

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveysten edistämisen koulutusohjelma

Marika Frilander ja Tanja Lehtonen

Tiedonkulun haasteet kotihoidossa potilasturvallisuuden näkökulmasta

Opinnäytetyö 2012

Tiivistelmä

Frilander Marika ja Lehtonen Tanja

Tiedonkulun haasteet kotihoidossa potilasturvallisuuden näkökulmasta, 41 sivua,
1 liite

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaaja: yliopettaja Pirjo Vaittinen, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaisia tiedonkulun tilanteita kotihoidon asiakkaan hoitoon liittyy ja mitkä tekijät vaikuttavat tiedonkulkuun. Tutkimuksen tavoitteena oli nostaa esille tiedonkulkua edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden kehittämiseen. Tutkimus on kvalitatiivinen. Aineistona käytettiin valmista haastatteluaineistoa, joka oli kerätty vuonna 2010. Tutkimusaineisto koostui Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) kotihoidon hoitajien ryhmähaastatteluista, joihin osallistui seitsemän yksikköä kuudelta eri paikkakunnalta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten mukaan tiedonkulku toteutui kotihoidon yksiköissä suullisesti ja kirjallisesti eri viestintäkanavien ja -välineiden avulla. Suullinen tiedottaminen korostui henkilöstön käyttämänä tapana informoida ja konsultoida asiakkaan hoitoon liittyvistä asioista. Kotihoidon henkilöstö kirjasi sähköiseen potilaskertomukseen rakenteisen mallin mukaan. Tämä koettiin enimmäkseen haastavaksi, ongelmalliseksi ja aikaa vieväksi. Tiedonkulkua estäviä tekijöitä henkilöstön mukaan olivat erilaiset kirjaamiskäytännöt organisaation eri yksiköissä. Tästä johtuen kotihoidon asiakkaan hoitoon liittyvä tiedonkulku ei ollut saumatonta.

Lisäksi organisaatiomuutokseen liittynyt uuden potilastietojärjestelmän käyttöönotto aiheutti ongelmia tiedonkulussa. Koulutukset järjestettiin henkilöstön mielestä liian nopealla aikataululla ja liian laajana kokonaisuutena. Käyttöönottoaiheessa lähitulevaisuus ei ollut saatavissa riittävästi. Haastatteluissa tuli esiin työn hallinnassa ja organisoimisessa ilmenevä kiire. Liian suuri työmäärä pienellä henkilökuntaresurssilla ja rajallisella ajalla voi olla hallitsematon tekijä ja tällä voi olla potilasturvallisuutta heikentävä vaikutus. Haastateltavat toivat esille huolensa lääkärin vaihtuvuudesta ja sen vaikutuksesta asiakkaan turvallisen hoidon toteutumiseen. Tiedonkulkua edistävä tekijä haastateltavien mukaan oli toimiva yhteistyö kotihoidon henkilöstön kesken ja eri toimijoiden kanssa. Turvallisen kotiuttamisen toteutumiseksi haastateltavat toivoivat saumattomampaa yhteistyötä muun muassa sairaalan henkilöstön kanssa.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että kirjaamisen mallia tulisi yhtenäistää ja selkeyttää koko organisaatiossa. Sähköiseen potilastietojärjestelmään liittyviä koulutuksia tulisi järjestää huomioiden työntekijöiden eritasoiset tietotekniset valmiudet. Koulutuksissa tulisi huomioida myös kirjaamisen sisältö. Kotihoidon asiakkaan kotiuttaminen vaatisi yhtenäisen toimintamallin kehittämisen.

Asiasanat: tiedonkulku, potilasturvallisuus

Abstract

Frilander, Marika and Lehtonen, Tanja

Challenges of the flow of information in the home care teams from the perspective of the patient safety, 41 pages, 1 appendix

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Master's Degree Program in Health Promotion

Master's Thesis 2012

Instructor: Principal Lecturer, Dr. Pirjo Vaittinen, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this study was to describe the flow of information, what kind of treatment is related to customer home care situations, and what the factors that affect the flow of information are. The aim of this study was to highlight the flow of information and to promote and draw attention to factors enhancing or inhibiting patient safety.

The research is qualitative. The material used to prepare the interview material was collected in 2010. Research material consisted of South Karelia Social and Health Care District (Eksote) home care nurses' groups, with the participation of six of the seven units from different localities. The data from the group interviews were analyzed using inductive content analysis.

According to the results, communication by the home care units was done orally and in writing using various communication channels and media. Oral communication was highlighted by staff to inform and consult the customer for home treatment issues. Home care staff used electronic patient reports structured according to the model in use. This was mostly felt to be challenging, time-consuming and problematic. The flow of information, according to the staff, was inhibited by different protocols for different units of the organization. As a result, home care client care that is associated with the flow of information was not seamless.

In addition, organizational transformation and adoption of a new patient data system caused problems in the flow of information. Trainings were held, in the opinion of the staff, too fast and too broad on a whole. Local support was not available for the deployment phase. Management and organization of the work became difficult. Work with a small staff and limited resources on a tight schedule may have a debilitating effect on patient safety. Interviewees expressed concern about doctors' turnover and its impact on the customers' safe completion of treatments. Issues promoting patient safety included good working relationships in the home care units and with other teams. They hoped for better communication with hospital staff regarding discharge instructions.

It can be concluded that the goal should be to harmonize and clarify posting of patient data for the entire organization. Electronic medical system-related trainings should be arranged with consideration for the employees with different levels of information technology capability. Training should take into account of the content of the documentation. Home care client discharge instructions from the hospital would require the development of a coherent approach.

Keywords: flow of information, patient safety

Sisältö

1 Johdanto.....	5
2 Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen	6
2.1 Potilasturvallisuutta ohjaava lainsäädäntö	6
2.2 Tiedonkulku hoitotyössä potilasturvallisuuden varmistajana	7
2.3 Potilasasiakirjoihin tehtävät lain mukaiset merkinnät	9
2.4 Sähköisen kirjaamisen toteuttaminen.....	10
3 Potilasturvallisuutta edistävät ja haittaavat tekijät tiedonkulussa	11
4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	14
5 Tutkimuksen toteutus	14
5.1 Tutkimusaineisto ja menetelmät.....	14
5.2 Aineiston analyysi	15
6 Tutkimustulokset.....	17
6.1 Tiedonkulun toteutuminen kotihoidossa.....	17
6.2 Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät kotihoidossa	20
6.3 Tiedonkulun riskitekijät.....	25
7 Pohdinta	29
7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	29
7.2 Tulosten tarkastelua.....	31
7.2 Tiedonkulun vaikutus potilasturvallisuuteen	33
8 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	36
Lähteet	38

Liitteet

Liite 1

1 Johdanto

Potilasturvallisuus on saanut erityistä huomiota viime vuosina ja siitä on tullut terveydenhuollon kehittämisen kohde. Potilasturvallisuuden kehittäminen on ajankohtainen ja tärkeä asia sekä kansainvälisesti (ks. WHO 2004) että kansallisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön (2009) toimesta on laadittu strategia, jossa päätavoitteina on, että potilas osallistuu potilasturvallisuuden parantamiseen, potilasturvallisuutta hallitaan ennakoivasti ja oppimalla, vaaratapahtumat raportoidaan ja niistä opitaan. Potilasturvallisuutta edistetään suunnitelmallisesti ja riittävin voimavaroin sekä potilasturvallisuus huomioidaan terveydenhuollon tutkimuksissa ja opetuksessa. (STM 2009, 15–18.)

Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon organisaatioiden periaatteita ja toimintoja, joilla varmistetaan, että potilaiden saama hoito terveyden- ja sairaanhoidon palveluissa on turvallista. Riskien tunnistaminen, tapahtumien raportointi ja näiden tietojen analysoiminen ovat tärkeä osa ennakoivaa potilasturvallisuutta. Turvallinen hoito tarkoittaa sitä, että se toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan, eivätkä käytössä olevat menetelmät aiheuta potilaalle tarpeetonta haittaa. Sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoidon ja kuntoutuksen turvallisuus sekä lääkitysturvallisuus ovat osa kokonaisvaltaista potilasturvallisuutta. (Knuutila ym. 2007; THL 2011, 7-9; STM 2009, 11.)

Nykypäivänä terveydenhuollon ammattilaisen työhön liittyvä tiedonkulku on olennainen osa hoitoa, ja saumattomana se on potilasturvallisuuden kannalta merkittävää. Terveydenhuollon keskeisimmät tiedonkulun turvaavat tekijät ovat kirjaaminen sekä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden saumaton yhteistyö, joilla turvataan potilaan hoidon jatkuminen. Viestinnän ja vuorovaikutuksen merkitys on muuttunut tietoyhteiskunnan kehittymisen myötä vaativampaan suuntaan. Työskentely on useimmiten itsenäistä suunnittelua, mikä edellyttää asiantuntemusta, tiedon soveltamista sekä valmiuksia tietotekniikan käyttöön. (Juholin 2008, 27.)

Suoranaista terveydenhuollossa tapahtuvaa tiedonkulkua ja sen vaikutuksia potilasturvallisuuteen selvittäneitä tutkimuksia ei ole paljonkaan, mutta asiaan epäsuorasti liittyen löytyy tutkimuksia kiitettävästi. Huonosti toimiva tiedonkulku ja kommunikaatio eri ammattiryhmien välillä voivat vaarantaa potilasturvallisuutta. Myös työntekijän

huolimattomuus tai osaamattomuus kirjaamisessa ja sähköisten järjestelmien käytössä ovat potilasturvallisuutta vaarantava asioita. Nämä vaikuttavat suoraan tiedonkulun laatuun. Tiedonkululla on suuri merkitys potilassiirroissa yksiköstä tai organisaatiosta toiseen, jotta hoidon jatkuvuus säilyy.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, minkälaisia tiedonkulkuun vaikuttavia tilanteita ja tekijöitä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) kotihoidon asiakkaan hoitoon liittyy sekä niiden vaikutusta potilasturvallisuuteen.

2 Potilasasiakirjat ja sähköinen kirjaaminen

2.1 Potilasturvallisuutta ohjaava lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) säättää, että jokaisella henkilöllä, joka asuu pysyvästi Suomessa, on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain (1994/559) tarkoituksena on potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon palvelujen laadun edistäminen varmistamalla, että terveydenhuollossa työskentelevällä henkilöstöllä on riittävä koulutus ja ammattitaito sekä valvonta.

Suomessa uuden terveydenhuoltolain (241/2011) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta. Lain avulla pyritään vaikuttamaan myös väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen. Sen tarkoituksena on toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lailla vahvistetaan terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Sillä vahvistetaan perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parannetaan terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Terveydenhuoltolaki velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä laatimaan suunnitelmat laadun hallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavassa suunnitelmassa säädetään terveydenhuoltolain 8§:ssä vaadittavista toimenpiteistä. Asetuksella varmistetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Asetuksen mukaan terveydenhuollon yksiköiden tulee laatia suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Niiden on sovittava menettelytavoista, joilla henkilökunta osallistuu moniammatilliseen laadunhallintaan ja potilasturvallisuuden kehittämiseen. Yksiköissä on oltava menettelytavat, joilla potilas ja hänen läheisensä voivat antaa palautetta laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden puutteista sekä menetelmistä, miten potilasta tuetaan haittatapahtuman jälkeen. Suunnitelman tulee kattaa laajasti laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta koskevat osa-alueet, joihin liittyvät myös tietojärjestelmät, merkintöjen tekeminen niihin sekä tiedonkulku toimintayksikön sisällä ja toimintayksiköiden välillä. (STM 2011.)

Yksityiselämän suojaa toteuttamaan on säädetty henkilötietolaki (523/1999). Tämä laki koskee myös muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Se edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista.

2.2 Tiedonkulku hoitotyössä potilasturvallisuuden varmistajana

Yleisen suomalaisen asiasanaston mukaan tiedonkulkua ja viestintää käytetään rinnakkaistermistönä (YSA 2011). Määritteenä ne tarkoittavat sanomien vaihtamista lähettäjän ja vastaanottajan kesken. Osa sanomasta kulkee suoraan lähettäjältä vastaanottajalle, osa kiertää vaikuttajien kautta. Viestien välityksessä tapahtuu sosiaalista kommunikointia ja vuorovaikutusta. (Alajärvi ym. 1999, 45–56.)

