvittaessa useamman käynnin selvittääkseen millaisia potilaita heidän asiakkaakseen on tulossa. Käyntien yhteydessä asiakkaille tehdään perusteelliset alkutarkastukset, jolloin asiakkaat tutkitaan kokonaisvaltaisesti, heille laaditaan hoitosuunnitelmat, asiakkaiden sairauskertomukset siirretään palveluntuottajan käyttöön sekä lääkäri tapaa palvelukodin henkilökuntaa ja ikääntyneiden omaisia. Palvelun aloittamisen jälkeen palvelukodin vastuulääkäri suorittaa kaksi kertaa vuodessa perusteellisen määräaikaistarkastuksen, jonka aikana hän käy kaikkien ikääntyneiden asiat läpi. Määräaikaistarkastuksessa otetaan kantaa ikääntyneen pitkäaikaissairauksiin, arvioidaan tarvittavat tutkimukset, tarkistetaan lääkitykset, päivitetään hoitosuunnitelmat ja tehdään tarvittavat kirjauk-

set asukkaan potilastietoihin. Lääkärikäynneillä tehdään tarvittavat hoitolinjaukset, kuten esimerkiksi päätökset aktiivihoidosta, elvytyskiellosta ja tarpeen mukaan lääkäri määrää esimerkiksi antibioottihoitoja. Määräaikaistarkastuksien lisäksi yksiköt kierretään sopimuksen mukaan 1-3 kuukauden välein. Muina aikoina lääkäri hoitaa lääkärinkierrot joko paikan päällä tai puhelimitse. (Ostolääkäripalveluita tuottava yritys 2014.)

Kiertojen aikana lääkäri tarkentaa hoitosuunnitelmat, tutkii ikääntyneet ja laatii uusille palvelukodin asiakkaille hoitosuunnitelmat. Kiertojen aikana lääkärin tulee tavata ja tutkia ne potilaat, jotka yksikön henkilökunta tai palvelun tilaaja haluaa tutkittavan. Lääkärin tulee myös tavata ja tutkia sellainen palvelukodin asukas, joka itse sitä haluaa. Puhelinkierrolla lääkäri keskustelee yksikön sairaanhoitajan tai lähihoitajan kanssa ikääntyneen voinnista. Puhelinkierron aikana lääkäri voi käydä ikääntyneen lääkitystä läpi, uusien reseptejä, kirjoittaa todistuksia ja erilaisia läheteitä, kuten sairaalahoitoon, fysioterapiaan, laboratorioon, röntgeniin tai esimerkiksi vaippaläheteitä. Puhelinkierron yhteydessä välitetään myös omaisten soittopyyntöjä. (Ostolääkäripalveluita tuottava yritys 2014.)

3.1.1 Sairaanhoitajan työnkuva

Sairaanhoitaja on ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut hoitotyön ammattilainen. Sairaanhoitajan tekemä työ perustuu tieteelliseen tietoperustaan, jossa ydinajatuksena on potilaslähtöisyys ja terveyskeskeisyys sekä kokonaisvaltainen, näyttöön perustuva hoitotyö. Työssä edistetään ja ylläpidetään potilaan terveyttä, ehkäistään sairauksia sekä hoidetaan ja lievitetään kärsimystä. (Suomen sairaanhoitajaliito ry 2014b, viitattu 11.9.2014.)

Sairaanhoitajan työ on hyvin monipuolista. Työssä voidaan hoitaa potilaita aina vauvasta vaariin saakka. Sairaanhoitajat kohtaavat työssään vastasyntyneitä ja hoitavat myös potilaita heidän kuolemaansa saakka. Palvelukodissa ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden hoitotyössä korostuu pitkäjänteisyys ja kodinomaisuus. Sairaanhoitajan työhön kuuluu hoitotyön suunnitteleminen, vaikuttavuuden seuraaminen, elintoimintojen tarkkailu, hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten valmistelu sekä niissä avustaminen. Hoitotyön olennaisena osana on lääkehoidon suunnittelu ja toteutus. Sairaanhoitaja on merkittävässä asemassa potilaan ja hänen läheisten tukemisessa ja ohjaamisessa vaikean hetken kohdatessa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014b, viitattu 29.9.2014.) Sairaanhoitaja omaa tärkeän näkökulman moniammatillisessa työryhmässä. Moniammatillisessa

työryhmässä kunnioitetaan toisten ammattilaisten näkökulmia. Eri ammattiryhmien näkökulmat rikastuttavat sairaanhoitajan työtä ja näkökulmaa. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri (2012, viitattu 10.10.2014) kirjoittaa nettisivuillaan, että toisten ammattiryhmien näkökulmia omaksumalla täydennetään tietotaitoa ja yhteistä osaamista potilaan parhaaksi. Moniammatillisella yhteistyöllä on vaikutuksia parempaan tulokseen. Moniammatillisen työryhmän jäseneltä odotetaan joustavuutta, yhteistyökykyä ja vuorovaikutustapoja sekä omien näkökulmien perustelun osaamista.

Hoitotyön osaksi kuuluu eettisten kysymysten jatkuva läsnäolo. Sairaanhoitajalta eettisten asioiden ja vastuun kantaminen vaatii ammattitaitoa ja hoitotyön osaamista. Eettisistä asioista keskusteleminen vaatii myös rohkeutta puuttua epäkohtiin. Sairaanhoitaja hoitaa ensisijaisesti potilasta ja lisäksi hänen perhettään sekä yhteisöä, johon hän kuuluu. (Puttonen 2013, viitattu 16.9.2014.)

Sairaanhoitaja suojelee ihmiselämää edistäen potilaan hyvää oloa. Sairaanhoitajan kuuluu kohdata potilas arvokkaasti sekä ottaa huomioon potilaan vakaumukset, arvot, tavat ja tottumukset. Sairaanhoitaja noudattaa potilaan itsemääräämisoikeutta, kuuntelee potilaan omia hoitoon liittyviä toiveita ja päätöksiä. Luottamus ja avoin vuorovaikutus on tärkeää potilaan, hänen läheistensä ja sairaanhoitajan välillä. Työssään sairaanhoitaja kuulee potilaiden ja heidän perheidensä luottamuksellisia tietoja, joita hänen tulee pitää salassa koko elinikänsä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 2:17.1 §).

Sairaanhoitajan tulee hoitaa potilasta yksilöllisen hoidon tarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2014, viitattu 11.9.2014). Erityistä huomiota tulisi kiinnittää lasten, vanhusten ja vajaavalttaisten potilaiden hoitoon ja oikeuksiin saada hyvää hoitoa. Sairaanhoitajan kuuluu suojella kaikkien potilaiden elämää ja edistää hyvää oloa. (Puttonen 2013, viitattu 16.9.2014.)

Valmistuneiden hoitotyön ammattilaisten täytyy hakea sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta, Valvirasta, oikeutta harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä. Lisäksi Valvira ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriä, Terhikki- rekisteriä, josta näkee kaikki sosiaali- ja terveysalalla nimikesuojattuna työskentelevät ammattihenkilöt. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 2:5 §.) Luvatonta terveydenhuollon ammattitoimintaa tekevä henkilö voidaan tuomita sakko- tai vankeusrangaistukseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 5:24a §). EU:n tai ETA-valtion kansalainen voi hakea terveydenhuollon oikeustur-

vakesukukselta lupaa harjoittaa sairaanhoitajan ammattia Suomessa, jos hänellä on kyseisessä maassa annettu todistus ja lupa sairaanhoitajan ammatin harjoittamiseen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 2:7.1 §).

3.1.2 Lääkärin työnkuva

Lääkäri on yliopistokoulutuksen suorittanut lääketieteen ammattilainen. Lääketieteen perustutkinnon, eli lisensiaatin tutkinnon jälkeen sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira lailistaa lääkärin oikeudet. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014a, viitattu 16.9.2014.)

Lääketieteen lisensiaatin jälkeen voi käydä yleislääketieteen jatkokoulutuksen, joka kestää kahdesta kolmeen vuotta tai erikoistumisopintoja, jotka kestävät viidestä kuuteen vuotta. Esimerkiksi vanhuusiän lääketieteen erikoislääkäriksi, geriatriksi, opiskeleminen kestää viisi vuotta. Lääkärin opintojen jälkeen lääkärin tulee pitää ammattitaitoaan jatkuvasti yllä ja olla tietoinen uusimmista tutkimustuloksista ja hoitosuosituksista (Turunen, Niemi-Murola, Vainionmäki & Patja 2014, viitattu 2.9.2014). Valtioneuvoston päätöksen mukaan täydennyskoulutusta tulee olla kolmesta kymmeneen päivään vuodessa (Ekuri & Parikka 2004, viitattu 9.9.2015). Lääkärin etiikka sekä lääketieteen nopea kehittyminen edellyttävät lääkärinä pitämään jatkuvasti yllä korkeaa ammattitaitoa ja arvioimaan työnsä laatua (Heinonen 2013, viitattu 1.10.2014). Lääkäri voi myös arvioida omaa osaamistaan erilaisilla testeillä, verkkokursseilla sekä he voivat myös kerätä palautetta potilailta ja työyhteisöltä. Lääkärinoikeudet ovat elinikäiset, mutta Valvira voi rajoittaa tai poistaa ne painavasta syystä. (Turunen ym. 2014, viitattu 2.9.2014.)

Lääkärin tehtävä on tunnistaa sairauksia ja auttaa niiden hoidossa. Lääkärin työssä keskeistä on vamman tai sairauden diagnosointi, jonka perusteella lääkäri päättää annettavasta hoidosta. Diagnoosin tekemiseksi lääkäri haastattelee, havainnoi potilasta sekä tekee erilaisia tutkimuksia potilaalle. Haastattelemalla lääkäri saa selville esimerkiksi potilaan oireet, tämänhetkiset lääkitykset, potilaan työpaikkaan ja kotioloihin liittyviä asioita. Lääkäri tutustuu myös potilaan potilaskertomuksiin, joiden pohjalta diagnoosi syntyy. Hätätapauksissa lääkärin tulee tehdä nopeita ratkaisuja niukemmilla tiedoilla kuin yleensä ottaen. Monet lääkärin toimenpiteistä vaikuttavat ratkaisevasti ihmisen terveyteen ja elämään, jonka vuoksi lääkäri toimii yhteistyössä muun hoitohenkilökunnan kanssa. Lääkärillä on kuitenkin aina viime kädessä vastuu potilaan hoidosta ja hän vas-

taa muiden potilasta hoitaneiden henkilöiden tekemistä virheistä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014a, viitattu 16.9.2014.)

Lääkärin työhön kuuluu myös sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveiden elintapojen edistämiseen liittyvät tehtävät, joissa lääkäri tekee terveystarkastuksia ja antaa yksilöllistä terveystieteellistä neuvotusta. Osa lääkäriin työstä on varattu kirjallisia työtehtäviä varten, kuten potilaskertomusten pohjalta laadittaviin lausuntojen ja läheteiden tekoon. Lääkärin täytyy myös vastata potilaiden puhelintiedusteluihin. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014a, viitattu 16.9.2014.)

Lääkärinä toimiminen vaatii monipuolista osaamista muun muassa lääketieteellistä tietoa, työskentelyä potilaiden kanssa, vuorovaikutustaitoja, työskentelyä moniammatillisesti, eri terveydenhuollon toimintaprosessien hallintaa ja tietoteknisiä taitoja (Patja, Litmanen, Salmivaara & Pasterneck 2009, viitattu 1.10.2014). Lääkärin ammatti edellyttää nopeaa päätöksentekokykyä, vastuullisuutta, monimutkaista tiedonhallintaa ja stressinsietokykyä. Lääkäri tulee kohtaamaan työssään monenlaisia tilanteita. Lääkäri joutuu tilanteisiin, joissa ei ole mitään tehtävissä, jolloin lääkäri kohtaa potilaan ja lähiomaisten tuskan ja surun kertoessaan potilaan vakavasta sairaudesta tai kuolemasta. Lääkäreiden työmäärä on suuri ja työtahti useimmiten kiireinen. Lääkäreiden työpäivät ovat usein pitkiä, sillä säännöllisen päivätyön lisäksi suurin osa lääkäreistä tekee päivystystyötä. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014a, viitattu 16.9.2014.)

Lääkärin asiantuntijuus pohjautuu kliiniseen osaamiseen, tietoihin ja taitoihin sekä toiminnan eettisten ja juridisten puitteiden ymmärtämiseen. Lääkärin työstä on tullut haasteellisempaa tietomäärän kasvun ja tiedon entistä nopeamman päivittymisen myötä. (Patja ym. 2009, viitattu 1.10.2014.) Lääkärin ja potilaan välisen luottamuksellisen suhteen luomisessa tarvitaan kykyä ymmärtää, kuunnella ja myötäelää (Työ- ja elinkeinoministeriö 2014a, viitattu 16.9.2014).

3.2 Hoito- ja palvelukodit

Palvelu- ja tukiasumista järjestetään henkilölle, jolla on erityinen syy avun tarvitsemiseen. Palveluasunnoissa on kiinnitetty huomiota esteettömään liikkumiseen, turvapalveluihin ja apuvälineisiin. Tehostetussa palveluasumisessa on ympärivuorokautisesti hoitohenkilökuntaa, kun taas palvelukodissa näin ei ole. Palvelutaloissa asiakas maksaa vuokran tai vastikkeen lisäksi tarvitsemansa palvelut, jotka hän on valinnut yhdessä omaisten ja hoitohenkilöstön avulla. Tällaisia

palveluita on esimerkiksi ateria- ja pyykkipalvelu, siivous- ja kylvetysapu sekä lääkkeiden annosjakelu. Palvelutaloissa asuminen on lisääntynyt runsaasti viimeisten 15 vuoden aikana ja sitä vastoin vanhainkotien määrä on pienentynyt. (Kähkönen ym. 2008, 35–36.)

Palvelutalojen toiminnan lähtökohtana on ikääntynyt, joka tarvitsee palveluita selviytyäkseen arkiaskareista. Palvelukodeissa työskentelevillä hoitajilla on tietoa ikääntymisestä ja ikääntymisen muutoksista. Hoitajilta vaaditaan “vanhuslähtöisyyttä”, joka näkyy taitona eläytyä ikääntyneen kokemusmaailmaan, elämäntapaan ja haluna sitoutua vanhuksen hyvinvoinnin edistämiseen. (Vallejo Medina ym. 2006, 11.)

3.2.1 Ikääntyneet

Ikääntyminen on erilaisia ja eri nopeudella eteneviä muutoksia. Ikääntymisen muutoksia voidaan hidastaa omilla elämäntavoilla, mutta niitä ei voi pysäyttää. Vanhuudessa sairauksien ennaltaehkäisy on erittäin tärkeää silloinkin, kun ikääntyneellä näyttäisi kaikki menevän ongelmitta, koska vanhuudessa erilaiset akuutit sairaudet, liikunnan puute ja masennus heikentävät toimintakykyä hyvin paljon. Ikääntyminen ei suoraan tarkoita heikentynyttä toimintakykyä tai yksinäisyyttä, vaan se voi olla myös hyvinvoinnin lisääntymistä ja mahdollisuuksia kehittyä itseään kiinnostavilla aihealueilla. Ikääntyminen on omalta osaltaan vähitellen tapahtuvaa luopumista, mutta voi tuoda myös mielenkiintoista sisältöä ja toimintaa elämään. (Vallejo Medina ym. 2006, 11.)

