

Kotihoidon asiakkaan tiedonkulku erikoissai- raanhoidon ja kotihoidon välillä

**Toimintamallin kehittäminen Apotin työkoritoiminnallisuutta hyö-
dyntäen**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (YAMK)

2021

Laura Nieminen

Anne-Maarit Pessi

Tiivistelmä

Tekijä(t) Nieminen, Laura Pessi, Anne-Maarit	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK Sivumäärä 72	Valmistumisaika 2021
Työn nimi Kotihoidon asiakkaan tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä Toimintamallin kehittäminen Apotin työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen		
Tutkinto sairaanhoitaja (YAMK), sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio HUS ja Vantaan kaupunki		
Tiivistelmä <p>Väestön voimakas ikääntyminen haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita tarkastelemaan hoitoketjujen toimintaa tiedonkulun näkökulmasta. Kotihoidon asiakkaan hoitoon liittyvät tiedot eivät aina kulje organisaatioiden välillä. Toimimaton tiedonkulku on uhka kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuudelle ja potilasturvallisuudelle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli parantaa kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä sekä lisätä yhteistyötä ja ymmärrystä toimijoiden välille. Tavoitteena oli luoda tiedonkulun toimintamalli, joka hyödyntää Apotti-järjestelmän työkoritoiminnallisuuden sähköistä viestintää.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä käytettiin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Aineisto muodostui kolmessa työpajassa, joihin oli kutsuttu osallistujia erikoissairaanhoidon vuodeosastolta sekä kotihoidosta. Aineisto analysoitiin teemoittelemalla se kolmeen pääteemaan: tiedonkulun ongelmat, tärkeä tieto ja työkoriviestintä sekä niiden alateemoihin. Tiedonkulun ongelmista korostuivat huono tavoitettavuus sekä puuttuva, virheellinen tai liian myöhään saatu tieto. Aineiston sekä aiemman tutkimustiedon pohjalta luotiin sähköiseen viestintään perustuva tiedonkulun toimintamalli. Malli sisältää ISBARia mukailevan ja viestintää rakenteellisesti ohjaavan rungon, jonka sisältö on laadittu aineiston pohjalta.</p> <p>Toimintamallilla on edellytykset vastata tiedonkulun ongelmiin sekä parantaa kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Käyttöönotto edellyttää organisaatioissa valmistelua ja yhteisiä päätöksiä yli organisaatorajojen. Työntekijät tarvitsevat perehdytystä viestintään, ISBAR-raportointimenetelmän ja sähköisen työkorin käyttöön sekä toimintamallin työnkulkuihin, jotta käyttöönotto onnistuu turvallisesti.</p>		
Asiasanat tiedonkulku, hoidon jatkuvuus, potilasturvallisuus, sähköinen viestintä		

Abstract

Author(s)	Type of Publication	Published
Nieminen, Laura	Master's thesis	2021
Pessi, Anne-Maarit	Number of Pages	
	72	
Title of Publication		
Flow of information about home care clients between specialized medical care and home care		
Developing the operating model using Apotti in basket functionality		
Name of Degree		
Master of Health Care		
Name, title and organization of the client		
HUS and City of Vantaa		
Abstract		
<p>The strong aging of the population challenges social and health care operators to look at the functioning of care chains from the perspective of the flow of information. Information related to the care of a home care client does not always flow between organizations. A dysfunctional flow of information is a threat to the continuity of care and patient safety of the home care client. The purpose of this thesis was to improve the flow of information between specialized medical care and home care and to increase cooperation and understanding between actors. The aim was to create an operating model for the flow of information that utilizes the electronic communication of the Apotti systems in basket functionality.</p> <p>This thesis used an action research approach. The data consisted of three workshops in which participants from the inpatient ward of specialized medical care and home care had been invited. The data was analyzed by thematizing it into three main themes: problems with the flow of information, important information and in basket communication, and their sub-themes. The most significant problems with the flow of information were poor availability and missing, incorrect or late information. An operating model for the flow of information based on electronic communication was created based on the data and previous research data. The model includes an ISBAR-compliant framework that structurally guides communication, the content of which is based on the data.</p> <p>The operating model has the prerequisites to respond to the problems of information flow and to improve the information flow of the home care client, the continuity of care and patient safety. Deployment requires preparation and joint decisions between the organizations. Employees need training in communication, the use of the ISBAR reporting method and the electronic in basket functionality, and the workflow of the operating model in order to ensure a successful implementation.</p>		
Keywords		
Flow of information, continuity of care, patient safety, electrical communication		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Opinnäytetyön taustaa	2
2.1	Opinnäytetyön lähtökohdat.....	2
2.2	Organisaatioiden esittely	3
2.3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	4
3	Tiedonkulku ja potilasturvallisuus	5
3.1	Tieto, potilastieto ja potilasasiakirjat.....	5
3.2	Tiedonkulku ja viestintä	6
3.3	Terveydenhuollon tietojärjestelmät.....	8
3.4	Rakenteinen kirjaaminen ja ISBAR-raportointimenetelmä.....	9
3.5	Potilasturvallisuus	11
4	Kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus	15
4.1	lääkäs kotihoidon asiakas.....	15
4.2	Hoidon jatkuvuus ja asiakaslähtöisyys	16
4.3	Lääkehoidon jatkuvuus	18
4.4	Yhteistyön merkitys hoidon jatkuvuuden näkökulmasta	19
5	Opinnäytetyön toteutus	21
5.1	Opinnäytetyön eteneminen ja tutkimusluvut	21
5.2	Tutkimus- ja kehittämismenetelmälliset valinnat.....	23
5.3	Työpajojen toteutus.....	25
5.4	Aineiston keruu ja analysointi	27
6	Työpajojen tulokset teemoittain	31
6.1	Tiedonkulun nykytila ja tulosten pääteemat	31
6.2	Tiedonkulun ongelmat	31
6.3	Tärkeä tieto	35
6.4	Työkoriviestintä	38
6.5	Toimintamallin tavoitteet ja onnistumisen edellytykset	43
7	Kotihoidon asiakkaan tiedonkulun toimintamalli.....	44
7.1	Toimintamalli	44
7.2	Toimintamallin käyttöönottoa edeltävät toimenpiteet.....	44
7.3	Työnkulku.....	46
7.4	Taskukortti.....	49
8	Yhteenveto, johtopäätökset ja pohdinta	52
8.1	Tulosten pohdintaa	52

8.2	Opinnäytetyön arviointi	54
8.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	57
8.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuhteet.....	59
	Lähteet.....	61

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Tutkimuslupa HUS

Liite 3. Tutkimuslupa Vantaan kaupunki

1 Johdanto

Väestön vanheneminen on yhteiskunnallisesti merkittävä asia. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 15 % ja vuonna 2020 noin 23 %. Ennusteen mukaan vuonna 2030 yli 65-vuotiaiden määrä on jo 26 % väestöstä. (Tilastokeskus 2018.) Vantaan väestön on ennustettu ikääntyvän hieman koko maan arviota maltillisemmin. Vuonna 2020 yli 65-vuotiaiden osuus kuntalaisista oli noin 15 % ja ennusteen mukaan vuonna 2030 luku olisi 16 % (Mänty & Riihelä 2020, 21). Väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveystalouden käyttöä, koska ikääntyessä palveluiden tarpeet kasvavat selvästi (Rehunen ym. 2016, 22). Tulevassa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksessa tavoitellaan hoidon jatkuvuutta ja saumattomia palveluketjuja. Tavoitteena on integroida kokonaisuudeksi sosiaalipalvelut, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut sekä parantaa paljon palveluita ja hoitoa tarvitsevien henkilöiden kuten monisairaiden ja iäkkäiden saamaa hoitoa. (Valtioneuvosto 2019, 155.)

Iäkkäät muodostavat kompleksisen potilasryhmän, joka tarvitsee hyvin toimivan järjestelmän erityisesti hoitovastuun vaihtuessa (Mesteig ym. 2010, 8). Tieto ei aina kulje tehokkaasti ammattilaisten ja potilaan tai hänen läheistensä välillä. Yhteistyössä ja tiedonkulussa on ongelmia myös terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Viestintää ja yhteistyötä kehittämällä voidaan parantaa iäkkäiden hoitoa. (Hansson ym. 2018, 686.) WHO (2007) ohjaa terveydenhuollon organisaatioita luomaan vakioidut toimintatavat raportointiin ja tiedonkulkuun hoitovastuun siirtyessä joko vuorolta toiselle tai yksiköltä toiselle. Erityisesti sairaalan kotiutustilanteita pitäisi kehittää niin, että potilaan oleelliset tiedot siirtyvät sairaalasta jatkohoitoon. Sähköisten järjestelmien ja menetelmien kehittäminen tiedonkulun tueksi on suositeltavaa ja tuo hoitovastuun siirtotilanteisiin tehokkuutta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välistä tiedonkulkua sekä lisätä toimijoiden välistä ymmärrystä ja yhteistyötä. Tavoitteena on luoda tiedonkulun toimintamalli erikoissairaanhoidon ja kotihoidon ammattilaisten käyttöön. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Peijaksen sairaalan vuodeosaston S3 ja Vantaan kotihoidon kanssa. Työssä keskitytään vuodeosastolla olevien jo ennestään kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden hoitoon liittyvään viestintään ja tiedonkulkuun. Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksena, jossa hyödynnetään molempien organisaatioiden henkilökuntaa osallistavia työpajoja. Sairaalassa hoitoa saavasta henkilöstä käytetään käsitettä potilas, kun taas kotihoidossa käytetään käsitettä asiakas. Tässä työssä käytetään molempia käsitteitä kontekstista riippuen.

2 Opinnäytetyön taustaa

2.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Potilaaseen liittyvä tiedonkulku eri organisaatioiden välillä perustuu tietoihin, joita potilastietojärjestelmiin on kirjattu. Potilastietojärjestelmillä on siis kaksi perustehtävää. Ne toimivat niin potilastietojen tietovarastoina kuin ammattilaisten ja organisaatioiden välisen tiedonkulun välittäjinä. Parhaimmillaan järjestelmät toimivat hyvin sekä tiedon keräämisen ja hakeamisen että organisaatioiden välisen helpon ja joustavan tiedonkulun näkökulmasta. Tällaisen potilastietojärjestelmän kehittäminen on kuitenkin haasteellista. (Virjo ym. 2013, 2208.) Kyytsösen ym. (2020, 256) tutkimuksessa selvitettiin tietojärjestelmien kykyä tukea sairaanhoitajia työssään erilaisissa toimintaympäristöissä. Tietojärjestelmästä riippumatta sairaanhoitajista vain noin viidennes arvioi tietojärjestelmän tukevan organisaatioiden välistä tiedonkulkua (Kyytsönen ym. 2020, 256). Peijaksen sairaala otti Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöön vuonna 2018 ja Vantaan kaupunki vuonna 2019. Yhteinen tietojärjestelmä ei kuitenkaan ole poistanut kaikkia tiedonkulkuun liittyviä haasteita päivittäisessä työssä. Opinnäytetyöntekijät työskentelevät kyseisissä organisaatioissa. Molemmilla on kokemusta erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välisestä yhteistyöstä ja tiedonkulusta sekä yhteinen näkemys niiden kehittämisen tärkeydestä.

Opinnäytetyön tausta ja lähtökohdat ovat nousseet käytännön työelämästä. Väestön ikääntyessä yhä useampi kuuluu kotihoidon palveluiden piiriin. Kotihoidon asiakkaan joutuessa sairaalaan tarvitaan organisaatioiden välistä yhteistyötä. Iäkkään asiakkaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen on sairaalan ja kotihoidon välistä molempiin suuntiin tapahtuvaa viestintää, jotta hoito sujuu tarkoituksenmukaisesti (Hytönen 2021, 31). Huolellinen hoitovastuun siirtäminen parantaa siis hoidon jatkuvuutta ja vähentää virheitä (Burgess ym. 2020, 6). Vuodeosaston ja kotihoidon välinen tiedonkulku on osa päivittäistä hoitotyötä. Hoitoon liittyvä tieto ei kuitenkaan aina kulje organisaatioiden välillä, eikä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö ole aina toimivaa (Kuusisto ym. 2014, 311). Puutteelliset tiedot ja tavoitettavuusongelmat heikentävät hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta. Heikko tiedonkulku sekä yhteisesti sovittujen käytäntöjen puuttuminen voivat osaltaan hidastaa kotiutumista, mikä on sekä inhimillisesti että taloudellisesti ei-toivottavaa. Yhteisellä tiedonkulun toimintamallilla voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja turvata hoidon jatkuvuutta.

Vantaan kotihoidon asiakkaita hoidetaan lääkärin arviointiin perustuen joko Vantaan kaupungin omilla vuodeosastoilla Vantaan sairaalassa tai HUSin erikoissairaanhoidon vuode-

osastoilla. Tavallisesti kotihoidon asiakas palaa sairaalasta kotiutumisen myötä oman alueensa kotihoidon piiriin. Uudet kotihoidon asiakkaat, joiden palveluiden tarvetta ei pystytä sosiaalihuoltolain edellyttämällä tavalla sairaalassa arvioimaan, kotiutuvat Vantaan kaupungin Akuutti arviointi ja kotikuntoutus -yksikköön (Vantaan kaupunki 2020a, 2–3). Tämä työ keskittyy Peijaksen sairaalan vuodeosasto S3:lla olevien Vantaan kotihoidon asiakkaiden hoitoon liittyvään viestintään ja tiedonkulkuun.

2.2 Organisaatioiden esittely

Vantaan kaupungin kotihoito muodostuu kotipalvelun sekä kotisairaanhoidon kokonaisuudesta. Kotihoito kuuluu Vantaan vanhus- ja vammaispalvelujen tulosalueeseen ja kotona asumisen tuen tulosyksikköön (Lahnalampi-Lahtinen ym., 8). Kotihoidossa on kahdeksan alueellista toimintayksikköä, akuutti arviointi- ja kotikuntoutusyksikkö sekä resurssikeskuksen alaiset kotihoidon resurssipooli ja yökotihoito. Kotihoidon palvelua tuotetaan omana toimintana, ostopalveluna sekä palvelusetelillä (Vantaan kaupunki 2020a, 2–3). Pääosin palvelu tuotetaan kuitenkin omana toimintana (Lahnalampi-Lahtinen ym., 8).

Vantaa kotihoidon tarkoituksena on tukea omassa kodissa asumista. Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Palvelun myöntäminen perustuu asiakkaan palveluntarpeen yksilölliseen arviointiin, jossa huomio kiinnittyy toimintakykyyn ja kokonaistilanteeseen. Palveluiden tarvetta arvioidaan vähintään kaksi kertaa vuodessa sekä aina asiakkaan tilanteen muuttuessa. (Vantaan kaupunki 2020a, 2–3.) Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa on säännöllisesti sekä aina toimintakyvyn muuttuessa käytettävä RAI-arviointivälineistöä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 15 a §).

Erikoissairaanhoidon järjestäminen kuuluu sairaanhoitopiireille (Sosiaali- ja terveysministeriö). Erikoissairaanhoidon on osa julkista terveydenhuoltoa, mutta perusterveydenhuollosta poiketen erikoissairaanhoidon potilaat voivat hakeutua ainoastaan lääkärin tekemällä läheteellä. Hoidon arvion ja lähetteen voivat tehdä lääkärit perusterveydenhuollossa tai yksityisessä terveydenhuollossa. Kotikunnan on huolehdittava siitä, että kuntalaiset saavat tarvitsemaansa erikoissairaanhoidon. (Hermanson 2012.)

HUS eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on Suomen suurin sairaanhoitopiiri. HUSin vastuulla on maan vaativin erikoissairaanhoidon, sillä se vastaa valtakunnallisesti useiden vaikeiden ja harvinaisten sairauksien hoidosta ja tutkimuksesta. HUS muodostuu viidestä eri sairaanhoitoalueesta: HYKS, Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa ja Porvoo. Etelä-Karjalan, Kymenlaakson ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit kuuluvat HUSin erityisvastuualueisiin,

joille yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden perusteella HUS järjestää osan erikoissairaanhoidon palveluista. (HUS 2021a.)

Vantaalla sijaitseva Peijaksen sairaala on osa HUS Helsingin yliopistollista sairaalaa. Peijaksen sairaalassa on ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon ja terveyskeskuksen päivystyspotilaita hoitava yhteispäivystys, useita erikoisalojen poliklinikoita sekä psykiatrian, kirurgian ja sisätautien vuodeosastoja. (Peijaksen sairaala 2021.) Vuodeosasto S3 on sisätautien ja kuntoutuksen tulosyksikköön kuuluva sisätautien vuodeosasto, joka vastaa muun muassa sydämen vajaatoimintaa, sydämen rytmihäiriöitä ja sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden hoidosta. Osa potilaista on monisairaita, joiden kunto on esimerkiksi akuutin infektion takia heikentynyt. Osastolla hoidettavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastolla on neljä vuorokautta. Sepelvaltimoiden varjoainekuvaukseen tai sydämen tahdistimen asennukseen tulevia potilaita vuodeosasto S3 hoitaa ajanvarauksella. (Sisätautien osastot S2 ja S3 2021.) Pääosa potilaista tulee osastolle sairaalan päivystyksestä.

2.3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Tarkoituksena on myös lisätä yhteistyötä sekä ymmärrystä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda tiedonkulun toimintamalli erikoissairaanhoidon ja kotihoidon ammattilaisten käyttöön. Tässä toimintamallissa hyödynnetään asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotin työkoritoiminnallisuutta.

Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä on tärkeää koko potilaan sairaalahoidon ajan. Tästä syystä toimintamallin ei ole tarkoitus olla pelkästään kotiutuksen prosessikuvaus tai ohje. Opinnäytetyö keskittyy molempiin suuntiin tapahtuvaan viestintään ja tiedonkulkuun läpi koko kotihoidon asiakkaan vuodeosastohoitojakson.

3 Tiedonkulku ja potilasturvallisuus

3.1 Tieto, potilastieto ja potilasasiakirjat

Tiedon olemusta ja tietoa käsitteenä voidaan määritellä filosofisista lähtökohdista käsin. Platonin määritelmän mukaan tieto on hyvin perusteltu tosi uskomus. Perusteluista huolimatta eri aikakausien varmimmaltakin tuntunut tieto voi osoittautua myöhemmin epätoiseksi. Tieto on myös arjen taitoa ja osaamista. (Haaparanta & Niiniluoto 2016, 31–33.) Potilastiedot ovat arkaluonteisia ja salassa pidettäviä henkilötietoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15), joiden käsittely perustuu kansalliseen lainsäädäntöön, EU:n yleiseen tietosuojasetukseen ja sitä täydentävään tietosuojalakiin (Jokinen & Virkkunen 2021, 18). Potilastieto muodostuu hoitoon ja tutkimukseen liittyvistä dokumenteista, joita kutsutaan potilasasiakirjoiksi sekä potilashallinnon asiakirjoista, joita ovat esimerkiksi potilaslaskutukseen liittyvät tiedot (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 15).

Asiakasta tai potilasta hoitavasta organisaatiosta riippumatta sairaanhoitajan, lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemät asiakkaan tai potilaan hoitoon liittyvät merkinnät ovat potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjoja ovat niin tekniset tallenteet kuin hoitopaikassa laaditut tai muualta saadut asiakkaan tai potilaan terveydentilaa tai henkilökohtaisia tietoja sisältävät asiakirjat, joita käytetään järjestettäessä tai toteutettaessa asiakkaan tai potilaan hoitoa. Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen tulee olla ymmärrettäviä ja selkeitä sekä niiden tulee olla sisällöltään ja laajuudeltaan riittäviä, jotta niiden avulla voidaan turvata asiakkaan tai potilaan hoidon laadukas suunnittelu, järjestäminen, toteutus ja seuranta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 1–3, 7 §.) Asiakkaan tai potilaan hyvän hoidon tukeminen on potilasasiakirjojen ensisijainen tehtävä (Valvira 2018).

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta määrittää viranomaisten salassa pidettävät asiakirjat. Henkilön terveydentilasta tai hänen saamastaan kuntoutuksen ja terveydenhuollon palvelusta tietoja sisältävät asiakirjat ovat salassa pidettäviä. (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621, 24 §.) Julkisuuslain mukaan nämä tiedot ovat salassa pidettäviä eli niitä ei saa ilmaista sivullisille, vaikka ne olisi kirjattu muualle kuin potilasasiakirjoihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 23). Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ei saa antaa sivulliselle ilman asiakkaan tai potilaan kirjallista suostumusta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 13 §). Tarvittaessa potilaan suostumus tietojen luovuttamisesta on käytävä ilmi potilasasiakirjoista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 10 §.) Kunnallisen terveydenhuollon palveluntarjoajat voivat sai-

raanhoitopiiriin alueella muodostaa potilastietorekisterien kokonaisuuden eli yhteisrekisterin. Potilasta on informoitava yhteisrekisteristä ja siitä, että hänellä on oikeus kieltää yhteisrekisterin sisällä tapahtuva tietojen luovutus. Kun potilasta on informoitu yhteisrekisteristä, voidaan hänestä yhteisrekisterissä olevia potilastietoja luovuttaa ilman erillistä suostumusta häntä hoitavaan ja tietoja tarvitsevaan terveydenhuollon yksikköön. (Kanta 2021.)

Potilasasiakirjoissa oleviin tietoihin tulee terveydenhuollon yksiköissä työskenteleville määritellä yksityiskohtaiset käyttöoikeudet. Sähköisissä potilastietojärjestelmissä käyttäjät on yksilöitävä niin, että heidät voidaan yksiselitteisesti tunnistaa. Potilasasiakirjoja saavat käsitellä vain potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt, eikä potilasasiakirjoja saa käsitellä kuin vastuun ja työtehtävien edellyttämässä laajuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298, 4 §.) Hoitotyön kirjaaminen ja potilasasiakirjoihin tehtävät merkinnät ovat monella tapaa tärkeitä. Niillä turvataan niin asiakkaan tai potilaan hoidon jatkuvuutta kuin kirjaajan oikeusturvaa (Nykänen ym. 2010, 57). Etenkin tilanteissa, joissa asiakkaan tai potilaan saamaa hoitoa joudutaan selvittämään jälkikäteen tai annetusta hoidosta kannellaan, ovat potilasasiakirjoihin tehdyt merkinnät erittäin tärkeitä niin asiakkaan tai potilaan kuin häntä hoitaneiden ammattihenkilöiden oikeusturvan kannalta (Valvira 2018).

3.2 Tiedonkulku ja viestintä

Tiedonkululla tarkoitetaan tärkeän ja oleellisen tiedon kuulemista ja saamista. Työelämässä tiedonkulun avulla ajantasainen ja työssä selviytymistä tukeva tieto välittyy työntekijälle. Tiedonkulkua voidaan korvata myös käsitteellä ajantasatiedon vaihdanta, joka kuvastaa paremmin tiedonkulun olemusta, jossa siis jokainen työyhteisön jäsen toimii tiedon vastuullisena vastaanottajana ja välittäjänä. Vastuullisuus tarkoittaa sitä, että jokaisen velvollisuus on kysyä ja selvittää epäselvät asiat. Tiedonkulkuun liittyy läheisesti viestinnän käsite. Viestinnällä voidaan tarkoittaa prosessinomaista tiedon siirtämistä paikasta toiseen tai työntekijältä toiselle. Toinen näkemys korostaa passiivisen tiedon vastaanottamisen sijaan yhteisöllisyyttä ja osallisuutta, jolloin viestintä on osa työyhteisöä sekä yhteistyötä, mahdollistaen työn tekemisen ja kehittymisen työssä. (Juholin 2007, 35–36, 42.) Hagerlund & Kaukopuro-Klemetti (2013, 6) toteavat viestinnän olevan työyhteisön elinehto.

Viestintä voidaan luokitella laadullisesti hyväksi tai huonoksi (Juholin 2007, 43). Hagerlund & Kaukopuro-Klemetti (2013, 6) kuvaavat hyvää viestintää moniin suuntiin tapahtuvana, oikea-aikaisena, kattavana ja avoimena toimintana, jolla asioita tiedotetaan, selkiytetään tai taustoitetaan. Juholin (2007, 43–49) on luokitellut hyvän viestinnän ominaisuuksia. Hyvä viestintä sisältää oletuksen hyvästä laadusta, jolloin viesti on vastaanottajalle tärkeä ja mielekäs sekä on esitetty vastaanottajalähtöisesti ja ymmärrettävästi. Hyvässä viestinnässä

myös roolit ja vastuut ovat selkeästi määritellyt, jolloin jokainen tietää oman vastuunsa viestinnässä. Hyvällä viestinnällä varmistetaan, että kaikilla on tasapuolinen mahdollisuus saada tietoa tai löytää tiedon äärelle. Toimiva viestintä ei ole vain yksipuolisesti annettua tietoa, vaan se tarjoaa mahdollisuuden keskustelulle, ehdotuksille, kysymyksille sekä palautteelle. Hyvällä viestinnällä voidaan edistää työyhteisön jäsenten välistä luottamusta ja arvostuksen kokemusta. (Juholin 2007, 43–49.)

Tiedonkulku on tärkeä osa nykyaikaista terveydenhuoltoa (Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Potilas- ja asiakastietoa koskeva tiedonkulku perustuu potilastietojärjestelmään sekä järjestelmään tehtyihin merkintöihin. Kirjaamisen lisäksi tietoa välitetään suullisesti viestimällä. Terveydenhuollossa suullinen viestintä perustuu pääsääntöisesti potilastietojärjestelmän kirjattuihin tietoihin, joten väärin tai puutteellisesti kirjattu tieto siirtyy myös suullisessa viestinnässä eteenpäin. (Saranto ym. 2018, 48–49.) Hyvä tiedonkulku on keskeistä hoidon jatkuvuuden (Haggerty ym. 2003, 1220) sekä potilasturvallisuuden näkökulmista (Kuusisto ym. 2014, 311). Tiedonkulku on tärkeää niin potilaan ja ammattilaisen välillä kuin organisaatioiden sisällä ja niiden välillä. Hoitovastuun siirtyminen on kriittinen kohta, jossa tiedonkulun merkitys erityisesti korostuu (Burgess ym. 2020, 1; Kuusisto ym. 2014, 311).

Tiedonkulun näkökulmasta hoitovastuun siirtymiseen liittyy ongelmia. Näissä tilanteissa yleisimpinä ongelmina ovat niin puutteelliset tiedot kuin tarpeettoman tiedon raportointikin (Burgess ym. 2020, 1, 7). Haasteita aiheuttavat myös epäselvät ja myöhässä tulevat tiedot (Kuusisto ym. 2014, 311) sekä väärä tieto (Saranto ym. 2018, 49). Kommunikaation ja tiedonkulun parantamiseksi terveydenhuollossa on kehitetty erilaisia työkaluja ja tarkistuslistoja (Burgess ym. 2020, 7). Toisaalta on tärkeää ymmärtää, että tiedonkulkuun vaikuttaa myös vastaanottajan tulkinta tiedosta. Tulkintaan vaikuttavat niin kommunikoivien äidinkieli kuin kielitaitokin. WHO (2007) toteaa kulttuurillisten ja kielellisten eroavaisuuksien voivan olla esteenä hyvälle tiedonkululle. Myös ammattilaisten osaaminen ja sen vaihtelu voivat aiheuttaa vaikeuksia tiedon tulkintaan (Saranto ym. 2018, 44), mikä voi heikentää hoidon jatkuvuutta. Toimivakaan tiedonkulku rajapinnassa ei yksin riitä varmistamaan hoidon jatkuvuutta. Hoitoalan ammattilaisten sekä sairaalassa että kotihoidossa tulee myös käytännössä toteuttaa hoitoa johdonmukaisesti olemassa olevan hoitosuunnitelman mukaisesti (Allen ym. 2018, 523).

Tiedonkulun merkitys korostuu terveydenhuollon moniammatillisuuden ja monimutkaisten järjestelmien myötä (Tamminen & Metsävainio 2015, 338). Keskeisenä työvälineenä olevien tietojärjestelmien tulisi edesauttaa tiedonkulun sujuvuutta, mutta käytännössä ne eivät kuitenkaan aina tue kokonaisvaltaista hahmottamista, asiakkuuksien hallintaa ja moniam-

matillista yhteistyötä (Ylönen ym. 2020, 31, 39). Erityisesti tietojärjestelmien tulisi tukea nykyistä vahvemmin kroonisesti sairaiden hoitoa (Leväluoto & Kivisaari 2012, 18). Potilastietojärjestelmien käytettävyys on tunnistettu valtakunnallisesti keskeiseksi kehittämiskohteeksi ja sitä onkin 2000-luvulta lähtien seurattu systemaattisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisryhmille suunnatuilla kyselyillä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2014, 13–15). Tietojärjestelmien ja niiden hyvän käytettävyyden lisäksi tarvitaan yhteisesti sovittuja tiedonkulun toimintatapoja. Näiden toimintatapojen tulisi olla sellaisia, että jokainen henkilökuntaan kuuluva löytää niiden avulla tarvitsemansa tiedon (Virjo ym. 2013, 2212).

Hoitohenkilöstön välistä yhteistyötä ja sen vaikutusta tiedonkulkuun ja hoidon jatkuvuuteen on tutkittu. Holopaisen ym. (2016, 8–9, 12) tutkimuksessa selvitettiin sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden tunnistamia haasteita sote-uudistuksessa. Tutkimuksen mukaan organisaatioiden väliset rajat sekä erillään toimimisen kulttuuri heikentävät tiedonkulkua. Hoitotyöntekijät tunnistivat erilaisia ongelmia liittyen tiedonkulkuun. Tunnistettuja haasteita olivat esimerkiksi tietojärjestelmien erilaisuus, kirjaamiskäytänteiden vaihtelu, potilastietojen ajantasaisuus ja puutteellisuus sekä siirtotilanteisiin liittyvä suullinen raportointi. Potilassiirtojen ohella vuorojen vaihtumiset on tunnistettu riskikohdaksi, jossa tarvitaan yhteisiä toimintamalleja potilasturvallisuuden takaamiseksi (Turunen ym. 2015, 159). Yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ja siirtotilanteisiin liittyvät ohjeistukset parantavat tiedon siirtymistä ja potilasturvallisuutta. Hoitavan tahon, potilaan tai asiakkaan sekä myös omaisen välistä tiedonkulkua voidaan parantaa organisaatorajojen yli tapahtuvalla yhteistyöllä. (Holopainen ym. 2016, 9, 12.)