Viestintä eli kommunikaatio on viestien välityksellä tapahtuvaa vuorovaikutusta, jossa jokaiseen tilanteeseen vaikuttaa joukko yksilöstä ja hänen ympäristöstään johtuvia taustatekijöitä: yksilölliset ja yhteisön taustatekijät, esineympäristö, häiriöt viestinnässä, palautemahdollisuus ja käytettävissä olevat viestimet. Hyvään viestintään vaikuttavat kanavien ja viestimien ohella henkiset edellytykset, kyky viestintään ja keskinäinen ymmärrettävä viestintäkieli. (Wiio 1994, 89.)

Juholin (2008, 30–31) käyttää termiä viestintäosaaminen ja jakaa sen neljään osa-alueeseen. Suullinen ja kirjallinen ilmaisu muodostavat ensimmäisen osa-alueen. Tarvitaan siis kykyä ilmaista ajatuksia puhuen ja kirjoittaen. Tämän lisäksi tarvitaan kirjoittamisen taitoa sekä valmiuksia keskustella ja käydä dialogia eri muodoissa. Suhteet muihin ihmisiin ja eri verkostoihin ovat toinen osa-alue. Kolmanneksi hän nostaa erilaisten viestintävälineiden hallinnan ja kehittämisen. Se, miten näitä osa-alueita hyödynnetään erilaisissa tilanteissa eri kumppaneiden kesken muodostaa neljännen viestintäosaamisen osa-alueen.

Terveydenhuollon asiakkaiden hoitoon sisältyy paljon viestintää, joka edellyttää viestinnän peruselementtien (viestin lähettäjä, viestintäkanava ja viestin vastaanottaja sekä itse viesti) huomioimista. Hyvän hoidon toteuttaminen on riippuvainen käytössä olevan tiedon laadusta. Terveydenhuollossa on kehitetty joustavia palvelukokonaisuuksia kehittämällä eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, josta informoinnin avulla on päällekkäisyydet minimoitu reaaliaikaisen ja kattavan tiedottamisen avulla. Tällä pyritään vastaamaan potilaan tarpeisiin tehokkaasti, joustavasti ja laadultaan varmennetusti. Yleisimpiä tavoitteita tälle toiminnalle ovat moniammatillisen, organisaatiorajat ylittävän yhteistyön parantaminen, hoidon jatkuvuuden takaaminen potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen, perusterveydenhuollon aseman vahvistaminen sekä asiakkaan saaman palvelu- ja hoitokokonaisuuden laadun paraneminen. (Tanttu 2008, 166–171.)

Tantun (2008, 166–171) mukaan tietojärjestelmien käyttö on tärkeää palvelukokonaisuuksien toiminnalle. Alue- ja potilastietojärjestelmien hyödynnettävyys ilmenee ajantasaisen, potilasta koskevan tiedon siirtyessä paikasta toiseen ja tämän saatavuus yhtäaikaaisesti eri organisaatioissa. Tiedonkulku ja yhteistyö eri yksiköiden ja organisaatioiden välillä helpottuu ja hoidon jatkuvuus on sujuvampaa. Myös potilas saa aktiivisemmän roolin hoito- ja palvelutapahtumissa, sillä hänellä on mahdollisuus saada hoitoaan koskevaa ajankohtaista tietoa palvelukokonaisuuden eri vaiheissa.

Hoitajilla on merkittävä osuus tiedon välittämisessä ja siirtämisessä, kun he hoitavat tai koordinoivat muiden hoitoryhmän jäsenten hoitotyötä ympäri vuorokauden. Hoitotyön jatkuvuuden turvaamiseksi on varmistettava, että tieto kulkee saumattomasti työvuorosta toiseen ja yksiköstä toiseen. Hoitotietojen välityksessä keskeisenä asia-

kirjana toimii potilaskertomus, josta käy ilmi suunniteltu ja toteutunut hoito sekä kuka hoidon on antanut. Tämä kirjallinen tieto on pysyvää ja virallista tietoa. Kirjaaminen on tärkeä väline hoidon turvallisuuden, jatkuvuuden ja kommunikaation turvaamisessa sekä asiakkaan hoidon arvioinnissa. (Saranto & Ikonen 2008, 156–165; Iivanainen 2001, 49–53.)

Hoitojakson aikana potilasta voivat hoitaa useat eri ammattialojen asiantuntijat niin avohuollossa kuin perus- ja erikoissairaanhoidossa. Näiden yksiköiden puutteellinen tiedonkulku voi vakavasti haitata potilaan kokonaisvaltaista hoitoa myös taloudellisesta näkökulmasta. (WHO 2009.)

Ension ja Sarannon (2004, 13–15) sekä Jauhaisen (2004, 157) mukaan erilaiset kirjaamistavat ja asioiden tiedottamatta jättäminen eteenpäin hankaloittavat tiedonkulkua. Heidän mielestään hoitohenkilökunnan tiedonhaun taitoja kehittämällä voidaan vähentää moninkertaista kirjaamista ja potilastietojen etsimistä. He korostavatkin, että henkilöstön tietoteknisiin perustaitoihin on kiinnitettävä huomiota, koska uudet toimintatavat ja tietojärjestelmät ovat yhä keskeisemmässä roolissa terveydenhuollossa.

2.3 Potilasasiakirjoihin tehtävät lain mukaiset merkinnät

Potilasasiakirjalla tarkoitetaan potilaskertomusta, joka sisältää asiakirjat potilaasta. Näitä ovat potilastiedot ja potilaan hoidon aikana syntyneet tiedot. Potilasasiakirjat tulee laatia niin, että niistä tulee selkeästi selville, ketkä hoitoon osallistuvat. (Valvira 2011.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 12§:ssä säädetään, että potilasasiakirjoihin terveydenhuollon ammattihenkilön on merkittävät tarpeelliset tiedot potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä hoidon toteutustapa, hoidon aikana ilmenneet erityispiirteet sekä hoidon kuluessa tehdyt hoitopäätökset perusteluineen.

Kirjaaminen palvelee potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeutta saada tieto ymmärrettävässä muodossa. Kirjaaminen varmistaa potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvan. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa 99/2001 säädetään, että terveydenhuollon ammattihenkilön on kirjattava potilaan hoidon kannalta

merkittävät puhelinyhteydet ja muut konsultaatiot tai hoitoneuvottelut. Kirjaaminen luo edellytykset hoidon etenemiselle ja jatkuvuudelle (STM 2001, 2).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista (30.3.2009/298) on määräys, että jokaisessa sähköisessä potilastietojärjestelmässä pitää olla käyttöoikeuksien hallintajärjestelmä. Tämän avulla jokaiselle sähköistä potilasasiakirjaa käyttävälle hoitohenkilökunnan ammattihenkilölle voidaan luoda käyttöoikeus järjestelmään niin, että jokainen on tunnistettavissa ja todennettavissa yksiselitteisesti.

2.4 Sähköisen kirjaamisen toteuttaminen

Potilasta koskevat hoitotiedot muodostavat sähköisen kertomusjärjestelmän, jonka tarkoituksena on tukea asiakas- ja potilaslähtöistä hoitoa sekä moniammatillista yhteistyötä sekä turvata hoidon jatkuvuus. Se tukee osaltaan myös koulutusta ja tutkimusta, jolloin huomioidaan myös tietoturvaan liittyvät vaatimukset. Sähköisellä potilaskertomuksella tarkoitetaan yleisesti tietojen tallentamista, säilyttämistä, välittämistä ja käyttämistä tietotekniikan avulla. (Häyrinen & Ensio 2008,97.)

Terveystieteiden eri yksiköissä olevan hajanaisen tutkimus- ja hoitotietojen hallitsemiseksi on säädetty laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (2007/159). Tällä lailla veloitetaan julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot valtakunnallisesti keskitettyyn arkistoon. Lailla edistetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lain myötä Suomessa on toteutettu yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä (Kansallinen Terveysarkisto, KanTa). Tämän avulla terveydenhuollon palvelut voidaan tuottaa potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Tämän toteutuminen on edellyttänyt kansallisesti yhtenäisen kirjaamisen mallin kehittämistä.

Sähköisten potilasasiakirjojen yhdenmukaistaminen tarkoittaa sitä, että tiedot kirjaetaan yhdenmukaisella rakenteella ja yhteisesti sovittuja luokituksia käyttäen. Näiden potilasasiakirjojen eduksi luetaan erityisesti potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden edistäminen, sillä ne ovat sisällöltään vakioituja. (Saranto & Ikonen 2008, 156–165.) Tämä systemaattinen kirjaamisen malli on kehitetty valtakunnallisessa hoito-

työn sähköisen dokumentoinnin kehittämishankkeessa vuosina 2005–2008 (HoiDok – hanke). Hoitotyön ydintiedot, kuten hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitotyön yhteenveto, kirjataan rakenteisesti käyttäen hankkeessa kehitettyä Finnish Care Classification- luokituskokonaisuutta (FinCC). (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008.)

Rakenteinen kirjaaminen on yhdenmukaista, kirjattua informaatiota sähköisessä potilastietojärjestelmässä. Yhteisesti määritellyt rakenteiset ydintiedot ilmaisevat luokiteltua osaa potilaan hoidon dokumentoinnissa. Kirjatun tiedon on oltava ammattihenkilöstön käytettävissä viiveettä ja rajoituksetta (Ensio 2007, 96; Saranto 2007, 25.)

Kansallinen hoitotyön kirjaamisen mallia on viety potilastietojärjestelmiin ja organisaatioita on tuettu systemaattisen hoitotyön kirjaamisen käyttöönotoissa (HoiData – hankkeessa vuosina 2007–2009). Tätä työtä on jatkanut valtakunnallinen eNNI – hanke (2008), jossa yhtenäisen hoitotyön kirjaamisen mallin käyttöön tarvittavaa osaamista ja mallin käytäntöön juurruttamista toteutetaan terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattikorkeakoulujen yhteistyössä vuosien 2008–2012 aikana.

3 Potilasturvallisuutta edistävät ja haittaavat tekijät tiedonkulussa

Potilasturvallisuudesta tiedonkulun yhteydessä on ilmestynyt tutkimustietoa meillä Suomessa vuodesta 2004 lähtien (liite 1). Aikaisempien tutkimusten tulosten mukaan potilasturvallisuutta vaarantavia tekijöitä tiedonkulussa ovat erilaiset kirjaamistavat sekä asioiden tiedottamatta jättäminen (esim. Koivunen ym. 2007; Kantanen 2008). Nämä hankaloittavat tiedonkulkua. Henkilöstön tietoteknisiin perustaitoihin on kiinnitettävä huomiota (ks. Jauhiainen 2004), koska uudet toimintatavat ja tietojärjestelmät ovat keskeisessä roolissa terveydenhuollossa. Myös hoitoon liittyvät tekijät sekä terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät vaarantavat potilasturvallisuutta. Näistä Varis (2011) mainitsee viestinnässä ja johdon toiminnassa esiintyvät ongelmat sekä yhteistyön toimimattomuuden.

Yleisimpiä tiedonkulun vaaratapahtumiin liittyviä tekijöitä ovat kiire, liian pieni henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät osastoilla sekä suuri työmäärä. Kotiutustilanteet on koettu kiireessä hankaliksi, ja niissä on tapahtunut virheitä. (Kurronen 2011.) Kantasen (2008) mukaan ongelmia yhteistyössä on esiintynyt useimmin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja potilasta koskevan tiedon siirtymisessä. Näihin liittyviä ongelmia esiintyi yleisimmin päivystysaikana.

Potilasturvallisuuden myönteisen kehittymisen kannalta tutkimuksissa on todettu, että vaaratapahtumaraportointijärjestelmä tukee henkilöstön oppimista ja vaaratapahtumailmoitusten käsittely esimerkiksi osastokokouksissa on koettu tarpeelliseksi. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella on suunniteltu henkilökunnalle koulutuksia ja uusia toimintatapoja. Käytännön työskentelyä on muutettu potilasturvallisuutta edistäväksi. (Avelin & Lepola 2008; Kuisma 2010.)