Tilastollisesti vanhuus alkaa 65-vuotiaana, joka määritellään yleiseksi eläkeiäksi. Toiminnallisesti vanhuus alkaa kuitenkin keskimäärin 75-vuotiaana. Vain 1/3 osa pitää itseään vanhana 70-74-vuotiaana. Ihmisten ikää voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta, fysiologisesta, biologisesta, psykologisesta, sosiaalisesta ja subjektiivisesta näkökulmasta. Biologiseen ja fysiologiseen näkökulmaan vaikuttavat ihmisen fyysinen vointi. Ikää tarkastellessa omat tuntemukset ja yhteisön odotukset tekevät subjektiivisen ja kulttuurisen näkökulman. Kalenteri-ikää kutsutaan kronologiseksi iäksi. (Vernerinet 2014, viitattu 1.10.2014.)

Vanheneminen voidaan jakaa primääriseen ja sekundaariseen vanhuuteen. Primäärinen vanhuus on luonnollista, joka alkaa keski-ikä kynnysellä. Primääriseen vanhuuteen vaikuttavat biologiset tekijät. Primäärisen vanhuuden aikana ihmiselle tulee fysiologisia ja fyysisiä elintoimintojen ja motorisen suorituskyvyn muutoksia. Lisäksi kognitiivisessa tiedonkäsittelyssä tapahtuu muutok-

sia. Sekundaarisessa vanhuudessa ulkoiset tekijät vaikuttavat vanhenemiseen. Tällaisia ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi sairaudet, elintavat sekä ihmisen elinolosuhteet. Sekundaarisessa vanhuudessa ikääntymisen merkit aiheuttavat lisää haittaa normaaliin elämiseen primäärisen vanhuuden ohella. (Pikkarainen 2014, viitattu 9.10.2014.)

Fyysinen vanheneminen on ehkä kaikkien huomatuin vanhuuden merkki. Fyysinen vanheneminen tarkoittaa ihmisen heikentymistä ja elimistön toimintojen hidastumista. Iäkkään ihmisen hermosto, lihakset ja luusto muuttuu. Elimistön eri osat heikkenevät, tällaisia ovat esimerkiksi sydämen toiminta, aistit sekä hengityselimistön yskänheijaste. Useat ikääntyneet kärsivät virtsaamisvaivoista rakon supistusvoiman heikentyessä ja virtsarakon pienentyessä. Munuaisten muutosten vuoksi lääkeaineet erittyvät hitaammin. (Vallejo Medina ym. 2006, 22–25.)

Psyykkistä vanhenemista voidaan kuvailla sanoilla kehittyminen, kypsyminen ja muuttuminen. Ikääntyneen minäkuvassa on tärkeää se, millaiseksi ihminen itsensä tuntee; kuka minä olen ja mihin minä kuulun. Ikääntyneen identiteetissä nykyinen elämäntilanne ei ole enää niin tärkeää, vaan tärkeää on se, mitä on aikaisemmin elämässä saanut aikaiseksi. (Vallejo Medina ym. 2006, 25–28.) Psyykkisen vanhenemisen yhtenä osana on muistin heikentyminen. Primaarinen eli lyhytkestoinen muisti ja semanttinen eli pitkäkestoinen muisti ovat asia- ja toimintatapamuisteja, jotka muuttuvat vain vähän normaalin vanhenemisen seurauksena. Lyhytkestoinen työmuisti ja pitkäkestoinen tapahtumamuisti heikkenevät jo aikuisuudesta lähtien. Tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn muutokset ovat yhteydessä muistiongelmien kanssa. (Suutama & Ruoppila 2007, 117–118.)

Sosiaalista vanhenemista on se, kun ihmiselle tapahtuu muutoksia elämässä. Sosiaalisia muutoksia voivat olla toimintakyvyn ja terveyden heikentyminen, eläkkeelle jääminen, lasten muutto pois lapsuudenkodista, puolison kuolema tai isovanhemmuus. Nämä tilanteet muuttavat ihmisen ja hänen lähipiirinsä asenteita, jonka seurauksena tapahtuu muutoksia totutuissa rooleissa. Sosiaalisesta iästä voidaan puhua, kun ihmisten oletetaan tekevät tietyn ikäisenä tiettyjä asioita. Sosiaalisen paineen vuoksi ihmisille muodostuu aikataulu, jossa he saavat jatkuvasti uusia rooleja ja menettävät toisia. (Vallejo Medina ym. 2006, 29–30.) Subjektiiivista vanhuutta katsotaan ihmisen omasta näkökulmasta. Subjektiiivinen näkökulma on sitä, miten ihminen itse kokee oman terveytensä. Terveyden itsearviolla on merkitystä vanhuksen elämänlaatuun, terveystyöskentelyyn ja käyttämiinsä terveystyöskentelyihin. Vanhuksen itsearvio terveydestään määrittelee pitkälti hänen

omaa elämänlaatua ja toimintaa. Usein vanhus kokee oman terveytensä hyväksi useista sairauksista huolimatta. (Lyyra 2007, 20.)

3.2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Palvelusuunnitelmaan kirjataan ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn tarvitsemat sosiaali- ja terveystuollon palvelut, jotka tukevat hänen itsenäistä elämää. Palvelusuunnitelmaa muokataan ikääntyneen toimintakyvyn muuttuessa, mikäli ne vaikuttavat sen hetkiseen palvelutarpeeseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystuolluista 3:16 §.)

Asiakkaan hyvää elämänlaatua tukee laadukas hoito ja palvelu, jonka pitää vastata itsemääräämisoikeuteen ja osallistumiseen, itsenäiseen suoriutumiseen, omien voimavarojen käyttöön sekä avun ja hoidon saantiin (Holma 2003, 11). Asiakkaan laadukkaaseen hoitoon kuuluu olennaisena osana hoito- ja palvelusuunnitelma, josta käy ilmi tiivistetyssä muodossa asiakkaan yksilöllinen tilanne ja hänen tarvitsemansa palvelut. Suunnitelma koostuu asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeiden määrittelystä, asiakkaan tai hänen läheisensä kanssa yhteisesti suunnitelluista tavoitteista ja tavoitteiden saavuttamiseksi tehtävistä toimenpiteistä tai tilanteen ratkaisemiseksi valituista keinoista, tavoista tai palveluista. Hoito- ja palvelusuunnitelman toteutuksessa huomioidaan asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13.)

Selkeästi kirjatulla hoito- ja palvelusuunnitelmalla ehkäistään päällekkäistä työtä, jolloin tällä varmistetaan myös työntekijöiden työ- ja vastuujaakoa. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla työntekijöillä on myös samat tavoitteet hoidon toteutuksen suhteen. Jokainen työntekijä tietää mitä asiakkaan hoidolla tavoitellaan. Tämän avulla lisätään potilasturvallisuutta. (Päivärinta ym. 2002, 18.) Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee olla potilaan ja hoitotyön ongelmat. Potilaan ja hoitotyön ongelmia arvioidessa suunnitelma joustaa ja muuttuu potilaan toimintakyvyn mukaisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä vastaa yleensä potilaan omahoitaja. (Vallejo Medina ym. 2006, 64–65.)

Potilaan toimintakykyä, terveydentilaa ja elinympäristöä voidaan mitata erilaisin mittarein. Potilaan toimintakyvyn mittausten avulla voidaan selvittää, mitkä palvelut ovat asiakkaalle

soveltuvia ja mitä palveluja hän tarvitsee. Lisäksi toimintakyvyn arviointimenetelmistä selvinneiden tietojen avulla päivitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Mittareilla voidaan mitata potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Yhtä ainoaa mittaria ei ole vielä kehitetty näiden osa-alueiden mittaamiseksi, vaan eri arviointimenetelmiä käytetään tilanteen mukaan. Suomessa ei ole vakiintuneita mittareita ikääntyneiden arviointiin, mikä vaikeuttaa vanhus- ja kuntoutuspalveluiden keskinäistä arviointia ja vertailua. Palvelukodeissa usein käytettyjä mittareita ovat muun muassa RAVA, RAI, Cerad ja MMSE. Etenkin RAI-mittari (Resident Assessment Instrument) on todettu päteväksi, herkäksi ja luotettavaksi arviointimenetelmäksi monessa maassa, joka mittaa elämän useaa osa-aluetta. RAI- mittarilla voidaan lisäksi arvioida hoidon tarvetta, laatua ja kustannuksia. (Finne-Soveri 2014, viitattu 2.9.2014.)

4 TUTKIMUSHANKKEEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimushankkeen tarkoituksena on tutkia dokumentoinnin sujuvuutta etälääkäripalvelun ja hoitohenkilökunnan välillä sekä selvittää dokumentoinnin ongelmakohtia. Aiheemme on tarpeellinen, koska se tutkii dokumentoinnin sujuvuutta. Dokumentointi on kaiken perusta hoitotyön jatkuvuudelle ja hoidon jatkuvuus on yksi tae potilasturvallisuudelle.

Tavoitteena on kehittää etälääkäripalveluiden ja palvelukotien dokumentointia. Henkilökohtaisena tavoitteenamme on oppia dokumentoimaan potilasasiakirjoihin selkeästi ja ymmärrettävästi, josta käy helposti ilmi potilaan voimavarat, ongelmat ja hoidon tavoitteet lain määrittelemien periaatteiden mukaisesti.

Tutkimushankkeemme lyhyen aikavälin tavoitteena on selvittää ne ongelmat, jotka ilmenevät etälääkäripalvelun dokumentoinnissa. Halusimme saada tietoa siitä, onko sairaanhoitajille annettu selkeät ohjeet dokumentoinnin toteuttamiseksi, onko sairaanhoitajilla samat periaatteet dokumentoidessaan potilasasiakirjoihin sekä onko lääkäreiden sijainnilla vaikutusta sairaanhoitajien ammattitaitoon. Pitkän aikavälin tavoitteenamme on kehittää dokumentointia ja ehkäistä hoitovirheitä tehokkaammin. Opinnäytetyömme tavoitteena on myös oppia huomaamaan dokumentoinnin erilaisia kehitysmahdollisuuksia, joita tutkimusongelmat tuovat esille. Tutkimustulosten ja opinnäytetyömme avulla yhteistyökumppanimme voi kehittää toimintaansa kohdistuen muutokset kyselyn tuloksissa ilmeneviin osa-alueisiin.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten sairaanhoitajat toteuttavat etälääkäripalvelussa potilastietoihin dokumentointia?
2. Millä tavalla potilasturvallisuus toteutuu etälääkäripalvelun dokumentoinnissa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Toteutimme tutkimuksen käyttämällä triangulaatio-menetelmää, eli lähestyimme tutkimuksen aihetta, etälääkäripalvelun dokumentointia sekä kvantitatiivisesti, eli määrällisesti että kvalitatiivisesti, eli laadullisesti. Triangulaatioita on olemassa yhteensä neljä erilaista menetelmää; monimetodi-, monitutkija-, monidata- sekä moniteoria-menetelmät. Näistä neljästä menetelmästä käytimme niin sanotusti monimetodi- ja monidata menetelmää, eli käytimme erilaisia tiedonhankinnan menetelmiä ja hoitajat vastasivat kyselyymme kolmen viikon aikana. (Metsämuuronen 2006, 105.) Tutkimuksen aineisto koostuu määrällisistä kysymyksistä, koska halusimme saada sairaanhoitajien näkemyksistä täsmällistä tietoa sekä laadullisista avoimista kysymyksistä, jotka täydensivät määrällistä tutkimusta.

5.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Aloitimme tutkittavien joukon etsimisen yhteistyökumppanin internet-sivuilta palvelukoteja tarkastelemalla sekä yhteistyökumppanin edustajan avustuksella. Yhteistyökumppanin edustaja oli yhteydessä Etelä-Suomen kollegoihin, jotka kertoivat tutkimukseen varteenotettavia palvelukoteja. Sen jälkeen olimme yhteydessä palvelukotien esimiehiin sähköpostitse ja myöhemmin puhelimitse selvittääksemme, mitkä palvelukodit sopivat kriteereihimme (liite 2). Kyselyyn sopivien palvelukotien selkiinnyttyä lähestyimme sairaanhoitajia heidän esimiestensä kautta (liite 3). Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien kriteereiksi määrittelimme, että he työskentelivät ikääntyneiden palvelukodeissa, joihin yhteistyökumppanimme tuottaa etälääkäripalvelua. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat vastasivat nimettömästi internet-linkillä päästävään kyselyyn kahden viikon ajan 15–28.6.2015, joka lähetettiin heille sähköpostitse. Kyselyyn vastaaminen vei sairaanhoitajilta aikaa noin kymmenen minuuttia. Saimme kyselyymme 12 vastausta määräaikaan mennessä. Vastausten vähyyden vuoksi lähetimme esimiehille sähköpostia ja muistutimme heidän kauttaan sairaanhoitajia kyselyyn vastaamisesta (liite 4). Jatkoimme kyselyn vastausaikaa viikolla, eli 5.7.2015 asti. Lopulta kyselyymme vastasi yhteensä 15.

5.2 Aineiston keruu

Suunnittelimme kyselyn (liite 1) kysymykset huomioiden yhteistyökumppanimme esittämät toivomukset sekä opettajien huomioimat seikat. Teimme kyselyn, johon vastaaminen tapahtui pääsääntöisesti kyllä-ei-kysymyksin sekä monivalintakysymyksillä. Lisäksi laadimme muutaman laadullisen avoimen kysymyksen, joilla halusimme saada lisää tietoa dokumentoinnin sujuvuudesta sekä potilasturvallisuudesta.

Kyselyllä kartoitimme olivatko sairaanhoitajat saaneet koulutusta etälääkäripalveluun liittyen, hallitsivatko he sen käytön sekä kuinka pitkään etälääkäripalvelua on ollut hoitokodissa. Halusimme myös selvittää olivatko sairaanhoitajat käyneet potilastietojärjestelmän kirjaamisen koulutuksessa, käyttivätkö he rakenteellista kirjaamista sekä miten he kokivat kirjaamisen vaikuttavan potilasturvallisuuteen. Edellä mainitut kysymykset antoivat meille tietoa siitä miten sairaanhoitajat toteuttavat potilastietoihin dokumentointia.

Käsittelimme kysymyksissä myös puhelinviestinnän vaikutuksia potilasturvallisuuteen, puhelinviestinnän toimivuutta ja sen ongelmia sekä lääkärin tavoitettavuutta. Esitimme kysymyksiä koskien kirjaamiseen annettua aikaa sekä yleisesti tietokoneiden käyttöön vaikuttavia asioita. Halusimme saada tietoa siitä, ovatko kaikki tiedot potilastietojärjestelmässä. Lisäksi halusimme saada kehittämisideoita dokumentointiin liittyen. Edellä mainituilla kysymyksillä saimme tietoa, millä tavalla potilasturvallisuus toteutuu etälääkäripalvelun dokumentoinnissa.