3.3 Terveystuollon tietojärjestelmät

Sote-uudistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollossa tullaan entistä enemmän tarvitsemaan yhteisiä tietojärjestelmiä (Kaipio ym. 2015, 105). Jotta tietojärjestelmiä voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla, vaatii se yhtenäisiä käytänteitä ja osaavaa henkilöstöä (Salovaara 2021, 133). Organisaatioiden tulisi suunnitella ja sopia, miten tiedonkulku niin toimintayksikön sisällä kuin eri yksiköidenkin välillä varmistetaan, sillä tiedonkulun varmistaminen on osa laadunvarmistusta ja potilasturvallisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta 6.4.2011/341, 8 §). Potilasturvallisuutta voivat vaarantaa myös tietojärjestelmissä ilmenevät käytettävyysongelmat valitun potilaan tunnistamisessa sekä usealle eri näkymälle pirstoutuvassa tiedossa. Tietojärjestelmien kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota sekä potilasturvallisuuden, käytettävyyden ja käyttövirheiden välisiin suhteisiin että niiden muodostamaan kokonaisuuteen. (Hautamäki ym. 2017, 6.)

Yhteiset käytänteet ja osaamisvaatimukset lisäävät järjestelmiä käyttävän henkilöstön koulutuksen merkitystä (Salovaara 2021, 133). Koulutussuunnittelussa tulee huomioida järjestelmien ja käyttötapojen kehittyminen sekä niiden vaatima täydennyskoulutus (Hyppönen ym. 2018, 30–31, 57). Toimintaympäristön muuttuessa myös salassapitoon ja tiedon hallintaan liittyvät näkökulmat tulee huomioida koulutustarjonnassa (Reponen ym. 2018, 148). Vaikka koulutus ja kehittämistyö vaativat aikaa, parantavat ne niin käyttötaitoja kuin käytettävyyttä ja siten säästävät ennen pitkää aikaa asiakas- ja potilastyöhön. (Hyppönen ym. 2018, 30.)

Oy Apotti Ab on rakentanut maailman ensimmäisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän, joka yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon. Apotin tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveyspalveluita, parantaa potilasturvallisuutta sekä hillitä kustannuksia toimintatapojen yhtenäistyessä. Järjestelmän toimittaja on Epic Systems. Apotin mukaan yhteinen järjestelmä tiivistää yhteistyötä eri toimijoiden välillä sekä säästää aikaa, koska eri toimijoiden tiedot löytyvät samasta järjestelmästä. (Apotti 2020a.) Tietojärjestelmissä tarvittava tieto ei kuitenkaan aina löydy loogisimmasta kohdasta sähköistä sairauskertomusta (Virjo ym. 2013, 2212). Yhteisiä toimintatapoja pitää kehittää ja teknologiaa tulee hyödyntää hoidon jatkuvuuden parantamiseksi (Kuusisto ym. 2014, 319–320).

Asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotissa on järjestelmän sisään rakennettu työkoritoiminnallisuus. Yksi toiminnallisuuden käyttötarkoituksista on ammattihenkilöiden välinen asiakas- ja potilasviestintä. Työkori on sähköpostin kaltainen tietoturvallinen työväline, jonka avulla voidaan viestiä myös organisaatioiden välillä. Työkorin kautta voidaan lähettää viesti yksittäiselle henkilölle, vastaanottajien ryhmälle tai suoraan asiakkaalle (Lahnalampi-Lahtinen 2020). Vellosen ym. (2019, 198) mukaan sähköinen viestintä edistää viestien laatua sekä vähentää virheitä esimerkiksi kotihoidon toteuttaman lääkehoidon osalta.

3.4 Rakenteinen kirjaaminen ja ISBAR-raportointimenetelmä

Asiakas- ja potilastietojärjestelmissä rakenteisella tiedolla tarkoitetaan ennalta sovittujen yhteisten rakenteiden avulla tapahtuvaa tiedon kirjaamista ja tallentamista. Rakenteinen tieto tukee organisaatioiden välistä tiedonkulkua sekä tiedon koneellista käsittelyä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.) Sähköiset potilastietojärjestelmät ovat tiedon rakenteisuudella parantaneet tiedon saatavuutta ja liikkuvuutta sekä sen yhdistämistä ja jatkokäyttöä (Ukkonen 2016, 121). Apotti-järjestelmässä rakenteisella kirjaamisella pyritään yhtenäistämään ja sujuvoittamaan kirjaamista sekä mahdollistamaan hoitopolkujen automatisointia ja rajatuissa tilanteissa myös tutkimusten määräämistä oireiden mukaan. (Oy Apotti Ab 2020b.) Rakenteisella kirjaamisella voidaan myös ohjata kirjaajaa noudattamaan tiettyä hoitoprosessia ja erilaisia hoitosuosituksia (Jokinen & Virkkunen 2021, 16–17).

Kirjaaminen on keskeinen osa päivittäistä hoitotyötä, joten sen helppous ja toimivuus ovat tietojärjestelmän käytettävyyden ohella suoraan yhteydessä sujuvaan ja tehokkaaseen työskentelyyn. Kirjaamisen tulisi edistää moniammatillista tiedonkulkua ja työnjakoa, joten huomioimalla muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten tarpeet, voidaan kirjaamisen moniammatillista hyödyntämistä parantaa entisestään. (Nykänen ym. 2010, 1, 65.) Hyödynnettävyyden ohella kirjaamiskäytänteissä on huomioitava tiedon oikeellisuus ja potilasnäkökulma. Nämä vaativat ajoittain ilmaisia ja kuvailua, joita on luontevampaa kirjata narratiivisesti eli vapaana tekstinä kuin rakenteisella kirjaamismallilla. (Ukkonen 2016, 123.) Hoitajien näkökulmasta valmiilla rakenteisella kirjaamismallilla voidaan parantaa kirjaamisen sisältöä sekä hoidon suunnitelmallisuutta (Nykänen ym. 2010, 57). Sillä voidaan parantaa myös potilaan hoidon laatua (Jokinen & Virkkunen 2021, 16–17), hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta (Ukkonen 2016, 121). Rakenteisen kirjaamismallin käytössä tulee kuitenkin muistaa potilaan yksilöllisyys hoidon kaavamaisuuden välttämiseksi. (Nykänen ym. 2010, 57.) Potilaan kertomustietoja suositellaankin kirjattavaksi sekä vapaana tekstinä että rakenteisesti, sillä liiallinen yksinkertaistaminen ja formalisointi voivat vähentää moniulotteisuuden huomioimista ja muodostaa näin riskin (Ukkonen 2016, 124). Apotti-järjestelmässä rakenteisen kirjaamisen rinnalla on mahdollista kirjata myös kuvailevaa vapaata tekstiä (Oy Apotti Ab 2020b).

ISBAR-raportointimenetelmä tarjoaa tiedonkulkuun ja kommunikointiin vakioidun rungon (Burgess ym. 2020, 1), jolla potilasta koskevaa tietoa voidaan tunnistaa, järjestää ja kirjata (Duodecim Terveyskirjasto 2021). Menetelmä on lähtöisin Yhdysvaltain laivastosta, jossa se kehitettiin ydinsukellusveneissä tapahtuvan tärkeän ja kiireellisen viestinnän vakioimiseksi (Finnigan ym. 2010, 400). Menetelmän alkuperäinen muoto SBAR muodostuu sanoista Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). Menetelmän käytettävyyttä on tutkittu sairaalamaailmassa lääkäreiden puhelinviestinnässä. Alkuperäisessä muodossaan SBAR-menetelmän huomattiin olevan riittämätön estämään väärään sairaalaan tai väärään potilaaseen liittyviä viestintävirheitä, joten raportin antajan ja potilaan tunnistaminen erotettiin omaksi Identify (tunnista) -kohdaksi. Näin alkuperäinen menetelmä sai rinnalleen muodon ISBAR. (Marshall ym. 2012, 1–2.)

ISBARin käytöllä voidaan tutkimusten mukaan parantaa ammattilaisten välistä kommunikointia, tiedonkulkua sekä potilasturvallisuutta (Burgess ym. 2020, 1; Beckett & Kipnis 2009, 26; Randmaa ym. 2014, 8; Suvanto ym. 2019). Raportointimenetelmän avulla voidaan vähentää myös tiedonkulun virheiden aiheuttamia haittatapahtumia (Randmaa ym. 2014, 8). ISBARin käytön hyödyllisyys korostuu etenkin erilaisissa hoitovastuun siirtymä-

kohdissa (Burgess ym. 2020, 1). Maailman terveysjärjestö WHO (2007) suosittelee menetelmän käyttöä raportoinnin tukena hoitovastuun siirtyessä. Hoitotyön tutkimussäätiö Hokus suosittelee kannanotossaan yleisesti ISBAR menetelmän käyttöä raportoinnin yhteydessä (Suvanto ym. 2019). Myös HUS ohjeistaa käyttämään ISBAR-menetelmää terveydenhuollon ammattilaisten välisessä viestinnässä (Kivivuori ym. 2022, 1). On kuitenkin huomioitava, että ISBARin käyttö vaatii ammatilliselta osaamiselta ja harjoittelua (Burgess ym. 2020, 7). Menetelmän käyttöönotto edellyttää ennen kaikkea sitoutumista (Finnigan ym. 2010, 403), mutta myös osaamisen varmistamista ja vahvistamista. Viestintään ja raportointiin liittyvä osaaminen tulisi huomioida jo koulutuksessa, koska viestintään liittyvät käytännöt näyttävät parantavan potilasturvallisuutta (Tamminen & Metsävainio 2015, 342).

3.5 Potilasturvallisuus

Terveydenhuollon toiminnan tulee olla turvallista ja laadukasta sekä tieteellisesti ja ammatillisesti asianmukaista. Lainsäädäntö edellyttää myös, että toiminnan on perustuttava sekä hyviin hoitokäytäntöihin että näyttöön. (Kinnunen ym. 2009, 10.) Yksinkertaisimmillaan potilasturvallisuutta on se, että potilas saa oikean ja tarvitsemansa hoidon mahdollisimman vähäisin haittavaikutuksin. Potilasturvallisuus voidaan jaotella hoidon turvallisuuteen, lääkehoidon turvallisuuteen ja lääkinnällisten laitteiden laiteturvallisuuteen. (Koivuranta 2019, 11.) Potilasturvallisuuden kehittäminen on tärkeää, koska kehittämällä asiakas- ja potilasturvallisuutta parannetaan myös tuotetun palvelun laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Valtakunnallisella tasolla sosiaali- ja terveydenhuollon vaara- ja haittatapahtumat muodostavat myös merkittäviä kustannuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 15.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan organisaatioilla tulee olla suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa pitää olla sovitut vastuhenkilöt sekä tieto, miten johto vastaa turvallisen toiminnan edellytyksistä. Asetuksen mukaan kirjattuna pitää olla myös arvot ja periaatteet, jotka tukevat potilasturvallista kulttuuria. Näiden lisäksi suunnitelmaan kirjataan potilasturvallisuutta tukevat menettelytavat liittyen perehdytykseen, opiskelijaohjaukseen sekä työntekijöiden osallisuuteen kehittämistyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta 6.4.2011/341, 8 §.) Henkilöstön osaaminen on potilasturvallisuuden kannalta erittäin tärkeää, joten sen kehittämisestä ja varmistamisesta on huolehdittava (Koivuranta 2019, 11). Terveydenhuollon toimintayksiköiden toimintaan liittyy monenlaisia vaaroja, joiden hyvällä hallinnalla voidaan estää vakavia vahinkoja (Kinnunen ym. 2009, 10). Valtaosassa sairaaloista sekä useissa terveyskeskuksissa on käytössä selkeä järjestelmä potilasturvallisuuden seuraamiseksi (Koivuranta 2019, 5). Kansallinen potilasturvallisuuden vastuutaho kuitenkin puuttuu, jolloin potilasturvallisuuden kehittämistyötä

tehdään toimintayksikkötasolla eikä kehitettyjen toimintatapojen soveltamisen kattavuudesta ole koottua tietoa. Potilasvahingoista ei ole myöskään saatavilla täysin kattavaa tietoa koko maan osalta. Tätä tietoa tarvitaan kehittämistarpeiden tunnistamiseksi ja kehittämisen jälkeisten muutosten arvioimiseksi. Tutkimustyötä potilasturvallisuudesta ja sen vaikuttavuudesta sekä potilasturvallisuuskulttuurista tarvitaan lisää. (Ikonen & Welling 2020, 1216–1217.)

HaiPro on raportointimenetelmä ja tietotekninen väline potilas- ja asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien kirjaamiseen ja raportointiin (Avanic Oy 2016). HaiPro on kehitetty vuonna 2005 alkaneessa Lääkelaitoksen ja Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen yhteisessä tutkimushankkeessa yhteistyössä Peijaksen sairaalan, Tampereen yliopistollisen sairaalan sydänkeskuksen ja Tampereen Lääkärikeskus Oy:n kanssa. Sisätautien vuodeosasto S3 oli yksi neljästä projektiin osallistuneista Peijaksen sairaalan osastoista. (Knuutila ym. 2007, 3, 21.) HaiPro-järjestelmässä vaaratapahtumasta ilmoittaminen perustuu luotamukseen, vapaaehtoisuuteen ja syyllistämättömyyteen. HaiPro toimii johtamisen tukena potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa. Vaaratapahtumien ilmoittamisella pyritään kuitenkin erityisesti oppimaan virheistä. (Avanic Oy 2016.) On hyväksyttävä, että hyvästä aikomuksesta huolimatta erehtymisen mahdollisuus on aina läsnä, kun toimintaan liittyy ihminen. Avoimella virheiden esiintuomisella virheistä voidaan oppia syyllistämättä yksilöitä. (Kinnunen ym. 2009, 10–12.)

Tiedonkulun puutteellisuus on yksi yleisimpiä haittatapahtumien syitä (Mustajoki ym. 2014, 2812). Vuonna 2020 HUSissa tehdyistä HaiPro-ilmoituksista noin 26 % liittyi tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. Tarkasteltaessa ilmoitusten tapahtumaolosuhteita tai muita tapahtuman syntyyn myötävaikuttaneita tekijöitä, olivat kommunikointi ja tiedonkulku noin 21 % osuudella sekä toimintatavat noin 21 % osuudella kaksi yleisintä tekijää. (HUS 2021c.) Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat lisäävät haittatapahtumien riskiä ikääntyneiden potilaiden siirryessä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Mesteig ym. 2010, 8; Kuusisto ym. 2014, 311). Kurrosen (2011, 38) tutkimuksen mukaan tiedonkulun vaaratapahtumiin oli liitetty eniten kiire, jolloin henkilöstöressurssien vähyyks myötävaikuttavana lisätekijänä aiheutti liiallista työkuormaa ja riski vaaratapahtumille kasvoi. On siis tärkeää, että hoitohenkilöstön väliselle kommunikaatiolle on aikaa ja keskeytyksetöntä työrauhaa (WHO 2007).

Tiedonhallintaan liittyviä käytänteitä ohjaava tietokulttuuri vaikuttaa potilasturvallisuuteen. Kehitettäessä potilasturvallisuutta onkin tärkeää panostaa tiedonhallintaan, koska tutkimuksen mukaan siihen liittyvät vaaratapahtumat edistävät haittatapahtumien kehittymistä. Jotta

tiedonhallinnan käytänteitä voidaan kehittää yhä tehokkaammiksi ja turvallisemmiksi, on kyettävä tunnistamaan erilaiset tiedon tyypit sekä tiedonhallintaan liittyvät tasot ja prosessin vaiheet. Käytännön tiedonhallinnan ongelmat näkyvät niin lääkitykseen ja tietoihin liittyvinä virheinä kuin asiakkaiden ja heidän läheistensä valituksina. Potilasturvallisuuden ja muiden haittatapahtumien kannalta tiedon dokumentointiin liittyvät virheet ovat näistä merkityksellisimpiä. Tiedonhallintaan ja sen dokumentointiin liittyvistä käytänteistä organisaatioissa tulisi olla ajantasaiset ja seikkaperäiset ohjeet. (Jylhä 2017, 7, 67.)

Potilasturvallisuutta tarkasteltaessa on tärkeää muistaa myös potilaan näkökulma. Potilasturvallisuus on osa korkealaatuista ja vaikuttavaa hoitoa. Siinä missä terveydenhuollon ammattihenkilölle laatu merkitsee erilaisten näyttöön perustuvien ja vaikuttavien menetelmien käyttöä, määrittelee asiakas laadun oman subjektiivisen kokemuksensa mukaan. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 21.) Tästä syystä on tärkeää, että asiakkaan ja potilaan ääni tulee hoitotyössä kuulluksi. Organisaatioissa tulisi myös mahdollistaa potilaan havaitsemien turvallisuuspuutteiden esiin tuominen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 18). Toukuusta 2021 alkaen HUSissa potilaiden on ollut mahdollista tehdä itse sähköinen vaaratapahtumailmoitus. Aiemmin vaaratapahtumista ja läheltä piti -tilanteista ilmoituksen on voinut tehdä vain terveydenhuollon henkilöstöön kuuluva. Mahdollistamalla potilaan itsensä tekemän vaaratapahtumailmoituksen HUS pyrkii lisäämään potilaslähtöisyyttä ja parantamaan hoidon laatua. (HUS 2021b, 30.)

Vallitseva organisaatiokulttuuri vaikuttaa haittatapahtumien esiintymiseen ja hoidon tuloksiin (Kanerva 2015, 86). Autoritäärisen kulttuurin on todettu heikentävän potilasturvallisuutta. Tällöin työntekijä ei välttämättä uskalla tuoda esiin epävarmuuksiaan tai kyseenalaistaa virheelliseltä kuulostavaa asiaa kuten esimerkiksi tehtyä lääkemääräystä. (Mustajoki ym. 2014, 2812.) Potilasturvallisuuden kehittäminen edellyttääkin usein moniammatillista kulttuurin muutosta. Tässä muutoksessa on hyvä hyödyntää henkilöstön osaamista mahdollistamalla kehittämiseen osallistuminen. Moniammatillista kulttuuria on tärkeä kehittää kohti avointa vuorovaikutusta ja ajattelutapaa, jossa toiminnan kehittäminen on osa päivittäistä potilastyötä. (Kanerva 2015, 86.) Vuorovaikutus ja kommunikaatio tukevat jo itsessään potilasturvallista kulttuuria. Runsaasti kommunikoivissa tiimeissä työntekijät tuovat havaintojaan ja ajatuksiaan esiin, jolloin viestintä auttaa tiimiä ylläpitämään käsitystä kokonaistilanteesta ja näin mahdolliset virheetkin voidaan havaita ajoissa (Mustajoki ym. 2014, 2812). Mahdollisten vaaratilanteiden läpikäyminen tukee potilasturvallista kulttuuria (Koivuranta 2019, 11). Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri luo mahdollisuuden haittatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden käsittelyyn luonnollisena osana toiminnan kehittämistä (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 23; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 14). Hoitoon liittyvien virheiden ja vahinkojen käsittely voi olla epämiellyttävää työntekijöille ja esimiehille, joten

syyllistämättömyyden periaate onkin keskeinen osa potilasturvallisuuden kehittämistä. (Niemi-Murola & Mäntyranta 2011, 23.) Se luo osaltaan hyvän pohjan koko potilasturvallisuutta edistävälle organisaatiokulttuurille. Myös organisaation hyvä työturvallisuuskulttuuri tukee osaltaan hoidon turvallisuutta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 14).

4 Kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuus

4.1 Iäkäs kotihoidon asiakas

Ikääntyessä monisairastavuuden riski kasvaa merkittävästi. Monisairastavuuden määritelmä täyttyy, mikäli potilaalla on vähintään kaksi pitkäaikaissairautta tai muuta oleellisesti terveyteen vaikuttavaa tekijää (Monisairas potilas: Käypä hoito -suositus, 2021). Ikääntyminen ja monisairastavuus aiheuttavat toimintakyvyn heikentymistä, jolloin selviytyminen tavallisista arkiaskareista ei onnistu ilman apua. Toimintakykyä heikentäviä sairauksia ovat esimerkiksi muistisairaudet, sydänsairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet sekä aivoverenkiertohäiriöt. (Jämsen ym. 2015.) Yhä useampi tarvitsee entistä enemmän kotihoidon tukea toimintakyvyn heikentyessä. Vuonna 2020 Suomessa säännöllistä kotihoidon apua sai keskimäärin 31 % 85–94-vuotiaista. Yli puolella avuntarve oli päivittäistä ja lähes viidennesellä avuntarve oli 3 kertaa päivässä tai useammin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Kunnat vastaavat iäkkäiden sosiaalipalveluiden järjestämisestä, sisällöstä ja laadusta sekä yhdenvertaisuuden toteutumisesta palveluiden saatavuudessa. Laki edellyttää kuntia järjestämään iäkkään arvokasta elämää tukevan hoidon ja huolenpidon ensisijaisesti kotiin vietävällä palvelulla. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 28.12.2012/980, 7 §, 14 §.) Kotihoito koostuu kotipalvelusta sekä terveydenhuoltolain alaisesta kotisairaanhoidosta. Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoivaan sekä huolenpitoon, toimintakyvyn edistämiseen, asiointiin sekä muihin päivittäisiin toimiin liittyvää avustamista tai suorittamista. Kotipalvelua voidaan myöntää esimerkiksi sairauden, vamman, perhetilanteen tai muun toimintakykyä alentavan syyn perusteella. Kotipalveluun voidaan sisällyttää tukipalveluita kuten ateria-, siivous- tai vaatehuoltopalvelu. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 19 §, 20 §.) Kotisairaanhoido on tilapäistä tai pidempiaikaista terveyden- tai sairaudenhoitoon liittyvää moniammatillista hoitoa, joka toteutuu asiakkaan kodissa tai asuinpaikassa (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 25 §). Kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat maksullista palvelua perustuen lakiin sosiaali- ja terveystaloudesta asiakasmaksuista (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, 56 §).

Väestön voimakas ikääntyminen on havaittavissa myös erikoissairaanhoidossa. Iäkkäiden potilaiden erikoissairaanhoidon päivystyksen käytön eroja Suomen suurimmissa kaupungeissa on selvitetty vuonna 2014 Kuntaliiton ja Aalto-yliopiston yhteisessä tutkimushankkeessa. Pääosin terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämästä HILMO-rekisteristä kerätyn tiedon mukaan erikoissairaanhoidon päivystyspotilaista iäkkäitä yli 75-vuotiaita oli

joka viides ja heistä lähes 20 % on kotihoidon piiristä, kun kotihoitoon on sisällytetty omaishoito sekä kotipalvelu, kotisairaanhoido ja kotisairaala. Iäkkäiden päivystyskäyntien syynä ovat usein sydämeen ja verenkiertoon liittyvät sairaudet. Kotihoidosta, kotoa ja palveluasumisesta päivystykseen saavutaan muita lähtöpaikkoja useammin juuri sydänvaivojen vuoksi. Iäkkäälle päivystyskäynti on aina rasite, mikä voi johtaa jopa tarpeettomaan vuodeosastohoitoon. (Malmström ym. 2017, 4, 15–23.)

4.2 Hoidon jatkuvuus ja asiakaslähtöisyys

Hoidon jatkuvuus ja palveluketjujen toiminta joutuvat koetukselle erilaisissa rajapinnoissa kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja kotihoidon tai perusterveyshuollon ja kotihoidon rajapinnoissa (Mesteig ym. 2010, 11). Monisairaiden henkilöiden hoidossa hoidon jatkuvuus sekä potilas- ja asiakaslähtöisyys korostuvat (Monisairas potilas: Käypä hoito -suositus, 2021). Hoidon jatkuvuus on käsitteenä laaja-alainen ja sen määrittelyä voidaan tehdä monesta lähtökohdasta (Raivio 2016, 21, 44). Haggerty ym. (2003, 1220–1221) määrittävät hoidon jatkuvuuden kolmeen ulottuvuuteen, jotka ovat tiedollinen jatkuvuus, hoidon hallinnan jatkuvuus sekä hoitosuhteiden jatkuvuus. Tiedollisella jatkuvuudella tarkoitetaan tiedon kulkua menneistä tapahtumista ammattilaisten välillä, jotta hoitoa voidaan jatkaa asianmukaisesti. Hoidon hallinnan jatkuvuus tarkoittaa hoidon suunnittelun ja toteutuksen jatkuvuutta. Tämä on erittäin tärkeää tilanteissa, joissa sairauksien hoitoon osallistuu paljon eri hoitavia tahoja. Hoitosuhteiden jatkuvuus tuo ennustettavuutta ja johdonmukaisuutta hoitoon, mikä on tärkeää erityisesti esimerkiksi perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Raivion (2016, 75) mukaan hoidon jatkuvuus on merkityksellistä niin organisaatioiden, ammattihenkilöiden kuin potilaiden kannalta, koska se vaikuttaa terveydenhuollon kokonaisvaltaisuuteen ja laatuun, kustannuksiin ja tehokkuuteen sekä väestön terveyteen. Asiakkaan tai potilaan näkökulmasta tarkasteltuna hoidon jatkuvuus lisää turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta ja tyytyväisyyttä hoitoon.

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa toiminnan arvoperustaa, jossa korostuu ihmisarvon kunnioitus. Se tarkoittaa myös toiminnan suunnittelemista ja toteuttamista asiakkaan lähtökohdista eikä yksikön tai organisaation tarpeista. Aiemmin sosiaali- ja terveysalalla pyrittiin toimimaan asiakaskeskeisesti, jolloin asiakas nostettiin toiminnan objektiksi eli kohteeksi. Asiakaslähtöisyydessä on kyse pikemminkin asiakkaan nostamisesta aidosti osalliseksi ja samalle tasolle ammattilaisten kanssa, jolloin asiakas on hoitosuhteessa aktiivinen toimija sekä oman elämänsä asiantuntija. (Virtanen ym. 2011, 19.)

Iäkkään joutuessa sairaalahoitoon on uhkana sairaalahoidon aikainen toimintakyvyn heikentyminen, vaikka tavoitteena onkin toimintakyvyn palautuminen sairastumisesta edeltävälle

tasolle (Jämsen ym. 2015). Iäkkäällä henkilöllä on yleensä itselläänkin voimakas tarve kuntoutua ja tulla jälleen itsenäiseksi (Allen ym. 2018, 521). Asiakslähtöisellä kohtelulla ja toiminnalla voidaan vaikuttaa kuntoutumista edistävästi. Iäkstä tulisi tukea omatoimisuuteen ja tekemään itse asioita, joita on tehnyt ennen sairaalaan tuloa (Jämsen ym. 2015). Kuntoutumista ja itsenäisyyttä tukevat myös itsehoidon opettelu sekä arvostava suhde hoitohenkilöstön kanssa (Allen ym. 2018, 522–523). Arvostava kohtelu näkyy esimerkiksi hoitohenkilöstön kunnioituksena iäkkään omia terveyteen liittyviä kokemuksia kohtaan (Lemetti 2020, 65). Iäkkäät haluavat tulla kohdelluksi osaavina, itsenäisinä ja hyödyllisinä yhteiskunnan jäseninä eivätkä vain apua tarvitsevinä ja sairaina. Iäkkäiden oikealla kohtelulla tuetaan kuntoutumisen lisäksi myös oman elämän merkityksellisyyden kokemusta. (Pikkarainen ym. 2021.)

läästä ja sairauksista huolimatta asiakkaan pitää saada tulla kuulluksi ja aidosti osalliseksi omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 44–45). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että iäkkäälläkin asiakkaalla on oikeus saada ymmärrettävää tietoa omasta terveydestään ja hoidostaan (Lemetti 2020, 65; Allen ym. 2018, 523) ja syvästi muistisairaankin asiakkaan mielipiteitä tulisi huomioida vähintään siinä mittakaavassa, kuin hän niitä kykenee ilmaisemaan (Virtanen ym. 2011, 33). Lemetin (2020, 82) väitöstudkimuksen mukaan hoitohenkilöstö koki toiminnan hyvinkin asiakslähtöiseksi, vaikka asiakasta tai potilasta ei ollut otettu mukaan häntä itseään koskevaan keskusteluun. Aidosti asiakslähtöisen toiminnan ja asiakkaan mukaan ottamisen esteenä voivat olla syvään juurtuneet toimintatavat sekä ei-asiakslähtöinen suhtautuminen asiakkaaseen passiivisena hoitotoiminnan kohteena (Virtanen ym. 2011, 33). Iäkkään asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa vahvistaa siis asiakslähtöisyyttä, mutta parantaa myös hoidon jatkuvuutta (Lemetti 2020, 64). Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna tunne kuulluksi sekä aidosti kohdatuksi tulemisesta lisäävät asiakkaan omaa kokemusta hoidon jatkuvuudesta (Raivio 2016, 65).