Suurempina esteinä sähköiselle kirjaamiselle ovat hoitohenkilöstön jatkuva kiire, puutteelliset tietotekniset taidot sekä atk-työpisteiden vähyys (von Fieandt 2005; Ikonen 2007). Tulevaisuuden hoitotyössä edellytetään henkilöstöltä tiedonhallinnan osaamista. Tämä puolestaan vaatii henkilöstön täydennys- ja lisäkoulutusta sekä perehdyttämistä uusiin tietojärjestelmiin ja asiakaslähtöisiin työkäytäntöihin. (Jauhiainen 2004; Kuusisto & Saloniemi 2010.) Sähköisen kirjaamisen onnistumiseen vaikuttavat hyvien tietoteknisten taitojen lisäksi myönteiset asenteet (Laine 2008; von Fieandt 2005; Ikonen 2007; Kuusisto & Saloniemi 2010). Hoitohenkilöstö on kokenut, että sähköinen kirjaaminen lisää työn määrää sekä vähentää aikaa potilaan luona tehdystä työstä (Leino 2004; Laine 2008). Välimäen (2011) tutkimuksen mukaan koulutukset tulisikin järjestää lähempänä käyttöönottoa ja pienissä ryhmissä. Lisäksi kirjaamisen opetteluun tarvitaan lisää aikaa. Hoitohenkilöstö tarvitsee uusien ohjelmistojen käyttöönotossa riittävän koulutuksen tueksi myöhemmin täydennys- ja lisäkoulutusta (Ikonen 2007; Jauhiainen 2004; von Fieandt 2005).

Tutkimusten perusteella hoitokertomukseen kirjaaminen rakenteisesti on asettanut haasteita dokumentoinnille. Hoitoprosessin eri vaiheiden erittelemisen ja niiden saattaminen sähköiseen muotoon on vaatinut uudenlaista ajattelua ja itsensä ilmaisua. (Kavén 2005.) Kirjaamismallia on kritisoitu sen liiallisen yksityiskohtaisuuden sekä

hienojakoisuuden vuoksi. Kirjattaessa on ongelmana potilaan hoitoprosessin pilkkoutuminen pieniin osiin ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus on täten hankaloitunut. Lisäksi hoitokertomuksen käyttö jäi usealle epäselväksi, ja komponenttien sopimattomuus on vaikeuttanut kirjaamista. Kotihoidon henkilöstö koki kirjaamismallin ongelma-keskeiseksi, mikä hankaloitti positiivisten asioiden kirjaamista. (Nykänen ym. 2010; Välimäki 2011.) Kirjaamisen taso on kuitenkin parantunut. Kaikkien terveydenhuollon ammattiedustajien pystyessä kirjaamaan yhteiseen potilasjärjestelmään sähköinen potilaskertomus antaa mahdollisuuden hyvään tiedonkulkuun. (Kavén 2005.)

Potilasturvallisuutta parantavia tekijöitä tiedonkulussa ovat hoitohenkilökunnan tiedonhaun taitojen kehittäminen, millä voidaan vähentää moninkertaista kirjaamista ja potilastietojen etsimistä (Jauhiainen 2004; Kuusisto & Saloniemi 2010). Avelinin ja Lepolan (2008) tutkimuksessa nousi esiin avoin ja keskusteleva työilmapiiri sekä hyvät yhteistyötaidot, mitkä edistivät vaaratapahtumailmoitusten käsittelyä. Myös riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen sekä ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta vaikuttavat potilasturvallisuuteen myönteisesti (Varis 2011). Robinson ym. (2010) ovat tutkineet hoitajien ja lääkäreiden välistä kommunikaatiota ja sen vaikutusta potilasturvallisuuteen akuutissa hoitotyössä. Tehokkaan kommunikaation todettiin olevan selkeää ja tarkkaa. Rauhallinen ja kannustava käytös paineen alla tehostavat hyvää viestintää kahden ammattiryhmän välillä. Keskinäinen kunnioitus ja roolien ymmärtäminen ovat hyvän viestinnän edellytyksiä. Kommunikaation heikkouksiksi nousivat toisen väheksyminen, riippuvuus sähköisistä potilasjärjestelmistä sekä kieli- ja kulttuurierot.

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia tiedonkulun tilanteita Eksoten kotihoiton asiakkaan hoitoon liittyy ja mitkä tekijät vaikuttavat tiedonkulkuun. Tutkimuksen tavoitteena oli nostaa esille tiedonkulkua edistäviä ja estäviä tekijöitä ja tämän myötä kiinnittää huomiota potilasturvallisuuden kehittämiseen.

Tutkimuskysymykset

1. Millä tavoin tiedonkulku toteutuu kotihoidossa?
2. Millaiset tekijät vaikuttavat tiedonkulkuun kotihoidon hoitotilanteiden yhteydessä?

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimusaineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin aineistona Koti-ikävä –projektin valmista, litteroitua haastatteluaineistoa. Koti-ikävä oli Lappeenrannan teknillisen yliopiston (LUT) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Eksote) tekemä kotihoidon tutkimus. Projektin tavoitteena oli löytää kotihoitoon ja kotihoidon akuutteihin tilanteisiin liittyvien ammattilaisten yhteistyön kehittämisen mahdollisuuksia ja keinoja. Projekti rajattiin koskemaan yli 75-vuotiaiden asiakasryhmää. (Hanski 2011.)

Tutkimusaineisto koostui Eksoten kotihoidon hoitajien ryhmähaastatteluista, joihin osallistui seitsemän kotihoidon yksikköä kuudesta kunnasta Etelä-Karjalassa. Haastattelut toteutettiin muutaman hengen ryhmissä keväällä 2010. Haastatteluja kertyi yhteensä 12 tuntia 24 minuuttia.

Ryhmähaastattelu soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi silloin, kun tutkimukseen osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. Ryhmähaastattelun etuna on, että sillä saadaan nopeasti tietoa useilta henkilöiltä samanaikaisesti. Ryhmän jäsenet voivat

auttaa toisiaan muistamaan jotain, mitä yksin haastateltavana ollessa ei välttämättä tulisi mieleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95; Eskola & Suoranta 1998, 95–99.) Tässä tutkimuksessa käytetyn aineiston keruumenetelmänä oli käytetty fokusryhmähaastattelua.

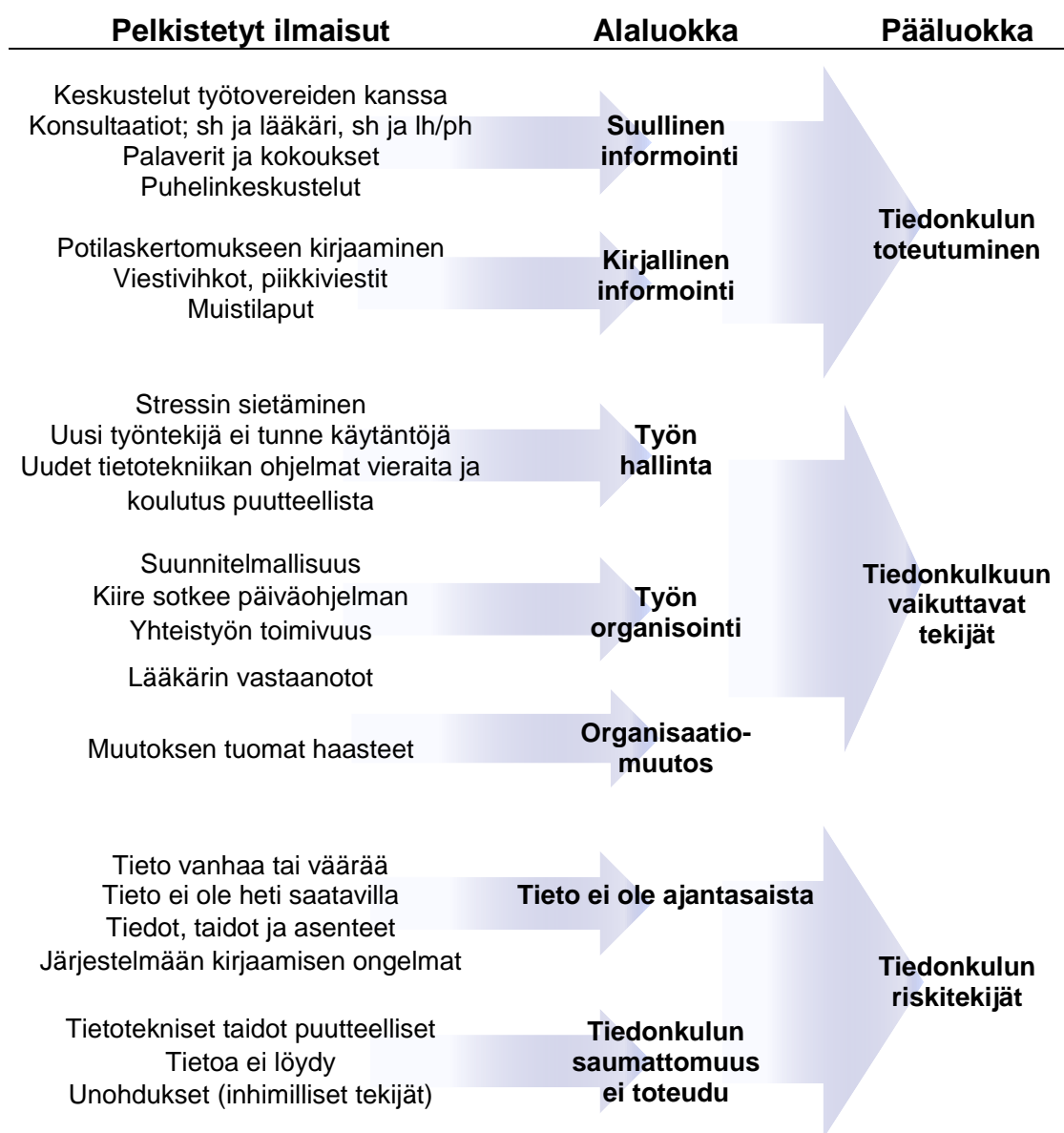
Fokusryhmähaastattelu tarkoittaa haastattelijan ylläpitämää ryhmäkeskustelua. Tämän menetelmän avulla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Menetelmää käytetään muun muassa terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkimukseen. Ryhmähaastattelu antaa mahdollisuuden kerätä monipuolista tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta aihepiiristä. Tietoa ei saada ainoastaan siitä, mitä on tapahtunut ja mitä mieltä ollaan, vaan myös miten ja miksi, sekä minkälaisia näkemyksiä, kokemuksia, asenteita ja odotuksia aiheeseen liittyy. (Kaila & Mäntyranta 2008.)

5.2 Aineiston analyysi

Tämä tutkimus analysoitiin sisällönanalyysillä. Laadullisten aineistojen perusanalysointimenetelmänä käytetään sisällönanalyysia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131; Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Menetelmällä on tarkoitus saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Kylmä & Juvakka 2012, 113.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli sana, lause tai ajatuskokonaisuus.

Analysointi toteutettiin aineistolähtöisesti. Litteroitu teksti luettiin ja päättelemällä induktiivisesti etsittiin vastauksia tutkimustehtäviin ja tutkimuksen tarkoitukseen. Aineisto pelkistettiin luokittelemalla ne sanat ja lauseet, jotka antoivat vastaukset tutkimustehtäviin. Analyysi eteni pelkistämisen, ryhmittelyn ja teoreettisten käsitteiden luomisen mukaan vaiheittain. Ilmaisut jaettiin ryhmiin ja samansisältöiset yhdistettiin alaluokiksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93; Hannula 2007, 111–125.)

Analyyksikköön liittyvät lausumat pelkistettiin aineiston käsittein ja erotettiin nämä tekstistä. Aineistosta karsittiin tällä tavalla tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa tarkoittavat lausumat yhdistettiin kategoriaan, mikä nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä. Tämän pelkistettyjen lausumien ryhmittelyn jälkeen alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin pääluokat. Aineiston käsitteellistämistä jatkettiin luokituksia yhdistelemällä niin kauan kuin se oli aineiston sisällön kannalta mahdollista. Lopputuloksena saatiin luokituksia yhdistävä pääluokka (Kuva 1).