Kyselyn laadittuamme, pyysimme muutamaa hoitoalan ammattilaista esitestaamaan kyselyn. Kyselyn esitestaamiseen valitut henkilöt arvioivat kyselyn kysymysten ja ohjeiden selkeyttä, yksiselitteisyyttä, vaihtoehtojen toimivuutta, kyselylomakkeen pituutta sekä vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuutta. Esitestaajat arvioivat myös, puuttuuko kyselylomakkeesta jokin oleellinen kysymys tai sisältääkö se jopa tarpeettomia kysymyksiä. Kyselylomakkeen esitestaus on hyvin tärkeä osa kyselyn toteuttamista. Kyselyä on tärkeää tarkistaa ja tutkia vastaavatko kysymykset tutkimuskysymyksiin, sillä kyselyä ei voi enää korjata, kun se on vastaajalla (Vilkkä 2007, 63, 78–79).

Esitestaajien kommenttien perusteella muokkasimme kyselyn lopulliseen muotoon. Kysymykset tehtiin tutkimusongelmiin perustuen ja kyselyllä pyrimme luonnollisesti saamaan vastauksia tutkimusongelmiimme. Tarkoituksena oli tehdä kysely niin, että jos sama henkilö vastaa kyselyyn

uudelleen, niin hän vastaisi täsmälleen samalla tavalla kuin aikaisemmalla kerralla. Pyrimme pitämään kyselyn yksinkertaisena ja helposti vastattavana. (Vilka 2007, 149.)

Webropol-kysely- ja raportointityökalulla saimme kerättyä usealta sairaanhoitajalta vastauksia koskien etälääkäripalvelujen dokumentointia sekä pystyimme analysoimaan vastauksia monipuolisesti, nopeasti ja luotettavasti. Webropol-sovelluksella voidaan analysoida myös suurempien otosten tuloksia. Sovellus mahdollistaa myös sen, että sairaanhoitajat voivat vastata kyselyymme omilla tietokoneillaan vaikka yhtä aikaa, häiritsemättä muita vastaajia. (Webropol 2015, viitattu 21.2.2015.)

5.3 Aineiston analysointi

Käytimme aineiston analysoinnissa kahta eri tapaa. Määrällisen aineiston olemme analysoineet frekvenssi- ja prosenttijakaumin sekä laadullisen aineiston deduktiivisella sisällönanalyysillä (liite 5). Deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet. Otimme teoreettisiksi käsitteiksi tutkimuksen määrälliset vastaukset, joiden suuntaisesti olemme käsitelleet laadulliset vastaukset. Deduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti olemme tutustuneet laadulliseen aineistoon hahmotellen vastauksien sisältämiä asioita. Käytimme analyysissä auttavia ja ohjaavia kysymyksiä eli kuka kertoo, missä tilanne tapahtuu, milloin tapahtuu, mitä tapahtui ja miksi tapahtui. (Kankkunen, Vehviläinen-Juntunen 2013, 167–168.) Pelkistimme laadullisen aineiston alkuperäiset vastaukset, jonka jälkeen jaottelimme vastaukset samansuuntaisiksi alakategorioiksi. Tämän jälkeen muodostimme alakategorioista yhtenäisiä luokkia eli yläkategorioita, joita olivat lääkäripalvelut, puhelinviestintä, dokumentointi ja potilastietojärjestelmä. (Elo 2006, 31.)

5.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen vastaavien sairaanhoitajien anonymiys varmistettiin keräämällä tutkimukseen osallistuvia henkilöitä ympäri Suomea, pääasiassa heidän esimiestensä kautta. Anonymiys varmistettiin myös tekemällä huolellisesti suunnitellut kysymykset, jotka toivat meille tietoa etälääkäripalvelujen dokumentoinnista hoitotyössä, mutta eivät tuoneet julki vastaajien henkilöllisyyttä. Pyrimme suunnittelemaan kysymykset niin, että kyselyyn vastaajat ymmärtävät kysymykset niin kuin tarkoitimmekin ne. Tutkimuksemme luotettavuus kysymysten osalta olisi kärsinyt, mikäli

emme olisi miettineet kysymyksiä tarkasti. Tutkimuksemme perustuu vastaajien totuudenmukaisiin vastauksiin, vaikka kvantitatiivisissa kysymyksissä täytyy ottaa huomioon pieni virhemarginaali suuntaan tai toiseen.

Tutkimukseen osallistuminen oli ehdottomasti vapaaehtoista. Tavoitteenamme oli kuitenkin saada tutkimukseen osallistujia eli kyselyyn vastanneita sairaanhoitajia mahdollisimman paljon, koska suurella otannalla tutkimustulosten virhemarginaali on pienempi, joka vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimukseen osallistumisesta aiheutuvia haittoja sairaanhoitajille voidaan pitää esimerkiksi osallistumisen aiheuttama vaiva sekä kyselyyn vastaamisen pitkittyminen esimerkiksi tietoteknisten ongelmien vuoksi.

Tutkimme kyselyn tulokset huolellisesti ja tarkasti sekä pidimme alkuperäiset kyselyn vastaukset ainoastaan itsellämme. Jouduimme muokkaamaan tutkimustulosten vastauksien tarkkoja yksityiskohtia, koska ne olisivat voineet paljastaa tutkittavan henkilöllisyyden. Opinnäytetyön valmistuttua tuhosimme alkuperäiset kyselyiden vastaukset. Yhteistyökumppanimme sai koosteen vastauksista, jotta hän pystyy halutessaan hyödyntämään vastauksia toimintansa kehittämiseen. Koosteessa huomioitiin myös vastaajien anonymiys, jotta tutkimus pysyi eettisesti oikein tehtynä ja luotettavana loppuun asti. (Vilka 2007, 149–154.)

Saimme kokonaisuudessaan vähän vastaajia tutkimukseemme useista yrityksistämme huolimatta. Tutkimuksen vähäinen osallistujamäärä johtunee suurimmaksi osaksi sairaanhoitajien kesälomakaudesta, koska tutkimus toteutettiin kesäkuussa. Hoitajia saattaa epäilyttää tutkimukseemme vastaaminen juuri sen vuoksi, että kesäkuussa oli vain osa sairaanhoitajista töissä, ja tämän seurauksena liian yksityiskohtaiset vastaukset voivat paljastaa vastaajan henkilöllisyyden. Tarkoituksenamme oli selvittää millaisissa tilanteissa sairaanhoitajat soittivat etälääkärin päivystävälle lääkärille, kokivatko he eroa soittaessaan omalle etälääkärille verrattuna päivystävälle lääkärille sekä millaisia eroavaisuuksia he olivat havainneet asioidessaan puhelimitse etälääkärin ja päivystävän lääkärin välillä. Emme voineet kuitenkaan selvittää sairaanhoitajien kokemuksia näistä tilanteista, sillä kenelläkään vastaajista ei ollut mahdollisuutta soittaa etälääkäripalvelun päivystävälle lääkärille.

Tutkimuksen vastausten vähäisyys vaikuttaa merkittävästi määrälliseen tutkimukseen tekemällä siitä epäluotettavamman. Valitsemamme triangulaatiomenetelmä lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska määrällisten kysymysten lisäksi olemme täydentäneet tutkimusta laadullisilla kysymyksillä.

Laadullisessa tutkimuksessa 15 vastaajan tulosta voidaan pitää luotettavana, mikä taas määrällisessä tutkimuksessa on liian vähän. Olemme lisänneet tutkimuksen luotettavuutta käyttämällä erilaisia analyysimenetelmiä, joiden avulla voimme todentaa tutkimustulosta siitä, että erilaisilla lähestymistavoilla päästään samaan tulokseen (Jyväskylän yliopisto 2015, viitattu 23.9.2015). Tutkimuksemme luotettavuutta lisää myös meidän opinnäytetyön tekijöiden yhteensovitettu kriittisyys tutkimustamme kohtaan.

5.5 Tutkimuksen suorittamisen aikataulu ja työnjako

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen aiheen ideoinnilla. Etsimme tutkimukselle sopivan yhteistyökumppanin. Tapasimme yhteistyökumppanin edustajan ensimmäisen kerran maaliskuussa 2014, jolloin suunnittelimme ja sovimme tutkimuksen toteuttamisesta. Alkuperäinen suunnitelmamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi keväällä 2015, mutta jouduimme muuttamaan aikataulua opinnäytetyön edetessä. Taulukkoon 1 on koottu opinnäytetyön lopullinen aikataulu. Toukokuussa 2015 tapasimme toistamiseen yhteistyökumppanin edustajan. Tämän tapaamisen yhteydessä allekirjoitimme tutkimuksen yhteistyösopimukset. Tapaamisten lisäksi olemme olleet yhteydessä sähköpostitse yhteistyökumppanin edustajaan opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa olemme jakaneet työmäärän tasan kummankin opinnäytetyön tekijän kesken.

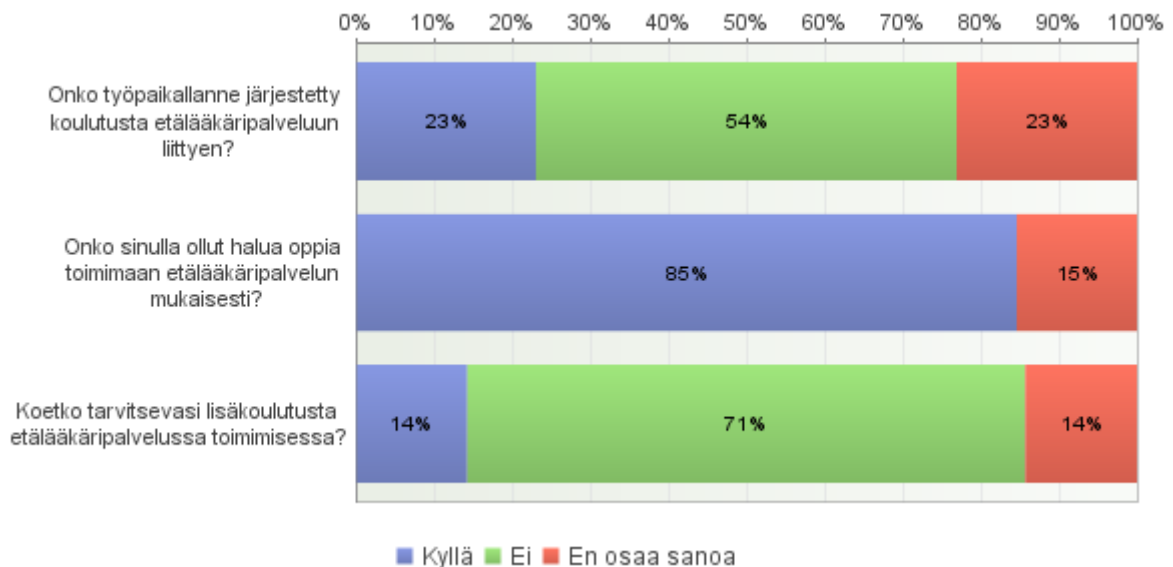
TAULUKKO 1 Opinnäytetyön vaiheet

Opinnäytetyön vaiheet	Aikataulu
Aiheen ideointi	Syksy 2013- kevät 2014
Aiheeseen perehtyminen ja teoriaosuuden työstäminen	Syksy 2013- kevät 2014
Opinnäytetyön suunnitelman tekeminen	Kevät 2015
Kyselyn toteuttaminen ja tulosten analysointi	Kesä 2015
Opinnäytetyön valmistuminen	Syksy 2015

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

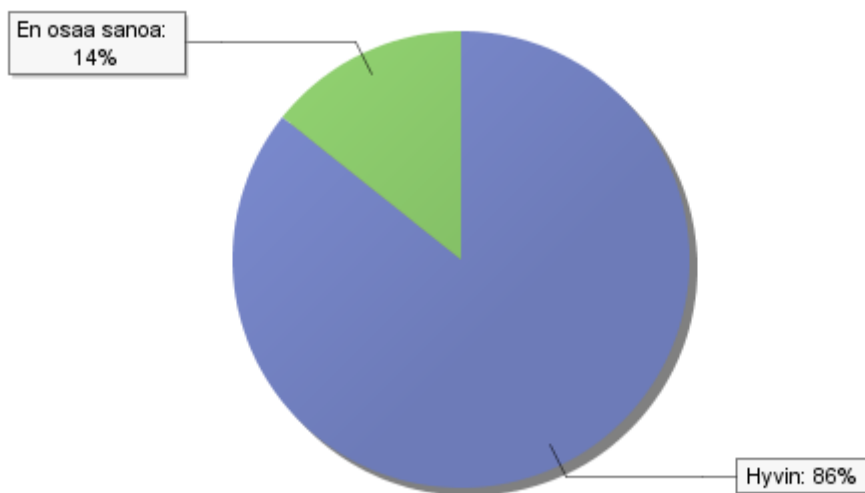
Kyselymme vastasi yhteensä 15 henkilöä. Arviomme mukaan yhdessä hoitokodissa on yhdestä kahteen sairaanhoitajaa. Olemme olleet yhteydessä 31 hoitokodin esimieheen, joten kyselymme on tavoittanut arviolta 60 sairaanhoitajaa. Vastaajista kaikki 15 olivat naisia.

Kuviosta 2 nähdään vastaajista 23 %:n kertoneen, että työpaikalla oli järjestetty koulutusta etälääkäripalveluun liittyen. Vastaajista 54 %:n mukaan koulutusta ei ollut järjestetty ja sairaanhoitajista 23 % ei osannut vastata kysymykseen. Vastaajista 85 % kertoi haluavansa oppia toimimaan etälääkäripalvelun mukaisesti sekä vastaajista 15 % vastasi en osaa sanoa. Vastaajista 14 % koki tarvitsevansa lisäkoulutusta etälääkäripalvelussa toimimisessa. Suurin osa vastaajista eli 71 % kertoi, etteivät he tarvitse lisäkoulutusta ja vastaajista 14 % ei osannut vastata kysymykseen.



KUVIO 2. Etälääkäripalvelussa toimiminen (N=14)

Kyselyyn vastanneista suurin osa eli 86 % koki hallitsevansa etälääkäripalvelun käytön hyvin sekä 14 % ei osannut vastata kysymykseen (kuvio 3).