Iäkkään kotiutumisen suunnittelun tulee olla johdonmukaista (Allen ym. 2018, 525). Turvallinen kotiutuminen on prosessi, joka onnistuessaan turvaa hoidon jatkuvuuden kotona eikä vaaranna iäkkään terveyttä. Prosessin tulee olla onnistunut niin iäkkään itsensä, hänen omaisensa kuin organisaationkin näkökulmasta. Kotiutumisen ja jatkohoidon suunnittelussa tarvitaan moniammatillista yhteistyötä sekä iäkkään ja hänen omaistensa huomioimista. (Palonen ym. 2020, 7–8.) On siis tärkeää, että iäkäs asiakas osallistuu sairaalassa oman jatkohoidonsa suunnitteluun (Allen ym. 2018, 523), vaikka ei välttämättä pystyisi siihen täysipainoisesti osallistumaan esimerkiksi alentuneen kognition takia (Lemetti 2020, 64). Näissä tilanteissa omaisten mukaan ottamisen merkitys korostuu entisestään. Tiivis yhteis-

työ omaisten ja läheisten kanssa tukee iäkkään ja monisairaahan hoidon onnistumista ja hoidon jatkuvuutta (Hautsalo ym. 2016, 11) sekä iäkkään itsenäisyyttä (Allen ym. 2018, 523). Turvallinen kotiutuminen ja sen suunnittelu vaativat aikaa, sillä kotiutumisen jälkeisten ei-toivottujen tapahtumien riski kasvaa kotiutumisen suunnitteluun käytettävän ajan vähentyessä. Sairaalassa tehtävä kotiutumista edeltävä arviointi toimii suunnitelman pohjana ja jatkohoitoon suunnitellut toimenpiteet ja seuranta sen tavoitteina. Onnistuakseen turvallinen kotiutuminen edellyttää toimivaa tiedonkulkua kaikkien iäkkään hoitoon osallistuvien kesken niin sairaalassa kuin kotonakin. (Palonen ym. 2020, 5–8.)

lääkään asiakkaan hoidon jatkuvuus korostuu myös perusterveydenhuollossa ja kotihoidossa. Iäkkäille sekä monisairaille tulisi taata perusterveydenhuollossa nimetyt vastuuhenkilöt esimerkiksi lääkärit tai hoitotiimi hoidon jatkuvuuden ja koordinoinnin varmistamiseksi (Raivio 2016, 65; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 18). Näin toimimalla saavutetaan hoitosuhteeseen jatkuvuutta, mikä mahdollistaa vuorovaikutteisen suhteen muodostumisen potilaan ja häntä hoitavien ammattilaisten välille (Haggerty ym. 2003, 1220–1221). Nimetty omalääkäri lisää myös asiakkaan tai potilaan kokemusta hoidon jatkuvuudesta (Raivio 2016, 65) sekä parantaa kroonisten sairauksien hoitoa perusterveydenhuollossa (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 18). Myös kotihoidon omahoitajamallin tavoitteena on parantaa ikääntyneiden hoidon jatkuvuutta. Omahoitaja vastaa hoidon kokonaisuudesta ja koordinoinnista. (Hautsalo ym. 2016, 11.)

Kotihoidon antama apu keskittyy usein vain fyysisistä tarpeista huolehtimiseen ja niissäkin tarpeissa tapahtuviin muutoksiin reagoidaan vaihtelevasti. Liiallinen kiire luo tunteen, ettei hoitajalla ole aikaa vuorovaikutukselle. Kohtaamisten kiireettömyydellä voidaan varmistaa, että asiakas tulee tarpeineen varmemmin kuulluksi. Onnistunut vuorovaikutus mahdollistaa asiakkaalle tilan kertoa myös murheistaan ja vaikeuksistaan. Kiireen lisäksi kotihoidon työntekijöiden runsas vaihtuvuus on ongelmallista. (Hautsalo ym. 2016, 7–11.) Vaihtuvuus vaikeuttaa reagointia muutoksiin, yksilöllisten tarpeiden huomiointia sekä heikentää hoidon jatkuvuutta. Lehtiranta ym. (2014, 122) korostavat asiakkaan läheisten mukaan ottamista myös kotihoidossa. Läheisten huomiot muistisairaahan toimintakyvystä ja siihen liittyvistä muutoksista auttavat kotihoitoa suunnittelemaan hoitoa yksilöllisistä tarpeista. Tiiviillä yhteistyöllä läheisten kanssa voidaan ehkäistä myös laitoshiitoon joutumista. Yhteistyö ja tiedonkulku läheisten ja kotihoidon välillä ovat edellytys onnistuneelle kotihoidolle (Hautsalo ym. 2016, 8).

4.3 Lääkehoidon jatkuvuus

Lääkehoito on osa potilasturvallisuutta (Koivuranta 2019, 11). Lääkehoitoon liittyvät haittatapahtumat ovat yleisiä erityisesti hoitovastuun vaihtuessa. Asiakkaan fyysinen hauraus,

korkea ikä sekä puutteet toimintakyvyssä ja kognitiossa lisäävät hoitovirheiden riskejä. (Mesteig ym. 2010, 8, 10.) Lähtökohtaisesti asiakkaan tai potilaan käytössä olevista lääkkeistä tulisi aina olla virheetön ja mahdollisimman ajantasainen sähköinen lääkelista, joka on kaikkien hoitoon osallistuvien saatavilla (Reponen ym. 2018, 62). Tämä ei kuitenkaan aina toteudu. Lääkepoikkeamat ovat yleinen ongelma terveydenhuollossa (Vellonen ym. 2019, 191). Ongelmia esiintyy myös lääkitystiedon vaihtoon liittyen (Reponen ym. 2018, 62).

Vellonen ym. (2019, 200–202) ovat tutkineet kotihoidon asiakkaiden lääkehoitoon liittyviä poikkeamia. Tutkimuksen mukaan epäyhtenäiset käytännöt, tiedonhallinnan ongelmat sekä puutteellinen tiedonkulku sairaalan ja kotihoidon välillä altistavat lääkehoitoon liittyville haittatapahtumille. Viestinnän puute, ei-sähköinen viestintä, epäselvät lääkelistat sekä viiveellä tulevat lääkemuutokset ovat lääkepoikkeamien taustalla olevia syitä. Kotihoidon toimintatapoja sekä kotihoidon ja sairaalan käytäntöjä tulisikin tarkastella lääkehoidon turvallisuuden näkökulmasta. Yhteisten ohjeiden ja hoitokäytänteiden kehittäminen sekä esteetön tiedonkulku ja yhteistyö kaikkien asiakkaan tai potilaan lääkehoitoon osallistuvien henkilöiden ja yksiköiden välillä ovat ensiarvoisen tärkeitä, jotta lääkehoitoon liittyvien virheiden riskiä voidaan vähentää (Härkänen ym. 2013, 50). Myös asiakkaan ja omaisen huomioiseen ja ohjaamiseen lääkehoitoon liittyvissä asioissa pitäisi varata riittävästi aikaa niin kotihoidossa kuin sairaalassa. (Vellonen ym. 2019, 201; Härkänen ym. 2013, 50).

Kotihoidon asiakkaiden lääkehoidon turvallisuus ei siis ole riittävällä tasolla. Koti ympäristönä sekä asiakaslähtöiset syyt voivat myös lisätä lääkevirheiden riskiä. Asiakaslähtöisillä syillä tarkoitetaan esimerkiksi asiakkaan kyvyttömyyttä toteuttaa lääkehoitoa tai asiakkaan tavoitettavuuteen liittyviä tekijöitä. Myös hoitohenkilöstön osaamisen puutteet ja inhimilliset tekijät kuten väsymys vaikuttavat lääkevirheiden syntyyn. (Vellonen ym. 2019, 191, 200.) Kehittämällä lääkehoidon osaamista ja johtajuutta sekä työympäristöä ja -kulttuuria voidaan vaikuttaa lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien syntyyn (Pitkänen ym. 2014, 187).

4.4 Yhteistyön merkitys hoidon jatkuvuuden näkökulmasta

Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden hoidon jatkuvuutta ei voida varmistaa ainoastaan organisaation sisäisillä kehittämistoimilla. Lemetin (2020, 64) väitöstutkimuksessa tutkittiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitajien tekemää yhteistyötä iäkkäiden potilaiden hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Tulosten mukaan sairaalan ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön yhteistyöllä ja sen onnistumisella on suuri merkitys iäkkään henkilön hoidon jatkuvuuteen. Hyvällä yhteistyöllä iäkkään potilaan hoidon jatkuminen on saumatonta

ja laadukasta sekä hoitoon liittyvät oleelliset tiedot siirtyvät tarkoituksenmukaisesti. Tavoitteena tulee olla se, että potilaan hoitoon liittyvät tiedot siirtyvät oikein ja ajantasaisena organisaatioiden välillä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (Kuusisto ym. 2014, 319).

Yhteistyöhön liittyvät ongelmat voivat liittyä myös organisaatiokulttuuriin tai arvoihin. Holopaisen ym. (2016, 12) selvityksen mukaan hoitohenkilöstö kokee, ettei erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöiden työtä arvosteta samalla tavalla. Perusterveydenhuollossa työskentelevien osaamista aliarvioidaan, vaikka se olisi laaja-alaista. Terveystieteidenhuollossa ja sosiaalihuollossa tunnetaan ylipäätään huonosti muiden osaamista ja toimintaa. Osaamista jakamalla hyviä hoitokäytänteitä voidaan levittää entistä paremmin.

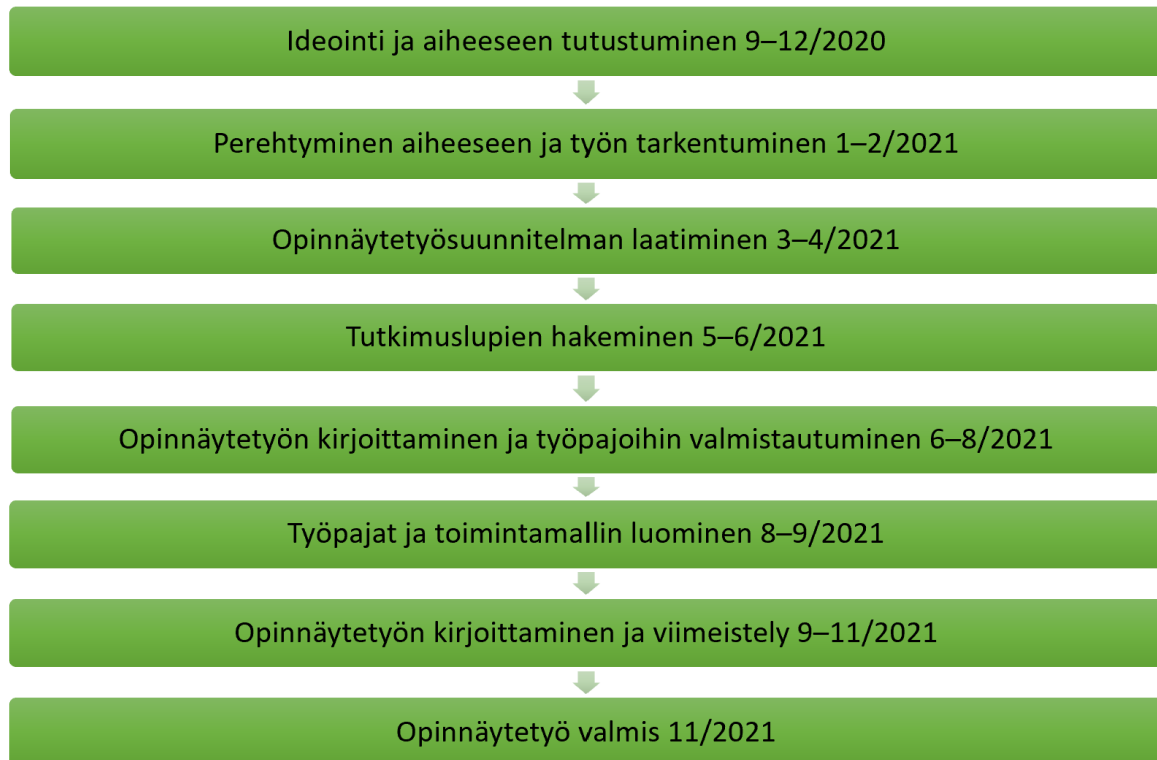
lääkäiden potilaiden hoidon jatkuvuutta yli organisaatorajojen voidaan siis parantaa kehittämällä hoitohenkilöstön yhteistyötä, jossa käytänteet ja tavoitteet on sovittu yhdessä nykyistä paremmin. Organisaatioissa pitäisi kehittää myös yhteistyötä tukevia rakenteita. Yhteistyön tueksi hoitohenkilöstö tarvitsee myös tietoa toisen yksikön työn sisällöstä ja toimintatavoista. (Lemetti 2020, 64, 83–86.) Toimijoiden yhteistyön kehittämiseksi sairaalalta tarvitaan enemmän panostusta hoidon jatkuvuuteen. Tämä tarkoittaa käytännössä asiakkaan kotitilanteen ja jatkohoidon selvittelyä sekä lääkehoidon jatkuvuuden varmistamista. (Hätönen 2020, 31.) Lähtökohtaisesti hoitajakunta kokee tämänkaltaisen hoidon jatkuvuutta parantavan yhteistyön tärkeäksi, vaikka ajan puute voikin sitä heikentää (Lemetti 2020, 83).

Hoidon jatkuvuuden toteutumisen perusedellytyksenä on, että hoitohenkilöt kaikissa yhteistyötä tekevissä organisaatioissa ymmärtävät vastuunsa hoidon eri vaiheissa (Lemetti 2020, 64). Erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnoissa vastuujat koetaan kuitenkin epäselviksi, mikä aiheuttaa haittaa erityisesti kroonisesti sairaille henkilöille. Sekä asiakkaat että ammattilaiset kokevat asiakkaan herkästi hukkuvan pirstaloituneeseen systeemiin. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 17.) Vastuista sopiminen onkin yhteistyön keskeistä sisältöä.

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Opinnäytetyön eteneminen ja tutkimusluvut

Opinnäytetyön suunnittelu alkoi syksyllä 2020. Aiheen valinnan jälkeen näkökulmaa pohdittiin keskustelemalla sekä tutustumalla aiheeseen liittyviin opinnäytetöihin ja tutkimusartikkeleihin. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja nimettiin syksyllä 2020. Alkuperäisen suunnitelman mukaisesti varsinainen opinnäytetyö aloitettiin tammikuun alussa 2021. Opinnäytetyön aikataulussa (kuvio 1) huomioitiin mahdolliset työn, elämän ja opintojen asettamat haasteet prosessin etenemiselle. Opinnäytetyösuunnitelma hyväksyttiin ohjaavan opettajan toimesta 19.4.2021. Tämän jälkeen molemmista organisaatioista haettiin opinnäytetyön vaatimat tutkimusluvut. Kesällä 2021 jatkettiin opinnäytetyön kirjoittamista ja aiheeseen perehtymistä sekä aloitettiin tulevien työpajojen suunnittelu. Vallitsevan COVID-19-pandemian takia työpajoihin osallistuvien määrää rajattiin jo suunnitteluvaiheessa, jotta edellytykset työpajojen toteutumiselle lähitapaamisina olisivat mahdollisimman hyvät. Työpajojen ja toimintamallin luomisen jälkeen työ saatettiin loppuun suunnitelman mukaisessa aikataulussa.



KUVIO 1. Opinnäytetyön eteneminen

Opinnäytetyöstä ei ole syntynyt palkkakuluja tai muita rahallisia kuluja. Työpajoihin osallistuminen vaati henkilöstön resursointia molemmista organisaatioista eli henkilöstön työaikaa kului opinnäytetyön tekijöiden lisäksi viidellä henkilöllä kaksi tuntia kolmena iltapäivänä. Kohdeorganisaatioissa opinnäytetyön ohjaajina toimivat osastonhoitaja Peijaksen sairaalasta sekä projektipäällikkö Vantaan kaupungilta.

Terveystieteiden organisaatioissa kehittämistoimintaan ja tutkimukseen tarvitaan yleensä organisaation myöntämä lupa. Käytännöt luvan hakemiseksi vaihtelevat. (Heikkilä ym. 2008, 45.) HUSissa opinnäytetyötutkimukseen tarvittavia lupia ja asiakirjoja määritellään pysyväisohjeella. Kyseisessä pysyväisohjeessa määritellään myös tutkimuslupien myöntämismenettelyt sekä huomioidaan Euroopan unionin yleinen tietosuoja-asetus 2016/679 tutkimustoiminnassa. Opinnäytetyön tutkimuslupaa haetaan sen jälkeen, kun tutkimussuunnitelma on liitteineen hyväksytty oppilaitoksen ohjaavan opettajan toimesta ja opinnäytetyötutkimuksen toteuttamiselle on nimetty HUSin vastuhenkilö. HUSin ulkopuolisen tutkijan tai tutkimusryhmän jäsenen osalta hakemukseen on liitettävä vaitiolo- ja salassapitositoumus. Tutkimuslupaa haetaan sähköisesti. Yhtä tulosityksikköä koskevaan tutkimukseen tutkimusluvan myöntää kyseisen tulosityksikön opetuksen ja tutkimuksen vastuhenkilö. Opinnäytetyön valmistuttua opinnäytetyön tekijän on toimitettava loppuraportti tutkimusluvan myöntäjälle. (Linden & Bono 2018, 1–3.)

Vantaan kaupungin sosiaali- terveydenhuollon toimiala on koonnut tutkimuslupaa ja hakuprosessia koskevat tiedot erilliseen ohjeeseen, jonka mukaan opinnäytetyöissä pääsääntöisesti tarvitaan tutkimuslupa tai tietolupa. Tutkimusaineiston keruuta tai tutkimuksen toteutusta ei voida aloittaa ennen luvan myöntämistä. Tutkimus- tai kehittämistoiminnan ei tule kuormittaa organisaation toimintaa liikaa, joten myös resursseihin liittyvät suunnitelmat tulee sisällyttää lupahakemukseen. Tutkimustoiminnan tulee täyttää tutkimukselliselle toiminnalle asetetut eettiset vaatimukset ja lupahakemukseen tulee liittää eettisyyden ja luotettavuuden arviointi. Eettisen arvioinnin voi sisällyttää myös itse opinnäytetyösuunnitelmaan. Lisäksi opinnäytetyösuunnitelmaan tulee Vantaan kaupungin ohjeen mukaan sisällyttää vaiheittainen aikataulu. (Vantaan kaupunki 2020b, 2, 5–6.)

Koska opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä kahden eri organisaation kanssa, tuli sille hakea tutkimusluvut molemmista organisaatioista. Tutkimuslupakäytänteissä oli organisaatioiden välillä eroja, joten hakemuksissa jouduttiin tarkastelemaan molempien organisaatioiden vaatimuksia. Tutkimuslupahakemukset laitettiin organisaatioihin yhtä aikaa ja hakuprosessille varattiin riittävästi aikaa. 21.5.2021 HUS myönsi opinnäytetyölle tutkimusluvan ajalle 21.5.2021-31.12.2021. Vantaan kaupunki myönsi tutkimusluvan 28.6.2021 alkaen saman vuoden loppuun saakka.

5.2 Tutkimus- ja kehittämismenetelmälliset valinnat

Tutkimuksellinen kehittämistyö tai kehittämistoiminta tarkoittaa tutkimuksellisuuden ja kehittämistoiminnan yhdistämistä tavalla, jossa pääpaino on kehittämistoiminnalla (Toikko & Rantanen 2009, 21–22). Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohdat nousevat usein organisaation kehittämis- tai muutostarpeista (Ojasalo ym. 2014, 19). Kehittämistyö tähtää uusien tuotteiden, käytäntöjen tai palveluiden luomiseen tai niiden parantamiseen (Heikkilä ym. 2008, 21; Ojasalo ym. 2014, 19; Toikko & Rantanen 2009, 16). Tämä päämäärä erottaa tutkimuksellisen kehittämistoiminnan selkeimmin tieteellisestä tutkimuksesta, jossa päämääränä on tuottaa uutta teoretietoa ilmiöistä tai asioista. Uuden tiedon tuottaminen on tärkeää myös tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa, jossa monenlaisella dokumentoinnilla, esimerkiksi työelämän hiljaisen tiedon dokumentoinnilla, on iso merkitys. (Ojasalo ym. 2014, 19–20.) Tavoitteena on siis muutoksen lisäksi tuottaa uutta ja perusteltua tietoa (Toikko & Rantanen 2009, 23) sekä jakaa tietoa eteenpäin (Ojasalo ym. 2014, 22). Vaikka kehittämistyölle pystyttäisiinkin asettamaan useita konkreettisia tavoitteita, joudutaan ne käytännössä usein rajaamaan yhteen tai kahteen. Valintaa kehittämistoimenpiteiden kohdentumisesta kyseiseen tavoitteeseen tulee avata perusteluissa. (Toikko & Rantanen 2009, 57.) Tutkimuksellisuus kehittämistyössä näkyy myös analyttisenä, kriittisyytenä sekä kehittämisen järjestelmällisyytenä (Ojasalo ym. 2014, 21).

Tutkimuksellista kehittämistoimintaa voidaan toteuttaa pitkällä aikavälillä tai määriteltynä ajanjaksona, jolloin kehittämistoiminnasta käytetään nimitystä projekti eli hanke. Hankkeella on aikataulu, tavoitteet sekä tarkka suunnitelma ja päättymisajankohta. Tutkimuksellinen kehittämishanke etenee usein vaiheittain. Vaiheet voivat edetä lineaarisesti, syklisesti tai spiraalimaisesti. (Heikkilä ym. 2008, 25.) Kaikissa malleissa hanke käynnistyy kehittämistarpeen tunnistamisella. Huolellinen perehtyminen kehittämiskohteeseen teoriassa ja käytännössä on tärkeää ennen kehittämistehtävän tarkempaa määrittelyä ja rajaamista. Perehtymisen aikana keskeistä on löytää näkökulma, joka vie kehittämistyötä eteenpäin. Kehittämistyön tietoperusta, jossa on määriteltä kehittämissuunnan keskeiset käsitteet, tarjoaa näkökulman kehittämishankkeelle. Näiden vaiheiden jälkeen voidaan valita hankkeelle lähestymistapa ja menetelmät. Toimintatutkimus ja konstrukttiivinen tutkimus ovat tavallisia lähestymistapoja tutkimuksellisissa kehittämishankkeissa. (Ojasalo ym. 2014, 24–25.) Menetelmien valinnassa on oleellista valita ne keinot ja työskentelytavat, jotka parhaiten auttavat kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamista. Toteutusvaihe etenee suunnitelman mukaisesti. (Salonen ym. 2017, 55, 62). Hankkeen loppupuolella tulokset jaetaan ja koko kehittämishanke arvioidaan (Ojasalo ym. 2014, 25–26).

Eri lähestymistapojen tunteminen edistää tutkimuksellisuutta kehittämistyössä (Ojasalo ym. 2014, 36). Tämän opinnäytetyön lähestymistapana oli toimintatutkimus. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa korostaa sekä tutkitun tiedon tuottamista että käytännön muutoksen aikaansaamista. Usein muutoksen taustalla on siis käytännön ongelma, jota pyritään ratkaisemaan. Toimintatutkimuksen avulla pyritään myös ymmärtämään ilmiötä paremmin. Toimintatutkimuksellisissa kehittämishankkeissa korostuvat monimenetelmällisyys ja työntekijöiden osallistaminen sekä vuorovaikutuksen hyödyntäminen. (Ojasalo ym. 2014, 37, 58.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä sekä luoda uusi toimintamalli, joka muuttaa käytännön työtä. Toimintatutkimuksellisessa kehittämistyössä käytännön työtä tekevät henkilöt otetaan mukaan aktiivisiksi ja tietoisiksi toimijoiksi eli osaksi kehittämistyötä (Ojasalo ym. 2014, 37, 58). Henkilöstön osallistuminen kehittämistoimintaan parantaakin keskeisesti kehittämishankkeen onnistumisen mahdollisuuksia (Toikko & Rantanen 2009, 96), joten siksi opinnäytetyöhön valittiin osallisuutta ja vuorovaikutusta tukeva lähestymistapa. Osallisuutta korostavan lähestymistavan valinnalla sekä menetelmillä pyrittiin tukemaan myös yhteistyön ja molemminpuolisen ymmärryksen lisääntymistä organisaatioiden välillä.

Nykytilan ymmärrys luo pohjan kehittämistoiminnalle (Korhonen & Bergman 2019, 20). Osallistavana menetelmänä työpaja mahdollistaa kehittämistyön näkökulman laajentamisen nostamalla esiin henkilöstön ammattitaitoa ja kokemusta sekä hiljaista tietoa (Ojasalo ym. 2014, 61). Todelliset ongelmat ja toimivimmat ratkaisut löytyvät osallistamalla koko henkilöstöä yhteiseen kehittämistoimintaan (Korhonen & Bergman 2019, 21). Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan mukaisesti osallistujat ovat keskenään tasa-arvoisia riippumatta heidän asemastaan työyksiköissä. Osallistujat vastaavat omasta toiminnastaan niin itselleen kuin muillekin osallistujille. Lähestymistapaan kuuluen myös kehittäjät osallistuvat aktiivisina jäseninä ryhmän toimintaan. (Ojasalo ym. 2014, 61.) Henkilöstön näkemysten ja tiedon esiin saamiseksi on tärkeää luoda positiivinen ja luottamuksellinen vuorovaikutuksen ilmapiiri, jolloin turvataan olennaisen tiedon saaminen ja vältetään virheellisten olettamusten muodostuminen (Korhonen & Bergman 2019, 20–21).

Tässä opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä työpajaa, jossa opinnäytetyön tekijät toimivat ohjaajina. Työpaja on menetelmä, jossa vuorovaikutuksellisin keinoin ja menetelmin pyritään osallistujien yhteistoimintaan. Toiminnan ja keskustelun avulla jaetaan tietoa, ajatuksia, ideoita, mielipiteitä ja näkemyksiä. (Salonen ym. 2017, 63.) Oleellista on, että työpajoihin osallistuvat tuottavat sisältöä ja ryhmän ohjaaja eli fasilitaattori kannustaa sekä rohkaisee ryhmää. Ohjaajalta vaaditaan neutraaliutta ja kykyä ohjata keskustelua. Osallistujille on

tärkeää luoda tunne siitä, että heillä on aito vaikuttamisen mahdollisuus kehittämistyöhön. Osallistavaa menetelmää ei tule käyttää jo ennalta päätettyjen mallien tai muutosten jalokauttamiseksi tai työntekijöiden sitouttamiseksi muutokseen. Suunnitteluvaiheessa erilaisiin työkaluihin on perehdyttävä huolella. Ohjaajan on kyettävä vaihtamaan ketterästi työkalua, mikäli keskustelu ja ideointi ajautuisi väärään suuntaan. (Kantojärvi 2012, 8–11, 30.)

Aivoriihi on menetelmä tai työkalu luovaan ongelmanratkaisuun. Ideaalitulanteessa aivoriihiyöskentelyssä ryhmän koko on 5–11 henkilöä. Aivoriihen tavoitteena on turvallisessa ympäristössä kehittää mahdollisimman paljon luovia ideoita osallistamalla kaikkia ryhmän jäseniä. Ideoinnin runsauden ohella aivoriihiyöskentely mahdollistaa uusien ideoiden syntyneen toisten ideoinnin pohjalta. Tarkasteltavaan asiaan voidaan oppia myös uusia lähestymistapoja. (Salonen ym. 2017, 83.) Tämän opinnäytetyön työpajoissa hyödynnettiin aivoriihiyöskentelyä.

5.3 Työpajojen toteutus

Tässä opinnäytetyössä järjestettiin suunnitelman mukaisesti kolme erillistä työpajaa, joiden avulla teorian tiedon rinnalle saatiin käytännön tietoa toimintamallin luomista varten. Työpajoihin kutsuttiin työntekijöitä molemmista organisaatioista. Saatekirje (liite 1) lähetettiin yksiköiden esimiehille, jotka lähettivät kutsun edelleen työntekijöilleen. Tällä vältettiin tarvetta kerätä henkilötietoja tai muodostaa osallistujista rekisteriä. Pandemiasta johtuvien rajoitteiden takia työpajoihin osallistuvien määrää rajattiin siten, että työpajaan osallistui kerrallaan alle kymmenen henkilöä. Tällä pyrittiin turvaamaan työpajojen järjestäminen ja toisaalta minimoimaan työpajojen järjestämiseen liittyviä riskejä. Esimiehille esitettiin toive, että yksiköistä työpajoihin osallistuisi maksimissaan 3–4 henkilöä. Esimiehille esitettiin kutsujen yhteydessä myös toive, että eri työpajoihin saataisiin mahdollisuuksien mukaan samoja osallistujia. Tällä pyrittiin siihen, että prosessi olisi mahdollisimman eheä niin opinnäytetyön tekijöiden kuin osallistujienkin kannalta. Vuorotyö, lomat ja vallitseva pandemiatilanne huomioiden oli kuitenkin selvää, ettei kaikissa työpajoissa olisi välttämättä samat osallistujat. Oli myös tiedostettava, ettei yksiköistä mahdollisesti saada irrotettua osallistujia jokaiseen työpajaan.

Ensimmäinen työpaja järjestettiin suunnitelman mukaisesti 10.8.2021, toinen 18.8.2021 ja kolmas eli viimeinen työpaja 8.9.2021. COVID-19-pandemiasta huolimatta työpajat onnistuttiin järjestämään lähitapaamisina. Osallistujia oli neljästä kuuteen kerrasta riippuen. Työpajoihin osallistui yhteensä kuusi eri henkilöä, joten ryhmä pysyi pääosin samana läpi työpajojen. Työpajojen pieni osallistujamäärä rajoitti osallistavien työkalujen valintaa, mutta toisaalta tarjosi tilaa osallisuudelle ja keskustelulle. Työkaluna käytettiin pääsääntöisesti aivoriihi työskentelyä, jossa ohjaaja antoi aiheen, jonka ympärillä käytiin keskustelua melko

vapaamuotoisesti. Työpajojen sisältöjen suunnittelun lähtökohdat ja aihealueet nostettiin tämän työn tietoperustasta sekä tavoitteesta ja tarkoituksesta, jolloin jokaiselle työpajalle oli ennalta suunnitellut aiheet. Toisaalta keskustelua ei rajattu liiaksi, jotta mahdollisia uusia asioita tai ilmiöitä saatiin esiin.