Kuva 1. Analyysin eteneminen

6 Tutkimustulokset

6.1 Tiedonkulun toteutuminen kotihoidossa

Haastatteluihin osallistuneen henkilöstön mukaan kotihoidossa tieto kulki suurimaksi osaksi suullisesti konsultoiden koulutetumpaa ammattilaista joko kasvotusten tai puhelimitse. Hoitajien keskinäiset keskustelut sekä neuvottelut asiakkaiden tai omaisten kanssa sisälsivät pohdintaa potilaiden tilanteesta hoitajien omien havaintojen ja arvioinnin pohjalta. Näiden myötä tehtiin päätöksiä siitä, miten hoitoa jatketaan.

myö lähihoitajat kerrotaan sairaanhoitajille joka vie sitte asiaa eteenpäin

et mie oon pikkasen epävarma siitä et onks tääl oikeesti joku niin miehän voin soittaa meiän kotisairaanhoitajat koska heillähän on sairaanhoidollinen koulutus

Haastateltavat kuvasivat kotihoidon säännöllistä palaverikäytäntöä, jossa eri ammattiryhmät käsittelivät yhdessä asiakkaiden hoitoon liittyviä asioita. Sairaanhoitajat konsultoivat lääkäriä ennaltaehkäisevässä mielessä, potilaan hoidon seurantaan liittyvissä asioissa sekä akuuttitilanteissa. Lisäksi pidettiin sekä säännöllisesti että tarpeen vaatiessa sovittuja palavereja, joissa käytiin kiireettömämpiä hoidon seurantaan liittyviä asioita läpi lääkärin kanssa. Näissä palavereissa kyseessä oleva asiakas ei välttämättä ollut läsnä.

Haastatteluissa tuli esille, että lääkäri usein ”tutkii” ja hoitaa potilasta näkemättä häntä lainkaan. Kaikki hänen saamansa tieto on potilaskertomuksessa sekä sairaanhoitajan tiedottamisen varassa. Vastaanottoaikojen sijaan lääkäri voi keskustella puhelimitse potilaan kanssa. Hoitohenkilökunta konsultoi puhelimitse lääkäriä asiakkaan hoitoon liittyvissä tapauksissa. Virka-ajan ulkopuolella konsultointiapua voidaan kysyä päivystävältä lääkäriltä. Pienten paikkakuntien kotihoidon sairaanhoitajat työskentelevät vain arkiaikana, joten päivystysaikaan kyseiset yhteydenotot tapahtuvat lähi- ja perushoitajien toimesta.

Meillähän ei viikonloppuna oo sairaanhoitajia töissä, hyvin harvoin on vuorossa. Niin meillähän on mahdollisuus soittaa tähän meiän omaan sairaalaan mis on joka vuorossa sairaanhoitaja

Illallakin voi soittaa tonne keskussairaalan päivystävälle lääkärille, ja kysyä sielt ohjeet

Haastateltavien mukaan hoitajien käymät puhelinkeskustelut asiakkaan kanssa ovat usein turvapuhelimella tehtyjä hälytyksiä, jolloin hoitaja tarkistaa, miksi asiakas on tehnyt hälytyksen. Keskustelujen sisältö koskee usein potilaan henkistä hätää; pelkoa, paniikkia, yksinäisyyttä tai yleistä turvattomuuden tunnetta. Myös omaisilta tai naapureilta tulee pyyntöjä käydä tarkistamassa potilaan tilanne kotona, jos he eivät ole saaneet yhteyttä tai muuten epäilevät, että asiat eivät ole kunnossa kotona.

Lisäksi haastatteluissa tuli esille, että Lappeenrannan alueen kotihoidon yhteistyökumppanina toimii TeHoSa (Tehostetun kotiutumisen sairaanhoitajaryhmä), johon voidaan olla yhteydessä virka-ajan ulkopuolella asiakkaiden hoitoon liittyvissä asioissa.

Mie soitan ensin Tehosaan ja Tehosa sanoo et se ei osaa vastata, ja se sanoo soita päivystykseen.

Haastateltavien mukaan kotihoidon yksiköissä on koettu hankalaksi se, ettei lääkäri ole aina tavoitettavissa sekä lääkärrien tiheä vaihtuvuus. Hoitajien aikaa on kulunut lukemattomiin puhelinsoittoihin ja odottamiseen lääkärinkonsultaation saamiseksi.

Ei tiää kenelle laitat sen viestin, et kuka siel terveyseskukseks on vai onko siel ketään. Se on hankaloittanu

Etenkin Lappeenrannan kotihoidon on ollut vaikea saada kiireellisissä asioissa varattua aikaa lääkärille, sillä ajanvaraussysteemissä on ollut käytössä vain yksi yleinen numero, johon kaikki soittavat. Tämä on aiheuttanut puhelinlinjojen ruuhkautumista. Osa haastateltavista toivoi, että heillä olisi käytössä erillinen numero, johon soittaa. Yleisesti kuitenkin hoitajat olivat saaneet asiakkaan hoitoon liittyvät asiat hoidettua lääkärin kanssa mielestään kiitettävästi, joskin silloin tällöin lääkärin kanssa yhteistyö ei ole toiminut.

Mie ku tuun aamul töihin, mie laitan sen numeron ja kaiuttimen päälle ja, se laulaa siin sit sitä laulua niin kauan ennen kun saa sen ajan..et siin ei oo mitään meillä mitään suoraa numeroo mihin soittelee et siin menee kyl aikaa.

Eksoten alueen kotihoidon yksiköissä on käytössä Effican Whoike (rakenteelliseen kirjaamismalliin perustuva ohjelma), jonne kirjataan asiakaskäynnin tapahtumat. Kirjaaminen ei toteudu välttämättä ihanteellisella tavalla, koska kaikki eivät hallitse järjestelmän käyttöä.

Haastatteluissa tuli esille, että Whoiken käyttöönotto aiheutti monenlaisia tunteita hoitajissa. Osa koki sen hyvänä asiana ja toiset kokivat sen työläänä ja epämieluisana työvälineenä. Hoitajat olisivat kaivanneet enemmän aikaa perehtyä ja opetella uuden ohjelman käyttöä ja uutta kirjaamistapaa. He olisivat tarvinneet myös enemmän käytännön tukea ja apua vierelleen uudessa tilanteessa. Negatiivista kritiikkiä sai myös käyttöönoton organisointi, etenkin nopean aikataulutuksen vuoksi. Hoitajat, jotka olivat jo aiemmin käyttäneet Whoikea, suhtautuivat muutokseen paljon myönteisemmin ja pitivät muutosta hyvänä ja toimivana. Hankalaksi koettiin haastateltavien mukaan se, että osa henkilökunnasta vastusti uusia kirjaamiskäytänteitä. Eniten vastustusta koettiin esiintyvän juuri kouluttamattoman henkilökunnan puolelta.

Meil on kyl vanhat kouluttautunu, mikä valmistuu vasta mut se koulutus tekee kyllä siin et se asennemuutos on. Se on tosi iso asia, koulutus minusta.

Tutkimusaineistosta ilmeni, että tiedonsiirrossa käytettiin apuna viestivihkoja, päiväkirjoja, Effica – järjestelmän viestitoimintoa (piikkiviesti) ja muistilappuja. Näissä välittävä tieto toimi muun muassa työpäivän ja viikon suunnittelutyövälineenä, tiedon välittäjinä työtovereille ja lääkäreille. Muistamisen apuvälineitä on tarvittu, koska hoitajat eivät ole käyttäneet tietokoneita asiakaskäynneillä, mistä johtuen asiakkaan luona toteutettua hoitoa ei ole ollut mahdollista kirjata potilaskertomukseen välittömästi.

Yleensä melkeen hoituu paremmin, ihan laittaa (piikkiviestejä), sähköpostia ni se hoituu, lääkärit lukee paremmin sitä, tai siis on tavotettavis paremmin, verkon kautta

Ei tiä kenelle laitat sen viestin, et kuka siel terveyseskukseks on vai onko siel ketään. Se on hankaloittanu.

Haastateltavat kertoivat, että asiakkaan lähtiessä lääkärin vastaanotolle hoitaja välittää usein Effican piikkiviestitoiminnon avulla huomioitavia asioita lääkärille tiedoksi. Käytäntönä on ollut, että asiakasta koskevaa tietoa on kirjattu irralliselle paperille, joka on annettu potilaan matkaan. Haastateltavien mukaan moni lääkäri ei osaa etsiä

tietoa Whoikesta tai ei halua käyttää tätä ohjelmaa. Piikkiviestiin mahtuu tietoa hyvin vähän, joten usein hoitaja laittaa lisäksi asiakkaan mukaan esimerkiksi ruutupaperille tietoja hänen tilanteestaan ja voinnistaan.

Ja kukaan hoitaja ei pääse sinne mukaan, ni mie aina laitan sille ihan sen lapun et näytä tämä lääkärille. Ja mie kerron sit mitä on ne oireet.

Kotihoidon asiakkaiden kotiutumisvaiheessa tai siirtyessä esimerkiksi sairaalahoitoon jatkuvasti toistuvana ongelmana on ollut kotilääkityksen paikkansapitävyys. Kotihoidon henkilökunta kokee, että heille on ”sysätty” paineita esimerkiksi asiakkaiden lääkelistojen paikkansapitävyydestä. He ovat ensimmäiset syntipukit, jos lista ei ole ajan tasalla, vaikka virhe olisi tapahtunut jossain muualla.

...pitäs sitten kaikki huolehtia tonne et on meiän potilaitten lääkelistat ajan tasalla niin se on tääl kotihoitopuolel just et jos ne käy tuol niin siitä saa olla todella skarppi ettei siellä oo vääriä ohjeita sun muita. Sit ne ensimmäiseks osottaa meitä et miksei se oo kunnossa.

Et täytyy päivän päätteeks kattoo et ne asiat varmasti on oikein siel sitten. Ettei oo hirsipuussa.

Haastateltavat toivat esille, että Eksotessa käytössä oleva yhteinen Efficajärjestelmä mahdollistaa sen, että kotihoidon henkilöstö voi käydä katsomassa asiakkaansa tietoja potilaskertomuksesta, jos ei ole saanut esimerkiksi keskussairaalan osastolta tietoa potilaan voinnista tai mahdollisen kotiutumisen suunnittelusta. Haastatteluissa hoitajat pohtivat sitä, onko tällainen toimintamalli laillisesti sallittua, kun asiakas ei varsinaisesti ole juuri sillä hetkellä kotihoidon vastuulla ollessaan sairaalahoidossa. Näin kuitenkin toimitaan usein, ja se osaltaan helpottaa kotihoidon henkilökuntaa asiakkaan kotiutustilannetta suunniteltaessa.

6.2 Tiedonkulkuun vaikuttavat tekijät kotihoidossa

Haastatteluun osallistunut kotihoidon henkilöstö kertoi suunnittelevansa kotikäynnit viikko-ohjelmaan, josta ilmenevät käyntien sisällöt ja aikataulut. Tilanteiden vaihtelu aiheuttaa muutoksia päiväohjelmaan, mistä johtuen syntyy kiirettä. Useamman kotiutumisen tapahtuminen samana päivänä johtaa kotikäyntien määrän lisääntymiseen.

Lisäksi asiakkaan äkillinen tilan huononeminen vaatii tiiviimpää seurantaa ja lisää usein työmäärää.

..siul menee koko se systeemi sekasin just siinä ku, sit sie et pääse taas joustavasti menee sinne seuraavaan paikkaan koska sielt tulee tämmöstä ennalta arvaamatonta tilannetta. Et se ain et ku oven avaa ni koskaan ei tiä mitä vastassa on.

Haastateltavat kertoivat, että koulutettua henkilökuntaa on vaikea saada ja sairauslomien sijaisuuksia joudutaan paikkaamaan oman henkilökunnan voimin. Sijaisten palkkaamista vaikeuttaa myös se, ettei kotihoidon tiimiin voi ottaa ihan ketä vain työn luonteen vuoksi, eikä niin sanottua omaa sijaisjärjestelmää ole olemassa.