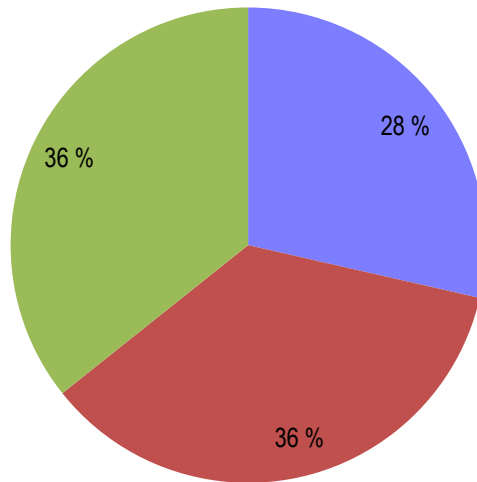


KUVIO 3. Etälääkäripalvelun käytön hallitseminen (N=14)

Kuviosta 4 nähdään, miten kauan etälääkäripalvelutoimintaa on ollut sairaanhoitajien työpaikalla. Vastaajista 28 %:n mukaan etälääkäripalvelua on ollut alle vuoden ajan, 36 %:n mukaan 2-3 vuotta ja 36 % vastasi etälääkäripalvelua olleen yli 4 vuotta. Vastauksista selvisi, että oman terveyskeskuksen lääkäri hoiti useimpien hoivakotien lääkäripalvelut ennen etälääkäripalvelua. Tätä tukeakseen eräs sairaanhoitaja kertoi, että aikaisemmin joko hoitaja tai omainen kuljetti asukkaan lääkäriin kunnalliselle puolelle.

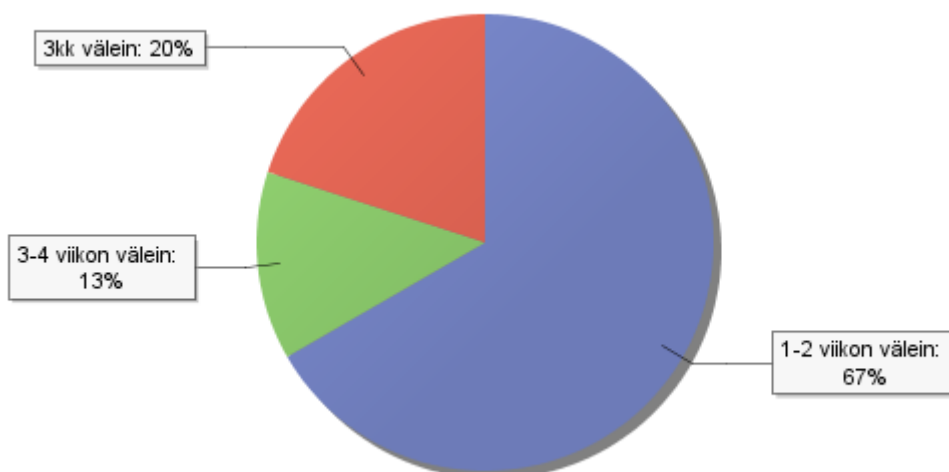
Osassa hoivakodeista etälääkäripalvelu oli ollut aina toiminnassa. Tässä täytyy huomioida, että osa sairaanhoitajista vastasi, että etälääkäripalvelu on ollut palvelukodissa toiminnassa aina heidän siellä työssööloajan. Osa vastaajista taas tarkoitti, että etälääkäripalvelu on ollut aina toiminnassa palvelukodin toiminnan aloittamisesta lähtien. Pieni osa vastaajista ei osannut kertoa, miten lääkäripalvelut oli toteutettu ennen etälääkäripalvelutoimintaa, koska he eivät ole olleet silloin vielä töissä siellä.

■ Alle vuoden ■ 2-3 vuotta ■ yli 4 vuotta



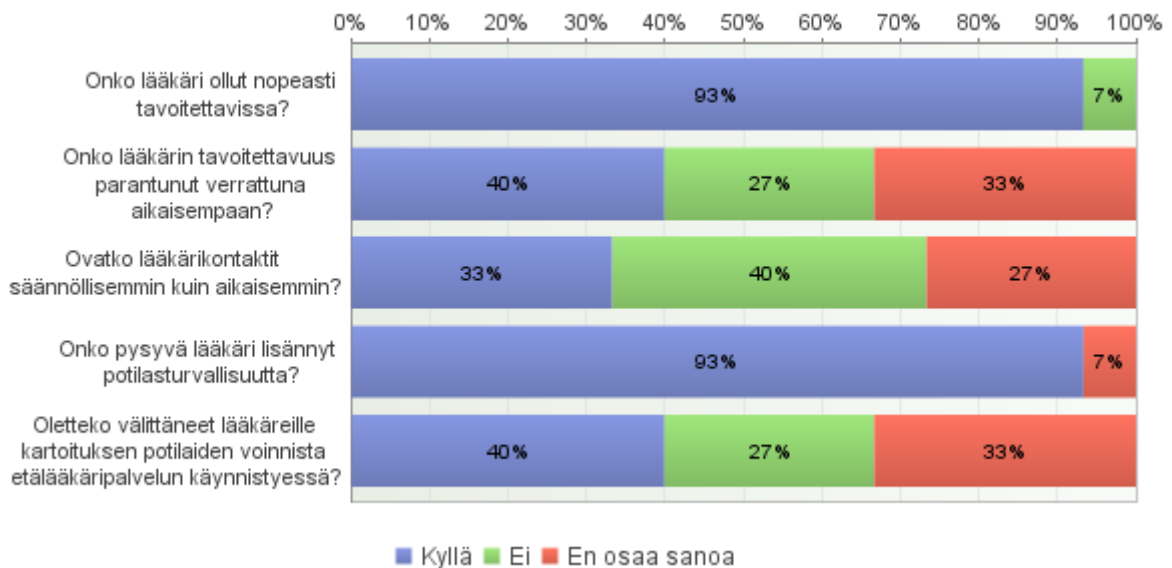
KUVIO 4. Etälääkäripalvelutoiminnan kesto (N=14)

Kuviosta 5 nähdään, että vastaajista 67 %:n mukaan lääkäri käy asiakkaiden luona 1-2 viikon välein, vastaajista 13 %:n mukaan 3-4 viikon välein ja 20 %:n mukaan vähintään kolmen kuukauden välein. Lääkäri ei käynyt missään hoivakodissa 1-2 kuukauden välein.



KUVIO 5. Lääkärin käynnit palvelukodissa (N=15)

Kuviosta 6 kävi ilmi, että sairaanhoitajista 93 % oli sitä mieltä, että lääkäri on ollut tavoitettavissa nopeasti. Sairaanhoitajista 7 % oli sitä mieltä, että lääkäri ei ole ollut tavoitettavissa, kuitenkin 40 % vastaajista koki lääkärin tavoitettavuuden parantuneen verrattuna aikaisempaan sekä 27 %:n mukaan tavoitettavuus ei ollut parantunut. Vastaajista 33 % kertoi, ettei osaa vastata kysymykseen. Sairaanhoitajista 33 %:n mukaan lääkärikontaktit ovat säännöllisemmin kuin aikaisemmin, 40 % sairaanhoitajista vastasi, että lääkärikontakteja ei ole säännöllisemmin sekä 27 % ei osannut sanoa. Pysyvä lääkäri oli lisännyt potilasturvallisuutta vastaajista 93 %:n mukaan ja 7 % ei osannut sanoa. Vastaajista kukaan ei vastannut pysyvän lääkärin vähentäneen potilasturvallisuutta. Sairaanhoitajista 40 % oli välittänyt lääkäreille kartoituksen potilaiden voinnista etälääkäripalvelun käynnistyessä, sairaanhoitajista 27 % ei ollut tehnyt kartoitusta ja 33 % ei osannut sanoa.



KUVIO 6. Potilasturvallisuus (N=15)

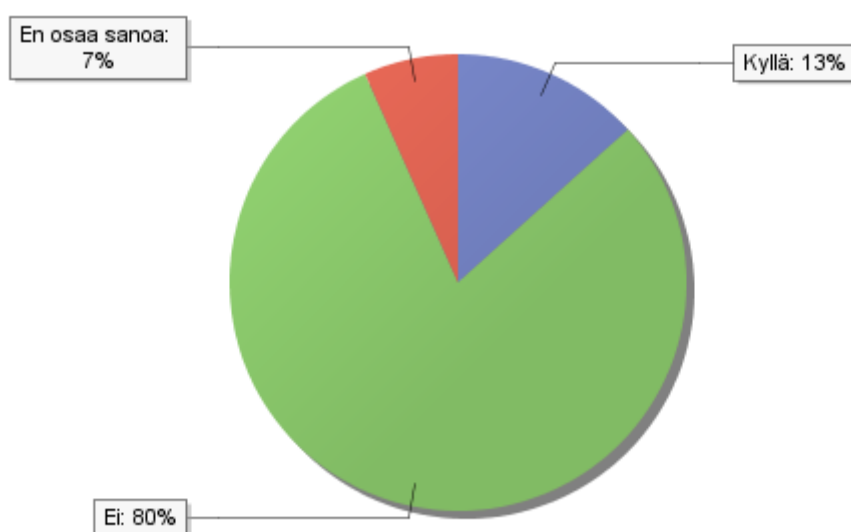
Kuvion 7:n mukaan vastaajista 80 % kertoi, ettei puhelinviestinnässä ole ollut ongelmia tai väärinymmärryksiä, 13 % mukaan ongelmia tai väärinymmärryksiä oli esiintynyt ja 7 % ei osannut vastata.

Suurin osa vastaajista koki puhelinviestinnän toimivan hyvin lääkärin ja hoitohenkilöstön välillä. Puhelinviestinnän sujumisesta vastaajat kertoivat, että: ”Lääkärille jätetään soittopyyntö ja hän soittaa takaisin. Toimii hyvin, lääkärin avun on aina saanut tarvittaessa” sekä ”Oman kokemukse-

ni mukaan puhelinviestintä lääkärimme kanssa on toiminut hyvin. Saan aina tarvittaessa yhteyden talomme lääkäriin, jos en saman tien, niin päivän aikana kuitenkin”.

Kaksi sairaanhoitajaa kertoi puhelinviestinnän parantuneen saadessaan lääkärin oman puhelinnumeron, johon he voivat tarpeen tullen soittaa. Vastauksista ilmeni vain yksi kritiikki koskien puhelinviestintää: Eräs sairaanhoitaja kirjoitti, että: ”Lääkäreitä ei aina saa akuuteissa asioissa heti kiinni. Lääkäri soittaa useasti takaisin, kunhan ehtii”.

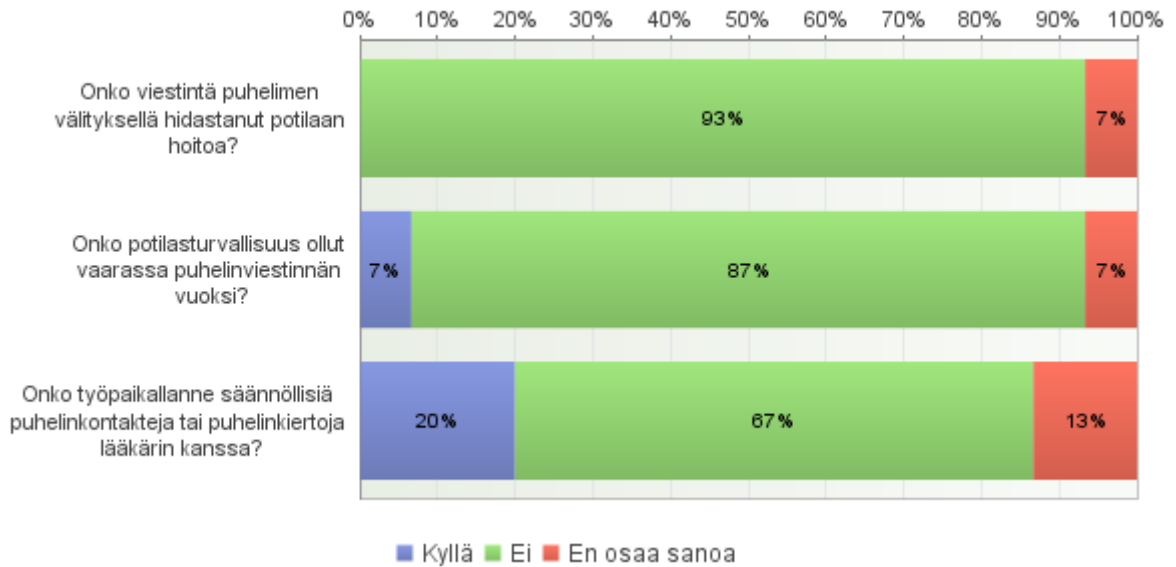
Kaksi vastaajaa koki puhelinviestinnässä olevan ongelmia, koska ulkomaalainen lääkäri ei aina välttämättä ymmärrä, mistä hoitaja puhuu. Sairaanhoitaja kertoi eräästä tilanteesta seuraavasti: ”Kerran hän sanoi puhelimesta, että lähetä asukas päivystyksen kautta osastolle. Muutaman tunnin kuluttua lääkäri soitti, että ymmärsinkö väärin; asukas piti lähettää suoraan osastolle, ei päivystyksen kautta. Ja pyysi anteeksi huonoa kielitaitoaan”. Toinen sairaanhoitaja vastasi, ettei lääkäreitä saa akuuteissa asioissa kiinni.



KUVIO 7. Puhelinviestinnän ongelmat tai väärinymmärrykset (N=15)

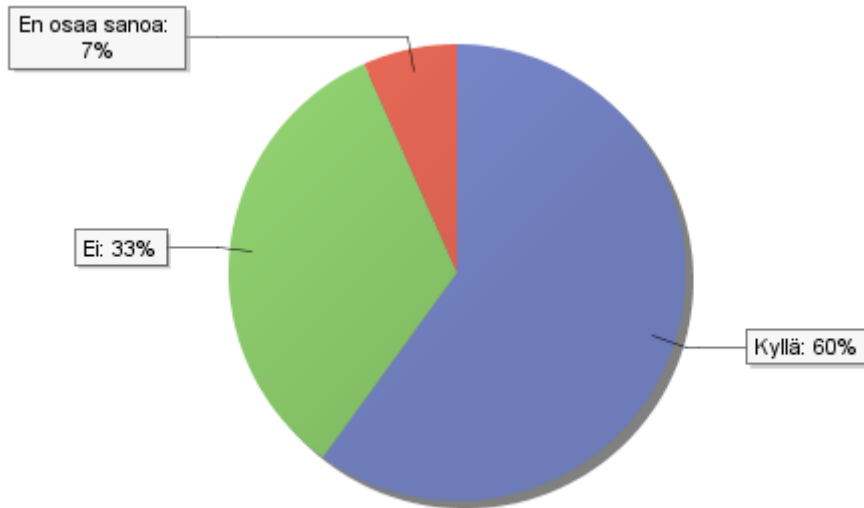
Kuviosta 8 nähdään, että vastaajista 93 %:n mukaan puhelimen välityksellä käyty viestintä ei ole hidastanut potilaan hoitoa ja 7 %:n mielestä puhelimen välityksellä tapahtuva viestintä on hidastanut potilaan hoitoa. Vastaajista 7 % mielestä potilasturvallisuus on ollut vaarassa puhelinviestinnän vuoksi, kun taas 87 % vastaajista ei ole kokenut potilasturvallisuuden vaarantuneen. Sai-

raanhoitajista 7 % ei osannut vastata, onko potilasturvallisuus vaarantunut puhelinviestinnän vuoksi. Vastaajista 20 %:lla on työpaikalla säännöllisiä puhelinkontakteja tai puhelinkierroja lääkärin kanssa, 67 %:n mukaan puhelinkontakteja tai -kiertoja ei ole ja vastaajista 13 % ei osannut sanoa onko säännöllisiä puhelinkontakteja tai -kiertoja lääkärin kanssa. Kaikki vastaajat kertoivat lääkärin kirjaavan puhelinkeskustelun myöhemmin kuin 15 minuutin aikana.