Ensimmäisessä työpajassa esiteltiin lyhyesti itse opinnäytetyötä, sen tavoitetta ja tarkoitusta sekä työpajojen sisältöä. Osallistujat johdateltiin tiiviillä ja lyhyellä teoriaperustalla työn näkökulmiin tiedonkulusta ja sen merkityksestä iäkkään kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuudelle sekä potilasturvallisuudelle. Ensimmäisen työpajan tavoitteena oli saada mahdollisimman kattava kuva kotihoidon ja sairaalaan välisen tiedonkulun nykytilasta koskien kotihoidon asiakkaita. Toisena tavoitteena oli saada esiin oleellisin ja tärkein kotihoidon asiakasta koskeva tieto. Oleellisinta ja tärkeintä tietoa haettiin nimenomaan kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden näkökulmista. Kolmantena tavoitteena opinnäytetyön tekijöillä oli luoda avoin ja keskusteleva ilmapiiri, jossa osallistujat voivat jakaa näkemyksiään ja kokemuksiaan yli organisaatorajojen. Eettisistä syistä työpajoihin osallistuneet työntekijät eivät esitelleet itseään tai työyksiköitään (ks. 8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus).

Toisessa työpajassa ei ollut uusia osallistujia, mutta yksi ensimmäisen työpajan osallistujista ei päässyt osallistumaan työpajaan. Näin lyhyt kertaus eettisistä asioista ja edellisen kerran pohdintoista riittivät työskentelyn alustukseksi. Toisen työpajan tavoitteena oli saada aikaan pohdintaa Apotti-järjestelmän työkorviestinnän todellisista mahdollisuuksista korvata nykyisiä tiedonkulun menetelmiä. Tavoitteena oli myös saada osallistujat pohtimaan voisiko sähköinen työkorviestintä parantaa tiedonkulkua ja näin myös hoidon jatkuvuutta sekä asiakas- ja potilasturvallisuutta. Toisen työpajan alussa osallistujat pohtivat tilanteita, joissa työkorviestintää joko voidaan tai ei voida käyttää puheluiden korvaamiseen. Tämän jälkeen osallistujia ohjattiin kuvittelemaan tilannetta, jossa sähköinen työkorviestintä korvaisi täysin puhelimesta tapahtuvan tiedonkulun. Alustavan suunnitelman mukaan työkorviestinnän hyötyjä ja riskejä oli tarkoitus kartoittaa SWOT-analyysin avulla. Tästä päätettiin kuitenkin luopua ohjaajien kokemattomuuden takia. SWOT-analyysin tekeminen kahden organisaation näkökulmista vaikutti ongelmalliselta, joten työkorviestinnän hyötyjä ja riskejä päätettiin selvittää aivoriihiyöskentelyllä. Seuraavaksi työpajassa tarkasteltiin vielä kertaalleen toimintamallin käyttöönoton edellyttämiä yhdessä sovittavia asioita. Lopuksi keskusteltiin asiakasnäkökulmasta. Osallistujat pohtivat, mitä lisäarvoa työkorviestintä tuottaa kotihoidon asiakkaalle ja mikä on asiakkaan rooli henkilöstön välisessä työkorviestinnässä.

Ennen viimeistä työpajaa opinnäytetyön tekijät laativat tiedonkulun toimintamallista ehdotuksen, joka sisälsi luonnokset työkorviestintää ohjaavasta taskukortista, työnkulusta sekä huomioitavista asioista. Nykytilan pohjalta luotiin toimintamallille tavoitteet. Kolmannen työpajan tavoitteena oli saada toimintamallista kommentteja, joiden perusteella opinnäytetyön tekijät voisivat vielä tehdä siihen parannuksia ja korjauksia. Kolmannessa eli viimeisessä työpajassa oli yksi uusi osallistuja, joten aiempien työpajojen aiheita ja työpajojen ohjeita käytiin alkuun lyhyesti läpi. Tämän jälkeen ohjaajat esittelivät ehdotuksen tiedonkulun toimintamallista. Osallistujia pyydettiin pohtimaan myös hyvän työkorviestin ominaisuuksia ja kirjaamaan niitä ylös lapuille. Työpajan lopussa osallistujille esiteltiin toimintamallin tavoitteet ja heitä pyydettiin arvioimaan, onko toimintamallilla mahdollisuutta päästä tavoitteisiin. Lopuksi opinnäytetyön tekijät muistivat osallistujia pienellä kiitoksella.

5.4 Aineiston keruu ja analysointi

Toimintatutkimuksessa aineistoa kerätään samoilla menetelmillä kuin muissakin laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisten menetelmien lisäksi voidaan käyttää myös määrällisiä menetelmiä kuten esimerkiksi kyselyä. (Kananen 2014, 77.) Tämän opinnäytetyön aineisto muodostui työpajoissa. Aineisto on aivoriihityöskentelyn tuloksena syntynyttä keskustelua. Aineisto syntyi siis työpajoissa osallistujien tuottamana tietona ja kokemuksena tiedonkulun nykytilasta sekä ideointina tiedonkulun parantamiseksi mallin luomista varten. Analysoitava aineisto tiivistettiin PowerPoint-dioille (kuva 1).

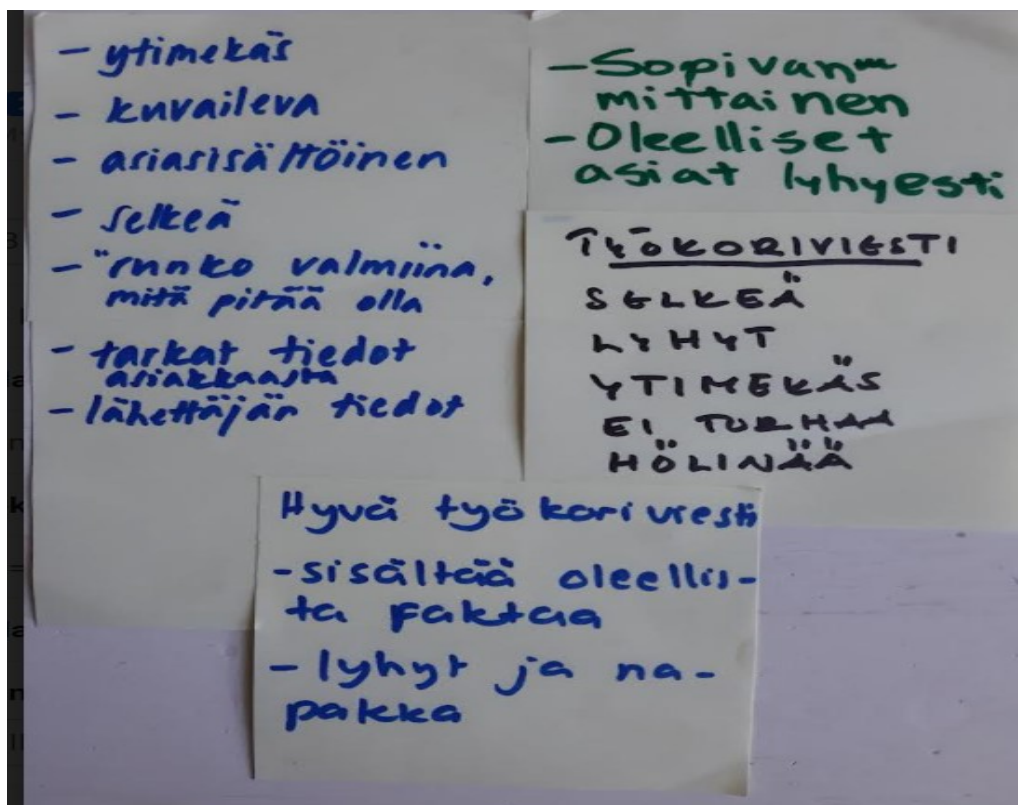
Mistä saadaan tieto, että potilas on kotihoidon asiakas / asiakas on joutunut sairaalaan?

- kotihoito saa ssu tapahtumasta viestin työkoriin (sis.kirjaus tai uloskirjaus sairaalasta)
 - kaikista potilaista ei tule kotihoidolle tätä ilmoitusta (syy ei ole tiedossa miksi aina ei näy)
- asiakas ei ole kotona
- vas reunan palkista
 - osalta puuttuu nämä tiedot vaikka on kotihoidon asiakas
- kotihoidon kansio
- lääkärin merkintä
- asiakkaalta / omaiselta
- aakun asiakas >> kotihoidon asiakas

13 LAB University of Applied Sciences

KUVA 1. Osallistujien tuottamaa tietoa PowerPoint-dialla

Ennen jokaista työpajaa opinnäytetyön tekijät valmistelivat työpajan aihealueet, joista haettiin saada tietoa. Yksi tällainen aihealue oli esimerkiksi tärkeä asiakastieto. Osallistujille esitettiin aiheisiin liittyviä tarkentavia kysymyksiä. Dioille kerätyt muistiinpanot ovat työpajoihin osallistuneiden tuottamaa aineistoa, jota toinen työpajan ohjaaja kirjasi ylös reaaliaikaisesti läpi työpajojen. Kaikkien esiin tulleiden asioiden pääkohdat pyrittiin kirjaamaan ylös. PowerPoint-diat heijastettiin reaaliaikaisesti osallistujien nähtäville ja heitä ohjattiin herkästi korjaamaan, mikäli kirjaaja oli ymmärtänyt jonkin asian väärin tai mikäli heillä oli täsmennettävää kirjaukseen. Kolmannessa työpajassa osallistujia pyydettiin miettimään esimerkiksi hyvän työkoriviestin tärkeimpiä ominaisuuksia ja kirjaamaan niitä ylös. Jokainen osallistuja kirjasi nämä omalle lapulleen. Näin aineistoa muodostui myös muistilapuille tehdyistä osallistujien merkinnöistä (kuva 2).



KUVA 2. Aineistoa muistilapuilla

Aineiston analysoiminen voi tarkoittaa hieman eri asiaa tutkijasta riippuen. Se voi olla aineiston järjestelyä, muokkaamista ja tiivistämistä, tai joidenkin tutkijoiden mukaan analy-

sointia on vasta vaihe, jossa tehdään tulkintoja analysoitavasta aineistosta. Aineiston muokkaamiseen on käytössä erilaisia menetelmiä, kuten litterointi, luokittelu ja teemoittelu. (Kananen 2014, 105.) Tässä opinnäytetyössä aineiston järjestelemisessä käytettiin teemoittelua. Teemoittelu on perusmenetelmä, jossa laadullisesta aineistosta nostetaan keskeisiä aiheita eli teemoja. Analysointi sisältää teemojen nostoa, ryhmittelyä sekä niiden yksityiskohtaisempaa tarkastelua. (Jyväskylän yliopisto 2016.) Kuvassa 3 näkyy työpajoissa muodostunutta aineistoa ennen teemoittelua.

Mitä käytännön ongelmia tiedonkulussa on?

- kotiutuksen yhteydenoton ajankohta liian myöhäinen tai muuten hankala
- tieto kotiutuksesta ei saavuta kotihoitoa
- puhelimitse ei saada yhteyttä
- oikeiden yhteystietojen löytäminen
- ei tunneta toisen organisaation toimintatapoja (toiveet ja tarpeet esim. kotiutuksen aikatauluun liittyen)
- puutteelliset tiedot soittopyynnössä esim. ei tietoa soittajan nimestä.
- pelko / epävarmuus tuleeko kukaan käymään asiakkaan luona
- asiakas ei ole saanut tarvitsemaansa käyntiä (esim. lääkkeet / ateria jää saamatta)
- lääkevirheet
- omaisten tyytymättömyys kun tieto kotiutuksesta ei ole saavuttanut heitä / kotihoitoa

KUVA 3. Aineistoa ennen analysointia ja teemoittelua

Analysoinnissa aineistoa järjesteltiin ja ryhmiteltiin nostamalla keskeisiä teemoja ja tarkastelemalla niitä tarkemmin. Ensin nimettiin pääteemat ja sen jälkeen niiden alateemat. Esimerkiksi tiedonkulkuun liittyvät ongelmat analysoitiin ja teemoitettiin pääteemaan tiedonkulun ongelmat ja sen kolmeen alateemaan, jotka ovat tiedon sisältö, yhteistyö ja tavoitettavuus. Kuvassa 4 on nähtävissä, kuinka aineiston analysointia on tehty jakamalla tietyn tyyppisiä ongelmia eri väreihin. Tässä esimerkissä vihreät ongelmat ovat tiedon sisältöön liittyviä ongelmia, punaiset ovat yhteistyöhön liittyviä ongelmia ja siniset ovat tavoitettavuuteen liittyviä ongelmia. Aineiston analyysin yhteydessä turkoosilla merkittiin tekijät, jotka eivät

olleet varsinaisia ongelmia vaan pikemminkin niistä aiheutuvia seurauksia. Näin teemoittamalla aineistosta luotiin jäsennettyjä aihekokonaisuuksia eli pääteemoja ja niiden alateemoja. Nämä teemat toimivat runkona työpajojen tulosten esittelylle.

Mitä käytännön ongelmia tiedonkulussa on?

- kotiutuksen yhteydenoton ajankohta liian myöhäinen tai muuten hankala
- tieto kotiutuksesta ei saavuta kotihoitoa
- puhelimitse ei saada yhteyttä
- oikeiden yhteystietojen löytäminen
- ei tunneta toisen organisaation toimintatapoja (toiveet ja tarpeet esim. kotiutuksen aikatauluun liittyen)
- puutteelliset tiedot soittopyynnössä esim. ei tietoa soittajan nimestä.
- pelko / epävarmuus tuleeko kukaan käymään asiakkaan luona
- asiakas ei ole saanut tarvitsemaansa käyntiä (esim. lääkkeet / ateria jää saamatta)
- lääkevirheet
- omaisten tyytymättömyys kun tieto kotiutuksesta ei ole saavuttanut heitä / kotihoitoa

KUVA 4. Aineistoa analysoinnin ja teemoittelun jälkeen

Aineiston tulkitsemisessä voidaan käyttää deduktiivista tai induktiivista tapaa. Deduktiossa aineistosta pyritään löytämään vahvistusta aiemmille teorioille. Laadullisessa tutkimuksessa deduktio tarkoittaa hyvää esiyymmärrystä teorian tiedosta sekä teorian tiedosta nousevien teemojen käyttöä tulkinnan apuna. Induktio tarkoittaa täysin uuden ajattelun ja tulkinnan luomista ilman ennako-oletuksia. (Kananen 2014, 110.) Tässä opinnäytetyössä aineistoa tulkittiin deduktiivisesti eli teorian tietoon nojautuen, kuitenkin jättäen aineiston tulkinnassa tilaa uusille ilmiöille.

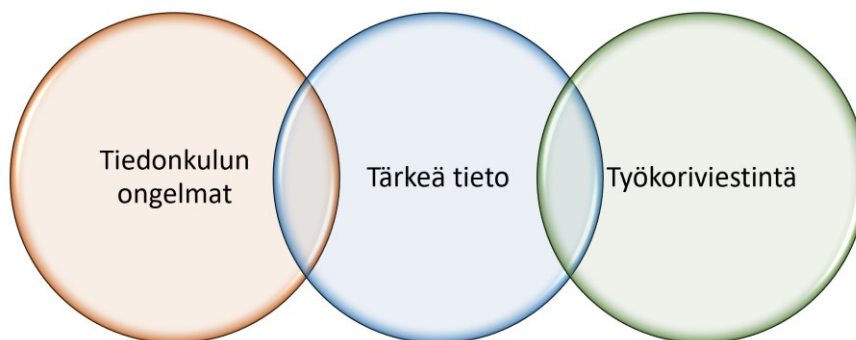
Seuraavassa luvussa esitellään työpajojen tulokset. Alussa kuvataan lyhyesti aineiston pohjalta tiedonkulun nykytilaa. Tämän jälkeen työpajojen tulokset esitellään kolmeen pääteemaan teemoitettuna. Jokaisen pääteeman tulokset esitellään omassa alaluvussaan. Pääteemoihin liittyvät alateemat esitellään kunkin pääteeman yhteydessä numeroimattomin väliotsikoin. Teemat ovat tekstissä kursivoituina havainnoinnin helpottamiseksi.

6 Työpajojen tulokset teemoittain

6.1 Tiedonkulun nykytila ja tulosten pääteemat

Työpajoissa saatu aineisto luo käsitystä kotihoidon asiakkaan tiedonkulun nykytilasta. Kotihoidon asiakkaan hoitoon liittyvä tieto erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä kulkee tällä hetkellä suullisesti, sähköisesti ja paperilla. Suullisesti tietoa saadaan asiakkaalta itseltään, läheisiltä sekä ammattilaiselta ammattilaiselle. Suullinen viestintä tapahtuu käytännössä puhelimitse. Sähköinen tieto tarkoittaa tässä aineistossa asiakas- ja potilastietojärjestelmään kirjattuja tietoja asiakkaasta. Paperiset tiedonlähteet ovat asiakkaan mukana kulkevia tulosteita asiakas- ja potilastietojärjestelmästä, kuten esimerkiksi tulosteita lääkelistasta, tai asiakkaan oma kotihoidon kotikansio. Sähköinen työkorviestintä ei aineiston mukaan ole tällä hetkellä käytössä toimijoiden välillä.

Aineisto teemoitettiin kolmeen pääteemaan. Nämä pääteemat ovat *tiedonkulun ongelmat*, *tärkeä tieto* ja *työkorviestintä* (kuvio 2). Työpajojen tulokset on esitetty pääteemoittain. Jokaisen pääteeman alateemat esitellään kunkin pääteeman yhteydessä.

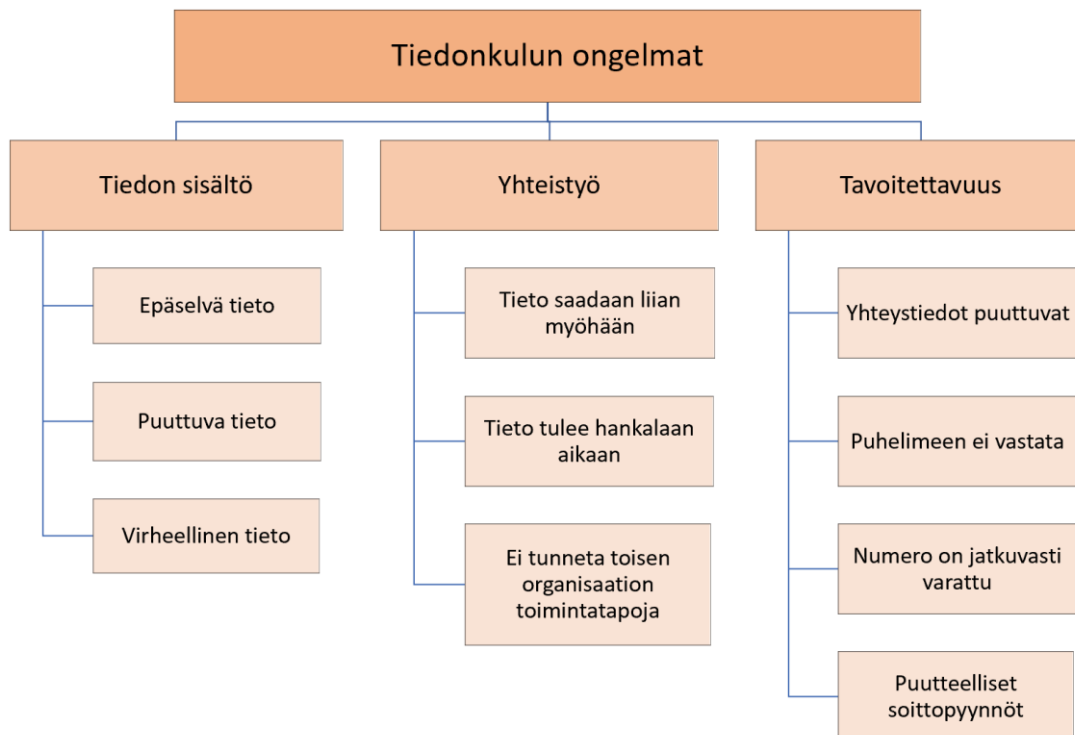


KUVIO 2. Aineiston pääteemat

6.2 Tiedonkulun ongelmat

Kotihoidon asiakkaan tiedonkulussa on ongelmia ja seurauksia, joita työpajoihin osallistujat pystyivät helposti tunnistamaan ja nimeämään. Tiedonkulun ongelmia nähtiin niin yksiköiden välillä kuin niiden sisälläkin. Myös yksiköiden ja läheisverkoston välisessä tiedonkulussa tiedostettiin olevan ongelmia.

Tiedonkulun ongelmia koskeva aineisto analysoitiin, teemoitettiin ja nimettiin. Tiedonkulun ongelmien alateemat ovat *tiedon sisältö*, *yhteistyö* ja *tavoitettavuus* (kuvio 3). Tiedonkulun ongelmien seuraukset on esitelty tiedonkulun ongelmien jälkeen.



KUVIO 3. Tiedonkulun ongelmat

Tiedon sisältö

Tiedon sisältöön liittyvät ongelmat korostuivat aineistossa. Nämä tiedon sisällölliset ongelmat jaettiin analyysivaiheessa vielä kolmeen alateemaan, jotka ovat *epäselvä*, *puuttuva* ja *virheellinen tieto*. Epäselvät, puutteelliset ja virheelliset tiedot liittyvät usein lääkehoitoon. Aineiston mukaan ajantasaista ja oikeaa tietoa lääkityksestä, lääkemuutoksista tai lääkkeiden antoajoista ei aina ole käytettävissä. Lääkehoitoon liittyvien tietojen puute on ongelma sekä sairaalassa että kotihoidossa.

Aineistosta nousivat esiin myös iäkkään toimintakykyyn liittyvät epäselvät tiedot, jolloin kotiutusvaiheessa hoidon suunnittelu kotihoidossa vaikeutuu. Raportista ei siis aina ilmene riittävästi asiakkaan sen hetkinen toimintakyky sairaalassa. Aineiston mukaan toimintaky-

kyyn liittyvät tiedot ovat myös välillä virheellisiä, jolloin hoidon suunnittelu ja toteutus kärsivät sekä sairaalassa että kotihoidossa. Virheellistä tietoa voidaan saada myös asiakkaalta itseltään. Aineiston mukaan näin voi käydä esimerkiksi muistisairaiden asiakkaiden kohdalla.

Aineiston mukaan sairaalassa ei ole aina tietoa läheisistä ja heidän rooleistaan asiakkaan arjessa, jolloin hyvin tärkeäkään tieto ei välttämättä kulje sairaalasta läheisille. Aineiston mukaan läheisiltä voi jäädä puuttumaan tieto asiakkaan joutumisesta sairaalaan tai sairaalasta kotiutumisesta. Aineiston perusteella myös kotihoidolta voi jäädä puuttumaan tieto asiakkaan kotiutumisesta. Puuttuvat tiedot voivat haitata tiedonkulkua myös yksikön sisällä. Aineiston perusteella kirjaamisessa esiintyy puutteita molemmissa organisaatioissa. Puutteelliset kirjaukset haastavat tiedonkulkua. Aineiston mukaan esimerkiksi kotiutumiseen liittyviä jo sovittuja asioita ei ole aina kirjattu riittävän selkeästi, jolloin tieto jää puuttumaan vuorojen vaihtuessa.

Yhteistyö

Tiedon sisältöön liittyvien ongelmien lisäksi aineistosta nousi organisaatioiden yhteistyöhön liittyviä ongelmia. Aineiston teemoittelussa korostui kolme tavallista ongelmatilannetta sairaalan ja kotihoidon välillä, jotka teemoitettiin kolmeen alateemaan. Nämä alateemat ovat *tieto saadaan liian myöhään, tieto tulee hankalaan aikaan sekä huono tuntemus toisen organisaation toimintatavoista*.

Aineiston perusteella yksiköiden väliseen yhteistyöhön liittyvistä ongelmista yksi keskeisin on asiakkaan kotiutumisesta ilmoittaminen liian myöhään tai muuten hankalaan aikaan. Kotihoidon toiminta perustuu suunniteltujen käyntien tekemiseen, jolloin käyntejä voi olla vaikea järjestää kovin lyhyellä varoitusajalla. Aineiston mukaan esimerkki hankalasta ajasta vastaanottaa tietoa ovat iltavuorot, jolloin kotihoidon puhelin on hoitajan mukana kotikäynneillä. Aineistosta ilmeni, ettei tämä ole ollut osastolla tiedossa. Tämä on esimerkki siitä, että huono tuntemus toisen organisaation toimintatavoista haastaa sairaalan ja kotihoidon välistä yhteistyötä. Sairaalan paikkapulan takia potilaita joudutaan joskus kotiuttamaan hyvinkin nopealla aikataululla. Tällöin tieto kotiutumisesta tulee liian myöhään kotihoidolle. Tämä toimii esimerkkinä myös huonosta tuntemuksesta liittyen toisen organisaation toimintatapoihin, koska kotihoidolla ei aineiston mukaan ollut ymmärrystä, miksi sairaala joutuu toimimaan ajoittain näin.

Tavoitettavuus

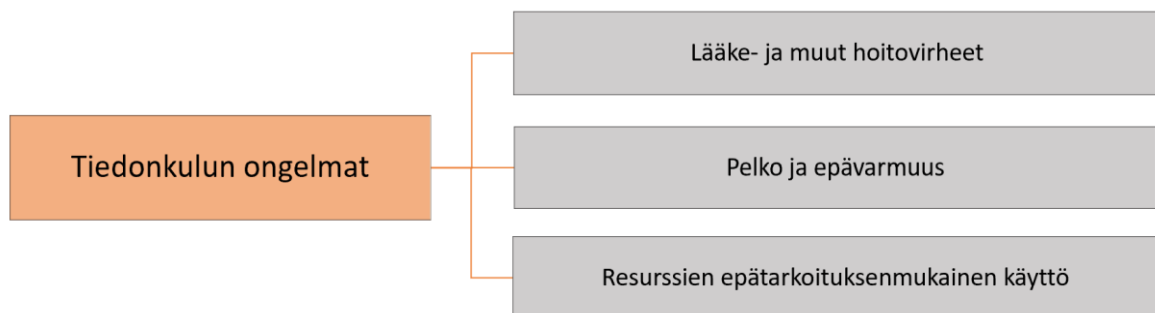
Tämän työn aineistossa korostuivat tavoitettavuuteen liittyvät ongelmat. Nämä ongelmat olivat hyvin käytännönläheisiä. Aineisto teemoitettiin neljään alateemaan. Nämä alateemat

ovat yhteystiedot puuttuvat, puhelimeen ei vastata, numero on jatkuvasti varattu sekä puutteelliset soittopyynnöt.

Aineiston mukaan sairaala ei aina löydä oikeita yhteistietoja. Potilastietojärjestelmässä on kohta, josta tulisi nähdä kotihoidon asiakkaan kotihoidon yksikkö yhteystietoineen, mutta aina näitä tietoja ei näy. Aineiston perusteella ei voida päätellä syytä tähän asiaan. Syy voi olla puutteellinen kirjaus kotihoidossa. Aineiston mukaan tavoitettavuutta heikentää myös se, että puhelimeen ei kotihoidossa vastata tai puhelin on jatkuvasti varattu. Sairaalassa hoitajalla ei ole mahdollisuutta käyttää pitkiä aikoja puhelimen ääressä. Tämä johtaa siihen, että sairaalasta jätetään kotihoidon vastaajaan soittopyyntö. Aineiston mukaan soittopyyntöihin liittyy myös tavoitettavuuden ongelmaa. Ongelmana on soittopyyntöjen puutteellisuus. Soittopyynnöissä ei ole aina riittävän tarkasti kerrottu tietoja soittajan nimestä, yksiköstä tai numerosta, johon toivotaan soitettavan takaisin.

Tiedonkulun ongelmien seuraukset

Aineisto sisälsi tiedonkulun ongelmista aiheutuvia seurauksia. Seuraukset teemoitettiin kolmeen teemaan, joita ovat asiakkaalle aiheutuneet *lääke- ja muut hoitovirheet*, *pelko ja epävarmuus* ja resurssien epätarkoituksenmukainen käyttö (kuvio 4).



KUVIO 4. Tiedonkulun ongelmien seuraukset

Tyypillisiä tiedonkulun ongelmien seurauksia ovat lääkevirheet sekä muut hoitovirheet. Aineiston mukaan tiedonkulun ongelmat ovat aiheuttaneet tilanteita, joissa asiakas ei ole saanut tarvitsemaansa kotikäyntiä. Tällöin asiakas voi jäädä ilman lääkkeitä tai ateriaa. Toisaalta tiedonkulun ongelmat voivat aiheuttaa myös resurssien epätarkoituksenmukaista käyttöä, jos todellista tietoa sairaalaan joutumista edeltävästä tai hoitojakson aikaisesta toi-

mintakyvystä ei ole käytettävissä. Aineiston mukaan joskus sairaalassa aloitetaan toimintakykyyn liittyvien tietojen puuttumisen takia tehokas kuntoutus potilaalle, joka on ollut jo vuosia kotonakin vuodepotilaana. Virheelliset ja puuttuvat tiedon asiakkaan sairaalahoidon aikaisesta toimintakyvystä aiheuttavat aineiston mukaan tarpeettomien käyntien tai riittämättömien käyntien tekemistä kotihoidossa. Nämä molemmat esimerkit kuvaavat tiedonkulun ongelmien seurauksena syntyvää resurssien epätarkoituksenmukaista käyttöä. Aineiston mukaan yksikön sisäiset tiedonkulun ongelmat aiheuttavat lisätyötä ja selvittelyä. Näissä tilanteissa sovittuja asioita ei ole kirjattu, jolloin seuraavassa vuorossa selvitetään samoja asioita uudelleen. Tiedonkulun ongelmien seurauksena aiheutuu myös pelkoa ja epävarmuutta, vaikka varsinaisilta virheiltä vältyttäisiin. Aineiston mukaan pelko ja epävarmuus hoidon jatkuvuudesta voivat koskettaa niin asiakasta, läheistä kuin hoitohenkilöstöäkin.

6.3 Tärkeä tieto

Tietoon liittyvien ongelmien lisäksi aineistoa kerättiin tiedon sisällöstä. Tälle teemalle annettiin nimeksi tärkeä tieto. Tärkeä tieto on tietoa, jonka pitää kulkea organisaatioiden välillä kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden toteutumiseksi. Aineiston tärkeä tieto jäsennettiin neljään alateemaan, jotka ovat *lääkehoito*, *toimintakyky*, *läheisverkostot* ja *jatkohoito* (kuvio 5).