Haastatteluihin osallistuneet mainitsivat äkillisten henkilökunnan poissaolojen voivan sotkea jo ennestään tiukan päiväohjelman. Tällöin on siirretty joitain kiireettömiä käyntejä toiseen päivään tai sitten työt on hoidettu varsinaisen työajan ulkopuolella ylitöinä. Niukkojen resurssien vuoksi poissaolojen paikkaaminen on lisännyt kiirettä. Kotikäyntien peruutuksien tekemiseen on mennyt oma aikansa ja toisaalta ylitöiden korvaaminen vapaa-ajalla on ollut usein mahdotonta, mikä taas vaikuttaa hoitajien jaksamiseen työssä. Kouluttamattoman henkilökunnan käyttäminen asiakastyössä hankaloittaa koko hoitotyötä ja sen erilaisten vaativien käytänteiden toteutusta.

..jossain vaiheessa piti ottaa ihan vaan ketä saatiin, käsiparit, niin kyl se koulutus näkyy mones asiassa. Osataan sitä asiakasta kattoo ihan eri tavalla, ei hermostuta pienistä, jos ei tiitä mikä on.

Haastateltavien mielestä kiireen syntymiseen on vaikuttanut lisäksi lisääntynyt määrä yhä huonokuntoisempia asiakkaita, joiden hoitokäynteihin kuluu paljon aikaa. Kotihoitoyksiköiden henkilöstöresurssit koettiin liian pieniksi, mikä lisäsi kiireen tuntua työpäivissä. Lisäksi välimatkat voivat olla pitkiä asiakkaiden luokse.

Laitan oven kiinni jo, aattelen suurin piirtein jo kolmatta paikkaa, mites sinne kerkee..

Haastateltavat totesivat, että kotiutusten suunnittelu etukäteen olisi hyvin tärkeää, jotta kotiutumisen voisi toteuttaa hyvin asiakkaan turvallisuus huomioiden. Huolelli-

sella valmistelutyöllä turvattaisiin kotiutuvan asiakkaan sopeutuminen takaisin kotioihin.

Jos on tietysti ollu pitkään sairaalassa niin sit pitää kyl muistaa se et siel jääkaapis-sakaan ei oo ruokaa, ihan tämmöset peruslähtökohdista et siel ei oo sit siel kotona oikeen mitään, ja tietyst välttämättä ei oo niit lääkkeitäkään.

..sinne voi sit valmistella et mitä hän apuja tarvii, mitä, tuleeks mitään muutoksia, tarviiks jotain apuvälineitä ja tämmösiä..

..ihminen ku pitkään on poissa kotiympyröissä niin se laitostuminen aika nopeesti tapahtuu.

Kotihoidon henkilöstön koulutuksen tason kerrottiin vaihtelevan, mikä toi monia haasteita tiedonkulun ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Hankalana koettiin, että osan kotihoidossa työskentelevän henkilökunnan koulutus oli puutteellista.

Meil on kaks vanhaa kodinhoitajaa mitkä jarruttaa koko ajan ja se on miust ihan kauheet.

Haastatteluihin osallistuneet korostivat koulutuksen tärkeyttä työn onnistumisen kannalta. Työkierto mainittiin tärkeäksi osaamista tukevaksi muodoksi ja sen koettiin tukevan hyvin ammatillista kokemusta.

Yleisesti haastatteluihin osallistuneen kotihoidon henkilöstön mielestä yhteistyö eri Eksoten yksiköiden kanssa on toiminut vaihtelevasti. Ongelmia on esiintynyt esimerkiksi potilaan ollessa keskussairaalassa hoidettavana. Kotihoidon henkilöstö ei ole löytänyt potilaskertomuksesta asiakkaastaan hoidon jatkon kannalta tarpeellisia tietoja.

Meil oli kans muutama viikko sitte tääl tilanne, ku aattelee et hirveen hyvä ois ku ois ylellä kirjattu lääkäri jotakin.

Tos tulikin esille sitä tiedonvaihtoo jo että aina ei välttämättä tiedetä että joku on käyny päivystyksessä tai joku siellä on.

Haastateltavien mukaan Etelä-Karjalan keskussairaalan eri yksiköistä hoitajat ovat ottaneet kotihoidon henkilöstöön yhteyttä potilaan lääkityksen tarkistamiseksi sekä kotiuttamisen yhteydessä. Usein on tiedusteltu myös kotona pärjäämisestä kotihoi-

don henkilökunnan näkemystä. Kotihoidon henkilöstön mielestä päivystyksestä ja osastoilta on oltu kuitenkin liian vähän yhteydessä heihin.

Et kotiuttamisesta tai kyselevät voinnista et minkälainen on ollu.

He toivoisivat, että heidän asiakkaansa hoitoon liittyvissä asioissa tehtäisiin tiiviimpää yhteistyötä kotiutumisen onnistumiseksi. Keskussairaalan Nova (nopean vasteen yksikkö) – osaston kotiutushoitajan kanssa yhteistyö on ollut pääsääntöisesti onnistunutta asiakkaiden hoidon toteutuksessa sekä kotiuttamisia suunniteltaessa.

Haastatteluissa ilmeni, että ambulanssin henkilökunnan käytännöt kotihoidon henkilöstön tiedottamisessa asiakasta koskevissa hoitotilanteissa vaihtelevat paikkakunnittain. Jokaisella ensihoidon yksiköllä ei ole ollut tapana jättää viestiä kotihoidon henkilöstölle siitä, että ovat vieneet asiakkaan esimerkiksi päivystykseen. Tästä johtuen kotihoidon henkilökunta on joutunut etsimään asiakastaan muun muassa eri hoitopaikoista. Pienten paikkakuntien etuna on ollut usein se, että ambulanssihenkilökunta tuntee sekä kyseisen paikkakunnan kotihoidon henkilökunnan että kotihoidon asiakkaat.

Haastatteluun osallistuneet kertoivat myös, ettei kotihoidon henkilökunta välttämättä saa tietoa omaisilta, jos omaiset ovat käyttäneet kotihoidon asiakasta lääkärin vastaanotolla. Omaiset saattavat soittaa ambulanssin paikalle, ilman, että kotihoidon henkilöstö saa tietoa tästä.

Mut sitte kun ne käy välillä ominee nii sit joskus huomaa et aha, tää onkin käyny lääkärissä.

Omainen saatto soittaa meiän tietämättä sille lanssin vaikkei nyt välttämättä ollu mitään hätää mut se hätä oli sillä tyttärellä mut se sit koki sen mut se ei ilmottanu meille.

Haastateltavien mielestä yksityisten palveluntuottajien kanssa tehty yhteistyö on kotihoidon näkökulmasta hyvin tärkeää, sillä asiakas voi ostaa palvelut Eksoten lisäksi yksityissektorilta palvelusetelijärjestelmän avulla. Yhteydenpito tapahtuu pääasiassa suullisesti, sillä yksityisillä tahoilla ei ole pääsyä Effican tietojärjestelmään. Yksityis-

sektorin palvelut koettiin myös siksi hyvinä, että sen tekemä työpanos osaltaan helpottaa kotihoidon henkilökunnan työtaakkaa.

Niin hää osaa, ja hää pystyy kattoo sen asiakkaan ja hää ottaa meihin päin yhteyttä ja hoitaa paljo kyl semmosii asioita siinä sivussa jotka kuuluis meille.

Miun mielest meiän pään yksityiset kyl ottaa yhteyttä vaikkeivät oo olleetkaan, et kyl heil se vastuu on.

Haastatteluun osallistunut kotihoidon henkilöstö koki, että Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoksen siirtyminen vuoden 2010 alussa sekä Effica-potilasjärjestelmän käyttöönoton tuomat muutokset toivat ongelmia ja epävarmuutta. Muutos aiheutti kaaosta, lisätyötä sekä stressiä.

--tää alotettiin viime vuon hirveen aikasin tää Eksote-vouhkaminen, seinät kaaviokuva täynnä ja kuka tulee esimieheks ja kuka siitä ja sitä, siis oikeesti ärsytti että tää meiän työntekijätaso mikä miun mielestä on erittäin tärkeä, oli täällä pikkusena ja mittämänä ja siihen ei panostettu. Ja sit kauheen vauhilla et kaikki muutetaan.

Effican käyttöönottovaiheessa asiakkaiden tiedot hävisivät potilasjärjestelmistä ja niiden palauttaminen oli eri yksiköiden henkilöstön vastuulla. Koettiin, että aikaa oli järjestetty liian vähän tietojen siirtämiseksi vanhasta järjestelmästä uuteen. Tämä aiheutti taas sen, etteivät potilastiedot olleet ajan tasalla ja hoitosuunnitelmat jäivät tekemättä uuteen järjestelmään.

--tietokoneohjelmat ja asiakastiedot hävis meiltä et niit piti tulostaa ennen vuodenvaihdetta niin kaikki lääkelistat ulos ja kaikki koska sitten ku mentiin siihen uuteen kantaan, niin se aiheutti monin verron töitä.

Useimmat kokivat, että siirtymävaihe oli huonosti organisoitu, muun muassa yleisiin ohjeistuksiin tuli muutoksia lyhyin väliajoin. Ohjeistukset vaihtuivat usein ja kukaan ei tuntunut tietävän miten asiat loppujen lopuksi tulisi tehdä ja minne.

--et annetaan yks ohje, ja piste, ja se pysyy. Mut ku niitä on ollu paljo sillee että, alunperin annettiin yks ohje ja se muuttu ja sit palattiin taas, ja sit taas palattiin toiseen ja, sit vihoviimein annettiin nyt se sama ohje mikä alkuperin elikä semmost ihan, turhaa niin sanottuu vatkaamista.

6.3 Tiedonkulun riskitekijät

Tutkimusaineistosta tuli esille, että tiedonkulkua on haitannut tietoteknisiin laitteisiin ja ohjelmiin sekä niiden käyttöön liittyvät ongelmat. Potilaskertomuksessa oleva tieto ei ole ajantasaista eikä tiedonkulku ole saumatonta. Nämä ovat riskitekijöitä tiedonkulussa.

Kotihoidon henkilöstön mielestä tietotekniseen laitteistoon ei ole resursoitu tarpeeksi. Tietokoneiden ja ohjelmiston käytön hallinta on usein puutteellista. Myös laitteiden toimimattomuus ja niiden käyttökokemukset ovat olleet negatiivisia. Koneiden mukaan ottaminen kotikäynneille on koettu hankalaksi. Koulutus on ollut monen mielestä puutteellista tai hoitajilla ei ole ollut mahdollisuutta osallistua koulutuksiin.

Kyllähän se tietysti täs alkuvaihees, Eksote-vaihees niin ärsytti tää, tietokoneasia ja vielä se vaivaa edelleenkin kun tuntuu että ollaan koneita eikä ihmisiä varten ja sitenkään ei osata niitä koneita ja ohjelmii käyttää. Ja sit se et toiset ei ees suostu siihen, ku pitäis opetella ja käyttää sitä oikein.

--eillä on jääny se koulutus niin vähäselle tohon kirjaamiseen ettei meil oo kerinny paneutuakaan siihen tän työn ohella et siihen ois pitäny olla koulutusta vähän enemmän--.

Kotihoidossa tietokoneen käyttäminen asiakkaan luona tuntui monesta haastatteluun osallistuneesta hoitajasta vaivalloiselta ja hoitotilannetta hankaloittavana tekijänä. Myönteisenä puolena mainittiin, että asiakastiedot olisivat käytettävissä ja tarkistettavissa välittömästi, jolloin se nopeuttaisi asioiden hoitamista. Tätä haittasivat huonot verkkoyhteydet syrjäisemmillä seuduilla, niin ettei Effican käyttö ollut mahdollista. Hoitajat kokivat myös tietokoneiden vievän aikaa pois itse asiakkaalta, kun joutui keskittymään tietokoneen kanssa ”pelaamiseen”.

Ja just se tos konees on hakala ku oot tuol asiakkaan luona ja ne kysyvät jotain lab-ravastauksia tai tämmöstä et paljos se verenpaine kaks viikkoo sit oli, et no niin, se on siel koneella, mä sitte katon ku oon toimistolla et et pysty vastaamaan.