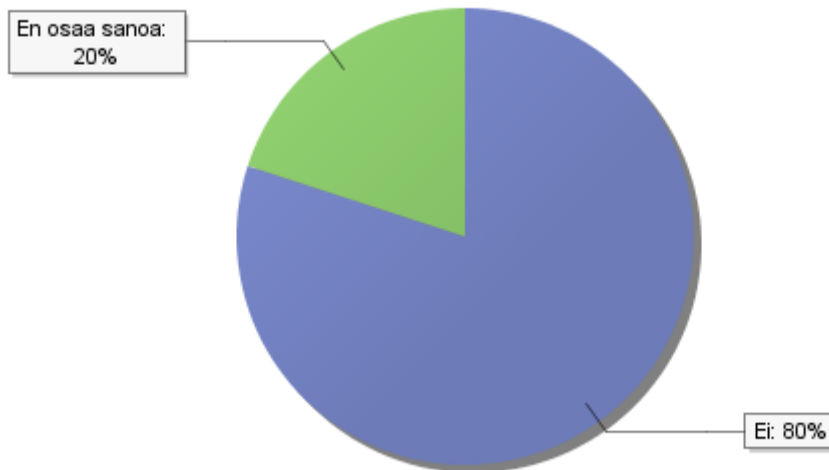
KUVIO 8. Puhelinviestintä (N=15)

Kuvio 9 kuvastaa akuuttitilanteiden konsultointia. Vastaajista 60 % kertoi, että akuuteissa tilanteissa hoitajat konsultoivat puhelimitse lääkärää potilaan voinnista ja 33 %:n mukaan akuuteissa tilanteissa ei konsultoida. 7 % vastaajista ei osannut vastata kysymykseen.



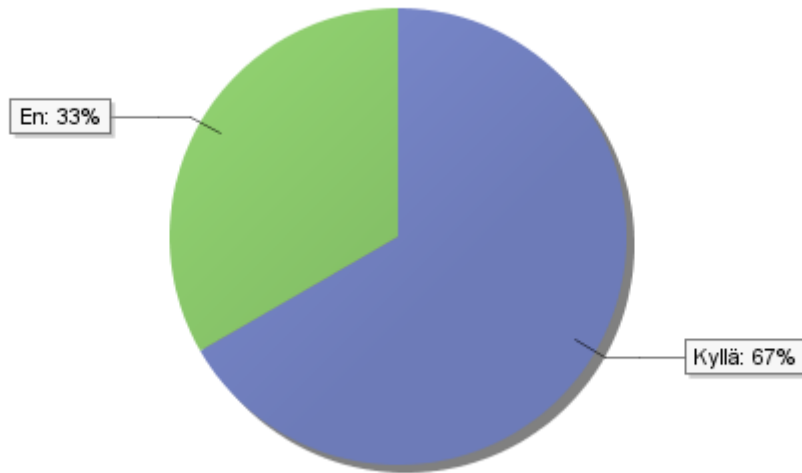
KUVIO 9. Akuuteissa tilanteissa konsultointi (N=15)

Kuviossa 10 vastaajista 80 % kertoi, että heillä ei ole mahdollisuutta soittaa etälääkäripalvelun omalle päivystäjälle ympäri vuorokauden. Vastaajista 20 % ei osannut sanoa, onko heillä mahdollisuutta soittaa ympäri vuorokauden etälääkäripalvelun omalle päivystäjälle.



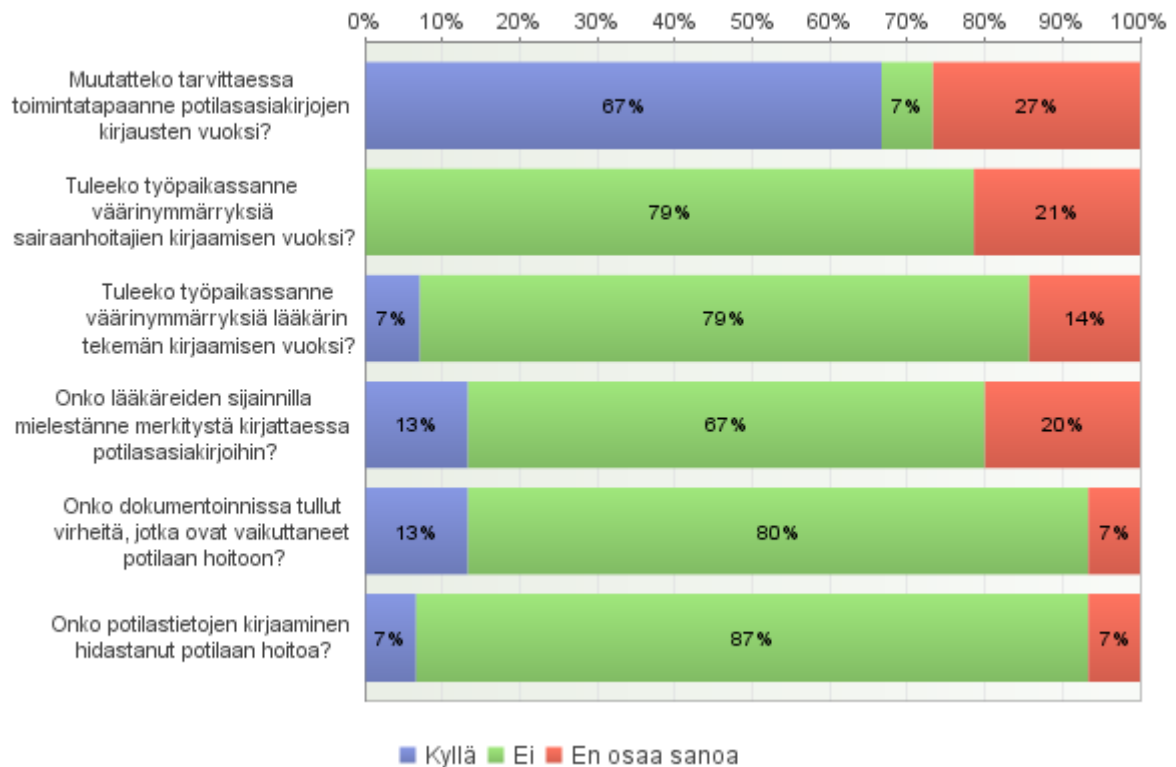
KUVIO 10. Mahdollisuus soittaa etälääkäripalvelun omalle päivystäjälle (N=15)

Kuvion 11 mukaan sairaanhoitajista 67 % on käynyt potilastietojärjestelmään kirjaamisen koulutuksessa, kun taas 33 % ei ole käynyt koulutuksessa.



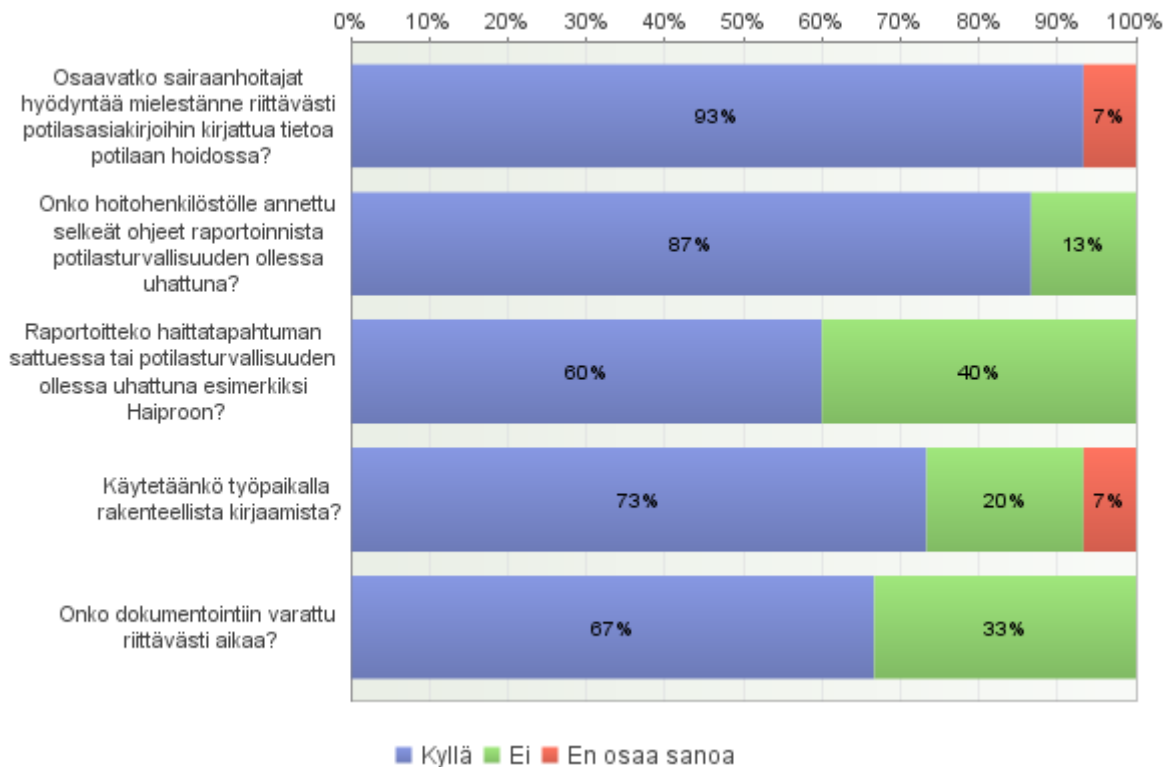
KUVIO 11. Kirjaamisen koulutus (N= 15)

Kuviossa 12 nähdään, että sairaanhoitajista 67 % muutti tarvittaessa toimintatapaansa potilasasiakirjoitusten vuoksi, 7 % ei muuttanut toimintatapaansa ja 27 % vastasi, ettei osaa sanoa. Työpaikoista 79 %:lla ei ole tullut väärinkäsityksiä sairaanhoitajien kirjaamisen vuoksi, sen sijaan 27 % vastaajista ei osannut sanoa, onko sairaanhoitajien kirjaamisen vuoksi tullut väärinkäsityksiä. Lääkärin kirjaamisen vuoksi on tullut 7 %:lla väärinymmärryksiä, kuitenkin suurin osa (79 %) oli sitä mieltä, ettei väärinymmärryksiä ole päässyt käymään, 14 % ei osannut vastata kysymykseen. Sairanhoitajista 13 % koki, että lääkärin sijainnilla oli merkitystä potilasasiakirjoihin kirjatessa, kun taas vastaajista 67 % ei pitänyt lääkärin sijaintia merkityksellisenä. Vastaajista 20 % ei osannut sanoa, onko lääkärin sijainnilla ollut merkitystä potilasasiakirjoihin kirjatessa. Vastaajista 13 %:lla oli tullut dokumentoinnissa virheitä, joilla oli merkitystä potilaan hoidossa. Suurin osa (80 %) kertoi, ettei virheitä ole päässyt syntymään sekä 7 % ei osannut vastata kysymykseen. Potilastietojen kirjaaminen on hidastanut vastaajista 7 %:lla potilaan hoitoa. Sairanhoitajista 87 %:lla potilastietojen kirjaaminen ei ollut hidastanut hoitoa. Loput 7 % eivät osanneet vastata kysymykseen.



KUVIO 12. Potilasasiakirjoihin kirjaaminen (N= 15)

Kuviosta 13 käy ilmi, että suurin osa sairaanhoitajista (93 %) osasi hyödyntää potilasasiakirjoihin kirjattua tietoa potilaan hoidossa. Pieni osa (7 %) ei osannut sanoa, osasivatko he hyödyntää potilasasiakirjojen tietoa potilaan hoidossa. Suurin osa (87 %) kertoi saaneensa ohjeet siitä, miten he raportoivat, kun potilasturvallisuus oli uhattuna. Vastaajista 13 % ei ollut saanut ohjeita raportointiin, kun potilasturvallisuus oli uhattuna. Vastaajista 60 % raportoi haittatapahtumasta tai läheltä piti-tilanteesta, kun taas 40 % jätti haittatapahtumasta tai sen vaarasta raportoimatta. Suurimmalla osalla (73 %:lla) hoivakodeista kirjattiin rakenteellisesti, palvelukodeista 20 % ei käytä rakenteellista kirjaamista ja vastaajista 7 % ei osaa sanoa. Dokumentointiin on vastaajista 67 %:n mielestä varattu tarpeeksi aikaa, mutta vastaajista 33 % kertoo aikaa olevan niukasti.



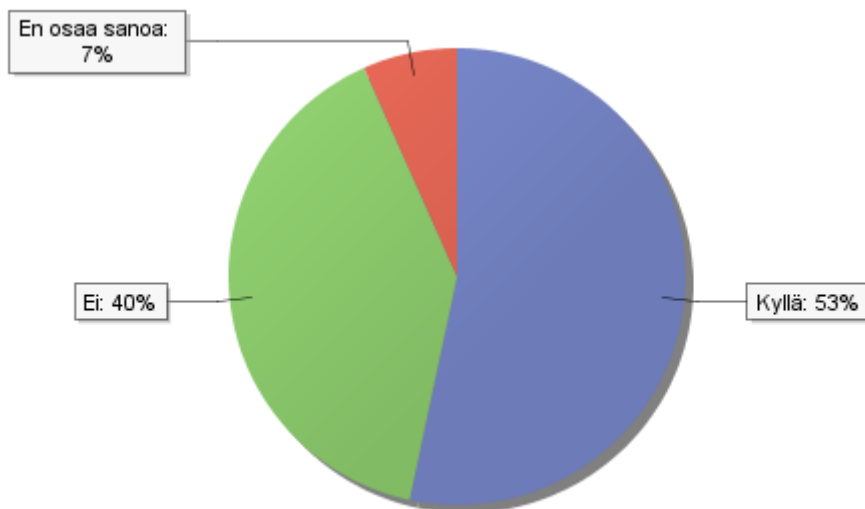
KUVIO 13. Potilasasiakirjoihin kirjaaminen (N=15)

Etälääkäripalvelun käytöstä oli sekä hyötyä että haittaa dokumentoinnille. Hyötyä etälääkäripalvelusta on ollut erään sairaanhoitajan mukaan tilanteessa, jossa: ”Etälääkäripalvelun myötä siirryimme käyttämään samaa tietojärjestelmää lääkärin kanssa. Tällöin yhteydenpito helpottui ja dokumentointi on selkeämpää.” Etälääkäripalvelusta oli haittaa dokumentoinnille silloin, kun lääkäri ja hoitaja kirjaavat omiin potilastietojärjestelmiin. Eräs sairaanhoitaja perusteli tilannetta näin: ”Tieto ei kulje niin hyvin kuin pitäisi. Vuodeosasto ihmettelee esim. lääkemutoksia, kun asukas menee vuodeosastolle, vaikka mukana menee aina ajantasainen lääkelista. Lääkäri ei kirjaa meillä tekemiään muutoksia potilastietojärjestelmään”. Useasta vastauksesta kävi ilmi, että hoitajat toivoivat yhteyttä lääkärin ja hoitohenkilöstön tietokannoille. Vastaajista kaksi sairaanhoitajaa toi ilmi, että lääkärin etäkäyttö heidän tietokantaansa helpottaisi dokumentointia. Tätä tuki erään sairaanhoitajan vastaus: ”Lääkäri pystyy dokumentoimaan ainoastaan olemalla paikan päällä. Lääkäri ei pääse potilastietojärjestelmään muualta kuin hoitokodista”. Dokumentoinnin kehittämisehdotuksina muutama vastaajista toivoi enemmän aikaa dokumentointiin. Vastauksista ilmeni, että suurimmaksi osaksi sairaanhoitajat toivoivat kehitystä tapahtuvan dokumentoinnin sisällössä. Eräs sairaanhoitaja kehittäisi rakenteellisen kirjaamisen avulla: ”Saisi kirjata tietokoneelle raken-

teellisen kirjaamisen avulla.” Dokumentointia haluttiin vastausten perusteella kehittää tarkempien yksityiskohtien sekä termien yhtenäistämisen saralta.