KUVIO 5. Tärkeä tieto

Aineiston mukaan tiedon tarve liittyi samoihin teemoihin, riippumatta siitä kumpaa organisaatiota työpajan osallistuja edusti. Näiden tiedon sisällöllisten teemojen lisäksi aineistossa korostui se, että hoitovastuun siirtyessä organisaatiolta toiselle välitettävän tiedon tulee olla ytimekästä ja keskittyä olennaiseen. Tärkeän tiedon koettiin helposti hukkuvan liian seikka-peräiseen tai laveaan raportointiin.

Lääkehoito

Aineiston perusteella lääkehoitoon liittyvät tiedot ovat keskeisiä tietoja kotihoidon asiakkaan tiedonkulussa. Aineiston lääkehoitoon liittyvä tieto analysoitiin ja teemoitettiin vielä kahteen alateemaan, jotka ovat *ajantasainen lääkitys* ja *lääkemuutokset*. Aineiston mukaan sekä sairaala että kotihoito tarvitsevat tiedot ajantasaisesta lääkityksestä, eikä asiakas- ja potilastietojärjestelmästä aina selviä varmuudella, onko jokin lääke todella ollut käytössä vai ei. Esimerkkeinä aineistosta nousivat esiin epäselvyydet käytössä olevista silmätipoista, lääkelastaareiden vaihtopäivistä sekä vaihtuva-annoksisten lääkkeiden annoksista. Järjestelmässä ei aina näy todellinen käytössä oleva annosteluohje. Esimerkiksi insuliinihoidon yhteydessä kotihoito saattaa nähdä potilastietojärjestelmässä reseptiin kirjoitetun annosteluohjeen, vaikka sairaalan lääkelistan mukaan annosteluohje olisi toisenlainen.

Aineiston mukaan tieto lääkemutoksista on tärkeää lääkitykseen liittyvää tietoa kotihoitolle, jotta kotihoito pystyy varmistamaan sen, että asiakas saa lääkkeet lääkärin määräyksen mukaan ilman taukoa myös kotiutumisen jälkeen. Aineiston perusteella haasteena lääkemutosten raportoimisessa on se, että lääkemutokset eivät erotu riittävän selkeästi järjestelmän lääketiedoista. Tiedonkulkua vaikeuttaa osaltaan se, että lääkemutoksia tehdään vielä kotiutuspäivänä juuri ennen kotiutusta. Aineistosta nousivat esiin myös kotihoidon lääkehoitoon liittyvät prosessit ja toimintatavat, joiden vuoksi ajoissa saatu tieto ajantasaisesta lääkityksestä ja lääkemutoksista on tärkeää tietoa kotihoitolle. Esimerkiksi viikonloppuisin kotihoidon on vaikeaa tai mahdotonta hankkia asiakkaalle lääkkeitä. Lääkkeet tilataan sopimusapteekista ja pikatoimituksellakin uusien lääkkeiden annosteluun tulee kotiutumisen yhteydessä välillä viivettä. Aineiston mukaan tämä on johtanut siihen, että lääkkeitä jaetaan sairaalasta varmuuden vuoksi asiakkaalle mukaan. Tarkkojen tietojen pohjalta asiakkaalle voitaisiin annostella mukaan vain sellaiset lääkkeet, joita ei ole ollut aiemmin käytössä. Toisaalta myös lääketilaus sopimusapteekkiin voitaisiin tehdä jo päivää ennen kotiutumista, jolloin lääkkeet olisivat toimitettuina asiakkaan kotiutuessa.

Toimintakyky

lääkkään toimintakykyyn liittyvä tiedon tarve korostuu aineistossa sekä sairaalan että kotihoidon näkökulmista. Analysointivaiheessa toimintakykyyn liittyvät tulokset on teemoitettu

kolmeen alateemaan, jotka ovat *toimintakyky ennen sairaalaan joutumista, toimintakyky kotiutuessa sekä kognitio*. Aineiston perusteella toimintakykyyn liittyvä tiedon tarve liittyy hyvin tavallisiin ja jokapäiväisiin asioihin, kuten liikkumiseen, apuvälineisiin, hygieniaan ja ravitsemukseen. Arviointi omatoimisuuden ja avun tarpeen välillä korostui aineistossa.

Aineiston mukaan sairaala tarvitsee tietoa iäkkään sairaalahoitoa edeltäneestä toimintakyvystä, koska se antaa suuntaviivoja hoidon suunnittelulle ja kuntoutukselle. Kotihoito taas tarvitsee tietoa asiakkaan toimintakyvystä hoitajakson lopulla, jotta hoitoa voidaan suunnitella tarkoituksenmukaisesti asiakkaan kunto ja toimintakyky huomioiden. Aineiston mukaan kotihoito suunnittelee kotiutumista seuraavien päivien kotikäynnit sairaalasta saatujen tietojen perusteella. Näiden tietojen perusteella sairaalasta kotiutuessa asiakkaan kotihoitoa saatetaan tehostaa esimerkiksi kotihoidon käynneillä tai tukipalveluilla. Ateriapalvelu on yksi esimerkki mahdollisista tukipalveluista.

Kognitioon liittyvät taustatiedot nousivat esiin aineistosta. Aineiston mukaan erityisesti sairaalan näkökulmasta tiedot asiakkaan muistista ja orientaatiosta ovat tärkeitä. Muistisairautta sairastava iäkäs voi aineiston mukaan kertoa asioitaan hoitohenkilöstölle joskus hyvinkin vakuuttavasti, mutta jälkeensä esimerkiksi läheiseltä saadaan täysin toisenlainen näkemys samasta asiasta. Kognitioon liittyvä haaste on saada oikeaa kognitioon liittyvää tietoa, koska potilaalta saatu tieto voi olla ristiriidassa omaiselta saadun tiedon kanssa.

Läheisverkostot

Kotihoidon asiakkaan läheiset ja koko läheisverkosto nousivat esiin aineistosta tärkeänä tietona. Analysoinnin tuloksena läheisverkostoon liittyvät asiat on teemoitettu kolmeen alateemaan. Nämä teemat ovat *tieto läheisistä, tieto läheisten osallisuudesta sekä tieto läheisten kanssa sovituista asioista*.

Aineiston perusteella sairaalan henkilökunta tarvitsee tietoa olemassa olevista läheisistä. Tarvitaan siis tieto niistä läheisistä, jotka ovat kotihoidon asiakkaan arjessa mukana. Tähän liittyy myös tiedon tarve yhteystiedoista. Aineiston mukaan nämä asiat ovat tärkeitä, jotta sairaalasta osataan ottaa yhteyttä oikeisiin henkilöihin. Sairaalalle tärkeää tietoa on myös näiden läheisten osallisuus asiakkaan arjessa, jotta kotiutumiseen liittyvistä yksityiskohdista ja valmisteluista saadaan sovittua. Aineiston perusteella kotihoidolle tärkeää tietoa ovat tiedot läheisten kanssa sovituista asioista. Esimerkiksi tieto siitä, että läheinen tietää kotiutumisesta on tärkeä tieto kotihoidolle. Tiedot omaisen kanssa sovituista asioista, kuten esimerkiksi kaupassa käyminen tai sairaalasta kotiin saattaminen ovat tärkeitä tietoja kotihoidolle.

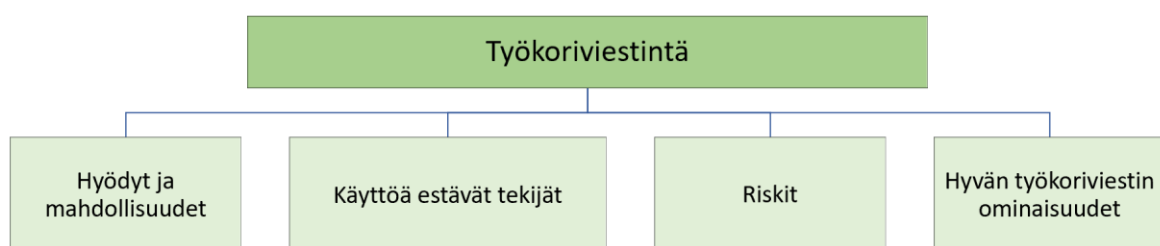
Jatkohoito

Jatkohoitoon liittyvä aineisto teemoitettiin kolmeen alateemaan, jotka ovat *määräykset, hoito-ohjeet ja hoitovastuun siirtyminen*. Aineiston perusteella lääkärin määräykset ovat tärkeää tietoa. Ilman tietoa määräyksiä pitää jälkikäteen etsiä asiakas- ja potilastietojärjestelmästä lääkärin loppulausunnosta. Jatkohoitoon liittyviä määräyksiä ovat esimerkiksi määräykset verikokeista, tutkimuksista tai verenpaine seurannasta. Hoito-ohjeista esimerkkinä aineistosta nousivat esiin haavanhoito-ohjeet.

Aineiston perusteella iäkkäiden, hauraiden ja usein yksinasuvien kotiutumistilanteet herättävät huolta ja epävarmuutta hoitohenkilöstössä. Huolta aiheuttaa esimerkiksi se, onko hoitovastuu varmuudella otettu kotihoitoon ja saako asiakas tarvitsemansa kotikäynnit. Kotiutumistilanteissa tarvitaan aineiston mukaan selkeä kuittaus siitä, että hoitovastuu on siirtynyt ja otettu vastaan toisessa organisaatiossa.

6.4 Työkorviestintä

Työkorviestintään liittyvää aineistoa oli runsaasti. Aineisto analysoitiin ja teemoitettiin neljään alateemaan. Nämä alateemat ovat *hyödyt ja mahdollisuudet, käyttöä estävät tekijät, riskit ja hyvän työkorviestinnän ominaisuudet* (kuvio 6). Työkorviestinnän hyötyjä ja mahdollisuuksia, estäviä tekijöitä ja riskejä arvioitaessa työpajan osallistujia ohjattiin vertaamaan työkorviestintää puhelimitse tapahtuvaan viestintään ja tiedonkulkuun.

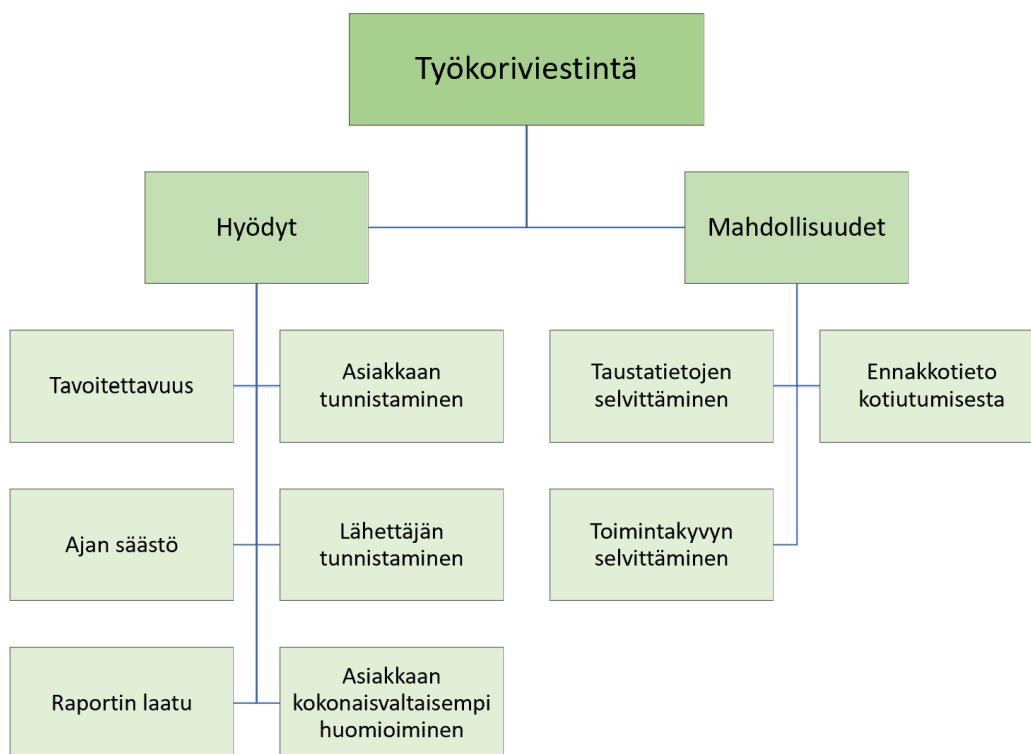


KUVIO 6. Työkorviestinnän alateemat

Työkorviestinnän hyötyjä analysoitaessa havaittiin, mahdollisilla hyödyillä voidaan parantaa joitakin olemassa olevia tiedonkulun ongelmia. Työpajan osallistujia pyydettiin myös nimeämään tilanteita, joissa tiedonkulkua ei voida toteuttaa työkorviestinnän kautta. Aineiston mukaan näihin tilanteisiin liittyy riskejä, joita on teemoitettu alempana.

Hyödyt ja mahdollisuudet

Työkorviestinnän hyödyt ja mahdollisuudet analysoitiin ja teemoitettiin yhdeksään alateemaan (kuvio 7). Näistä hyötyjen alateemoja ovat *tavoitettavuus*, *ajan säästö*, *raportin laatu*, *asiakkaan tunnistaminen*, *lähettäjän tunnistaminen* ja *asiakkaan kokonaisvaltaisempi huomioiminen*. Mahdollisuuksien alateemoja ovat *taustatietojen selvittäminen*, *toimintakyvyn selvittäminen* ja *ennakkotieto kotiutumisesta*. Työkorviestinnän hyötyjä käsittävän aineiston mukaan työkorviestintä voisi helpottaa tavoitettavuutta, koska toisen organisaation henkilöstöä ei tarvitse toistuvasti yrittää tavoittaa puhelimitse. Myös ajan säästyminen molemmissa organisaatioissa nousi esiin aineistossa. Työkorviestintä kirjoittaminen koettiin puhelinsoittoa nopeammaksi keinoksi. Tämä korostuu aineiston mukaan erityisesti tilanteissa, joissa puhelimitse ei heti tavoiteta oikeaa henkilöä.



KUVIO 7. Työkorviestinnän hyödyt ja mahdollisuudet

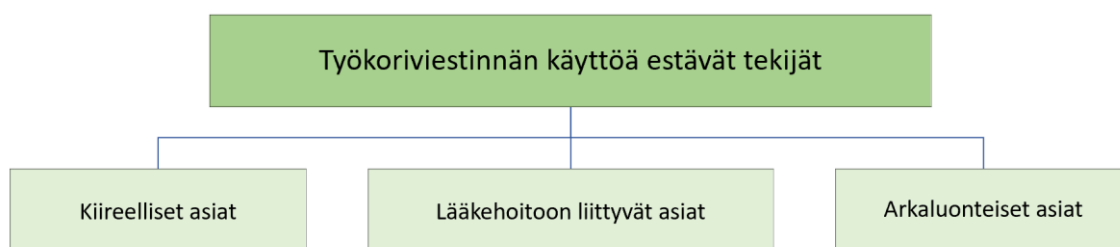
Aineisto sisälsi mahdollisia hyötyjä raportin laatuun liittyen. Kirjallinen raportointi on usein selkeämpää kuin puhelimesa tapahtuva sanallinen viestintä. Aineiston perusteella kirjoj-

tettuun viestiin valmistaudutaan todennäköisesti paremmin kuin soittoon, jolloin itse tietosällön laatu voisi parantua ja sitä kautta vaikutukset voisivat johtaa myös hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden parantumiseen. Aineiston mukaan työkorviestinnän avulla asiakas voisi tulla huomioiduksi kokonaisvaltaisemmin, koska kynnys tiedon kysymiseen ja vastaanottamiseen on matalampi. Kirjoitettu viesti voi olla myös puhelua turvallisempi vaihtoehto erityisesti silloin, kun ammattilaisten kielitaidoissa on puutteita. Viesti tarjoaa myös helpon tavan tarkentaviin kysymyksiin, joita ei välttämättä tule puhelun aikana esiin. Työkorviestintä voisi aineiston perusteella parantaa myös tunnistamista, koska asiakas liitetään suoraan työkorviestiin Apotti-järjestelmässä. Ammatillaisen tunnistaminen voisi myös helpottaa, koska lähettäjän nimi ja yksikkö näkyvät työkorviestissä automaattisesti.

Työpajoissa kartoitettiin myös työkorviestinnän mahdollisuuksia. Mahdollisuuksia selvitetiin kysymyksellä, missä tilanteissa työkorviestiä voidaan käyttää tiedonkulun välineenä. Aineiston perusteella työkorviestinä voisi laittaa kotiutukseen liittyvää ennakkotietoa, joka auttaa kotihoitoa valmistautumaan hoitovastuun siirtymiseen. Myös kiireettömät taustatietoihin tai toimintakykyyn liittyvät kysymykset voitaisiin hyvin kysyä sekä vastata työkorviestinnän avulla.

Käyttöä estävät tekijät

Työpajoissa kartoitettiin tilanteita, joissa työkorviestintää ei tulisi käyttää yksiköiden välisessä tiedonkulussa. Tämä aineisto analysoitiin ja teemoitettiin kolmeen alateemaan, joita ovat *kiireelliset asiat*, *lääkehoitoon liittyvät asiat* sekä *arkaluonteiset asiat* (kuvio 8).



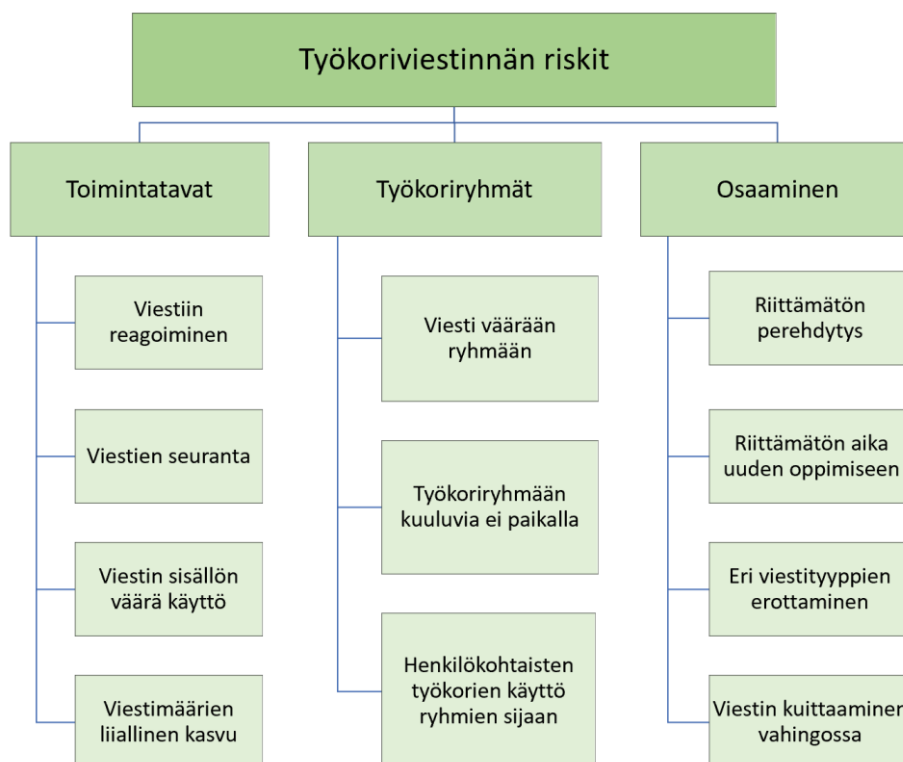
KUVIO 8. Työkorviestinnän käyttöä estävät tekijät

Kiireellinen asia on aineiston mukaan esimerkiksi asiakkaan kotiutuminen lyhyellä varoitusajalla. Kiireellisessä tilanteessa tieto tarvitaan tai halutaan viestiä eteenpäin nopeasti. Aineiston mukaan myös lääkehoitoon liittyvää tietoa on parempi siirtää puhelimella kuin työ-

koriviestillä, jotta väärinymmärryksiltä vältytään. Aineistosta nousivat esiin myös arkaluonteiset asiat, joita ei tulisi viestiä työkoriviestillä. Arkaluonteiset asiat ovat aineiston mukaan sellaisia, jotka koetaan tärkeäksi välittää eteenpäin, mutta joita ei voida kirjata asiakkaan potilaskertomukseen. Tämän kaltainen asia voi olla esimerkiksi asiakkaan läheisen terveyteen liittyvä tieto, joka vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen tai hoidon järjestelyihin. Vaikka työkoriviestit eivät tallennu asiakkaan sairaskertomukseen, niin aineiston mukaan työkoriviestiin voidaan kirjata vain sellaista tietoa, joka voitaisiin kirjata myös asiakkaan sairaskertomusmerkintöihin.

Riskit

Työkoriviestintään liittyvistä riskeistä koostuva aineisto analysoitiin ja teemoitettiin kolmeen alateemaan. Nämä alateemat ovat *toimintatavat*, *työkoriryhmät* sekä *osaaminen* (kuvio 9). Työkoriviestinnän riskit ovat tämän työn kannalta keskeisiä ja osa riskien hallintaa, joten aineiston runsauden vuoksi nämä alateemat teemoitettiin vielä kertaalleen.



KUVIO 9. Työkoriviestinnän riskit

Aineistosta nousi useita toimintatapoihin liittyviä riskejä. Toimintatapoihin liittyvien riskien alateemat ovat *viestiin reagoiminen*, *viestien seuranta*, *viestin sisällön väärä käyttö* sekä *viestimäärien liiallinen kasvu*. Aineiston perusteella riskinä on, että viestiin ei reagoida riittävän nopeasti, jolloin kotiutuvan asiakkaan kotikäyntejä ei ehditä järjestelemään ja kotiutumisen mahdollisesti siirtyy. On myös riski, että työkororia ei seurata riittävästi tai viestiä ei huomata, jolloin tietoa siis vastaanotetaan viiveellä. Aineiston mukaan arkaluonteisten asioiden viestiminen työkorilla luo riskin siihen, että toinen ammattilainen kopioi työkoriviestin sisältöä sairaskertomusmerkintään, vaikkei se olekaan ohjeiden mukaista. Riski viestimäärien kohtuuttomaan lisääntymiseen nähtiin aineiston mukaan myös mahdollisena. Erityisesti lääkehoitoon liittyvän viestittelyn pitkittyminen nousi esiin aineistosta.

Työkoriryhmiin liittyvät riskit ovat *viesti väärään ryhmään*, *työkoriryhmään kuuluvia ei ole paikalla* ja *henkilökohtaisten työkorien käyttö ryhmien sijaan*. Viestin lähettäminen väärään ryhmään on aineiston mukaan riski. Aineiston perusteella on myös riski siihen, ettei kukaan työkoriryhmän jäsenistä ole työvuorossa. Tällöin kukaan ei reagoi viestiin kyseisen vuoron aikana. Riskinä on myös se, että työkoriviesti tai vastaus lähetetään ryhmän sijaan vain yksittäiselle vastaanottajalle, jolloin tärkeä tieto saavuttaa vain yhden vastaanottajan. Tällöinkin on riski siihen, että kyseinen työntekijä ei ole paikalla ja viesti ei tällöin tavoita ketään.

Osaamiseen liittyvät riskit ovat *riittämätön perehdytys*, *riittämätön aika uuden oppimiseen*, *eri viestityyppien erottaminen* ja *viestin kuittaaminen vahingossa*. Riittämätön perehdytys koko tiedonkulun toimintamalliin ja työkoritoiminnallisuuteen on selkeä riski. Uuden opetteluun tarvitaan aineiston mukaan aikaa ja resurssia. Työkorin viestityyppien eli C- ja P-viestien erojen tunnistaminen vaatii osaamista ja ymmärrystä riskien välttämiseksi. Apotin työkorin P-ryhmien viesteihin liittyy ominaisuus, joka vaikeuttaa uuden viestin havainnointia. Tämä ominaisuus tekee sen, että viesti muuttuu kaikilla ryhmän jäsenillä luetun näköiseksi, kun ensimmäinen avaa viestin. Aineiston mukaan P-viestiin liittyy myös riski siitä, että viestejä kuitataan vahingossa valmiiksi. Riski liittyy siihen, että kuittauksen jälkeen viesti häviää kaikilta ryhmän jäseniltä, vaikkei kuittaava olisikaan ottanut asiaa hoitaakseen. Tämä riski liittyy siis ymmärtämättömyyteen työkorin toimintaan liittyen. Aineiston mukaan vahingossa kuittaamisen riski liittyy myös työkorin käyttöön älylaitteilla Apotin Rover-sovelluksessa.

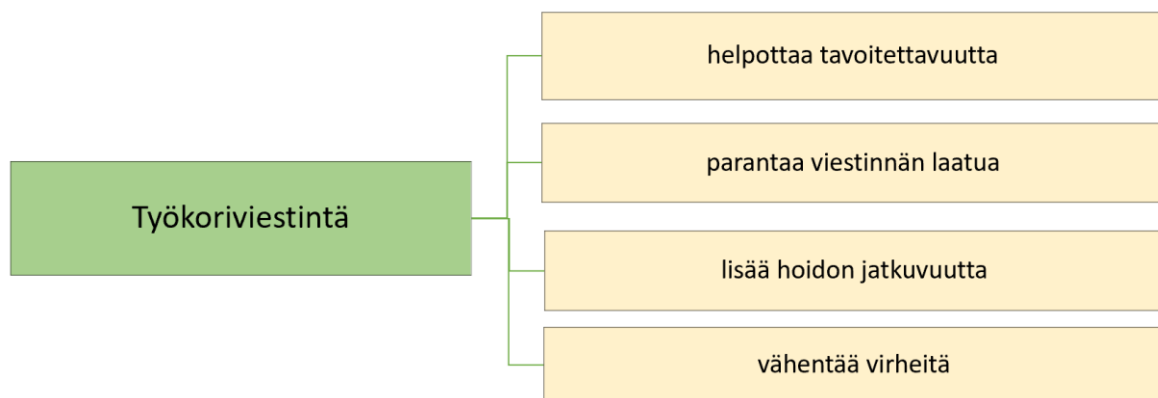
Hyvän työkoriviestin ominaisuudet

Työpajoissa syntyi aineistoa hyvän työkoriviestin ominaisuuksista. Aineistoa syntyi kaikissa työpajoissa epäsuorasti, mutta kolmannessa työpajassa aineistoa kerättiin vielä kysymällä suoraan hyvän työkoriviestin ominaisuuksia. Aineistosta nousi eniten viestin laajuuteen liittyviä määritelmiä, joita olivat *"lyhyt ja napakka"*, *"ei turhaa hölinää"*, *"ytimekäs"*, *"oleelliset asiat lyhyesti"* ja *"sopivan mittainen"*.

Aineistossa korostuivat myös viestin sisältöön liittyvät ominaisuudet. Hyvä työkoriviesti on sisällöllisesti ”kuvaileva”, ”asiasisältöinen”, ”selkeä” ja se pitää sisällään ”oleellista faktaa” sekä ”tarkat tiedot asiakkaasta”. Aineistosta nousi eri yhteyksissä selkeä tarve viestin kirjoittamista ohjaavalle rungolle. Hyvä työkoriviesti on siis laadittu ennalta sovitun ja viestin kirjoittajaa ohjaavan rungon mukaan.

6.5 Toimintamallin tavoitteet ja onnistumisen edellytykset

Viimeisen työpajan loppuosassa osallistujille esitettiin toimintamallille asetetut tavoitteet (kuvio 10), minkä jälkeen heitä pyydettiin pohtimaan ovatko tavoitteet saavutettavissa. Pohdinnan tarkoituksena oli saada osallistujat arvioimaan työkoriviestintää suhteessa toimintamallille asetettuihin tavoitteisiin. Osallistujia ohjattiin tarkastelemaan työkoriviestintää ja tavoitteita kriittisesti.



KUVIO 10. Toimintamallin tavoitteet

Aineiston mukaan toimintamallille asetetut tavoitteet ovat saavutettavissa. Työkoriviestinnän käyttö edellyttää aineiston perusteella sitä, että viestinnän pohjana on runko tai muistilista, jotta viestinnän laatu varmistetaan ja kaikki tärkeät asiat tulevat kerrotuiksi. Aineiston mukaan toimintamallin käyttöön ottaminen vaatii myös hyvän perehdytyksen, jolla tuetaan niin käyttöönoton onnistumista kuin toimintamallin tavoitteiden saavuttamista. Lisäksi aineistosta nousi esiin se, että puhelinoitojen rinnalle on hyvä saada jokin muukin viestintäkeino. Tässä opinnäytetyössä luotu tiedonkulun toimintamalli esitellään seuraavassa luvussa.

7 Kotihoidon asiakkaan tiedonkulun toimintamalli

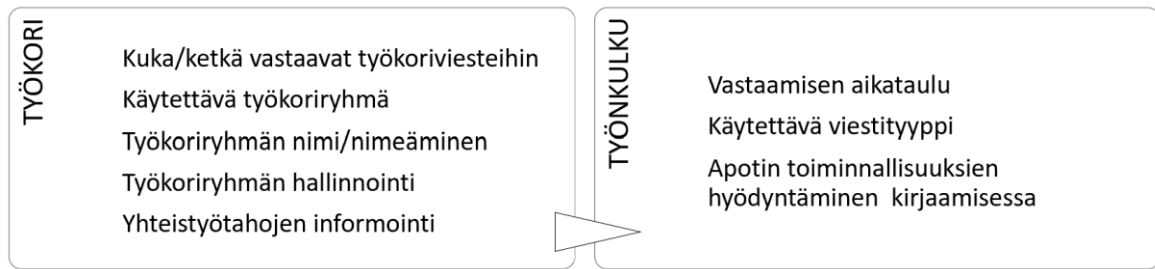
7.1 Toimintamalli

Kotihoidon asiakkaan tiedonkulun toimintamallissa osaston ja kotihoidon välistä puhelinliikennettä korvataan Apotti-järjestelmässä käytävällä työkorviestinnällä. Tiedonkulun toteuttamistavan muuttaminen puheluista sähköiseksi viestinnäksi ei onnistu ilman tukevia rakenteita, yhteisiä pelisääntöjä ja työnkulkujen avaamista. Toimintamallin käyttöönotto edellyttää valmistelevia toimenpiteitä, joihin liittyen organisaatioiden tulee tehdä päätöksiä. Nämä käyttöönottoa edeltävät toimenpiteet ovat nousseet työpajojen aineistosta ja ne esitellään luvussa 7.2. Luvussa 7.3 kuvataan laaditun työkorviestinnän työnkulku. Myös työnkulun rakentamisessa on hyödynnetty työpajojen aineistoa. Sähköiseen työkorviestintään liittyen työntekijöille on luotu taskukortti, joka toimii oppaana työkorviestin sisällöstä ja rakenteesta sekä työkorviestinnässä huomioitavista asioista. Taskukortti esitellään luvussa 7.4.