Haastateltavien mukaan tietotekniset sekä sähköisen kirjaamisen edellyttämät taidot ovat usein puutteellisia. Esimerkiksi jatkuvaan hoitokertomukseen (Whoike) kirjaaminen on koettu hankalana tai ei ole ymmärretty sen tarkoitusta. Kirjaaminen on tuotta-

nut vaikeuksia monimutkaisuutensa vuoksi. Monella hoitajalla on käsitys, että jokaisesta potilasta koskevasta asiasta on kehitettävä ongelma, ennen kuin sen voi kirjata Whoikeen.

Sit joka asiasta täytyy tehdä se joku semmonen hirveen ongelma, et voidaan luoda tää oikein.

Elikä periaatteessa ne jääpi kaikki tämmöset että, jostaki asiasta tää asiakas tuli iloseks, ni ne jää kirjaamatta ku niitä ongelmia ei ehdikää--.

Aina sitä vaan negatiivisia asioita kirjataan.

Ja sit myö saahaan palautetta sairaalapuolelt ku sinne menee et ku, ihminen et hyö ei tiä ollenkaan et mis kunnossa se on. Ja jotenki tuli vaan mieleen sit yks päivä että onhan täällä ennenkin hoiettu ilman tietokoneita ja se tieto on menny että, et puhelimella vois tietysti kysyy.

Haastatteluissa tuli esille, että potilaskertomuksessa olevat tiedot asiakkaasta voivat olla vanhoja tai vääriä. Virheelliset tiedot koskevat potilaan sijoitusta hoitolaitoksessa tai kotihoidon asiakkuutta sekä asiakkaan lääkitystä.

Onhan siel väärää tietoo joskus, siel saattaa olla että on vaikka meiän solun asiakas, siel saattaa lukee tai asuu Kanervakodissa, tai että, et, niin, et ei oo välttämättä ihan tarkkaa tietoo esimerkiksi et missä se, sellasia näkee, tuol, lääkäreitten palautteissa sitten, hoitopalautteissa tai näis loppuyhteenvedoissa, ni sellasia et, ärsyttää lukea et eihän se siellä asu.

Haastateltavien mukaan asiakaskäynnin tiedot kirjataan usein jälkikäteen, koska tietokoneet sijaitsevat toimipisteissä, eikä yhteysongelmien vuoksi kannettavan tietokoneen käyttö asiakkaan luona ole mahdollista. Kirjaamisessa apuvälineinä toimivat vanhaan tapaan muistilaput, joihin tärkeät lukemat ja arvot kirjataan muistiin.

--mennään vielä illalla käymään palvelutalolla et sit on jääny tavallaan sinne kirjaamaan mutta, mut et melkeinpä se on että, tässä se sit päivän päälle, tai jos ei jostain syystä kerkee tai muuta ni sit seuraavana päivänä.

Haastatteluissa ilmeni myös, että tavallinen käytäntö päivystysaikaan on, että tieto asiakkaan tilanteesta välitetään eteenpäin useimmiten puhelimitse tai viestilapulla. Tilanteen vaatiessa hoitaja lähtee asiakkaan (etenkin, jos hän on desorientoitunut) mukaan lääkärin vastaanotolle tai päivystykseen. Tällä varmistetaan asiakkaan tur-

vallisuus sekä tiedon välittyminen oikeana. Kotihoidon hoitajat kokivat tarpeellisena, että he pääsisivät asiakkaan mukana lääkärin vastaanotolle selvittämään tilannetta hoitohenkilöstön näkökulmasta.

Haastateltavat kritisoivat sitä, että kotiutustilanteissa tieto ei välity, koska osastojaksojen loppuarvioita tai lääkärin vastaanottokäyntien yhteenvetoja ei ole saneltu tai saneluja ei ole kirjoitettu auki välittömästi. Lisäksi lääkitykseen tehdyt muutokset eivät välity välttämättä oikeana tietona kotihoitoon asti, etenkin, jos asiakas on ollut hoidettavana useammassa yksikössä. Nämä niin sanotut keskeneräiset kotiuttamiset hankaloittavat asiakkaan jatkohoidon suunnittelua kotihoidossa.

--se johtuu vaan siitä kun konekirjottaja ei oo kirjottanu sitä saneluu auki--

*--vuodeosastolt kotiutetaan meille ja viel puhelimessa kysytään et onko tullu lääke-
muutoksia, no on tullu vaikka yks muutos. Ja osaa jo varautua siihen. Ja sitten kun
alat, potilas tulee, alat toteuttaa sinne meidän omiin dosetteihin niin sitä muutoksia niin
huomaatkin et onhan siel tullu paljon enemmänkin niitä muutoksia. Et ei se tieto kule
ihan saumattomasti tässä välillä.*

*--hänen tiivistelmäs luki et KSH:n asiakas ja yksin asuva. Et tää tiedonkulku et jos ei
kaikki käytä sit sitä oikein.*

*Et kauheest tehdään töitä ja osataan ja kaikkien pitäis tehdä sitä niin sit jos joku ei käy-
tä ollenkaan niin mitä välii sil sit on.*

Kotiutettaessa kotihoidon asiakasta Etelä-Karjalan keskussairaalan yksiköistä on joissain tapauksissa käynyt niin, ettei kotihoidon henkilöstö ole saanut asiasta tietoa. Yksiköissä ei ole tiedetty potilaan edes olevan kotihoidon asiakas, koska tietoa ei löytynyt potilasjärjestelmästä tai sitä ei ole ymmärretty etsiä. Tällaiset epäonnistuneet kotiutukset ovat lisänneet hoitajien työmäärää, kun hoitajat ovat joutuneet jälkikäteen selvittämään asiakkaan jatkohoitosuunnitelmia sekä lääkitykseen liittyviä asioita.

--reseptit jää sinne, osa tulee mukana ja osa jää sinne. Niit on aina ollu.

*Hä oli kotiutunut siis melkein kaks viikkoa sitten, ja me oltiin, oletettiin et hän on edel-
leenki siellä, tietyst oltashan me nyt voitu kattoo sieltä (Effic), mut ku sekään ei aina
sitä sano.*

*Ja sit myö saahaan palautetta sairaalapuolelt ku sinne menee et ku, ihminen et hyö
ei tiä ollenkaan et mis kunnossa se on. Ja jotenki tuli vaan mieleen sit yks päivä että*

onhan täällä ennenkin hoiettu ilman tietokoneita ja se tieto on mennyt että, et puhelimella vois tietysti kysyä.

Sisäisesti tapahtuva tiedottaminen kotihoidon yksiköissä näyttäisi haastateltavien mukaan sujuvan paremmin kuin ulkoinen tiedottaminen, toisten yksiköiden kanssa tapahtuva kommunikointi ja tiedon välitys. Henkilöstö tuntee oman yksikkönsä sisällä toimivat tutut tiedonkulunkanavat ja on tottunut käyttämään niitä.

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla erilaisia tiedonkulun tilanteita ja tekijöitä Eksoten kotihoidossa. Tutkimustuloksia tarkasteltiin potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tiedonkulku on merkittävä tekijä potilasturvallisuuden toteutumisessa. Toimiva tiedonkulku takaa hyvän potilasturvallisuuden. Tiedonkulussa esiintyy paljon katkoksia ja ongelmia, jotka estävät tiedon saumattoman etenemisen.

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto oli Lappeenrannan Teknillisen yliopiston opiskelijoiden keräämä. Haastattelurunko käsitteli kotihoidon päätöksentekoprosessia. Haastattelijoita oli kaksi tai useampi. Aineistosta ei selkeästi käynyt ilmi, kuinka monta haastateltavaa ryhmissä oli tai minkä ammattiryhmän edustajia he olivat. Tämän tutkimuksen tutkijoille ei selvinnyt, minkälaisessa ympäristössä haastattelut fyysisesti toteutettiin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden kriteereillä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2012, 127–128; Eskola & Suoranta 1998, 211–213.) Tutkimusaiheen valintaa tehdessään tutkijan tulee miettiä, kenen ehdoilla aihevalintaan päädytään ja miksi tutkimus tehdään. On mietittävä tutkimuksen hyödyllisyyttä ja merkitystä yhteiskunnallisesti ja vaikutusta tutkimukseen osallistuville. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 126–127; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Tässä tutkimuksessa aihevalintaan vaikutti valmiin aineiston sisällöstä noussut teema, jonka lähtökohtina olivat potilasturvallisuuden laadukas toteutuminen kotihoidon asiakkaan näkökulmasta sekä terveydenhuollon toimintatapojen yhtenäistäminen. Asiakkailla on oikeus turvalliseen ja laadukkaaseen hoitoon, johon oleellisesti kuuluu tiedonkulun oikea-aikainen ja katkeamaton eteneminen, kun hänen hoitoaan toteutetaan terveydenhuollon eri organisaatioissa. Myös yhtenäiset toimintatavat takaavat oikean tiedon välittymisen ja löytymisen sekä helpottavat työntekoa.

Aihevalintaa tehtäessä aineisto vaati monta lukukertaa ja syvällistä perehtymistä. Valmis tutkimusaineisto tarjosi useamman vaihtoehdon tutkimusaiheeksi. Lopulta tiedonkulku nousi aineistosta tutkijoiden mielestä mielenkiintoisimpana teemana, jota päädyttiin tarkastelemaan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Tutkimustehtävät jäseneltiin aineistosta nousseiden asioiden mukaan, ja ne tarkentuivat tutkimusprosessin edetessä.

Sisällönanalyysi on tyypillinen laadullisen tutkimusaineiston perusanalyysimenetelmä. Laadullisen aineiston analyysissa aineisto järjestellään niin, että siitä voidaan etsiä vastauksia tutkimusongelmiin. Laadullisessa tutkimuksessa kaikissa vaiheissa analyysi on uusien merkitysten rakentamista. Aineiston luotettavuuden arviointia helpottaa merkityksien rakentaminen kuvausten, päätelmien tulkintojen ja annettujen selitysten avulla. (Eskola & Suoranta 1998, 226.) Tässä tutkimuksessa aineistoa luettiin avoimesti ja sieltä pyrittiin löytämään toistuvia aiheita, ilmaisuja ja ajatuksia, joista olisi mahdollista yhdistää ja luoda kategorioita. Ryhmiteltäessä aineistoa päätellään tutkimuskysymysten ohjaamana, mitkä pelkistetyistä ilmauksista yhdistetään niiden samankaltaisen asiayhteyden perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131 -137; Kylmä & Juvakka 2012, 112–120).

Aineiston analyysi pyrittiin esittämään tutkimuksessa mahdollisimman tarkasti ja selkeästi. Tulokset esiteltiin johdonmukaisesti sekä aineistoa kuvaavasti, ja havainnollistamiseksi käytettiin tutkimusaineistosta otettuja suoria lainauksia. Aineiston pohjalta voitiin muodostaa kuva tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimusaineistossa kiinnitettiin huomiota vain tiedonkulkuun liittyviin tilanteisiin ja toimintatapoihin. Tulokset esitettiin, niin ettei tutkimukseen osallistujien henkilöllisyyttä voi tunnistaa. (ks. Eskola & Suoranta 1998; 52–59; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–181.)

Tutkijoilla on tutkimuksen edetessä valinnanmahdollisuuksien lisäksi vastuu esimerkiksi siitä, ettei tutkittavien hyvinvointi heikkene tutkimukseen osallistumisesta. Tutkijan asema suhteessa tutkittaviin voi olla ongelmallinen, koska tutkimukseen osallistuvat tarjoavat tietoa jostakin ilmiöstä kuitenkin vaikuttamatta itse tähän tuotettuun tietoon. Tällöin tutkijoiden on tunnistettava, milloin he tekevät omakohtaisia tulkintojaan ja luovat omista käsityksistään johtuvia päätelmiä. Tutkijoiden on pyrittävä ole-

maan objektiivisia tutkittavaa ilmiötä kohtaan, mikä edellyttäisi sitä, että tutkijat katsoisivat tutkimuskohdetta ja -ilmiötä ulkoapäin, puolueettoman sivustakatsojan näkökulmasta. (Eskola & Suoranta 1998, 16–18.)