Kuvio 14 havainnollistaa, että reilu puolet (53 %) sairaanhoitajista tiesi potilaiden tietojen olevan potilastietojärjestelmässä. Vastaajista 40 %:n kaikkia tietoja ei ollut tallennettu sähköisesti. Sairanhoitajista 7 % ei osaa sanoa, ovatko kaikki tiedot potilastietojärjestelmässä.

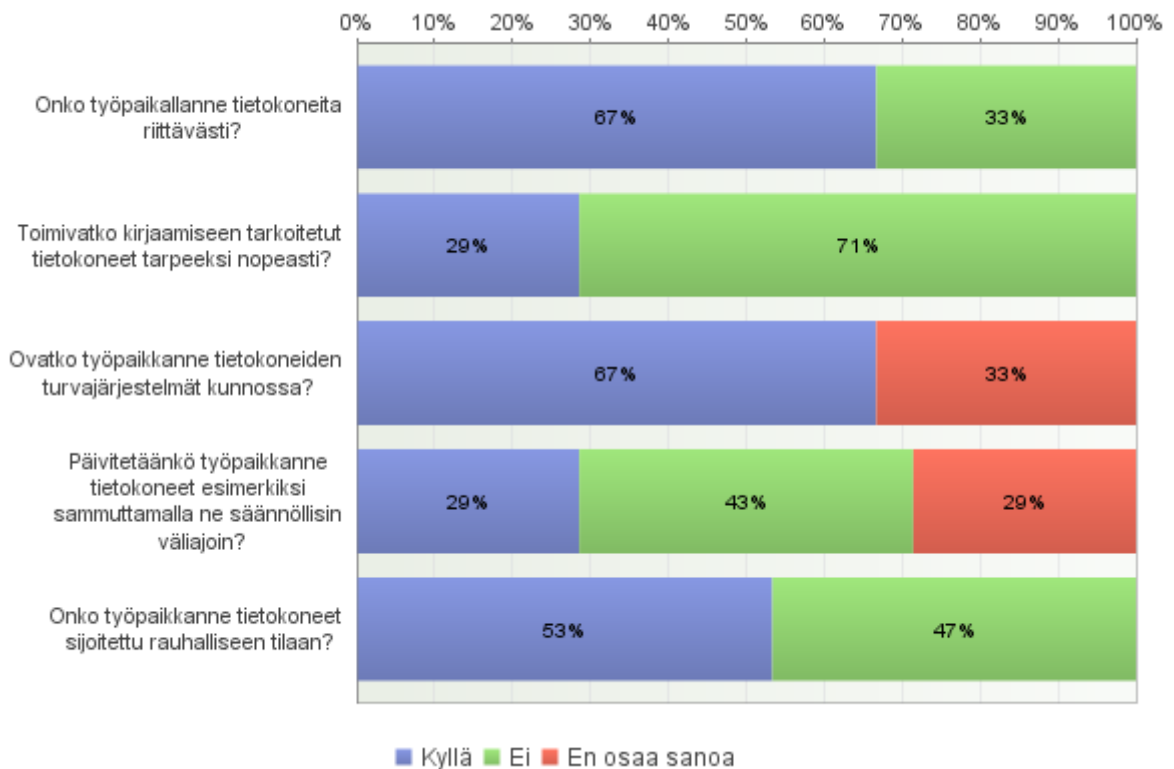
Hoitajat ilmaisivat kahden eri tietojärjestelmän tuovan ongelmia, josta johtuen potilaan kaikkia tietoja ei ole aina toisessa potilastietojärjestelmässä. Lisäksi toisessa sairaalassa aikaisemmin tutkitut asiat puuttuivat myös potilastietojärjestelmästä. ”Olemme tilanneet asukkaan terveysker-
tomuksia oman kunnan tk:sta”, kertoi eräs vastaajista toimintatavoistaan. Yksi sairaanhoitaja vastasi, että: ”kaikilla asukkailla ei ole esimerkiksi vielä perussairauksia kirjattu potilastietojärjestelmään”. Myös päivittäiskirjaaminen on jäänyt jossakin palvelukodissa.



KUVIO 14. Potilaiden tietojen sijainti (N=15)

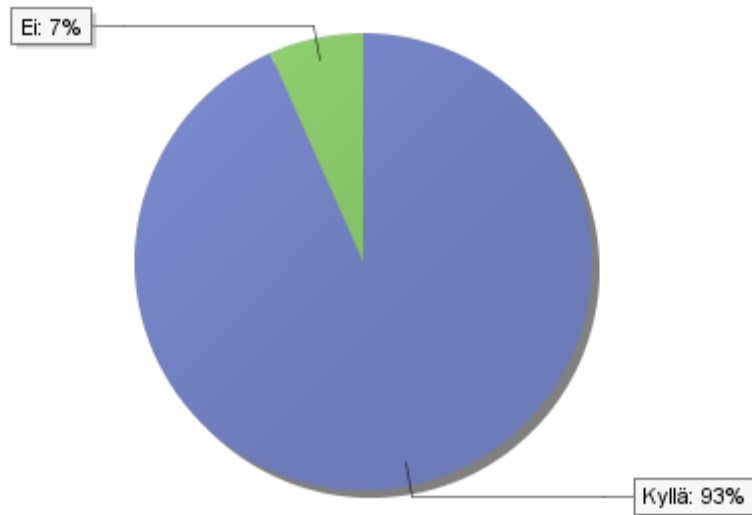
Kuviosta 15 kävi ilmi, että suurin osa vastaajista (67 %) kertoi työpaikalla olevan riittävästi tietokoneita. Kun taas 33 % koki, että tietokoneita on liian vähän. Sairanhoitajista 29 % kertoi tietokoneiden toimivan tarpeeksi nopeasti, 71 % kuitenkin oli sitä mieltä, että koneet toimivat liian hitaasti. Vastaajista 67 % tiesi tietokoneiden turvajärjestelmien olevan kunnossa. Pieni osa vastaajista (33 %) ei tiennyt, ovatko turvajärjestelmät ajan tasalla. Sairanhoitajista 29 % vastasi,

että työpaikan tietokoneet päivitetään säännöllisesti, esimerkiksi sammuttamalla ne. Vastaajista 43 % kertoi, ettei työpaikan tietokoneita päivitetä säännöllisesti, loput 29 % vastaajista ei osannut sanoa tietokoneiden päivityksestä. Noin puolet vastaajista (53 %) kertoi, että työpaikan tietokoneet oli sijoitettu rauhalliseen tilaan ja vastaajista 47 % kertoi, että tietokoneet eivät sijainneet rauhallisessa paikassa.



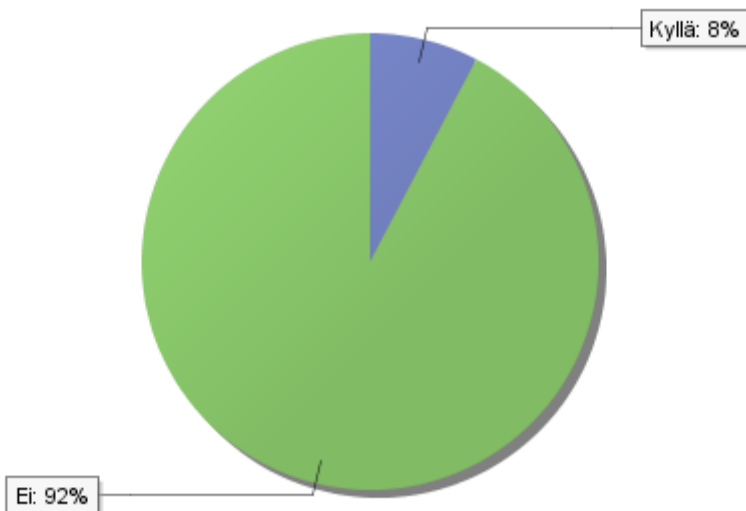
KUVIO 15. Tietokoneiden toimiminen (N=15)

Sairaanhoidajista 93 % kertoi työpaikalla olevan kannettavat tietokoneet. Lopuilla 7 %:lla vastaajista ei ollut kannettavia tietokoneita työpaikallaan (kuvi 16).



KUVIO 16. Hoivakotien kannettavat tietokoneet (N=15)

Kuviosta 17 käy ilmi, että valtaosa vastaajista (92 %) ei kirjaa potilashuoneessa lääkärikierron aikana. Pieni osa (8 %) taas kirjaa suoraan potilasasiakirjoihin.



KUVIO 17. Kannettaviin tietokoneisiin kirjaaminen potilashuoneessa kierron aikana (N=13)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Yli puolet kyselyyn vastanneista sairaanhoitajista kertoivat, ettei etälääkäripalvelusta ollut järjestetty koulutusta. Etälääkäripalvelun koulutuksella voidaan tuoda sairaanhoitajille varmistusta siitä, mitä heiltä odotetaan toimiessaan osana etälääkäripalvelua. Esimerkiksi, millaisia odotuksia etälääkäripalvelussa toimimisessa voi olla, mitä tutkimuksia sairaanhoitaja voi tehdä ennen kuin he ottavat yhteyttä lääkäriin. Suurin osa vastaajista kertoi hallitsevansa etälääkäripalvelun käyttämisen hyvin, eivätkä he koe tarvitsevansa siihen lisäkoulutusta. Dokumentoinnin ja potilasturvallisuuden vuoksi olisi kuitenkin hyvä järjestää koulutusta kaikille hoitoalan ammattilaisille, jotta saadaan yhtenäistettyä toimintatapoja. Mikäli koulutusta ei ole järjestetty, niin hoitajilla voi olla paljon virheellistä tai puutteellista tietoa etälääkäripalvelun toimintatavoista. Hoitajien toimiessa samalla tavalla tulee vähemmän virheitä potilashoidossa sekä kaikki tietävät kuinka toimia esimerkiksi akuuttitilanteissa.

Vastaajista 67 % kertoi käyneensä potilastietojärjestelmään kirjaamisen koulutuksessa. Kirjaamisen yhtenäiset säännökset ovat mahdollistaneet sen, että potilasasiakirjoihin voidaan kirjata rakenteellisesti. Tämä taas helpottaa jokaista potilaan hoitoon osallistuvaa henkilöä, koska tiedot löytyvät selkeämmin tietokannasta. Hoitajista 73 % kertoi kirjaavansa potilastietoihin rakenteellisesti, hoitajista 20 % ei kuitenkaan näin tee ja loput 7 % ei osannut sanoa, kirjaako rakenteellisesti. On tärkeää, että kaikki käyvät potilastietojärjestelmään kirjaamisen koulutuksessa, sillä monesti kiireisissä työpaikoissa ei ehditä tuoda koulutuksissa saatua tietoa toisille opetettavaksi. Tämä voi selittää sen, miksi sairaanhoitajilla voi tulla väärinymmärryksiä toisten kirjaamisen vuoksi sekä hoitajat voivat kirjata väärin paikkoihin, koska eivät hallitse rakenteellista kirjaamista. Tällöin muut hoitajat eivät löydä etsimäänsä tietoa sieltä, minne ne kuuluvat, jonka seurauksena potilaan hoito hidastuu. Kyselyn vastauksien perusteella päätelimme, ettei sairaanhoitajille ole annettu selkeitä ohjeita dokumentoinnista.

Potilastietojärjestelmiin kirjaamiseen vaikuttaa myös se, onko työpaikalla käytettävissä kannettavia tietokoneita. Suurimmalla osalla vastaajista oli kannettavat tietokoneet käytettävissä, mutta vain 8 %: n mukaan niitä käytettiin potilashuoneissa lääkärin kierron aikana. Kannettavien tietokoneiden käyttö helpottaisi potilastietojen dokumentointia niin lääkärinkierrolla kuin hoitotyön arjessakin, koska potilaan luona tapahtuneet asiat ovat mielessä ja ne voidaan kirjata heti potilasasiakirjoihin unohtamatta tärkeitä asioita. Osa sairaanhoitajista kokee, ettei kirjaamiseen varat-

tuja tietokoneita ole riittävästi työpaikalla, eivätkä ne toimi tarpeeksi nopeasti. Hitaiden koneiden vuoksi osa sairaanhoitajista kirjaa potilastietojärjestelmään vain päivän päätteeksi, koska tietokoneelle sisäänkirjautuminen vie liian paljon aikaa. Vain noin 60 % vastaajista raportoi mahdollisista hoitovirheistä ja läheltä-piti-tilanteista. Edellä mainitun asian kirjaamatta jättäminen voi myös osaksi johtua hitaasti toimivista tietokoneista. Raportoitujen hoitovirheiden ansiosta muutoksia voidaan tehdä esimerkiksi hoidon toteuttamisessa tai muuhun hoitoon liittyvässä asiassa. Syyttelämättä käsitellyistä hoitovirheistä ja läheltä-piti-tilanteista moni työntekijä on voinut ottaa oppia tilanteesta, jonka seurauksena tapaturmat voidaan ennaltaehkäistä.