Kotihoidon asiakkaan tiedonkulun toimintamalli on opinnäytetyön tekijöiden ehdotus organisaatioiden välisen sähköisen viestinnän käyttöönottamisesta Apotin työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen. Toimintamalli on laadittu työpajoissa saadun aineiston ja teorian pohjalta niin, että se olisi mahdollisimman käytännönläheinen. Lopulliset päätökset käytöstä sekä työnkulusta ja sen sisällöstä tehdään kuitenkin kohdeorganisaatioissa.

7.2 Toimintamallin käyttöönottoa edeltävät toimenpiteet

Ennen toimintamallin käyttöönottoa yksiköissä tulee miettiä ja sopia tietyistä käytännön asioista (kuvio 11). Ensimmäisenä työkorviestintään liittyen yksiköissä tulee miettiä ketkä vastaavat osaston ja kotihoidon välisiin työkorviesteihin. Henkilön, jonka työ on hyvin liikkuvaa tai jonka työtehtävistä merkittävä osa tapahtuu potilaan vierellä, on hankalampi seurata ja vastata tuleviin työkorviesteihin kuin pääsääntöisesti päätteen äärellä työskentelevän työntekijän. Esimerkiksi osastolla luonteva valinta työkorviestien vastaanottajiksi ovat sihteerit ja kotihoidon yksiköissä vastuuvuoron apulaisosastonhoitaja tai sairaanhoitaja. He työskentelevät pääsääntöisesti työpisteellään, jolloin viive viestin saapumisesta siihen reagoimiseen on mahdollisimman lyhyt. Mietittäessä ketkä vastaavat työkorviesteihin, on hyvä kiinnittää huomioita myös henkilöiden työaikaan ja resursseihin. Saapuvien työkorviestien määrästä riippuen viesteihin vastaaminen vaatii aikaa. Niin työkorviestin laittaminen kuin niihin vastaaminen vaativat alkuun enemmän aikaa, mutta toiminnan tultua tutummaksi työkorviestintä nopeutuu ja vapauttaa puhelinviestintään kulunutta työaika. Työkorviestin etuna on myös työn keskeytysten väheneminen. Aikaa ja resursseja mietittäessä on hyvä sopia myös aikataulusta, jolla tuleviin viesteihin vastataan. Tästä aikataulusta yksiköiden tulee informoida toisiaan.



KUVIO 11. Ennen toimintamalin käyttöönottoa yksiköissä huomioitavia asioita

Toisena työkoriviestinnän keskeisenä tekijänä ovat toimivat ja tarkoituksenmukaiset työkoriryhmät. Apotti-järjestelmässä jokaisella käyttäjällä on oma henkilökohtainen työkori. Kotihoidon ja osaston välisessä tiedonkulussa ei tulisi kuitenkaan käyttää näitä henkilökohtaisia työkoriryhmiä, koska työn luonteeseen liittyen potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt vaihtelevat työvuorojen mukaan. Henkilökohtaisten työkorien rinnalle järjestelmään voidaan rakentaa erilaisiin tarpeisiin käytettäviä työkoriryhmiä, joita hyödyntämällä varmistetaan tiedonkulkua, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Luontevia työkoriryhmiä ovat esimerkiksi yksikkö- ja ammattiryhmäkohtaiset sekä tiettyyn tehtävään tai prosessiin liittyvät työkoriryhmät. Ryhmien hallinnoinnista vastaavat työyhteisöissä erikseen nimetyt henkilöt. Jokaisella työntekijällä on myös itsellään vastuu huolehtia siitä, että on aktiivisena työnkuvaansa kuuluvissa työkoriryhmissä. Keikkalaisten ja kiertävien työntekijöiden kohdalla erilaisiin työkoriryhmiin kuulumisen voi vaatia päivittäistä hallinnointia, joten sen tarkoituksenmukaisuutta tulee yksikkötasolla miettiä.

Työkoriryhmiä mietittäessä on hyvä kiinnittää huomiota myös niiden nimeämiseen. Selkeät ja kuvaavat nimet ovat lähettäjälle informatiivisia ja pienentävät siten riskiä, että viesti lähetetään väärään työkoriryhmään. Kuvaava nimi helpottaa oikean työkoriryhmän löytymistä silloin, kun vastaanottajan työkoriryhmän nimi ei ole entuudestaan lähettäjän tiedossa. Uusien työkoriryhmien nimeämisessä on hyvä huomioida jo olemassa olevat työkoriryhmät ja niiden soveltuminen tähän tarkoitukseen. Myös toimintamallin mahdollinen leviäminen on hyvä huomioida mahdollisten uusien työkoriryhmien nimeämisissä. Työkoriviestinnän laajentuessa työkoriryhmien yhdenmukainen nimeäminen läpi organisaation helpottaa oikean työkoriryhmän löytämistä ja yhteistyötahojen yhteystietojen hallintaa. Työkoriryhmistä ja niiden käyttötarkoituksista tulee informoida yhteistyötahoja. Mikäli käytössä on useampia työkoriryhmiä, tulee näiden käyttöön liittyvistä eroistakin informoida.

Yksikön sisäisen toiminnan kannalta työkoriviestinnässä on erittäin tärkeää sopia, millaisia viestityyppejä kotihoidon asiakkaaseen liittyvässä tiedonkulussa käytetään. Viestityyppi C/P vaikuttaa viestin saajien määrään, viestin itselleen merkitsemiseen ja viestin kuittaamiseen. Käytännöistä sovittaessa viestien erot tulee huomioida, sillä ne vaikuttavat yksikössä sovitaviin työkulkuihin. Eroihin liittyvät riskit tulee huomioida ja miettiä niitä suhteessa työn sujuvuuteen (ks. Riskit). Yksikön tekemästä valinnasta on tiedotettava viestien lähettäjiä, jotta he osaavat toimia yksikön toivomalla tavalla.

Apotti-järjestelmässä on kirjaamista tukevia toiminnallisuuksia, joita hyödyntämällä yksiköt voivat nopeuttaa ja yhtenäistää työkoriviestintää. Toiminnallisuuksilla voidaan tukea myös taskukortissa esitettyä työkoriviestin ohjausrunkoa. Nämä järjestelmää koskevat tekniset ratkaisut on kuitenkin rajattu tämän opinnäytetyön ulkopuolelle.

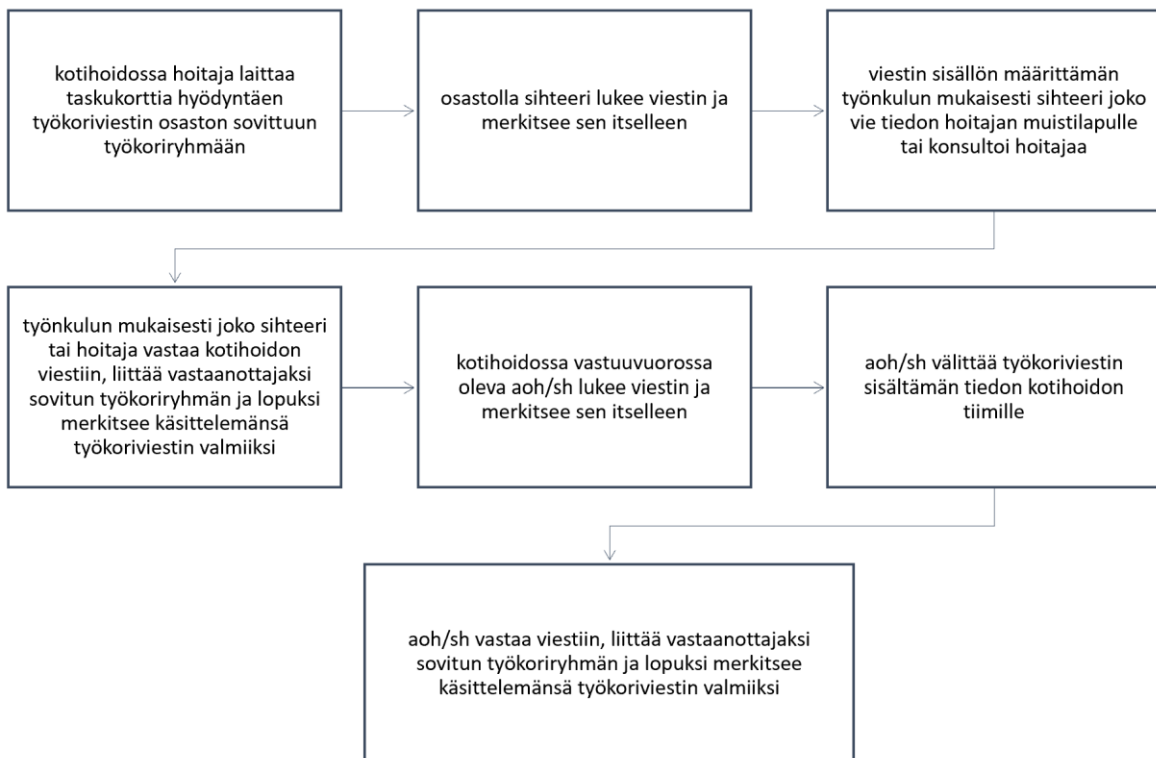
7.3 Työnkulku

Kotihoidon asiakkaaseen liittyvien työkoriviestien työnkulku riippuu vastaanottajasta, viestin sisällöstä ja käytetystä viestityypistä. Alla kuvataan työnkulku työkoriviestille, joka lähtee kotihoidosta ja saapuu osaston työkoriryhmään (kuvio 12) sekä työkoriviestille, joka lähetetään osastolta ja saapuu kotihoidon työkoriryhmään (kuvio 13). Kuvatut työkulut perustuvat P-viestin eli ryhmäviestin käyttöön.

Kotihoidon asiakkaaseen liittyvän työkoriviestin laittaa osastolla tai kotihoidossa potilaan tai asiakkaan hoitoon osallistuva hoitaja. Työkoriviestin vastaanottajaksi laitetaan ennalta sovittu työkoriryhmä ja työkoriviestin sisällön laatimisessa hyödynnetään toimintamalliin kuuluvaa taskukorttia. Työkoriviestin voi laittaa milloin tahansa viikonpäivästä ja kellonajasta riippumatta.

Osaston työkoriryhmään saapuvan työkoriviestin lukee ryhmään kuuluva osastonsihtööri arkisin klo 8–15. Pääallekkäisen työn välttämiseksi sihtööri merkitsee viestin itselleen ottaessaan sen hoidettavakseen. Näin muut työkoriryhmään kuuluvat näkevät toisen ammattihenkilön hoitavan kyseistä työkoriviestiä. Mikäli työkoriviestiin vastaaminen ei edellytä sairaanhoitajan ammattiosaamista, kirjaa sihtööri viestin keskeisen sisällön tiedoksi järjestelmään potilaan kertomukseen hoitajan muistilapulle. Muistilapulta tieto tavoittaa kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt, riippumatta siitä kuuluvatko he osaston työkoriryhmiin. Merkinnän kirjaamisen jälkeen sihtööri vastaa viestiin, jotta lähettäjä tietää viestin tavoittaneen vastaanottajan. Sihtööri vastaa viesteihin oman työaikansa puitteissa arkisin klo 8–15. Hyvin lähellä työajan päättymistä tulleisiin viesteihin sihtööri vastaa seuraavana arkipäivänä. Lopuksi sihtööri merkitsee käsittelemänsä viestin valmiiksi.

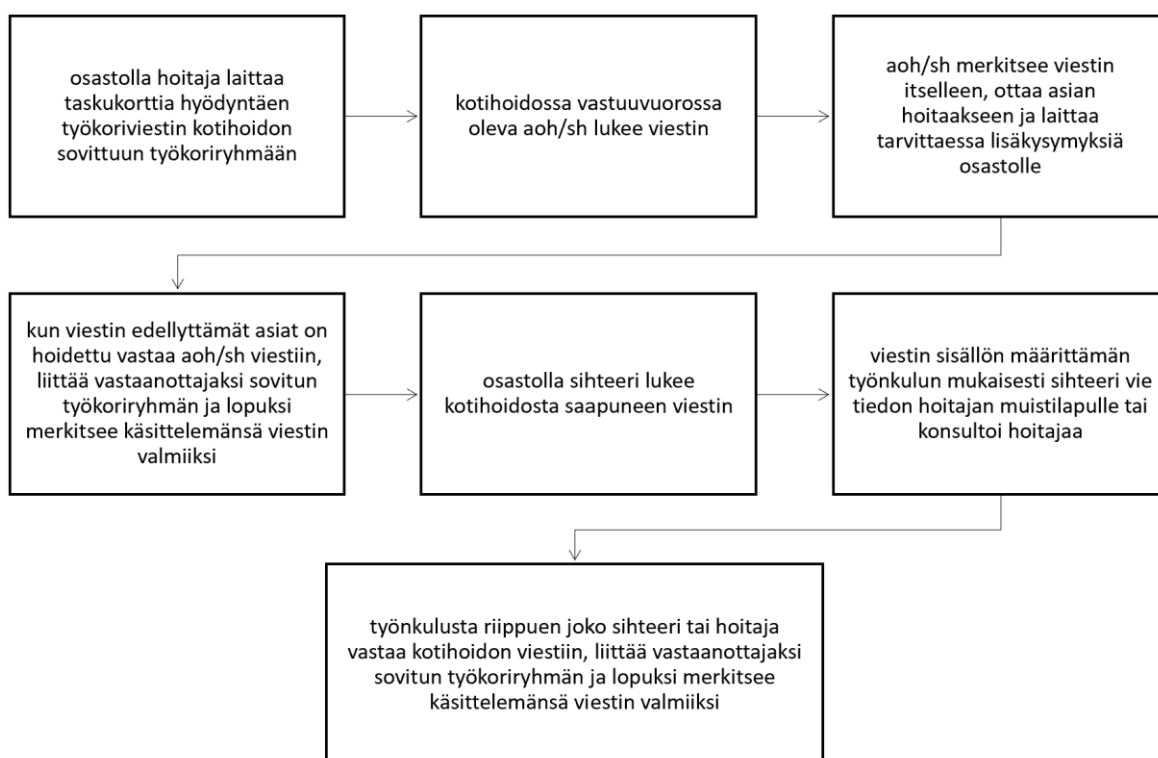
Mikäli osaston työkoriryhmään saapuvaan työkoriviestiin vastaaminen vaatii hoitajan osaamista, informoi sihteeri henkilökohtaisesti potilaan omaa hoitajaa tulleesta viestistä. Tämän jälkeen sihteeri vastaa saapuneeseen viestiin ja informoi viestin lähettäjä viestin edelleen ohjaamisesta potilasta hoitavalle hoitajalle. Vastausviestiin sihteeri liittää vastaanottajaksi myös informoimansa potilaan oman hoitajan. Viestin saanut hoitaja vastaa viestiin kyseisen työvuoron aikana ja tekee tarvittaessa viestin keskeisestä sisällöstä merkinnän järjestelmään potilaan kertomukseen hoitajan muistilapulle. Lopuksi hoitaja merkitsee käsittelemänsä viestin valmiiksi.



KUVIO 12. Työnkulku kotihoitosta osastolle laitettavalle työkoriviestille

Kotihoiton työkoriryhmään erikoissairaanhoidosta saapuvan työkoriviestin lukee vastuuvuorossa oleva apulaisosastonhoitaja tai sairaanhoitaja arkisin klo 7–14. Sekaannusten välttämiseksi vastuuvuorossa oleva työntekijä merkitsee työkoriviestin itselleen ottaessaan sen hoitaakseen. Viestiin pyritään vastaamaan aina mahdollisimman lyhyellä viiveellä. Tarvittaessa vastuuvuoron hoitaja konsultoi asiakkaan oman tiimin hoitajia, jotta hän pystyy antamaan luotettavan ja riittävän kattavan vastauksen sairaalalle esimerkiksi asiakkaan

taustatiedoista. Mikäli vastaanotettu viesti liittyy asiakkaan kotiutukseen, vastuuvuoron hoitaja suunnittelee ja järjestää kotihoidon käynnit asiakkaan tarpeen mukaisesti. Tarvittaessa vastuuvuoron hoitaja pyytää tarkentavia lisäkysymyksiä vastaamalla viestiin ja lisäämällä vastaanottajaksi sovitun työkoriryhmän. Kun asiakkaasta on saatu riittävät tiedot kotihoidon järjestämiseksi, vastuuvuoron hoitaja vastaa osaston viestiin ja vahvistaa asiakkaan kotiutumisen sovitun mukaisesti. Asiakkaan kotiutumiseen liittyvät työkoriviestit olisi tärkeää laittaa kotiutumista edeltävänä päivänä klo 14 mennessä tai viimeistään samana päivänä klo 11 mennessä Vantaan kotiutumisprosessin mukaisesti. Lopuksi vastuuvuoron hoitaja merkitsee käsittelemänsä viestin valmiiksi.



KUVIO 13. Työnkulku osastolta kotihoitoon laitettavalle työkoriviestille

Yleisesti ottaen työkoriviestinnässä tulee noudattaa periaatetta, että saapuneeseen viestiin vastataan aina. Viestiin vastaamisella vahvistetaan viestin saapuminen oikealle vastaanottajalle ja kuitataan sen sisältämä tieto tai tehtävä vastaanotetuksi. Etenkin potilaan kotiutumiseen liittyvässä työkoriviestinnässä tulee muistaa, ettei pelkkä työkoriviestin lähettäminen siirrä vastuuta. Työkoriviesti tulee laittaa kotihoitoon riittävän ajoissa ennen potilaan kotiutumista ja kotiholdolta tulee saada vahvistus tarvittavan kotihoidon järjestymisestä. Tällöin

potilaan kotiutuminen tapahtuu niin, että hoidon jatkuvuus ja potilasturvallisuus on turvattu. Molempipuolisen toiminnan sujuvoittamiseksi työkoriviesteihin vastaamista ei tule tarpeettomasti viivyttää.

7.4 Taskukortti

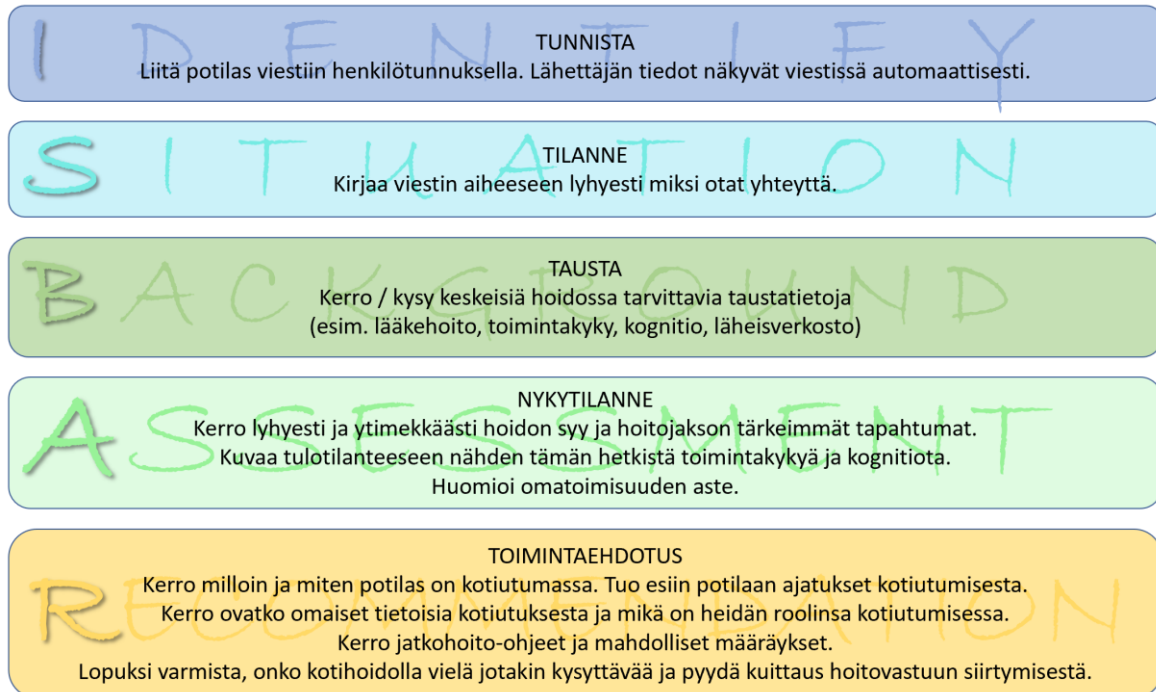
Toimintamalliin kuuluva taskukortti on suunniteltu toimimaan työkoriviestinnän tukena ja kulkemaan helposti työntekijän mukana esimerkiksi työpuvun taskussa. Taskukortti on keskeltä taitettava kortti, joka on avattuna A5 kokoinen. Taskukorttia voidaan hyödyntää myös tulosteena, joka sijoitetaan työpisteen välittömään läheisyyteen. Taskukortin kansilehdellä kuvataan hyvän työkoriviestin ominaisuudet (kuvio 14), jotka ohjaavat yleisellä tasolla viestintäkirjoittajaa (ks. esim. Yhteistyö; Hyvän työkoriviestin ominaisuudet).



KUVIO 14. Hyvän työkoriviestin ominaisuudet

Taskukortin keskiaukeamalla on työkoriviesteille laadittu ohjausrunko (kuvio 15). Ohjausrungon tarkoituksena on ohjata työkoriviestin kirjoittajaa sisällyttämään viestiin kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuuden ja potilasturvallisuuden kannalta olennaiset asiat. Sisällön vakioimiseksi ohjausrunko on rakennettu ISBAR-tarkistuslistaa mukailien (ks. WHO 2007; Suvanto ym. 2019) ja soveltaen sitä nimenomaan työkoriviestinnän kautta tapahtuvaan kotihoidon asiakkaaseen liittyvään sähköiseen tiedonkulkuun sairaalan ja kotihoidon välillä.

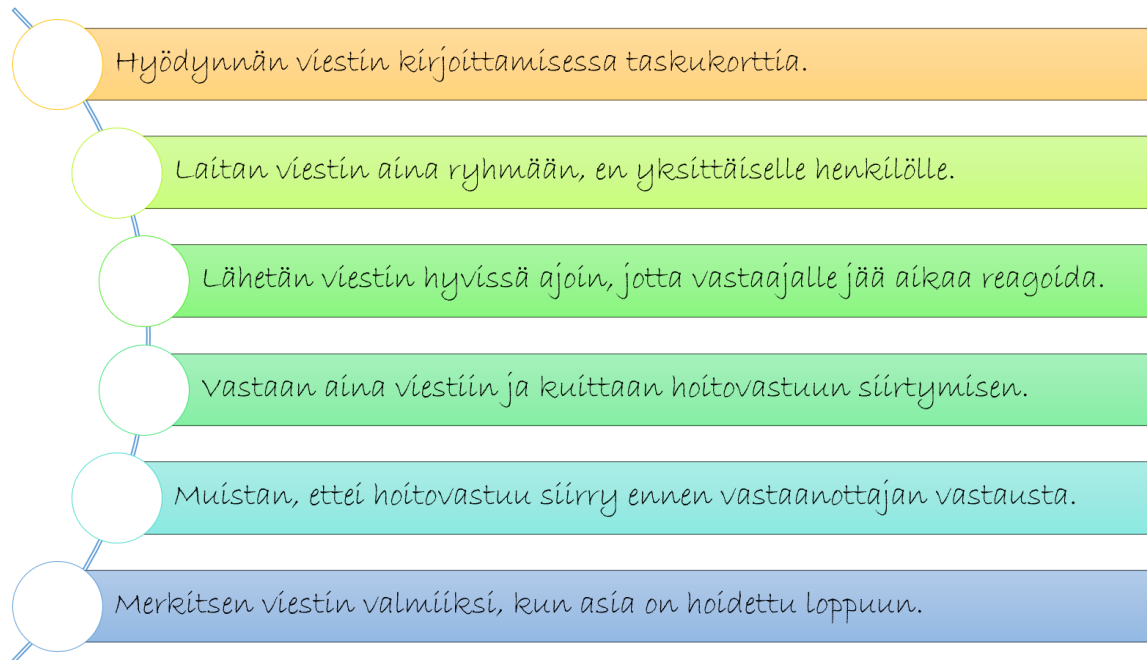
Työkorviestinnän ohjausrungon sisältö on laadittu tämän työn aineiston pohjalta (ks. 6.3 Tärkeä tieto; Hyvän työkorviestin ominaisuudet). Poikkeuksena tähän ovat potilaan omat ajatukset kotiutukseen liittyen, mikä nostettiin ohjausrunkoon aineiston ulkopuolelta. Tällä haluttiin varmistaa iäkkään kuulluksi tuleminen kotiutustilanteessa (ks. Lemetti 2020).



KUVIO 15. Työkorviestin ohjausrunko

Taskukortin takasivulla esitellään vielä työkorviestinnässä huomioitavat asiat (kuvio 16). Työkorviestinnässä huomioitavat asiat pohjautuvat aineistosta nousseisiin tiedonkulun ongelmiin ja työkorviestinnän riskeihin (ks. 6.2 Tiedonkulun ongelmat; Riskit). Työkorviestinnässä huomioitavat asiat ohjaavat työntekijöitä toimintamallin mukaiseen työkorviestinnän työnkulkuun.

Mitä minun tulee muistaa työkoriviestinnässä?



KUVIO 16. Työkoriviestinnässä huomioitavat asiat

Taskukortti tukee työkoriviestintää ja sen laatua käytännön työssä. Sähköiseen työkoriviestintään perustuvaa tiedonkulun toimintamallia ei voida ottaa käyttöön ilman organisaatioiden kesken sovittua työkoriviestinnän työnkulkua. Sovituilla työnkuluilla ja niiden käyttöön sitoutumisella vähennetään sähköiseen työkoriviestintään liittyviä riskejä. Käyttöönottoa edeltävät toimenpiteet suoritetaan organisaatioiden sisällä, eivätkä ne vaadi samalla tavoin yhteisiä päätöksiä kuin työnkuluista sopiminen. Molemmissa päätöksenteon tueksi tarvitaan kuitenkin moniammatillista yhteistyötä sekä ymmärrystä Apotti-järjestelmästä ja käytännön työstä.

8 Yhteenveto, johtopäätökset ja pohdinta

8.1 Tulosten pohdintaa

Opinnäytetyömme osoitti selvästi sen, että iäkkään kotihoidon asiakkaan hoito-organisaatioiden välille tarvitaan nykyistä enemmän yhteistyötä. Työpajoista saadun palautteen perusteella yli organisaatorajojen ulottuva yhteistyö ja kehittäminen koettiin merkitykselliseksi. Aineiston perusteella voidaan todeta, ettei yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä yksinään riitä varmistamaan kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä. Apotti-järjestelmässä näkyvyydet ovat erilaisia eri organisaatioissa, eikä tarvittavaa tietoa aina löydy. Erikoissairaanhoidossa ei pystytä näkemään esimerkiksi kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, joka tiivistää tiedot iäkkään palveluista, toimintakyvystä sekä läheisverkostosta. Kotihoidossa voidaan tarkastella lääkäreiden merkintöjä, mutta asiakkaan toimintakyvyn näkökulmasta tärkeimmät hoitotyön kirjaukset eivät kotihoidon puolella näy. Toisaalta osallistujat toivat myös esiin, ettei tieto ole aina virheetöntä, vaikka se olisikin löydettävissä tai nähtävissä.

Yhteistyötä tarvitaan niin asiakas-, yksikkö- kuin organisaatiotasollakin. Asiakastasolla yhteistyön tulisi olla tiivistä vuoropuhelua ammattilaisten välillä. Tähän työkorviestintä tarjoaa yksinkertaisen, nopean ja tietoturvallisen tavan. Yksikkö ja organisaatiotasolla on tärkeää sopia yhteisistä toimintatavoista ja pelisäännöistä, jotta työkorviestintä on toimintatapana sujuva ja turvallinen sekä täyttää laadulliset vaatimukset. Tämän lisäksi yhteinen keskustelu ja kehittäminen yli organisaatorajojen on tärkeää. Iäkkäiden ja monisairaiden hoidon ja hoitopolkujen kehittämisen kannalta on merkityksellistä, että eri yksiköiden työntekijät pääsevät vaihtamaan ajatuksia ja kehittämään yhdessä. Erilaiset työpajat ja yhteiset koulutustilaisuudet yli organisaatorajojen voisivat toimia alustana tällaiselle keskustelulle. Tämän opinnäytetyön työpajat vahvistavat käsitystä siitä, että työpajatyöskentelyllä voidaan lisätä organisaatioiden välistä ymmärrystä sekä yhteistä tahtotilaa kehittää hoitotyötä. Myös Hättönen (2020, 31) toteaa, että sairaalan ja kotihoidon välistä yhteisöllisyyttä tarvitaan enemmän ja sitä voidaan kehittää yhteisten tapaamisten kautta. Perehtyminen ja ymmärrys yhteistyökumppanin toimintaan liittyen on tärkeää myös yhteistyön kehittämisen näkökulmasta.