Tämän tutkimuksen tuloksia tarkastellessaan tutkijat pyrkivät tiedostamaan omat asenteensa ja uskomuksensa ja koettivat parhaansa mukaan toimia siten, etteivät ne väärentäisi tutkimustuloksia. Valmis aineisto käsiteltiin avoimin mielin, ja se oli hyväksyttävä sellaisenaan, sillä tarkentavia kysymyksiä ei ollut mahdollista tehdä haastatteluihin osallistuneille. Usein tutkijat joutuivat hylkäämään joitakin aineistossa esiintyviä asiakokonaisuuksia, koska niiden käsittely jäi haastatteluissa kesken. Haastatteluista pystyi lukemaan myös ”rivien välistä” asioiden merkityksiä, mutta nämä pohjautuivat lähinnä tutkijoiden käsityksiin aiheista, joten ne jätettiin tutkimustuloksista pois. Tutkimustehtäviä tarkennettiin lainsäädännön avulla määrittelemällä käsitteitä ja tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin, jotka liittyivät tutkimusaiheeseen.

7.2 Tulosten tarkastelua

Sosiaalinen kommunikointi ja vuorovaikutus ovat terveydenhuollon asiakkaiden hoitoon sisältyvää viestintää, joka edellyttää viestinnän peruselementtien, kuten viestin lähettäjän, viestintäkanavan ja viestin vastaanottajan sekä itse viestin huomioimista (Tanttu 2008; Wiio 1994). Tässä tutkimuksessa ilmeni, että suullinen tiedottaminen korostui väistämättä eniten asiakkaan hoidossa. Eri ammattiryhmien ja yksiköiden välillä informointi tapahtuu kasvokkain tai puhelimitse. Tilanteet ovat joko hoitoneuvotteluja, keskusteluja kollegoiden ja työtovereiden kanssa, lääkärin vastaanottoja tai konsultaatioita. Päivittäin tiedottaminen tapahtuu käytännössä niin, että lähi- ja perushoitajat vievät viestiä sairaanhoitajille, jotka taas välittävät tiedon lääkärille. Näissä tilanteissa kirjaamisen tärkeys korostuu, koska lääkärikerrolla nimenomaan käytetään sähköistä potilaskertomusta, jonne asiakkaan luona tapahtuva hoito tulisi kirjata. Tämä on tärkeää siksi, että sairaanhoitajat eivät välttämättä ole toteuttamassa asiakkaan luona jokapäiväistä hoitoa, vaan hoidon toteuttavat lähi- ja perushoitajat. Tuloksista ei selvinnyt, onko jokaisella hoitotyöhön osallistuvalla henkilöllä puhelinta käytössään. Tällä käytännöllä kuitenkin turvattaisiin se, että asiakasta koskeva tieto saataisiin heti puhelimitse tietoon, jos asia ei ilmene potilaskertomuksesta.

Kantasen (2008) tutkimuksessa todettiin, että ongelmia yhteistyössä on esiintynyt useimmin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja potilasta koskevan tiedon siirtymisessä. Ongelmat esiintyivät yleisimmin päivystysaikana. Tässäkin tutkimuksessa kotihoidon hoitajat kokivat tarpeellisena, että he pääsisivät asiakkaan mukana lääkärin vastaanotolle selvittämään tilannetta hoitohenkilöstön näkökulmasta. Kokonaisvaltaisen hoidon turvaamiseksi lääkärin olisi hyvä kuunnella asiakkaan omaa sekä hoitajan näkemystä tilanteesta. Päivystysaikana kotihoidon hoitajilla on mahdollisuus olla yhteydessä päivystävään lääkäriin, ja he ovat saaneet tarpeellisen avun lääkäriltä. Ongelmallisempaa on ollut tavoittaa lääkäriä puhelimitse. Lappeenrannan alueen kotihoidon henkilöstö piti hyvänä TeHoSalta saamansa tuen niissä tilanteissa, joissa konsultointiapua tarvittiin. Epäselväksi jäi, miten muut Eksoten alueen kotihoidon yksiköt käyttävät TeHoSan ympärivuorokautista palvelua hyväkseen, vai käyttävätkö ollenkaan.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että uusien sähköisten potilasjärjestelmien käyttöönotto edellyttää riittävän koulutuksen järjestämistä henkilökunnalle (Jauhainen 2004; von Fieandt 2005; Ikonen 2007; Välimäki 2011). Tässäkin tutkimuksessa tuli esille, että ennen uuden potilastietojärjestelmän käyttöönottoa hoitajat olisivat kaivanneet enemmän koulutusta ja lisäksi tukea käyttöönottovaiheessa. Effican käyttöönotto olisi pitänyt toteuttaa asteittain, eikä yhtenä suurena pakettina, liian lyhyellä siirtymäajalla. Työntekijät eivät kyenneet käsittelemään ja sisäistämään nopealla aikataululla annettavaa tietoa heille täysin uudesta järjestelmästä. Hoitotyön ohella opeteltava uusi kirjaamistapa uudessa järjestelmässä aiheutti lisästressiä työntekijöille ja kaaosta työn hallintaan. Uusien käyttöjärjestelmien koulutusten organisoinnissa ja järjestelmän käyttöönottovaiheessa olisi tulevaisuudessa huomioitava riittävän koulutuksen määrä sekä lähikäyttötuen järjestäminen paikan päällä.

Terveydenhuollon dokumentointia koskevista tutkimuksista on selvinnyt, että sähköinen rakenteinen kirjaamismalli on tuonut haasteita ja ongelmia kirjaamiseen. Se on vaatinut hoitohenkilöstöltä uudenlaista ajattelua ja entistä parempaa itsensä ilmaismista. Lisäksi kirjaamismallia on moitittu liian ongelmakeskeiseksi, mikä on hankaloittanut myönteisten tapahtumien kirjaamista. Myös hoitoprosessin pilkkoutuminen on vaikeuttanut tiedon löytämistä potilaskertomuksesta. (ks. Kavén 2005; Välimäki 2011;

Nykänen ym. 2010.) Myös tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että rakenteinen kirjaaminen Whoikeen on koettu hankalana sen ongelmälähtöisyyden ja hoitotietojen eri vaiheiden erittelemisen vuoksi. Haastatteluista on tulkittavissa, ettei koulutus ole välttämättä ollut riittävää itse ohjelman käytön eikä rakenteisen kirjaamisenkaan osalta. Ohjelman opetteleminen on täysin eri asia, kuin se, mitä ja missä järjestyksessä potilaskertomukseen virallisesti kirjataan. Tiedon välittyminen Whoiken kautta oli haastateltavien mukaan myös vaikeutunut, sillä esimerkiksi Etelä-Karjalan keskussairaalaissa Whoike ei ole käytössä. Tämä on aiheuttanut sitä, että potilaan siirtyessä keskussairaalaan hänen hoitoonsa liittyvä informaatio katkeaa lähes täysin. Haastateltavien mielestä tällaisessa tilanteessa potilaan turvallisuus vaarantuu.

Tutkimustuloksista ilmeni, ettei tieto kotihoidon asiakkaan kotiutumisesta ollut aina tavoittanut henkilökuntaa, jos asiakas oli kotiutettu esimerkiksi keskussairaalaan. Kotiutumisen yhteydessä kotihoidon henkilöstö oli saanut myös puutteellista tietoa asiakkaan lääkitykseen tehdyistä muutoksista. Tämä oli hankaloittanut asiakkaan hoitoa sekä vaarantanut potilasturvallisuutta. Samaan asiaan ovat tutkimuksissaan kiinnittäneet huomiota myös von Fieandt (2005), Kurronen (2011) ja Kantanen (2008).

Tiedonkulku on hoitoyksiköiden välillä usein sattumanvaraista ja potilaiden hoidon jatkuvuuden kannalta tarvittavaa tietoa ei aina ole välittömästi saatavilla (Tanttu 2008, 166–171). Tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstön mielestä yhteistyötä eri yksiköiden välillä pitäisi parantaa. He toivoivat, että heihin oltaisiin tiiviimmin yhteydessä heidän asiakkaidensa hoitoon liittyvissä asioissa, kun asiakkaat ovat toisessa yksikössä hoidossa. Potilaan kotihoidon asiakkuus ei ole tällä hetkellä selvästi löydettävissä potilasasiakirjoista. Tulevaisuudessa olisi hyvä, että kotihoidon asiakkuus näkyisi selvästi esimerkiksi Effican Perustieto -lehdellä. Myös kotihoidon asiakkaan sekä kotihoidon yhteystietojen tulisi näkyä ajantasaisena tietona potilaskertomuksessa.

7.2 Tiedonkulun vaikutus potilasturvallisuuteen

Tutkimusaineistosta ilmeni, että kotihoidossa pitempään olleet työntekijät hallitsevat työtehtävät ja käytänteet jo rutiinisti. Heille tutussa työssä tiedonsiirron toteuttaminen on luonnollisempaa ja he tuntevat kanavat, jotka ilmeisesti on sovittu ”hiljaisella” so-

pimuksella. Käytäntö vaikuttaa hajanaiselta; käytössä on monta tapaa siirtää asiakkaasta tietoa eteenpäin ja osa, ehkä jopa oleellinenkin tieto, häviää, jos sitä ei ole kirjattu potilastietojärjestelmään. Tämä on myös riski potilasturvallisuudelle. Uuden työntekijän tai sijaisen voi olla vaikeampaa perehtyä näihin käytänteisiin ja ottaa käyttöön, koska yhtenäinen käytäntö puuttuu. Kirjaamiskäytänteitä tulisi selkeyttää, jotta koko henkilökunnan olisi helpompi kirjata ja löytää nopeasti tarvittava tieto. Pienillä paikkakunnilla asiakkaat tunnetaan hyvin, joten välttämättä hoitohenkilöstö ei tule kirjanneeksi kaikkea olennaista tietoa asiakkaastaan. Osittain myös henkilökunnan eri ammatillinen osaaminen vaikuttaa tiedonkulkuun. Koulutettu henkilökunta hallitsee tietoteknillisesti kirjaamisen paremmin kuin kouluttamaton.

Pienten paikkakuntien huono lääkäritilanne tuli esille tutkimusaineistosta. Lääkärille vastaanottoaikoja oli ollut vaikea saada ja kotihoidon lääkärisysteemiä ei ollut juuriakaan käytössä. Kun kotihoidon järjestelmää kehitetään, tulisi huomioida myös lääkäritilanne, jotta saataisiin pysyvämpi ratkaisu. Kerran viikossa puolituntisen ajan kestävä niin sanottu kotihoidon lääkärikierto ei ole riittävä hyvän hoidon ja potilasturvallisuuden toteutumisessa. Lääkärikierron voisi "rantauttaa" myös kotihoidon asiakkaan kotiin, jos tietokone olisi fyysisesti mahdollista viedä asiakkaan luokse.

Haastateltavien kertomana tuli esille myös, että kotihoitoyksiköiden hoitajat tuntevat hyvin potilaan ja hänen kotiolonsa. Heillä on tuntuma ja tieto asiakkaastaan, mikä ei välttämättä löydy potilaskertomuksesta. Kotihoitoon ollaankin yhteydessä epäselvissä tapauksissa. Laadukkaan potilasturvallisuuden toteutumisessa olisi parasta se, että kotihoidon asiakasta hoitavat tahot tekisivät tiivistä yhteistyötä, jotta välttyttäisiin väärinymmärryksiltä sekä mahdollisilta hoitovirheiltä.

Tieto hukkuu nykyiseen potilasjärjestelmään, koska jokainen erikoisala kirjaa eri lomakkeille, ja jos tätä hajanaista tietoa ei osaa etsiä tai ei huomaa, niin jotain olennaista voi jäädä huomioimatta potilaan hoidossa. Tämä voi vaarantaa potilasturvallisuuden, joten potilaskertomuksesta tulisi löytyä jonkinlainen tiivistelmälomake, josta löytyisivät yhdellä silmäyksellä kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat.