Tutkimuksesta kävi ilmi, että dokumentoinnin vuoksi potilaan hoitoon vaikuttavia virheitä oli tullut. Sairaanhoitajien mielestä suurin haittatekijä oli eri tietojärjestelmien käyttö lääkärin kanssa. Eri tietojärjestelmien käyttäminen vaikeuttaa potilaan hoitoa, koska palvelukotien hoitajat ja lääkärit kirjaavat omiin tietojärjestelmiinsä. Vastaajien mukaan potilaan tiedot jäivät tämän vuoksi usein lääkärin käyttämään tietojärjestelmään, ja potilaan siirtyessä esimerkiksi sairaalaan, mukana menneet tiedot olivat olleet puutteelliset. Kahden eri tietojärjestelmän välissä työskenteleminen on paitsi potilaalle vaarallista, se vie myös paljon aikaa työntekijöiltä. Sairaanhoitajista 40 % vastasi, ettei potilaan kaikkia tietoja löydy potilastietojärjestelmästä. Tämä vaikeuttaa potilaan hoitoa, sillä esimerkiksi potilaan perussairaudet, lääkemuutokset ja päivittäiskirjaaminen ovat tärkeitä asioita potilaan hoidon kannalta. Nämä tiedot tulee löytyä tietokannasta, koska vuorotyön vuoksi työntekijät vaihtuvat useasti päivän aikana. Potilaan tietojen löytyminen tietokannasta on myös hoitajan turva.

Sairaanhoitajat kehittäisivät dokumentointia yhteisellä tietokannalla, koska se helpottaisi ja mahdollistaisi dokumentoinnin sujumisen paremmin. Myös lääkäreiden etäkäyttömahdollisuus potilastietojärjestelmään voisi olla hyvä ratkaisu, sillä joissakin palvelukodeissa lääkärit pääsevät tällä hetkellä kirjaamaan potilaista vain palvelukodin päätteeltä. Osassa palvelukodeista jo käytetään yhteistä tietojärjestelmää, jonka vastaajat ovat kokeneet kirjaamista helpottavana tekijänä.

Palvelukotien oma vakituinen lääkäri on lisännyt potilasturvallisuutta, mutta lääkärin sijainnilla ei ole kuitenkaan ollut olennaisesti merkitystä dokumentoinnin onnistumiseen. Vakituiset lääkärit helpottavat sairaanhoitajien työntekoa ja tuovat siihen sujuvuutta, koska he tuntevat potilaat, jonka vuoksi tietoja ei tarvitse joka kerta sanoa alusta asti. Potilasturvallisuutta on lisännyt myös hoitajien halu toimia ja oppia toimimaan etälääkäripalvelussa.

Sairaanhoidajat kertoivat puhelinviestinnän sujuvan lääkäreiden kanssa pääsääntöisesti hyvin. Palvelukodista riippuen lääkärille pystyi soittaa, lähettää tekstiviestin tai jättää soittopyynnön lääkärin henkilökohtaiseen työnumeroon. Suurin osa hoitajista koki, että lääkäri on ollut hyvin tavoitettavissa kiireettömissä tilanteissa. Sairaanhoidajat toivat kuitenkin ilmi, että aina lääkäriin ei ole saanut yhteyttä saman päivän aikana, joka koettiin etenkin akuuteissa tilanteissa haasteelliseksi. Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden puhuma kieli on tuonut myös omat haasteensa potilasturvalliseen hoitoon. Hoitajat kertoivat, että lääkärit eivät ole aina ymmärtäneet, mistä hoitajat ovat puhuneet ja antaneet vääriä ohjeita johtuen huonosta suomen kielen taidosta. Väärinymmärrysten vuoksi potilasturvallisuus voi olla vakavasti uhattuna. Vastaajista suurimman osan mukaan puhelimen välityksellä käyty viestintä ei ollut hidastanut potilaan hoitoa tai aiheuttanut vaaraa potilasturvallisuudelle. Sairaanhoidajat kuitenkin kertovat, että lääkäreillä kestää yleensä yli 15 minuuttia ennen kuin he dokumentoivat hoitajien kanssa käydyt puhelinkeskustelut. Tästä johtuen voi tapahtua vaaratilanteita, koska hoitaja ei voi tarkistaa potilastiedoista lääkärin määräystä. Hänen tulee tällöin soittaa takaisin lääkärille, jolloin aikaa voi kulua ennen lääkärin tavoittamista.

Tutkimuksen avulla saimme vastauksen tutkimusongelmiimme, jonka mukaan etälääkäripalvelun dokumentointi on pääpiirteittäin potilasturvallista ja sujuvaa. Selvitimme dokumentoinnin erilaisia mahdollisuuksia kysymällä sairaanhoidajilta, kuinka he kehittäisivät dokumentointia sekä millaisia ongelmia dokumentoinnissa on ollut. Näiden kysymysten tavoitteena oli oppia huomaamaan dokumentoinnin erilaisia mahdollisuuksia, joita yhteistyökumppanimme voi tulevaisuudessa hyödyntää ja sen avulla kehittää toimintaansa.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli erittäin opettavaista meille molemmille, sillä olemme oppineet muun muassa pitkäjänteistä työskentelyä. Opinnäytetyötä oli haastavaa lähteä tekemään, sillä emme ole aiemmin tehneet näin kattavaa työtä. Aikataulumme myöhästyi hieman alkuperäisestä aikataulusta, sillä emme osanneet huomioida kaikkiin opinnäytetyön osa-alueisiin vievää aikaa tai, missä vaiheessa ne olisi ollut järkevintä toteuttaa. Meillä oli opinnäytetyön alkuvaiheessa vaikeuksia hahmottaa teoriapohjaa ja siihen kuuluvia asioita. Teoriapohjan esityksen aikana tulleiden palautteiden perusteella muokkasimme teoriaosuuden nykyiseen muotoon. Tämä vaihe oli meille hyvin opettavainen, koska sen avulla hahmotimme tutkimusprosessin kulun. Ulkomaalaisten aiheistojen suomentaminen opinnäytetyöhön oli meille haastavaa molempien tyydyttävän englannin ja ruotsin kielitaidon vuoksi.

Opinnäytetyötä tehdessä olemme oppineet olemaan pitkäjänteisempiä ja joustavampia sekä ongelmanratkaisukykyämme ja organisointitaitomme ovat kehittyneet. Olemme kasvaneet ammatillisesti opinnäytetyön tekemisen aikana edellä mainittujen asioiden ansiosta. Opinnäytetyötä tehdessä työparin tuki ja apu olivat tärkeitä opinnäytetyön etenemisen kannalta. Työparilta sai uusia ideoita ja ajatuksia siitä, kuinka opinnäytetyötä jatkettiin eteenpäin. Tekstin sisällöstä on tullut lukijajystävällisempää, kun toinen on tarkastanut toisen kirjoittamat asiat. Parityöskentelymme on ollut kokonaisuudessaan mielekäs kokemus. Olemme oppineet potilasasiakirjoihin dokumentoinnista ja toimintaamme vaikuttavista laeista teoriatietoon perehtyessä. Olemme tutustuneet rakenteelliseen kirjaamiseen, jonka pohjalta voimme tuottaa potilasasiakirjoihin selkeää tekstiä huomioiden potilaan voimavarat, hoidolliset ongelmat ja hoidon tavoitteet. Näiden myötä olemme saavuttaneet henkilökohtaiset tavoitteemme opinnäytetyön teoriapohjaa tehdessä ja tulevaisuudessa osaamme kirjata entistä paremmin potilastietoihin.

Kyselyn ajoitus on tärkeää suunnitella hyvin, sillä muutoin vastausprosentti voi jäädä liian alhaiseksi muun muassa vuodenaikojen ja sesonkien vuoksi (Vilkkä 2007, 28). Opinnäytetyön aikataulun viivästymisen vuoksi jouduimme lähettämään kyselyn sairaanhoitajille kesäkuussa, jolloin moni vastaajista oli kesälomalla. Pohdimme monia eri vaihtoehtoja, kuten kyselyn lähettämistä myöhemmin, aukioloajan pidentämistä tai jaksottamista eri lomakuukausille, mutta päädyimme kuitenkin lähettämään kyselyn kesäkuussa, sillä kyselyn myöhästyttäminen olisi vaikuttanut toisen opinnäytetyöntekijän valmistumiseen. Lisäksi olisimme voineet olla aikaisemmin yhteydessä

palvelukotien esimiehiin, jotta palvelukodeissa olisi tiedetty hyvissä ajoin tulevasta kyselystä. Webropolin-sovelluksen monikäyttöisyyden vuoksi olimme unohtaneet useita hyödyllisiä ominaisuuksia, jonka vuoksi emme esimerkiksi lähettäneet kyselyä sairaanhoitajille Webropol:n kautta, vaan kysely lähetettiin sähköpostitse heidän esimiestensä kautta. Kyselyn automaattisen muistutuksen lähettäminen olisi ollut myös helpompaa Webropol:n avulla. Täten olisimme saaneet tietoon täsmällisen määrän potentiaalisista vastaajista, säilyttämällä kuitenkin heidän anonymiutensa.

Kyselylomakkeen laatimisessa huomioitavia asioita ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja esitestaus (Vilkkä 2007, 79). Tarkoituksenamme oli selvittää, onko sairaanhoitajien valmistumisvuodella tai työkokemuksella ollut merkitystä etälääkäripalvelussa toimimiseen ja dokumentoinnin onnistumiseen. Kyselymme tarkempi suunnittelu olisi ollut tärkeää, jotta olisimme voineet tutkia ja analysoida kaikki tutkimuskysymykset tutkimusongelmiin pohjautuen. Muutama tutkimuskysymys täytyi jättää huomioimatta tulosten analysoinnissa, koska emme saaneet niistä tutkimusongelmien kannalta olennaista tietoa. Kysely on menetelmänä tehokas, sillä se säästää tutkijoiden aikaa sekä vaivannäköä. Hyvän kyselyn luominen kuitenkin vie aikaa ja vaatii tutkijoilta paljon erilaista tietoa ja taitoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 195.) Emme voineet selvittää kaikkia haluamaamme vähäisen vastaajamäärän vuoksi, jonka seurauksena tutkimuksemme antaa suuntaa sairaanhoitajien kokemuksista ja mielipiteistä etälääkäripalvelussa dokumentoinnista.

Halusimme tuottaa kyselyn ikääntyneiden palvelukotien sairaanhoitajille, koska työ ikääntyneiden parissa on meille mielekästä sekä meidän opinnot keskittyvät ikääntyneisiin. Olemme pohtineet, että rajasimme alussa liian tarkasti opinnäytetyötämme, koska kysely koskee pelkästään ikääntyneiden palvelukotien sairaanhoitajia. Yhteistyökumppaniltamme olisi löytynyt myös mielenterveyskuntoutujille- sekä kehitysvammaisille suunnattuja palvelukoteja. Luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, mikäli olisimme ottaneet myös näiden palvelukotien sairaanhoitajat mukaan tutkimuksemme, koska vastaajamäärä olisi tällöin ollut suurempi.

Jälkeenpäin olemme kokeneet, että kvalitatiivinen tutkimus olisi tuonut meille enemmän tietoa etälääkäripalvelun dokumentoinnista. Jatkokehitysideana olisikin toteuttaa samantyylinen tutkimus kvalitatiivisena. Toinen vaihtoehto olisi tehdä tutkimus kvantitatiivisena, mutta ottaa tutkimukseen mukaan lähihoitajat sekä lääkärit, jolloin vastaajia olisi enemmän ja tuloksia voitaisiin

tutkia useista eri näkökulmista. Kolmas vaihtoehto olisi osoittaa kysely myös mielenterveyskuntoutujien- ja kehitysvammaisten palvelukotien sairaanhoitajille.

Opinnäytetyömme ansiosta yhteistyökumppanimme sai tietoa dokumentoinnistaan ja voi meidän tekemämme koosteen avulla kiinnittää huomionsa dokumentoinnin epäkohtiin ja muuttaa käytäntöjään potilasturvallisemmaksi. Potilasturvallisuuden kehittyessä potilasvahingot sekä mahdollisten maksettavien korvausten määrät vähenevät.

LÄHTEET

Austin, S. 2011. Stay out of court with proper documentation. *Nursing* 41 (4), 24-29

College of Registered Nurses of Nova Scotia. 2012. Documentation Guidelines

College of Registered Nurses of Nova Scotia for Registered Nurses. Viitattu 13.10.2015.
<http://crnns.ca/wp-content/uploads/2015/02/DocumentationGuidelines.pdf>.

Ekuri, J. & Parikka, U-R. 2004. Terveysthuollon henkilöstön täydennyskoulutusta koskevat lainsäädäntömuutokset. *Kuntatyöntajat*. Viitattu 9.9.2015.
<http://www.kuntatyöntajat.fi/fi/ajankohtaista/yleiskirjeet/2004/Sivut/1104-Terveysthuollon-henkiloston-taydennyskoulutusta-koskevat-lainsaadantomuutokset.aspx#anchor-details>.

Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Viitattu 1.10.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9514281950/isbn9514281950.pdf>.

Ensio, A. & Saranto, K. 2004. *Hoitotyön elektroninen kirjaaminen*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo: Silverprint.

Finne-Soveri, H. 2014. *Vanhus potilaana*. Viitattu 2.9.2014.
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana.

FoxNews. 2015. Virtual doctors treat real patients at remote digital clinics. Viitattu 13.10.2015.
<http://www.foxnews.com/tech/2015/03/06/virtual-doctors-treat-real-patients-at-remote-digital-clinics.html>.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. *Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait, asetukset ja ohjeet*. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Keuruu: Tammi, 16-22.

Hallila, L. 1998. *Kirjaaminen tai dokumentointi*. Teoksessa L. Hallila (toim.) *Hoitotyön kirjallinen suunnitelma*. Tampere; Tammer-paino Oy, 17-19.

Hoffrén, P., Huovinen, H. & Mykkänen, M. 2011. Hoitotyön päivittäinen raportointi. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja 2011:75. Viitattu 10.10.2014.
https://www.pssh.fi/documents/11427/38955/julkaisu_nro75.pdf/cda4c865-6aa0-4c75-8055-6fd76bd41596.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen- suunta ja välineet kehittämistyöhön. Suomen kunta- liitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Heinonen, J. 2013. Lääkäriliiton arvot ja tehtävät. Lääkäriliitto. Viitattu 1.10.2014.
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/arvot/>.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Porvoo. Bookwell Oy.

Jyväskylän yliopisto. 2015. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 23.9.2015.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kähkönen, L. & Volk, R. 2008. Kuntien vanhuspalvelujen kilpailuttamiskokemuksia. Kunnallissalan kehittämissätiö. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystal-
ta 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.08.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629.

Lauri, S. & Lehti, T. 1996. Hoitotyön kirjaamisen kehittäminen ja arviointi. Sairaanhoidaja - Sjuksköterskan 69 (9), 28-30.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa T-M Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 16–28.

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus. Viitattu 29.4.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38573/potilask.pdf?sequence=1>.

Lämsä, R. 2012. Potilastietojen salassapito lääkärinkierrolla. Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Porvoo: Bookwell Oy, 122-134.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ostolääkäripalvelua tuottava yritys. 2014.

Pantsu, P. 2013. Kuntien ulkoistukset paisuneet 10 miljardin euron bisnekseksi. Yle. Viitattu 23.9.2015.

http://yle.fi/uutiset/kuntien_ulkoistukset_paisuneet_10_miljardin_euron_bisnekseksi/6853042.

Parmanne, P., Pärnänen, H. & Halilla, H. 2013. Terveyskeskusten lääkärivaje kuusi prosenttia. Lääkäriliitto. Viitattu 3.9.2015. <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/ajankohtaista/terveyskeskusten-laakarivaje-kuusi-prosenttia/>.