Aineistosta nousi myös moniammatillisen yhteistyön merkitys iäkkään asiakkaan hoidossa. Prosesseja kehitettäessä olisi tärkeää ottaa mukaan kaikki ammattiryhmät, joiden työ vaikuttaa prosessin kulkuun. Tämän opinnäytetyön työpajoissa törmättiin joihinkin tiedonkulun ongelmiin, joita ei pystytty ilman moniammatillista kehittämistä tässä mallissa ratkaisemaan. Esimerkiksi kotihoidon asiakkaan lääkehoitoon liittyä edelleen ratkaisemattomia ongelmia,

kuten puutteellinen tai myöhässä tuleva tieto kotiutumisvaiheen lääkityksestä. Samanlaisia ongelmia lääkehoidon jatkuvuuden suhteen on tunnistettu myös Hätösen (2020, 16) työssä sekä Velloksen ym. (2019, 198) katsauksessa. Kurrosen (2011, 30) tutkimuksessa todettiin kotiutusvaiheen puutteellisten lääketietojen aiheuttavan lisätyötä kotihoidolle, läheisille tai asiakkaalle (Kurronen 2011, 30). Tämänkaltaiset tiedonkulun ongelmat ovat riski potilasturvallisuudelle ja hoidon jatkuvuudelle. Tutkimustiedon valossa moniammatillinen lähestymistapa kotiutukseen sekä yli ammattirajojen tapahtuva strukturoitu kirjaaminen edistävät iäkkään turvallista kotiutumista (Kuusisto ym. 2019, 49).

lökkään ja monisairaahan kotihoidon asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi tarvitaan toimivaa tiedonkulkua ja hyvää yhteistyötä eri ammattilaisten kesken. Tämän työn aineiston perusteella yhteistyö läheisverkoston kanssa on myös merkityksellistä. Tiedot läheisistä ja heidän osallisuudestaan asiakkaan arjessa ovat tärkeää tietoa sairaalalle. Yhtä tärkeää on yhteistyö ja tiedonkulku ammattilaisten ja iäkkään läheisten välillä. Kuusiston ym. (2019, 48) tutkimuksen mukaan läheiset ovat tärkeä osa iäkkään arkea, jolloin heitä ei voi unohtaa kotiutusta tai kotiutuskäytäntöjä kehitettäessä. Iäkkään potilaan läheisten kanssa tiedonkulku ja kommunikaatio on usein yksisuuntaista ja liian vähäistä, jolloin kotiutustilanteessa läheisille voi tulla yllätyksenä liian paljon vastuuta iäkkään hoidossa (Hansson ym. 2018, 682, 686). Työpajoissa osallistujat korostivat myös kirjaamisen tärkeyttä, jotta oman yksikön seuraavallekin vuorolle välittyä tieto läheisen kanssa sovitusta asioista. Samalla tavoin kirjaamisen tärkeys korostuu toisen organisaation kanssa sovittujen asioiden suhteen. Jos aiemmin sovittuja asioita ei ole kirjattu riittävän hyvin, jää hoitajalle epävarmuus asioiden hoitamisesta ja asioita joudutaan tarkistelemaan useampaan kertaan.

Tämän työn tuloksista yksi merkittävimmistä on se, että aineiston mukaan viestinnän sisällöllinen laatu voi parantua sähköisessä viestinnässä puhelinsoittoon verrattuna. Hoitotyön ammattilaiset valmistautuvat todennäköisesti kirjalliseen viestiin paremmin kuin puhelun. Puhelinsoittoja tehdään välillä kiireessä ja valmistautumatta. Tähän sähköinen työkorviesintä tuo mahdollisuuden, jossa ammattihenkilö voi laittaa viestin toiminnan kannalta sopivalla hetkellä jopa vuorokauden ajasta riippumatta. Tässä työssä todettiin, että kirjalliseen viestintään, erityisesti kotiutustilanteessa tarvitaan viestintää ohjaava runko. Osallistujat voivat viestintää ohjaavaa runkoa myös työkorviesintän sisällön laadun varmistamiseksi. Saman suuntaisia tuloksia on Hätösen (2020, 31) tutkimuksessa, jossa todetaan, että sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää paremmin kotihoidon ja sairaalan välisessä tiedonkulussa. Samassa tutkimuksessa todetaan myös tarkistuslistojen olevan tärkeä apuväline erityisesti kotihoidon asiakkaan hoitovastuun siirtotilanteessa. Myös Finnigan ym. (2010, 403) havaitsivat tutkimuksessaan, että strukturoidun ISBAR-raportointimenetelmän käyttö tukee raportointiin valmistautumista.

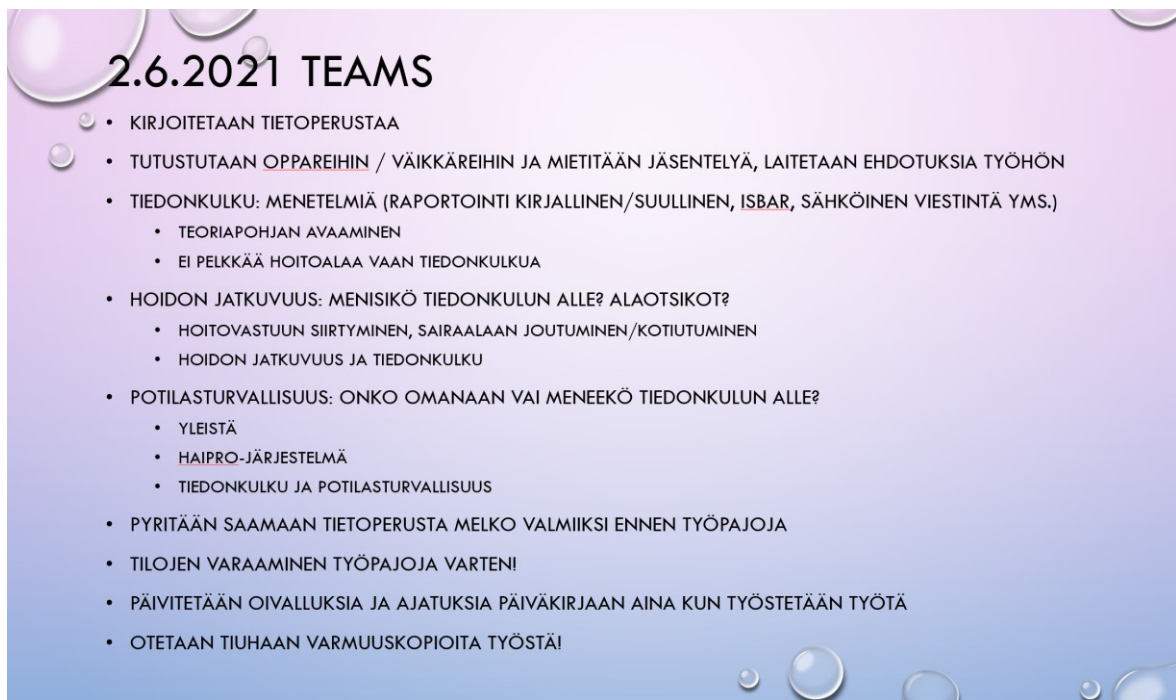
Työpajojen aineistosta nousi esiin työkorviestinnän käyttöä estäviä tekijöitä. Aineiston mukaan tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi kiireelliset tilanteet ja lääkehoitoon liittyvät asiat. Näitä tilanteita ei kuitenkaan suljettu työkorviestintään perustuvan toimintamalin ulkopuolelle, koska esimerkiksi lääkehoitoon liittyvät tiedot ovat keskeinen osa iäkkään asiakkaan tiedonkulkua. Aineiston mukaan lääkehoitoon liittyvät tiedonkulun ongelmat, kuten virheelliset ja puuttuvat lääkitystiedot, ovat olemassa nykyisessä tilanteessakin, joten työkorviestipohjaisen tiedonkulun ei pitäisi sitä heikentää. Kiireelliset tilanteet liittyivät aineiston mukaan esimerkiksi lyhyellä varoitusajalla kotiutumiseen. Aineiston perusteella näihin tilanteisiin työkorviestintä ei sovellu korvaamaan perinteistä puhelua. On huomattava, että aineiston mukaan kiireelliset kotiutukset ovat jo nykytilassa koettu ongelmalliseksi, joten tiukka aikataulu luo haastetta kotihoidolle, eikä siis välttämättä se, millä tavoin tieto kulkee. Hanssonin ym. (2018, 684–685) tutkimuksen mukaan kiireellisissä kotiutuksissa ongelmana on myös hoidon ja kotiutuksen heikko suunnitelmallisuus. Nopean kotiutuksen syynä voi olla sairaalan tarve vapauttaa paikkoja uusille potilaille. Näissä tilanteissa iäkäs ja monisairas potilas ei ole aina valmis kotiutumaan ja riskinä on joutua saman ongelman vuoksi nopeasti uudelleen sairaalaan.

8.2 Opinnäytetyön arviointi

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä arviointia tehdään läpi työn. Kehittämistyön aikana arviointi kohdentuu kehittämistyön suuntaamiseen, kun taas lopussa arviointi kohdennetaan koko prosessiin sekä tuloksiin. (Ojasalo ym. 2014, 26, 47.) Kehittämistoiminnan prosessin ohjaaminen onkin yksi arvioinnin keskeinen tehtävä. Arvioinnin avulla pohditaan myös kehittämisen perusteluita sekä toiminnan organisointia ja toteutusta. Hankesuunnitelma ja siinä määritellyt tavoitteet ovat arvioinnin keskeinen lähtökohta. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Pätevässä loppuarvioinnissa tavoitteita, panosta ja aikaansaannoksia tulee arvioida ja kuvata tarkasti sekä eri tasojen näkökulmista. Arvioinnissa on huomioitava myös hankkeen eettiset kysymykset. (Ojasalo ym. 2014, 26, 47.)

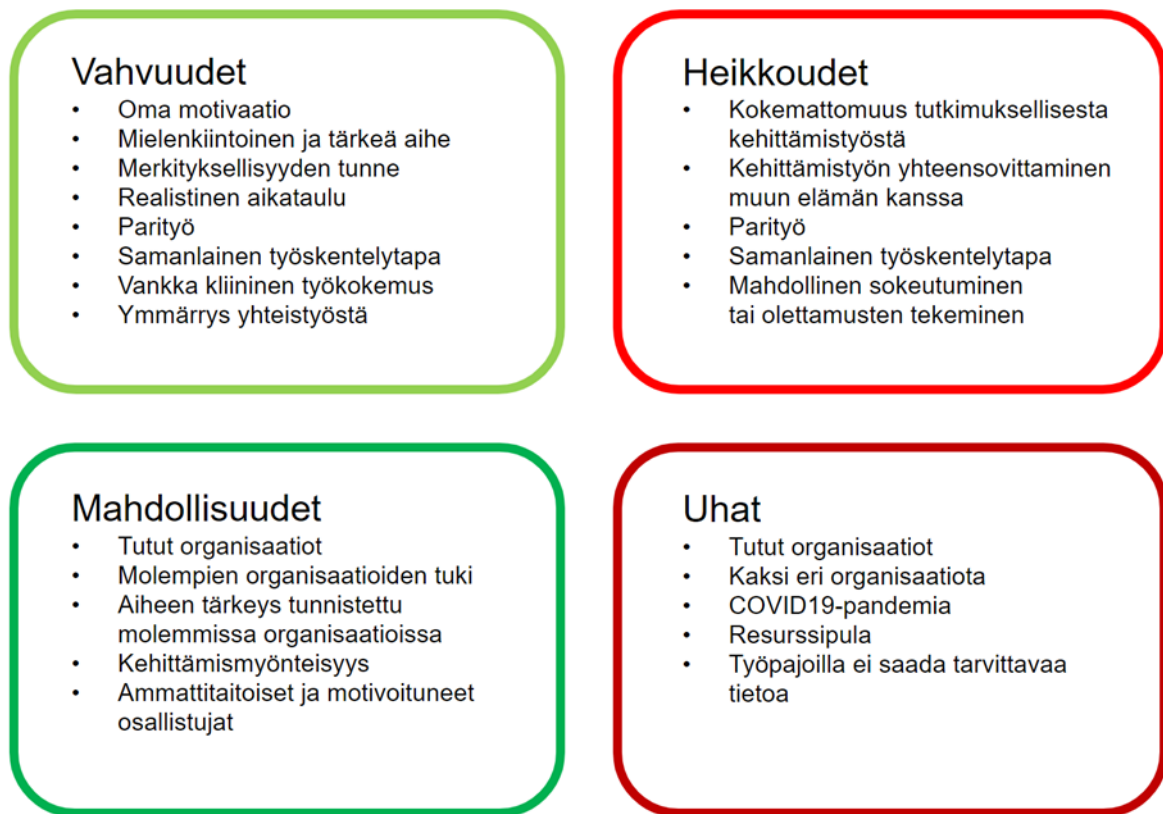
Käytännön kehittämistoiminnan välineenä pidetty dokumentaatio luo pohjan kehittämistoiminnan seurannalle. Kalenterin avulla voidaan hahmottaa kehittämistyön etenemistä sekä dokumentoida suoritettuja tehtäviä ja toimintaan osallistuneita. Kehittämistoimintaa voidaan myös seurata epävirallisesti esimerkiksi tekijöiden henkilökohtaiseen reflektioon perustuvilla päiväkirjoilla. Päiväkirjaan voidaan kirjata niin ideoita kuin oivalluksia. Merkinnät käänteistä ja kokemuksista voivat jälkikäteen auttaa prosessin kannalta merkityksellisten vaiheiden paikantamisessa. (Toikko & Rantanen 2009, 80–81.) Tässä opinnäytetyössä etenemistä dokumentoitiin kalenteri- ja päiväkirjamerkinnoin. Päiväkirjamerkintöjen kirjaamisessa

oli aktiivisempia ja hiljaisempia jaksoja työn vaiheen aktiivisuudesta riippuen. Päiväkirjamerkintöihin kirjattiin prosessin pääkohtia sekä oivalluksia työn edetessä (kuva 5).



KUVA 5. Päiväkirjamerkintöjä

Tutkimuksellisen kehittämistyön onnistumiseen vaikuttaa paljon esisuunnittelun onnistuminen (Heikkilä ym. 2008, 62; Vilkkä 2015, 75). Esisuunnitteluvaiheessa varmistetaan kehittämistyön tarve ja tavoitteet. (Heikkilä ym. 2008, 62). Aiheen ja merkitysten pohdinta sekä yhteinen jäsentely ovat myös tärkeitä (Vilkkä 2015, 75). Suunnitteluvaiheessa ennen hanke-ehdotusta on tarpeen analysoida myös kehittämistyöhön vaikuttavia tekijöitä. SWOT-analyysi on esimerkki menetelmästä, jonka avulla kehittäjät voivat arvioida kehittämistyöhön vaikuttavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä. (Heikkilä ym. 2008, 62–63.) Tämän opinäytetyön sisäiset vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat arvioitiin suunnitteluvaiheessa SWOT-analyysin avulla (kuvio 17).



KUVIO 17. Opinnäytetyöhön vaikuttavat tekijät SWOT-analyysin mukaisesti.

Tämän opinnäytetyöntöön tekijät halusivat tehdä työn, jolla olisi merkitystä käytännön työhön. Työn merkityksellisyys oli siis heti alusta saakka sekä tahtotila että työn läpi kantava voima. Opinnäytetyön tarve nousi puhtaasti käytännön työstä ja jo suunnitteluvaiheessa aihe nähtiin tärkeäksi molemmissa organisaatioissa. Työn tavoite ja tarkoitus jäsenyivät suunnitteluvaiheessa. Helmikuun lopulla tehty toimintamallin käyttööntöövaiheesta ja käyttöönoton pilotoinnista luopuminen oli merkittävä rajaus, joka mahdollisti työn valmistumisen tällä aikataululla. Ilman tätä yhteistä oivallusta työ ei olisi ollut aikataulullisesti eikä laajuudeltaankaan realistinen. Tämä oivallus työn alkumetreillä on hyvä esimerkki yhteisen keskustelun ja pohdinnan merkityksestä. Tässä työssä käytettiinkin hyvin paljon aikaa yhteiseen pohdintaan ja keskusteluun, koska parityöskentely vaati onnistuakseen yhteistä keskustelua ja asioiden jäsentelyä. Toisaalta yhteinen pohdinta vei myös niin työtä kuin sen tekijöiden ymmärrystä syvemmälle ja oli siten kokonaisuuden kannalta erittäin hedelmällistä ja opettavaista. Parityöskentely on kaiken kaikkiaan ollut tämän työn ehdoton voimavara, joka vaikutti työn onnistumiseen positiivisesti läpi koko prosessin.

Työpajojen järjestäminen onnistui erityisen hyvin. Pandemiasta huolimatta työpajat pystyttiin järjestämään lähitapaamisina, mikä oli niiden onnistumisen kannalta tärkeä asia. Työpajojen avulla saatiin tuotettua aineistoksi tärkeää kokemustietoa. Aineiston laajuuteen ja laatuun vaikuttivat osallistujien vahva ammattitaito, kokemus ja halu osallistua. Opinnäytetyön tekijöiden vähäinen kokemus työpajojen ohjaamisesta saattoi taas vaikuttaa saatuun aineistoon heikentävästi. Vankka kliininen työkokemus auttoi kuitenkin työpajojen pitämisessä sekä keskustelun ohjaamisessa ja ylläpitämisessä. Tekijät onnistuivatkin luomaan ilmapiiriin, jossa vallitsi molemminpuolinen kunnioitus ja luottamus. Ilmapiiristä aisti yhteisen halun parantaa ja kehittää yhteistyötä. Osallistujien suullisista palautteista tuli ilmi osallistujien kokemus työpajojen aiheen, yhteistyön ja kehittämisen tärkeydestä.

Arjen kiire ja työelämän vaatimukset haastoivat ajoittain tekijöitä. Aiheen tärkeys ja mielenkiintoisuus auttoivat kuitenkin työn etenemisessä. Prosessiin sisältyi myös useita kohtia, joissa työn etenemiselle kaivattiin suuntaa ja selkeyttä. Näissä tilanteissa ajan antaminen yhteiselle pohdinnalle auttoi suunnan löytämisessä ja työssä päästiin taas etenemään. Työlle laadittu aikataulu oli sopiva, koska nopeammin tehtynä tekijöiden ymmärrys aiheesta olisi todennäköisesti jäänyt paljon pinnallisemmaksi. Toisaalta liian pitkäksi venynyt prosessi olisi todennäköisesti hankaloittanut tekemistä. Tällä tasapainoisella aikataululla työ oli koko ajan aktiivisesti läsnä opinnäytetyön tekijöiden elämässä, mutta mahdollisti keskittymisen myös muihin tehtäviin, työhön ja perheeseen. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että työ saavutti sille asetetut tavoitteen ja prosessi oli erittäin onnistunut niin aikataulutuksen kuin tekijöiden panostuksenkin suhteen.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Terveystieteiden kehittämisalalla pyritään ensisijaisesti potilaan hyvään. Eettisyyttä arvioitaessa on tutkivassa kehittämisessä kiinnitettävä erityisesti huomiota hyvään tieteelliseen käytäntöön. Kehittämistehtävän määrittelyltä ja rajaamiselta tämä vaatii tarkkuutta, jotta kysymyksen asettelu on soveltuva sekä toiminnan ja tutkimuksen että etiikan näkökulmasta. (Heikkilä ym. 2008, 43–44.) Aivan kehittämistyön alussa on tärkeää pohtia eettiseltä kannalta, miksi ja kenen ehdoilla kehittämistyöhön ryhdytään. Kehittämistyöhön osallistujilla tulee olla tieto siitä, mitä kehittäjä on tekemässä, mitkä ovat tavoitteet ja osallistujien roolit. Myös osallistujien anonymiteetistä tulee huolehtia. (Ojasalo ym. 2014, 48–49). Kehittämis- ja tutkimustoiminnalla ei saa loukata eikä väheksyä yksilöitä tai eri ihmisryhmiä. Kehittämisalalla liittyviä ihmisiä tulee kohdella oikeudenmukaisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Erityisesti tulee suojella ihmisryhmiä, jotka ovat haavoittuvia tai puolustuskyvyttömiä. (Heikkilä ym. 2008, 43–44.)

Lähteiden luotettavuuden ja eettisyyden arviointi on tärkeää. Eettistä turvallisuutta voidaan lisätä huolellisella lähdekritiikillä. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Eettiseen toimintaan liittyy myös plagioinnin, raportoinnin virheellisyyksien ja rahoituksen väärinkäytöksiin välttäminen (Ojasalo ym. 2014, 49). Myös tutkimuksessa kehittämisessä on sitouduttava moniin normeihin ja kannanottoihin, joilla turvataan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta (Heikkilä ym. 2008, 43).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli parantaa kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua sairaalan ja kotihoidon välillä. Toimiva tiedonkulku on tutkimuksissa ja kirjallisuudessa liitetty vahvasti sekä potilasturvallisuuteen että hoidon jatkuvuuteen, jotka ovat molemmat erittäin merkityksellisiä asiakkaalle. Eettisesti tarkastellen työn tarkoituksena oli siis tuottaa hyvää asiakkaalle. Opinnäytetyön tekijät pyrkivät pitämään asiakkaan keskiössä, vaikka työ keskittyikin paljon hoitohenkilöstöön ja erilaisiin teknisiin asioihin.

Tässä työssä kehittäjät perehtyivät työpajatoiminnan menetelmiin ja työkaluihin huolella etukäteen, jotta eettisiä periaatteita ei loukattu. Osallistujille annettiin tarvittavat tiedot opinnäytetyöstä heille lähetetyn kutsun yhteydessä. Työpajoihin ei kutsuttu työntekijöitä niistä yksiköistä, joissa opinnäytetyön tekijät työskentelevät, koska Vantaan kaupungin ohjeen mukaan opinnäytetyötä ei voi tehdä omaan yksikköön. Työpajojen eettisyydestä huolehdittiin tarkoin myös työpajojen toteutuksen yhteydessä. Työpajoihin osallistujille kerrottiin, mistä opinnäytetyössä sekä työpajoissa on kyse, ja mitkä ovat niiden tavoitteet ja tarkoitukset. Tässä opinnäytetyössä noudatettiin työntekijöiden tietoon perustuvan suostumuksen periaatetta, eikä opinnäytetyöstä aiheutunut osallistujille haittaa. Opinnäytetyöhön osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen, mistä muistutettiin vielä työpajoissa. Osallistujia muistutettiin myös vaitiolovelvollisuudesta. Työpajoissa opinnäytetyön tekijät vahvistivat osallistujien luottamusta lupaamalla, ettei valmiista opinnäytetyöstä voida tunnistaa yksittäisen osallistujan sanomista. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteiden kannalta ei ollut merkityksellistä erotella yksittäisen henkilön tuottamaa tietoa vaan työpajoilla haettiin kokonaisvaltaista ymmärrystä, osaamista, kokemusta ja hiljaista tietoa.

Tässä opinnäytetyössä ei käsitelty eikä kerätty potilas- ja asiakastietoja tai henkilötietoja. Työpajoihin kutsuttaessa ei käsitelty osallistujien nimiä tai muita henkilötietoja, koska kutsut lähetettiin organisaatioiden esimiehille ja he välittivät kutsut eteenpäin. Työpajoissakaan ei käyty läpi osallistujien nimiä eikä työpisteitä, millä pyrittiin turvaamaan osallistujien anonymiteettiä. Opinnäytetyön tekijät arvioivat, että osallistujien nimillä tai työpisteellä ei ollut merkitystä työn kannalta, vaan oleellisempaa oli luoda ilmapiiri, jossa jokainen uskaltaa varmuudella tuoda aidot ajatuksensa esiin. Mielenkiintoista oli, että osallistujat toivat hyvin roh-

keasti ja rehellisesti esiin myös ongelmakohtia. Työpajoissa säilyi toisia kunnioittava tunnelma silloinkin, kun rehellistä kritiikkiä kohdistui organisaatiosta toiseen. Opinnäytetyön tekijät jäivät pohtimaan sitä, olisiko osallistujien anonyymius osaltaan vaikuttanut positiivisesti ilmapiiriin rehellisyyteen ja avoimuuteen. Asiakas- tai potilastietoja ei myöskään käsitelty työpajoissa eikä missään vaiheessa opinnäytetyön aikana. Tutkimusrekisteriä tässä työssä ei muodostunut. Työpajoissa syntyvä aineisto hävitetään asianmukaisesti, kun oppilaitos on hyväksynyt opinnäytetyön. Tämän opinnäytetyön toteutuksessa sitouduttiin kokonaisuudessaan hyvään tieteelliseen käytäntöön. Lähteiden käyttöä ohjasivat hyvä tieteellinen käytäntö ja oppilaitoksen ohjeet. Etiikka, eettisyys, oikeudenmukaisuus ja kunnioitus ohjasivat tekijöiden toimintaa ja koko opinnäytetyön prosessia.

Tämän työn luotettavuutta heikentää työpajojen pieni osallistujamäärä. Vaikka aineistoa kertyi työpajoissa runsaasti, niin aineiston sisältö olisi voinut olla toisenlainen, jos osallistujamäärä olisi ollut suurempi. Toisaalta aineistosta nousseet teemat olivat samansuuntaisia teorian tiedon kanssa. Ainoastaan heikko tavoitettavuus tiedonkulun ongelmana korostui tämän työn aineistossa, vaikkei opinnäytetyön tekijät olleet siihen törmänneet muussa tutkimuskirjallisuudessa. Työn luotettavuutta parantavat työpajojen avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri sekä opinnäytetyön tekijöiden tarkka suhtautuminen aineistoon ja sen analysointiin.

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuhteet

Tulosten levittämisen sisällyttäminen osaksi varsinaista kehittämissuhteita on toisinaan haasteellista ja se vaatii usein oman erillisen prosessinsa (Toikko & Rantanen 2009, 62). Arjen työssä palataan helposti vanhoihin tuttuihin rutiineihin ja unohdetaan hyvätkin uudet toimintamallit, joten henkilöstön koulutuksella ja prosessiin sitouttamisella voidaan tukea tulosten levittämistä (Heikkilä ym. 2008, 133–134; Toikko & Rantanen 2009, 62–63). Esimiehen kannustus, kehittämismyönteisyys sekä strategiasuuntautunut johtaminen tukevat toiminnan muutosta. Uuden toimintamallin juurtuminen osaksi arjen työtä vaatii esimiehen vahvaa tukea sekä työyhteisön jatkuvaa tiedottamista, rohkaisemista ja innostamista. (Heikkilä ym. 2008, 133.)

Työkoraviestintään perustuvalla tiedonkulun toimintamallilla on hyvät mahdollisuudet parantaa kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua ja tehostaa toimintaa parantamalla sekä nopeuttamalla tavoitettavuutta. Tiedonkulun paraneminen liittyy olettamukseen siitä, että sähköinen työkoraviestintä parantaa toteutuessaan tiedon sisällöllistä laatua sekä lisää molempiin suuntiin tapahtuvaa viestintää. Työkoraviestin runko ohjaa myös ottamaan asiakkaan läheiseen mukaan hoitoon viimeistään kotiutusta suunniteltaessa. Puhelinvälitteiseen tiedonkulkuun liittyy tavoitettavuusongelmien lisäksi myös muita ongelmia, joita ei liity sähköiseen

viestintään. Väärin kuultu tieto tai kuullun unohtaminen ovat esimerkkejä ongelmista, joita ei sellaisenaan esiinny sähköisessä viestinnässä.

Toimintamalli luovutetaan opinnäytetyön valmistuttua molemmille organisaatioille. Organisaatiot voivat hyödyntää mallia haluamansa mukaisesti. Ennen toimintamallin käyttöönottoa molemmissa organisaatioissa tulee tehdä päätös käyttöönotosta. Myös Apotin työkoriiin liittyvät toiminnallisuudet ja valinnat on hyvä miettiä organisaatioissa huolella. Huolellinen perehdytys, riittävä resursointi perehdytykseen ja käyttöönoton valmisteluun sekä työntekijöiden kouluttaminen ja ohjaaminen ovat edellytyksiä toimintamallin turvalliselle ja onnistuneelle käyttöönotolle. Potilassiirtotilanteiden raportointi on jo sinällään aihe, joka tulisi huomioida henkilökunnan ammattitaitoa kehittävä ja ylläpitävä koulutuksen suunnittelussa (WHO 2007). Turvallisuutta voidaan lisätä myös mallin pilotoinnilla, jolloin käyttöönotto tapahtuu ensin vain rajatuissa yksiköissä ja rajatulla aikavälillä.

Tämä toimintamalli on luotu kotihoidon olemassa olevien asiakkaiden tiedonkulun parantamiseksi kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä. Toimintamallia voitaisiin hyödyntää jatkossa myös Vantaan kotihoidon ja Vantaan sairaalan välillä. Tämän lisäksi mallia voisi levittää laajemmin HUSin vuodeosasoille sekä Vantaan kotihoidon lisäksi mahdollisesti myös muihin kuntiin, joissa Apotti on käytössä. Vaikka malli on luotu kotihoidon jo olemassa olevien asiakkaiden tiedonkulun parantamiseksi, niin malli on hyvin sovellettavissa myös sairaalasta kotiutuvien uusien asiakkaiden tiedonkulussa. On kuitenkin huomioitava, että tässä työssä on tarkasteltu nimenomaan kotihoidon asiakkaan tiedonkulkua sairaalan ja kotihoidon välillä, joten mallia ei kaikilta osin välttämättä voi sellaisenaan hyödyntää kaikkien iäkkäiden hoitoon osallistuvien hoito-organisaatioiden välisessä viestinnässä.

Tiedonkulun toimintamallin pilotointi tarjoaisi toteutuessaan mielenkiintoisen mahdollisuuden tehdä opinnäytetyötä. Toimintamallin käyttöönotto tarjoaisi monta näkökulmaa, kuten hoitajien kokemukset tai viestinnän sisällöllinen laatu. Opinnäytetyö voisi keskittyä myös toimintamallin arviointiin ja paranteluun. Tämä opinnäytetyö työpajoineen keskittyi vahvasti hoitohenkilöstön näkemyksiin iäkkään kotihoidon asiakkaan tiedonkulusta. Asiakkaan ja hänen läheistensä näkemykset eivät tässä työssä olleet varsinaisesti esillä. Jatkossa olisi hyödyllistä selvittää iäkkään asiakkaan ja hänen läheistensä ajatuksia ja kokemuksia tiedonkulusta, jotta voidaan varmistua siitä, että toimintatapoja kehitetään aidosti asiakaslähtöisempään suuntaan.