Patja, K., Litmanen, T., Helin-Salmivaara, A. & Pasternack, A. 2009. Lääkärin ammatillisen osaamisen laajentaminen. Viitattu 1.10.2014. http://www.promedico.fi/storage/julkaisut/laakarin_ammattillisen_osaamisen_laajentaminen.pdf.

Pikkarainen, A. 2014. Ikääntyneiden kuntoutuksen hyviä käytäntöjä. Viitattu 9.10.2014. http://www.thl.fi/attachments/rai/2014/RAI-seminaari_03042014_Pikkarainen.pdf.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Moniammatillinen toiminta. Viitattu 10.10.2014.
<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=17729&contentlan=1>.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2014. Hoidon laatu ja turvallisuus. Viitattu 1.12.2014.
https://www.ppsHP.fi/potilaan_oikeudet.

Potilasvakuutuskeskus. 2012. Mitä korvataan. Viitattu 8.12.2014.
<http://www.pvk.fi/fi/korvauksenhakijalle/Mita-korvataan/>.

Puttonen, J. 2013. Sairaanhoitajan eettiset velvollisuudet. Viitattu 16.9.2014.
http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=shk04401&p_haku=sairaanhoitajat.

Päivärinta, E & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma- Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Viitattu 29.8.2014.
<http://www.sosiaaliportti.fi/File/ba5749b9-ac94-42c0-b8c3-91928e8bde5b/hoito-+ja+palvelusuunnitelma.pdf>.

Ruskoaho, J. 2014. Terveyskeskusten lääkäritilanne 1.10.2014. Lääkäriliitto. Viitattu 17.9.2015.
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tk_l_k_ritilanne_2014_tiedotus-1.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Viitattu 10.10.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Potilasturvallisuus. Viitattu 8.12.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/potilasturvallisuus.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2014a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 11.9.2014.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty on/sairaanhoitajan_ty/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 2014b. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 11.9.2014.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitoty on/sairaanhoitajan_ty/.

Suutama, T & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa T-M Lyyra, A Pikkarainen & P Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 116–128.

Tanttu, K & Rusi, R. 2007. Kansallisesti yhtenäinen hoitotyön kirjaaminen ja sen hyödyt. H. Hopia & L. Koponen (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Jyväskylä: Gummerus, 113-122.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mitä on potilasturvallisuus? Viitattu 29.11.2014.
<http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Turunen, JP., Niemi-Murola, L., Vainiomäki, P. & Patja, K. 2014. Ovatko lääkäriä oikeutesi ikuiset. Viitattu 2.9.2014.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11570.

Työ- ja elinkeinoministeriö. Ammattinetti. 2014a. Lääkäri. Viitattu 16.9.2014.
http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/213_ammatti.

Työ- ja elinkeinoministeriö. Ammattinetti. 2014b. Sairaanhoitaja. Viitattu 29.9.2014.
http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/15/3/217_ammatti.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

Vernerinet. 2014. Ikääntymisen määrittely. Viitattu 1.10.2014.
<http://verneri.net/yleis/ikaantymisen-maarittely>.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Webropol Oy. 2015. Luo kyselyitä, analysoi tuloksia. Viitattu 21.2.2015. <http://www.webropol.fi/>.

World Health Organization. 2004. Patient safety. Viitattu 7.10.2015. <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>.

Dokumentointi etälääkäripalvelussa

*Taustatiedot***1. Ikä?**

Vastaus kokonaisina vuosina. _____

2. Sukupuoli? Mies Nainen**3. Milloin olet valmistunut sairaanhoitajaksi?**

Vastaus kokonaisina vuosina, esimerkiksi 2002. _____

4. Hoitotyön työkokemus?

Vastaus kokonaisina vuosina. Alle vuoden työkokemus merkitään 0. _____

5. Työkokemus nykyisessä työpaikassasi?

Vastaus kokonaisina vuosina. Alle vuoden työkokemus merkitään 0. _____

*Etälääkäripalvelu käytännön työssä ja dokumentointi***6. Miten lääkäripalvelut oli hoidettu ennen etälääkäripalvelua?**

7. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Onko työpaikallanne järjestetty koulutusta etälääkäripalveluun liittyen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko sinulla ollut halua oppia toimimaan etälääkäripalvelun mukaisesti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta etälääkäripalvelussa toimimisessa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Miten hallitset etälääkäripalvelun käytön?

- Hyvin
- Huonosti
- En osaa sanoa

9. Miten kauan työpaikallanne on ollut etälääkäripalvelua

Vastaus kokonaisina vuosina. Alle vuoden etälääkäripalvelun kesto merkitään 0.

Potilasturvallisuus ja puhelinviestintä

10. Kuinka usein lääkäri käy asiakkaiden luona paikan päällä?

- 1-2 viikon välein
- 3-4 viikon välein
- 1-2 kk välein
- 3kk välein

11. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Onko lääkäri ollut nopeasti tavoitettavissa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko lääkärin tavoitettavuus parantunut verrattuna aikaisempaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovatko lääkärikontaktit säännöllisemmin kuin aikaisemmin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko pysyvä lääkäri lisännyt potilasturvallisuutta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oletteko välittäneet lääkäreille kartoituksen potilaiden voinnista etälääkäripalvelun käynnistyessä?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Miten puhelinviestintä on toiminut lääkärin ja hoitohenkilöstön välillä?

13. Onko puhelinviestinnässä ollut ongelmia tai väärinymmärryksiä? *

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

14. Millaisia ongelmia tai väärinymmärryksiä puhelinviestinnässä on ollut?

15. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Onko viestintä puhelimen välityksellä hidastanut potilaan hoitoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko potilasturvallisuus ollut vaarassa puhelinviestinnän vuoksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko työpaikallanne säännöllisiä puhelinkontakteja tai puhelinkiertoja lääkärin kanssa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Konsultoitteko akuuteissa tilanteissa potilaan voinnista puhelimen välityksellä ostolääkäripalvelua? *

- Kyllä
 Ei
 En osaa sanoa

17. Millaisia asioita olette kertoneet akuuteissa tilanteissa lääkärille potilaan voinnin kartoittamiseksi ja oikean hoidon määrittämiseksi?

18. Onko teillä mahdollisuus soittaa etälääkäripalvelun omalle päivystävälle lääkärille ympäri vuorokauden? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

19. Millaisissa tilanteissa soitatte etälääkäripalvelun päivystävälle lääkärille?

20. Koetteko eroavaisuuksia soittaessa omalle etälääkärille verrattuna päivystyksen lääkärille? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

21. Millaisia eroavaisuuksia havaitset asioidessasi puhelimitse oman etälääkärin ja päivystävän lääkärin kanssa?

Potilasasiakirjojen dokumentointi

22. Oletko käynyt potilastietojärjestelmään kirjaamisen koulutuksessa?

- Kyllä
- En

23. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Muutatteko tarvittaessa toimintatapaanne potilasasiakirjojen kirjausten vuoksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuleeko työpaikassanne väärinymmärryksiä sairaanhoitajien kirjaamisen vuoksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuleeko työpaikassanne väärinymmärryksiä lääkärin tekemän kirjaamisen vuoksi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko lääkäreiden sijainnilla mielestänne merkitystä kirjattaessa potilasasiakirjoihin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko dokumentoinnissa tullut virheitä, jotka ovat vaikuttaneet potilaan hoitoon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko potilastietojen kirjaaminen hidastanut potilaan hoitoa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Osaavatko sairaanhoitajat hyödyntää mielestänne riittävästi potilasasiakirjoihin kirjattua tietoa potilaan hoidossa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko hoitohenkilöstölle annettu selkeät ohjeet raportoinnista potilasturvallisuuden ollessa uhattuna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raportoitteko haittatapahtuman sattuessa tai potilasturvallisuuden ollessa uhattuna esimerkiksi Haiproon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytetäänkö työpaikalla rakenteellista kirjaamista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko dokumentointiin varattu riittävästi aikaa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Miten etälääkäripalvelun käyttämisestä saatu dokumentoinnin hyöty/haitta mielestänne näkyy hoitotyössä?

26. Miten kehittäisitte dokumentointia?

27. Kuinka nopeasti lääkäri kirjaa puhelinkeskustelun?

- Heti
- 15 minuutin aikana
- Myöhemmin

28. Ovatko potilaiden kaikki tiedot potilastietojärjestelmässä? *

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

29. Mitkä tiedot eivät ole potilastietojärjestelmässä?

Dokumentoinnin tekninen toteuttaminen ja potilasturvallisuus

30. Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Onko työpaikallanne tietokoneita riittävästi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimivatko kirjaamiseen tarkoitetut tietokoneet tarpeeksi nopeasti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ovatko työpaikkanne tietokoneiden turvajärjestelmät kunnossa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päivitetäänkö työpaikkanne tietokoneet esimerkiksi sammuttamalla ne säännöllisin väliajoin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Onko työpaikkanne tietokoneet sijoitettu rauhalliseen tilaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Onko työpaikallanne kannettavat tietokoneet? *

- Kyllä
- Ei

32. Kirjaattekko kannettaviin tietokoneisiin potilashuoneissa kierron aikana?

Kyllä

Ei

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta, ja olemme tekemässä xxx-yritykselle opinnäytetyötä aiheesta dokumentointi etälääkäripalvelussa. Etsimme ikäihmisten hoivakoteja, joissa lääkäri käy paikan päällä vähintään kolmen kuukauden välein ja hoitajilla on mahdollisuus soittaa päivystävälle lääkärille 24/7. Olisimme hyvin kiitollisia, mikäli laittaisitte meille sähköpostia takaisin, jos sovitte mielestänne kriteereihimme ja haluaisitte osallistua opinnäytetyömme tutkimukseen.

Opinnäytetyömme aihetta, dokumentointi etälääkäripalvelussa, on tarkoitus tutkia kyselyn avulla, jonka kohdistamme sairaanhoitajille. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien kokemuksia koskien etälääkäripalvelun dokumentointia. Olemme kiinnostuneet teidän hoivakotinne sairaanhoitajien kokemuksista ja mielipiteistä. Ne olisivat meille opinnäytetyömme kannalta todella arvokkaita. Toivoisimme, että mahdollisimman moni sairaanhoitaja vastaisi kyselyymme ja auttaisi samalla meitä saattamaan opinnäytetyömme loppuun.

Tarkastelemme kyselyä vain ja ainoastaan vastausten kannalta, ja vastaajien henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa ilmi. Kyselyn vastaukset tulevat vain meidän käyttöömme ja tuhoamme ne henkilötietolain 7:n luvun 34 pykälän mukaisesti heti, kun olemme käsitelleet ne. Vastaukset käsitelyämme teemme koosteen vastauksistanne ja annamme ne sitten yhteistyökumppanillemme. Tässäkin haluamme korostaa, että sairaanhoitajien henkilöllisyys ei tule edes meille, opinnäytetyön tekijöille ilmi.

Lähetämme ensi viikolla internet-linkillä toimivan kyselyn teidän, yksiköiden esimiesten kautta. Toivomme, että voisitte lähettää ne yksiköidenne sairaanhoitajille sähköpostitse. Kyselyyn on aikaa vastata kahden viikon ajan, 15.6–28.6.2015. Kysely vie aikaa noin 15 minuuttia. Olisimme kiitollisia, jos informoisitte hoitokodin sairaanhoitajia tulevasta kyselystä!

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Karoliina Pajula, 02paka01@students.oamk.fi

Susanna Vares, 02vasu01@students.oamk.fi

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen sairaanhoitajaopiskelijat Karoliina Pajula ja Susanna Vares

Hei!

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Tällä hetkellä teemme opintoihin kuuluvaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyömme aiheena on dokumentointi etälääkäripalvelussa, jota tutkimme kyselyn avulla.

Kysely on tarkoitettu sairaanhoitajille ja kartoitamme siinä sairaanhoitajien kokemuksia koskien juuri edellä mainittua etälääkäripalvelun dokumentointia. Olemme selvittäneet esimieheltänne, että työpaikassanne käytetään xxx-etälääkäripalvelua. Olisimme kiinnostuneet juuri teidän kokemuksistanne ja mielipiteistänne. Ne ovat meille opinnäytetyömme kannalta todella arvokkaita. Toivoisimme, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyymme ja auttaisi samalla meitä saattamaan opinnäytetyömme loppuun.

Kyselyyn vastaaminen vie teiltä aikaa noin 15 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu oheisen internet-linkin kautta <https://www.webpolsurveys.com/S/5007890F2956DCD7.par> Kyselyyn on aikaa vastata kahden viikon ajan, 15.6-28.6.2015.

Tarkastelemme kyselyä vain ja ainoastaan vastausten kannalta, ja teidän henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa ilmi. Kyselyn vastaukset tulevat vain meidän käyttöömmekä ja tuhoamme ne henkilötietolain 7:n luvun 34 pykälän mukaisesti heti, kun olemme käsitelleet ne. Vastaukset käsiteltyämme teemme karkean yhteenvedon vastauksistanne ja annamme ne sitten yhteistyökumppanillemme. Tässäkin haluamme korostaa, että henkilöllisyytenne ei tule edes meille, opinnäytetyön tekijöille ilmi.

Toivomme, että mahdollisimman moni ottaisi itselleen hetken aikaa ja vastaisi kyselyymme!

Jos kyselyyn vastaamisessa ilmenee ongelmia, niin olethan yhteydessä

Karoliina Pajula, o2paka01@students.oamk.fi

Susanna Vares, o2vasu01@students.oamk.fi

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen sairaanhoitajaopiskelijat Karoliina Pajula ja Susanna Vares

Suuret kiitokset kaikille teille sairaanhoitajille, jotka olette jo käyneet vastaamassa meidän opinnäytetyöhön liittyvään kyselyyn aiheesta dokumentointi etälääkäripalvelussa! Tämä kutsu ei enää koske teitä. Teiltä olemme saaneet tärkeää tietoa koskien dokumentointia etälääkäripalvelussa. Teidän avullanne saamme tehtyä opinnäytetyötämme eteenpäin.

Te sairaanhoitajat, jotka ette ole vielä vastanneet kyselyyn, pyytäisimme teitä vastaamaan kyselyymme. Teiltä saisimme varmasti vielä uutta ja tärkeää tietoa dokumentoinnista, joka lisäisi tutkimuksemme luotettavuutta.

Kyselyllä saatuja tietoja käytämme hyväksi tehdessämme opinnäytetyötämme. Saatuaamme opinnäytetyömme valmiiksi annamme vastauksista koosteen terveystieteiden johtajalle. Kaikki vastaajat saavat vastata täysin anonymisti ja heidän antamia tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tulokset julkaistaan raporteissa ainoastaan tilastoina ja taulukkoina.

Vastaaminen vie aikaa noin 15 min. Vastausaikaa olemme jatkaneet 5.7.2015 asti. Kyselyyn pääset vastaamaan alla olevan linkin kautta:

<https://www.webpolsurveys.com/S/5007890F2956DCD7.par>