Lähteet

- Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. & Livingston, P. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21 (2), 518–527. Viitattu 27.3.2021. Saatavissa <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hex.12646>
- Apotti. 2020a. Apotti yrityksenä. Oy Apotti Ab. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa <https://www.apotti.fi/apotti/apotti-yrityksena/>
- Apotti. 2020b. Miten asiakas- ja potilastietojärjestelmä Apotti voi parantaa asiakas- ja potilasturvallisuutta. Tiedote. Oy Apotti Ab. Viitattu 16.10.2021. Saatavissa <https://www.apotti.fi/miten-asiakas-ja-potilastietojarjestelma-apotti-voi-parantaa-asiakas-ja-potilasturvallisuutta/>
- Avanic Oy. 2016. HaiPro. Avanic Oy. Viitattu 26.10.2021. Saatavissa <https://awanic.fi/haipro/>
- Beckett, C. & Kipnis, G. 2009. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal for Healthcare Quality* 31 (5), 19–28. Viitattu 13.10.2021. Saatavissa <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1945-1474.2009.00043.x>
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. 2020. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education* 20 (2), 1–8. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12909-020-02285-0.pdf>
- Duodecim Terveyskirjasto. 2021. Lääketieteen sanasto. ISBAR-raportointimenetelmä. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.10.2021. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt04184>
- Finnigan, M., Marshall, S. & Flanagan, B. 2010. ISBAR for clear communication: one hospital's experience spreading the message. *Australian Health Review* 34 (4), 400–404. Viitattu 13.10.2021. Saatavissa <https://www.proquest.com/docview/849563602?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=202350>
- Haaparanta, L. & Niiniluoto, I. 2016. Johdatus tieteelliseen ajatteluun. Helsinki: Gaudeamus.

Hagerlund, T. & Kaukopuro-Klemetti, H. (toim.) 2013. Työyhteisö viestii jotta olisi olemassa. Kunta-alan työyhteisöviestinnän opas. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 9.10.2021. Saatavissa https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/tyoyhteiso_viestii_ebook.pdf

Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C. & McKendry, R. 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. British medical journal (International ed.) 327 (7425), 1219–1221. Viitattu 6.7.2021. Saatavissa <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC274066&blobtype=pdf>

Hansson, A., Svensson, A., Hedman Ahlström, B., Larsson, L., Forsman, B. & Alsén, P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. Scandinavian Journal of Public Health 46 (7), 680–689. Viitattu 26.9.2021. Saatavissa <https://journals-sagepub-com.ezproxy.saimia.fi/doi/pdf/10.1177/1403494817716001>

Hautamäki, E., Kinnunen, U-M. & Palojoki, S. 2017. Health information systems' usability-related use errors in patient safety incidents. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 9 (1), 6–17. Viitattu 19.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/60763>

Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. Tutkiva hoitotyö, 14 (1), 4–12.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hermanson, E. 2012. Perus- ja erikoissairaanhoidojärjestelmä. Artikkelit. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 29.7.2021. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/kot00903>

Holopainen, A., Korhonen, T. & Korhonen, A. 2016. SOTE-uudistuksen haasteet – selvitys hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Raportti 1/2016. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 23.7.2021. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/hotusraportti-13-6-2016-netti.pdf>

HUS. 2021a. Tietoa meistä. HUS. Viitattu 3.3.2021. Saatavissa <https://www.hus.fi/tietoa-meista>

HUS. 2021b. Laatu- ja potilasturvallisuus -suunnitelma 2021 -raportti 2020. LAAPO-suunnitelma ja -raportti 2020–2021. HUS. Viitattu 12.9.2021. Saatavissa https://www.hus.fi/sites/default/files/2021-03/hus_laatu-ja_potilasturvallisuussuunnitelma_2021_ja-raportti_2020.pdf

HUS. 2021c. Erittely laatu ja potilasturvallisuuden HaiPro-ilmoituksista vuodelta 2020. HUS. Viitattu 29.8.2021. Saatavissa <https://www.hus.fi/sites/default/files/2021-03/erittely-laatu-ja-potilasturvallisuuden-haipro-ilmoituksista-vuodelta-2020.pdf>

Hyppönen, H., Lääveri, T., Hahtela, N., Suutarla, A., Sillanpää, K., Kinnunen, U-M., Ahonen, O., Rajalahti, E., Kaipio, J., Heponiemi, T. & Saranto, K. 2018. Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidajien arviot potilastietojärjestelmistä 2017. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 10 (1), 30–59. Viitattu 13.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/65363>

Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Terveysthuollon henkilöstön näkemykset lääkityspoikkeamien estämisestä erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 25 (1), 49–61. Viitattu 26.7.2021. Saatavissa <https://elektra-helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/25/1/terveyde.pdf>

Hätönen, H. 2020. Kotihoidon ja sairaalan yhteistyö ikäihmisten hoidossa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.9.2021. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/120284/H%C3%A4t%C3%B6nenHeidi.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ikonen, T. & Welling, M. 2020. Parempaa potilasturvallisuutta. Lääkärilehti 75 (20), 1211–1217. Viitattu 15.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti.fi.ezproxy.saimia.fi/pdf/2020/SLL202020-1211.pdf>

Jokinen, T. & Virkkunen, H. (toim.) 2021. Kirjaamisopas. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Versio 4.0. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.7.2021. Saatavissa https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY?preview=/67033162/67038322/Potilastiedon%20kirjaamisen%20yleisopas_PRINT-20210428.pdf

Juholin, E. 2007. Työyhteisöviestinnän uusi agenda. Työyhteisöviestintä TYVI 2010 Raportti II. HAAGA-HELIA kehittämisraportteja 1/2007. HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.10.2021. Saatavissa <https://docplayer.fi/331283-Tyoyhteisoviestinnan-uusi-agenda.html>

Jylhä, V. 2017. Information Management in Health Care. A Model for Connecting Information Culture and Patient Safety. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 11.9.2021. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/17548/urn_isbn_978-952-61-2384-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jyväskylän yliopisto. 2016. Teemoittelu. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 10.4.2021. Saatavissa <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/teemoittelu>

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei. Uutinen. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 6.8.2021. Saatavissa <https://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>

Kaipio, J., Lääveri, T. & Tyllinen, M. 2015. Menettelyprosessi käytettävyy- ja loppukäyttäjänäkökulman integroimiseksi tietojärjestelmähankintaan: Tapaus Apotti. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 7 (2–3), 104–121. Viitattu 13.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/50897>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kanerva, A. 2015. ”Minusta potilasturvallisuus on potilaan oikeus ja meidän velvollisuus”. Potilasturvallisuuden kehittäminen systeeminäkökulmasta psykiatrisen erikoissairaanhoidon yksiköissä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 11.9.2021. Saatavissa https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/16222/urn_isbn_978-952-61-1916-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kanta. 2021. Potilaan oikeudet. Kanta-palvelut, Kansaneläkelaitos. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://www.kanta.fi/potilaan-oikeudet>

Kantojärvi, P. 2012. Fasilitointi luo uutta. Menesty ryhmän vetäjänä. 3. painos. Helsinki: Talentum Media Oy.

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Opas 4. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.8.2021. Saatavissa <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80402/979943df-4088-46df-8e5a-cd8949ed965a.pdf?sequence=1>

Kivivuori, S-M., Valkeinen, J. & Mäkijärvi, M. 2022. Tarkistuslistojen ja ISBARin käyttö sekä toimenpidealueen merkitseminen. Johtajaylilääkärin ohje 7/2020. HUS. Viitattu 29.8.2021. Saatavissa HUSin Intranetissä https://hussote.sharepoint.com/sites/00006/jyl_ohjeet/Sivut/default.aspx

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisusarja 1/2007. Terveysthuollon laadunhallinta. Lääkelaitos. Viitattu 29.8.2021. Saatavissa

https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf

Korhonen, H. & Bergman, T. 2019. Johtaja muutoksen ytimessä. Käsikirja uudistumismatkalle. Helsinki: Alma Talent Oy.

Koivuranta, P. (toim.) 2019. Terveysthuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto. Viitattu 13.2.2021. Saatavissa <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2019/1996-terveydenhuollon-laatuopas>

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku: Haipro-vaaratapahtumien analyysi. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Kuusisto, A., Asikainen, P. & Saranto, K. 2014. Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Hoitotiede 26 (4), 310–321. Viitattu 27.3.2021. Saatavissa [https://elektra-helsinki-fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/26/4/hoitoty.pdf](https://elektra-helsinki.fi/ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/26/4/hoitoty.pdf)

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen, J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 11 (1–2), 38–52. Viitattu 19.9.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/70465>

Kyytsönen, M., Hyppönen, H., Koponen, S., Kinnunen, U-M., Saranto, K., Kivekäs, E., Kaipio, J., Lääveri, T., Heponiemi, T. & Vehko, T. 2020. Tietojärjestelmät sairaanhoitajien työn tukena eri toimintaympäristöissä: kokemuksia tuotemerkeittäin. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 12 (3), 250–269. Viitattu 14.10.2021. Saatavissa <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/8847/1/16037966151638124357.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Lahnalampi-Lahtinen, M. 2020. Onko sote palveluintegraatio tietojärjestelmästä kiinni? Hyviä kokemuksia ja käytäntöjä ikäihmisten hoitoketjujen sujuvuudesta. PowerPoint-esitys. Viitattu 11.10.2021. Saatavissa https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/05_Lahnalampi.pdf

Lahnalampi-Lahtinen, M., Koskensalo-Kleemola, H., Iharvaara, O., Broms, M., Huvila, R., Kallisahti, V-M., Marila-Penttinen, L., Paavonheimo, R., Rahja, N., Ristimäki, T., Salmi, P., Särkelä, J. & Varpanen, L. Vantaan ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma 2018–2022. Vantaan kaupunki. Viitattu 30.3.2021. Saatavissa https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/141010_ikaantyneen_vaeston_hyvinvointisuunnitelma_2018-2022.pdf

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. Suomen laki. Viitattu 31.7.2021. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15a>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Suomen laki. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621. Suomen laki. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>

Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. Hoitotiede 26 (2), 113–124. Viitattu 14.10.2021. Saatavissa [https://elektra-helsinki-fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/26/2/muistisa.pdf](https://elektra-helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/26/2/muistisa.pdf)

Lemetti, T. 2020. Nurse-to-nurse collaboration between hospital and primary health care on older people's nursing care. Model, instrument and results. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 11.7.2021. Saatavissa <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/150781/AnnalesD1520Lemetti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT. Viitattu 18.7.2021. Saatavissa <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Linden, A. & Bono, P. 2018. Opinnäytetyötutkimukseen tarvittavat luvat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä ja tietosuojasetuksen vaikutus tutkimustoimintaan. Pysyväisohje 20/2018. HUS, Yhtymähallinto. Viitattu 3.3.2021. Saatavissa https://production.hus-ref.hus-prod.wdr.io/sites/default/files/2020-09/Pysyv%C3%A4isohje_2018_Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n_tutkimuslupa.pdf

Malmström, T., Hörhammer, I., Peltokorpi, A., Linna, M., Koivuranta-Vaara, P. & Mikkola, T. 2017. Päivystyksen kysyntä ja sen hallinta – ikääntyneet potilaat. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 8. Suomen kuntaliitto. Viitattu 28.8.2021. Saatavissa https://acris.aalto.fi/ws/portalfiles/portal/30375609/1831paivystyksenkysynta_nro8_ebook.pdf

Marshall, S., Harrison, J. & Flanagan, B. 2012. Telephone referral education, and evidence of retention and transfer after six-months. BMC Medical Education 12 (38), 1–8. Viitattu

13.10.2021. Saatavissa <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-12-38.pdf>

Mesteig, M., Helbostad, J., Sletvold, O., Røsstad, T. & Saltvedt, I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. BMC Health Services Research 10 (1), 1–9. Viitattu 27.3.2021. Saatavissa <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186%2F1472-6963-10-1.pdf>

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. 2021. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.4.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50126#R48>

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. & Helovuori, A. 2014. Kerro, kysy, kiittää – tiimityöllä potilasturvallisuutta. Suomen Lääkärilehti 69 (43), 2811–2812. Viitattu 15.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/pdf/2014/SLL432014-2811.pdf>

Mänty, M. & Riihelä, J. 2020. Vantaan väestöennuste 2020. Koko kaupungin ennuste 2021–2045. Osa-alueittainen ennuste 2021–2030. Vantaan kaupunki, Strategia ja tutkimus. Viitattu 15.3.2021. Saatavissa https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/152523_Vaestoennuste_2020.pdf

Niemi-Murola, L. & Mäntyranta, T. 2011. Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme. Finnanest 44 (1), 21–23. Viitattu 11.9.2021. Saatavissa http://www.finnanest.fi/files/1niemi-murola_potilasturvallisuus.pdf

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Julkaisusarja D – verkkojulkaisut. Tampereen yliopisto. Viitattu 14.7.2021. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/65782/D-2010-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Palonen, M., Kariniemi, K., Peltola, P., Pesonen, H-M., Rantanen, A., Siira, H., Jolanki, O., Saarinen, A. & Stolt, M. 2020. Iäkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Hotus-hoitosuositus. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 6.9.2021. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/12/ika-hoitosuositus.pdf>

Peijaksen sairaala. 2021. Peijaksen sairaala. HUS. Viitattu 3.3.2021. Saatavissa <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/peijaksen-sairaala>

Pennanen, T. 2020. Apotti laajenee pääkaupunkiseudulla. Lääkärilehti 75 (4), 160–163. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/pdf/2020/SLL42020-160.pdf>

Pikkarainen, A., Saarela, K-M. & Konttila, J. 2021. Mitä ikääntyneiden sosiaalisiin tarpeisiin liittyviä tekijöitä heille tarkoitetuissa palveluissa tulee huomioida? Hotus Näyttövinkki 10/2021. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 19.7.2021. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2021/06/nayttovinkki-10-2021.pdf>

Pitkänen, A., Teuvo, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M., Oja, K. & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. Hoitotiede 26 (3), 177–189. Viitattu 11.9.2021. Saatavissa <https://elektra-helsinki-fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/26/3/laakehoi.pdf>

Raivio, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 2.4.2021. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99564/978-952-03-0178-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C. & Engström, M. 2014. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. BMJ Open 4 (1), 1–8. Viitattu 12.9.2021. Saatavissa <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/4/1/e004268.full.pdf>

Rehunen, A., Reissel, E., Honkatukia, J., Tiitu, M. & Pekurinen, M. 2016. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus - sosiaalisen ja terveyspalvelujen tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016. Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 15.3.2021. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79724/Sosiaali-%20ja%20terveyspalvelujen%20tarpeen,%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20ja%20tuottamisen%20alueelliset%20muutokset.pdf?sequence=1>

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P., Keränen, N. & Haverinen, J. 2018. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2017. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 5/2018. Oulun yliopisto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.7.2021. Saatavissa https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136278/URN_ISBN_978-952-343-108-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinon, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 17.3.2021. Saatavissa <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Salovaara, S. 2021. Sosiaalityön tiedollisten tarpeiden huomioiminen tietojärjestelmä Apotissa. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 13 (2), 133–146. Viitattu 13.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/100692>

Saranto, K., Kivekäs, E., Palojoki, S., Kinnunen, U-M., Sjöblom, O. & Suomi, R. 2018. Tiedonkulun vaikutus SOTE-palvelujen maineeseen. Kunnallisan kehittämissätiön Julkaisu 16. Kunnallisan kehittämissätiö. Viitattu 15.8.2021. Saatavissa https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/04/tiedonkulun-vaikutus-sote-palvelujen-maineeseen_julkaisu016.pdf

Sisätautien osastot S2 ja S3. 2021. Sisätautien osastot S2 ja S3, Peijaksen sairaala. HUS. Viitattu 3.3.2021. Saatavissa <https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/peijaksen-sairaala/sisatautien-osastot-s2-ja-s3>

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. Suomen laki. Viitattu 30.7.2021. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P20>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.8.2021. Saatavissa <https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 23.7.2021. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162019/STM_2020_1_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 6.4.2011/341. Suomen säädöskokoelma. Viitattu 14.2.2021. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298. Suomen säädöskokoelma. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Viitattu 13.7.2021. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.7.2021. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suvanto, A., Tuomikoski, A., Juntunen, J. & Heikkilä, K. 2019. Edistääkö SBAR-raportointimenetelmän käyttö potilasturvallisuutta? Hotus Näyttövinkki 8/2019. Hoitotyön tutkimussäätiö. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/08/nayttovinkki8-2019.pdf>

Tamminen, J. & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. Finnanest 48 (4), 338–343. Viitattu 15.2.2021. Saatavissa http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Suomen laki. Viitattu 30.7.2021. Saatavissa <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Opas 15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.9.2021. Saatavissa <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Kotihoito 2020. Viitattu 23.10.2021. Saatavissa <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneet/kotihoito>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla. Kirjaaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.10.2021. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen>

- Tilastokeskus. 2018. Suomen virallinen tilasto: Väestöennuste. Liitetaulukko 1. Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900–2070 (vuodet 2020–2070: ennuste). Korjattu 18.12.2018. Verkkojulkaisu. Tilastokeskus. Viitattu 15.3.2021. Saatavissa http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tau_001.fi.html
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.
- Turunen, E., Mäntynen, R., Kvist, T., Miettinen, M., Vehviläinen-Julkunen, K., Turunen, H. & Partanen, P. 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella. *Hoitotiede* 27 (2), 148–162. Viitattu 11.4.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/27/2/sairaala.pdf>
- Ukkonen, A-E. 2016. Sana on vapaa – narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 8 (2–3), 120–126. Viitattu 22.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/58107>
- Valtioneuvosto. 2019. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Valtioneuvosto. Viitattu 15.7.2021. Saatavissa https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Valvira. 2018. Terveystietojärjestelmä. Potilasasiakirjat. Valvira. Viitattu 21.7.2021. Saatavissa <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/potilasasiakirjat>
- Vantaan kaupunki. 2020a. Iäkkäiden palvelujen myöntämisen perusteet 1.1.2020 alkaen. Vantaan kaupunki. Viitattu 27.2.2021. Saatavissa <http://paatokset.vantaa.fi/ktwebbin/ktproxy2.dll?doctype=3&docid=1794530&version=2>
- Vantaan kaupunki. 2020b. Tutkimustoiminnan ohjeet. Päivitetty ohje 12.5.2020. Vantaan kaupunki. Viitattu 4.3.2021. Saatavissa https://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/151108_Tutkimustoiminnan_ohjeet_12052020.pdf
- Vellonen, M., Kaunonen, M. & Suominen, T. 2019. Kotihoidon lääkehoidon vaaratapahtumat – Integratiivinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 31 (3), 191–204. Viitattu 27.3.2021. Saatavissa

https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118448/Kotihoidon_laakehoidon_vaaratapahtumat_2019.pdf;jsessionid=35278EF284108B6F2F6CF4995A3D6F9F?sequence=2

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virjo, I., Mäkelä, K., Aho, J., Kalliola, P., Kurunmäki, H., Uusitalo, L., Valli, M. & Ylinen, S. 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveystieteeseen takkuaa yhä. Suomen Lääkärilehti 68 (36), 2208–2212. Viitattu 15.2.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/pdf/2013/SLL362013-2208.pdf>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Teknologian ja innovaatioiden kehittämiskeskus. Viitattu 18.7.2021. Saatavissa <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

WHO. 2007. Communication During Patient Hand-Overs. Patient Safety Solutions 1 (3). WHO. Viitattu 22.9.2021. Saatavissa <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf?ua=1>

Ylönen, K., Salovaara, S., Kaipio, J., Tyllinen, M., Tynkkynen, E., Hautala, S. & Lääveri, T. 2020. Sosiaalialan asiakastietojärjestelmissä paljon parannettavaa: käyttäjäkokemukset 2019. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 12 (1), 30–43. Viitattu 13.7.2021. Saatavissa <https://journal.fi/finjehew/article/view/88583>

Liite 1. Saatekirje

Hyvä kotihoidon / osasto S3:n työntekijä

Olemme LAB-ammattikorkeakoulun ylempään korkeakoulututkintoon johtavan Uudistava johtaminen –koulutuksen opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välisestä tiedonkulusta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä sekä lisätä toimijoiden välistä yhteistyötä ja ymmärrystä. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda tiedonkulun toimintamalli, jossa hyödynnetään Apotti asiakas- ja potilastietojärjestelmän työkoritoiminnallisuutta. Tarkoituksenamme ei ole luoda kotiutuksen prosessikuvausta tai ohjetta, vaan keskitymme molempiin suuntiin tapahtuvaan viestintään ja tiedonkulkuun koko kotihoidon asiakkaan vuodeosasto-ohitojakson ajan.

Toimintamallin luomiseksi tarvitsemme sinun osaamistasi, kokemuksiasi ja hiljaista tietoa tiedonkulusta sekä siihen liittyvistä tarpeista ja haasteista. Toimintamallin luomiseksi järjestämme kolme työpajaa elo-syyskuussa. Yhteen työpajaan varataan aikaa 2 tuntia.

Työpajojen aikataulu ja sisältö:

1. työpaja 8/2021: yksiköiden lyhyt esittäytyminen, nykytilan kartoittaminen, haasteet / toimivat käytännöt
2. työpaja 8/2021: toimintamallin suunnittelu, uhkien ja mahdollisuuksien kartoitus
3. työpaja 9/2021: valmiin toimintamallin esittely ja arviointi sekä mahdolliset korjausehdotukset

Työpajoissa ei kerätä työntekijöiden/asiakkaiden/potilaiden henkilötietoja. Työpajoissa syntyvä aineisto, kuten muistilaput ja ajatuskartat, hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön on tarkoitus valmistua joulukuussa 2021. Valmis toimintamalli luovutetaan organisaatioiden käyttöön, kun opinnäytetyö on hyväksytty.

Ystävällisin terveisin

Laura Nieminen
laura.m.nieminen@student.lab.fi

Anne-Maarit Pessi
anne-maarit.pessi@student.lab.fi

Liite 2. Tutkimuslupa HUS

21.5.2021

Tutkijan työpöytä

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS SISÄTAUDIT JA KUNTOUTUS

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Pessi Anne-Maarit, Nieminen Laura
Yliopisto / amk:	LAB-ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kofihoidon välillä. Toimintamallin kehittäminen Apotin työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö:	Vuoksenranta Suvi
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Roslakka Juha

Tutkimuksen suorituspaikka

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS SISÄTAUDIT JA KUNTOUTUS / Puolto, Rissanen Eija Helena, 18/05/2021

HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS SISÄTAUDIT JA KUNTOUTUS /

Aineisto	Potilaat/Omaiset, Lukumäärä: Henkilökunta, Lukumäärä: Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä: Muu, mikä, Lukumäärä: työpajoissa syntynyt materiaali
Tutkimusmenetelmät	Muu, työpaja

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	21.05.2021
Tutkimusluvan päättymispäivä:	31.12.2021
Tutkimusluvan hyväksyjä:	Kahri Aarne Juhani
Hyväksyjän tulosyksikkö:	HYKS SAIRAANHOITOALUE: HYKS SISÄTAUDIT JA KUNTOUTUS
Hyväksyjän toimi:	Linjajohtaja / Tutkimusjohtaja

Tutkimusluvan myöntämiseen liittyvät asiakirjat on tallennettu Tieteellisen tutkimuksen rekisteriohjelmaan (Tietu).

Liite 3. Tutkimuslupa Vantaan kaupunki



Vantaa

Viranhaltijapäätös § 16/2021 sivu 1 (3)

28.06.2021 VD/6082/13.00.00/2021

 Sosiaali- ja terveystoimi / Talous- ja hallintopalvelut
 Talous- ja hallintojohtaja vs. Valkonen Marjo-Riitta

Tutkimuslupahakemus/Tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Toimintamallin kehittäminen Apotti työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen/Nieminen Laura, Pessi Anne- Maarit

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää Vantaan kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua. Tavoitteena on luoda tiedonkulun toimintamalli Apotti työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen.

Kyseessä on toimintatutkimus, jossa tiedonkeruu tapahtuu työpajoissa (3 kpl). Työpajat etenevät nykytilan kartoittamisesta toimintamallin suunnitteluun ja arviointiin. Työpajat on tarkoitus toteuttaa elo-lokakuun 2021 aikana. Työpajoihin osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistujilta ei kerätä suoria tunnistetietoja eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa raportoitavista tuloksista.

Tutkimuksen on arvioitu valmistumistuvan 12/2021. Mikäli tutkimuksen valmistuminen viivästyy, tulee siitä ilmoittaa sähköpostitse kirjaamo@vantaa.fi ja lähettää tarvittaessa tutkimusluvan jatkohakemus kirjaamoon.

Tutkimussuunnitelma ja tarvittavat liitteet on toimitettu erillisenä liitteenä. Tehdyn arvion mukaan tutkimussuunnitelmassa ja sen liiteasiakirjoissa sekä toimitetuissa lisätiedoissa käy riittävästi ilmi hyvä tutkimuskäytäntö. Tutkimuslupa on viety tiedoksi tutkimuksen koordinaatioryhmään 17.6.2021.

Tutkijan /Yksikön arvio henkilöstön työajan/organisaation resurssien käytöstä

Työpajat aikataulutetaan yhteistyössä tutkijoiden ja organisaation yhteyshenkilöiden kanssa. Vantaalla työpajoihin on tarkoitus osallistua 4 henkilöä ja niihin kutsutaan ensisijaisesti samat henkilöt. Työpajat vievät osallistujien työaikaa noin 2 tuntia/työpaja. Työpajat toteutetaan covid-19 tilanteesta riippuen joko lähitapaamisena tai etäyhteyksien avulla.

Tutkimuksen puoltajat

Tutkimusta ovat puoltaneet vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Minna Lahnalampi-Lahtinen (22.6.2021) ja Talous- ja hallintopalvelujen johtaja Teemu Paavola (24.6.2021).

Tutkimuksen toteuttamisen edellytykset

Tutkimuksen toteuttamisessa edellytetään hyvää tutkimuskäytäntöä. Tutkija on sitoutunut siihen, ettei käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä eikä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkija sitoutuu myös noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita sekä Vantaan sosiaali- ja terveystoimessa määriteltyjä [tutkimuksen toteutusehtoja](#).



28.06.2021

VD/6082/13.00.00/2021

Sosiaali- ja terveystoimi / Talous- ja hallintopalvelut
Talous- ja hallintojohtaja vs. Valkonen Marjo-Riitta

Tutkimusraportin toimittaminen ja tutkimusrekisterin hävittäminen

Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tulee toimittaa Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona kirjaamoon, kirjaamo@vantaa.fi Tutkija ilmoittaa samalla rekisteriaineiston hävittämisestä. Tutkimuksen tulosten mahdollisesta esittelystä on sovittava erikseen yhteyshenkilön kanssa.

Yhteyshenkilöt ja lisätiedon antaja

Yhteyshenkilöjä ovat talous- ja hallintopalveluiden digitaalisten palveluiden yksikössä erityisasiantuntija Pia Sallinen, p. [REDACTED] ja vanhus- ja vammaispalveluiden kotihoidon päällikkö Mia Jalonen-Tuovila, p. [REDACTED]

Lisätietoa antaa valmistelija, erityisasiantuntija Susanna Kurppa, p. [REDACTED]

Viranhaltijapäätöksen peruste

Vantaan kaupungin hallintosäännön 2 luvun 7 § mukaan apulaiskaupunginjohtaja päättää useampaa kuin yhtä tulosaluetta koskevista tutkimusluvista sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla. Apulaiskaupungin johtaja on delegoinut 1.6.2017 43 § päätöksellään talous- ja hallintojohtajan päättämään useampaa kuin yhtä tulosaluetta koskevista tutkimusluvista sosiaali- ja terveydenhuollon toimialalla.

Päätös:

Päätän myöntää tutkimusluvan opinnäytetyöhön ” Tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Toimintamallin kehittäminen Apotti työkoritoiminnallisuutta hyödyntäen”

Päiväys Vantaa 28.06.2021

Allekirjoitus

Nimen selvennys Valkonen Marjo-Riitta

Virka-asema vs. Talous- ja hallintojohtaja

Allekirjoitettu sähköisesti asianhallintajärjestelmässä

Täytäntöönpano:

Laura Nieminen, laura.m.nieminen@student.lab.fi
Anne-Maarit Pessi, anne-maarit.pesti@student.lab.fi
Paavola Teemu
Minna Lahnalampi-Lahtinen

ALLEKIRJOITETTU SÄHKÖISESTI / UNDERTECKNAT ELEKTRONISKT 29.06.2021 09:54
Valkonen Marjo-Riitta, Digitaalisten palvelujen päällikkö



28.06.2021

VD/6082/13.00.00/2021

Sosiaali- ja terveystoimi / Talous- ja hallintopalvelut
Talous- ja hallintojohtaja vs. Valkonen Marjo-Riitta

Pia Sallinen
Mia Jalonen-Tuovila
Liisa Örrö, Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän sihteeri
Katja Taattola, Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän puheenjohtaja
Susanna Kurppa

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: 30.6.2021

Paikka: Vantaan kaupungin internetsivuilla paatokset.vantaa.fi

Oikaisuvaatimusohjeet

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään Vantaan sosiaali- ja terveystalokunnalle, postiosoite: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, PL 1100, 01030 Vantaan kaupunki tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo@vantaa.fi

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon 7 päivän kuluttua siitä, kun pöytäkirja on nähtävänä yleisessä tietoverkossa. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana taikka kolmantena päivänä sähköisen viestin lähettämisestä. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuksen tekijän allekirjoitettava.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