Haastatteluissa esiin tullut työn hallinnassa ja organisoinnissa ilmenevä kiire voi heikentää potilasturvallisuutta. Liian paljon työtä pienellä henkilökuntamäärällä ja rajallisella ajalla voi olla hallitsematon tekijä. Sairaanhoitajat joutuvat tekemään päätöksiä ja priorisoimaan asiakaskäynnit niiden kiireellisyyden ja tärkeyden perusteella. Lisäksi on arvioitava, kuka käynnin voi suorittaa sekä minkälaista ammattitaitoa ja osaamista käynnillä tapahtuva hoitotoimenpide edellyttää. Jos tällä polulla tapahtuu vääriä arviointeja, se vaikuttaa sujuvaan tiedonkulkuun ja potilasturvallisuuden toteutumiseen. Kotihoidon pienet henkilöstöresurssit sekä vaativa asiakaskanta vaikuttavat myös laadukkaan kirjaamisen toteutumiseen. Hoitajilla ei ole aikaa paneutua kirjaamiseen, mikä osaltaan vaarantaa katkeamattoman tiedonkulun sekä voi heikentää potilasturvallisuutta.

8 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulokset olivat paljolti samansuuntaisia kuin jo aiemmissa tutkimuksissa esitetyt. Tuloksista käy ilmi, että tiedonkulun kehittämisessä on varaa Eksoten kotihoidossa. Potilasturvallisuuden kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan ammattilaisen tehtävä ja vastuu. Yhteistyön avulla sisäisen ja ulkoisen viestinnän kehittäminen on mahdollista käytettävissä olevilla resursseilla. Eksotessa pyritään yhtenäistämään käytäntöjä, joten toimintamalli tiedonkulun toteutukseen kotihoidon ja muiden yksiköiden välillä olisi tarpeen.

Eri yksiköiden kirjaamisen mallia tulee kehittää niin, että se on selkeä jokaiselle yksikölle. Tiedon tulee olla ajan tasalla ja jokaisen vaivattomasti löydettävissä. Jokaisessa yksikössä on hyvä olla samanlaiset kirjaamisalustat, eikä useita erilaisia, kuten nykyisin esimerkiksi lääkelehdillä ovat avolääkityksen LääkeL ja osastolääkityksen LääkeO. Kirjaamisen selkeyttäminen turvaa tiedon siirtymisen saumattomana yksiköiden välillä ja osaltaan siten turvaa potilasturvallisuuden. Tänä päivänä ei mikään yksikkö voi kieltäytyä kirjaamasta sähköiseen potilaskertomukseen, kuten esimerkiksi Whoiken käyttöönoton kohdalla tapahtui. Potilasturvallisuus voi vaarantua sen vuoksi, että hoitoyksiköt kirjaavat eri kirjaamisalustoille. Lähitulevaisuudessa on tähän tilanteeseen tulossa muutos, sillä Whoike poistuu ja tilalle tulee Hoitokertomus (HoKe), johon koko Eksoten yksiköt vastaisuudessa kirjaavat.

Potilaskertomuksesta tulee ilmetä selkeämmin, missä ja minkälaisessa ympäristössä asiakas asuu ja elää sekä se, millaisia palveluja hän käyttää. Näiden tietojen sisältö sekä yhteystiedot tulisi löytyä potilaskertomuksesta. Tämä helpottaisi potilaan kotiuttamisen suunnittelua. Eksotessa tulisi kehittää yhtenäinen kotiuttamisen toimintamalli, jolla taattaisiin potilasturvallisuuden toteutuminen.

Kotihoidon henkilöstön kirjaamista asiakkaan luona pitäisi helpottaa, jotta turhista muistilapuista ja tuplakirjaamisesta voitaisiin luopua. Nykyteknologian keinoin tämä on varmasti helppo toteuttaa esimerkiksi tabloidien avulla. Yhteysongelmiin löytyy varmasti myös ratkaisuja. Tietysti teknologiaan panostaminen vaatii taloudellisia resursseja, mutta se olisi laadukkaan potilasturvallisuuden takaamista.

Tietojärjestelmien jatkuvat muutokset edellyttävät tehostetumpaa ja sisällöltään laajempaa koulutusta henkilökunnalle. Koulutuksissa tulisi huomioida koulutettavien eri lähtötasot tietoteknisten laitteiden käsittelyssä ja ohjelmistojen hallinnan taidoissa. Koulutusryhmät tulisi koota osallistujien tason mukaan, jotta jokainen saisi täyden hyödyn koulutuksen sisällöstä. Koulutukset olisi hyvä jakaa tekniseen osaamiseen ja kirjaamisen sisällölliseen toteutukseen, mikä mahdollistaisi myös yhtenäisen toimintamallin toteuttamista kirjaamisessa. Myös loppukäyttäjille lähituen tarjoaminen käytännössä on tärkeää. Jokaisessa yksikössä tulisi vastaisuudessakin olla potilasjärjestelmän pääkäyttäjä, joka kouluttaa henkilökuntaa työn ohella.

Kotihoidon henkilökunnan tiedottamiseen ovat muodostuneet omat toimivat käytännöt, ja hoitajat käyttävät erilaisia keinoja tiedon siirtämiseen luovasti. Jatkotutkimuksena voisi tutkia, millaisin keinoin ja työvälinein kotihoidon ja eri hoitoyksiköiden välistä tiedonkulkua voisi tehostaa. Terveystieteiden henkilöstö on paras asiantuntijajaho kertomaan, mikä hyödyttää eniten yhteistyön ja tiedottamisen laadun parantamisessa. Aihetta voisi tutkia myös asiakkaan/potilaan näkökulmasta.

Lähteet

Alajärvi K., Herno, L., Koskinen, H. & Yrttiaho, L. 1999. Työelämän viestintä. Porvoo: WSOY.

Avelin, T. & Lepola, L. 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönotosta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

eNNI–hanke 2008. Hankekuvaus. http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/5AHx0Fv5h/5ASpPawbM/eNNI-hankkeen_kuvaus.pdf. Luettu 27.10.2011

Ensio, A. 2007. Rakenteinen, elektroninen potilaskertomus. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY,96.

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

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

von Fieandt, N. 2005. Henkilöstön tietotekninen osaaminen ja koulutustarve terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja talouden laitos. Pro gradu.

Hannula, A. 2007. Systemaattinen tekstianalyysi. Teoksessa Syrjäläinen, E., Eronen, A. & Värri, V.-M. 2007 (toim.) Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 111-125.

Hanski, M. 2011. Koti-ikävä –projektin raportti. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kotihoito ja sen akuutit tilanteet yli 75-vuotiaiden osalta. Lappeenranta. <http://www.eksote.fi/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=844&NakymaID=26>. Luettu 2.10.2012

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Häyrinen K. & Ensio, A. 2008. Elektroninen potilaskertomus ja sen ydintiedot. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy, 97-111.

Iivanainen, Ansa 2001. Sisätauti-kirurgisen potilaan hoitopolku. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhainen, M. & Pikkarainen, P. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi, 43–166.

Ikonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –taloudenlaitos. Pro gradu.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 113. Kuopio

Juholin, E. 2008. Viestinnän vallankumous. Löydä uusi Työyhteisöviestintä. Juva: WS Bookwell Oy.

Kaila, M. & Mäntyranta, T. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008;124:1507–13. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>. Luettu 2.10.2012

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kantanen, A. 2008. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Kavén, A. 2005. Sähköinen potilaskertomus – hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – taloudenlaitos. Pro gradu.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportointi. Lääkelaitoksen julkaisuja 1/2007. Terveystieteiden laadunhallinta. Helsinki: Yliopistopaino.

Koivunen, E., Kankkunen, P. & Suominen, T. 2007. Hoitohenkilökunnan käsityksiä hoitovirheiden syistä ja niiden ilmoittamisesta. *Tutkiva hoitotyö* 5(3), 10-15.

Kuisma, P. 2010. Terveystieteiden vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

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

Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveystieteiden alalla. *Tutkiva hoitotyö* 8(4), 12-19.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laine, E-K. 2008. Rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista Pro gradu-tutkielma.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785

Laki sosiaali- ja terveystieteiden asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159

Laki terveystieteiden ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Leino, K. 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteutuminen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Nykänen, P., Viitanen J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. <http://www.cs.uta.fi/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>. Luettu 13.10.2011.

Robinson, P., Gorman, G., Slimmer, L. & Yudkowsky, R. 2010. Perceptions of effective and ineffective Nurse-physician communication on hospital. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x/abstract>. Luettu 13.10.2011.

Saranto, K. 2007. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 19-31.

Saranto, K. & Ikonen, H. 2008. Hoitotiedon välittäminen toimintayksikössä. Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 156–165.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

STM 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle 2001:3. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosisallys80.htm> Luettu 21.10.2011.

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Suomalainen potilasturvallisuus strategia. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä*. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisu 3/2009. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf. Luettu 8.11.2011.

STM 2011. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta 341/2011*. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110341.pdf>. Luettu 8.11.2011

Tantt 2008. Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa Teoksessa Saranto, K, Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: WSOY, 166–171.

Terveydenhuoltolaki 241/2011

THL 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuusopas. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketi/potilasturvallisuus. Luettu 9.10.2011.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valvira 2011. Ohjaus ja valvonta. Terveydenhuolto. Potilasasiakirjat. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/potilasasiakirjat. Luettu 2.11.2011

Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2008. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke 1.5.05 – 31.5.08. HoiDok –hanke. Loppuraportti. Osa 1.
<http://www.salpanet.fi/Public/download.aspx?ID=3727&GUID=%7BD2E8B2F2-2B7C-48A9-8230-0D8930F35C32%7D>. Luettu 7.12.2011

Välimäki, M. 2011. Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttöönotkokokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitoksen kotihoidossa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

WHO 2004. World Alliance for Patient Safety- forward programme 2005. http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. (luettu 11.10.2011)

WHO 2009. 10 facts on patient safety. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.ht. (luettu 18.10.2011)

Wiio, O 1994. Johdatus viestintään. Kuudes, uusittu painos. WSOY.Porvoo.

YSA 2011. Yleinen suomalainen asiasanasto. Helsingin yliopiston kirjasto. <http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>. Luettu 1.1.2011

Aikaisemmat tutkimukset

**Kirjoittaja,
julkaisuvuosi ja aihe**

**Kohderyhmä, aineisto
ja menetelmät**

Keskeisimmät tulokset

<p>Varis, M. 2011. Moniulotteinen potilasturvallisuuskulttuuri – edistävät ja heikentävät tekijät. Sairaalahenkilöstön kuvausten analyysi.</p>	<p>Tutkimusaineisto hankittiin verkkokyselyllä, joka kohdistettiin neljän sairaalan potilastyötä tekeväälle henkilöstölle. Kyselyyn vastasi 1064 henkilöä. Aineiston analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Potilasturvallisuutta edistäviä tekijöitä ovat riittävät henkilöstövoimavarat, johdon tuki, tilanteiden ennakointi, perehdytyksen ja koulutuksen lisääminen sekä ammattitaitoinen ja osaava henkilökunta. Myös työyhteisön hyvä ilmapiiri ja Haipro – järjestelmä vaikuttavat potilasturvallisuuteen myönteisesti. Vastaavasti heikentäviä tekijöitä ovat hoitoon liittyvät tekijät sekä terveydenhuollon henkilöstöön liittyvät tekijät, kuten viestinnässä ja johdon toiminnassa esiintyvät ongelmat sekä yhteistyön toimimattomuus.</p>
<p>Avelin Tanja ja Lepola Liisa 2008. Potilasturvallisuuden edistäminen. Toimintatutkimus vaaratapahtumien raportointijärjestelmän käyttöönnotosta.</p>	<p>Kohderyhmänä oli yhden terveyskeskussairaalan kuuden osaston eri ammattiryhmistä koostuva hoitohenkilöstö. Tutkimuksessa kerättiin kaksi aineistoa erillisinä ajanjaksoina. Ensimmäinen aineisto kerättiin hoitohenkilöstön tekemistä vaaratapahtumailmoituksista 1.5.2007 – 31.12.2007. Toinen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka laadullinen osuus käsiteltiin sisällönanalyysilla. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä vaaratapahtumien ilmoituslomakkeella ja perinteisellä kyselylomakkeella.</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin ja kuvattiin yhden terveyskeskussairaalan potilasturvallisuutta. Vaaratapahtumaraportointijärjestelmä tuki henkilöstön oppimista. Henkilökunta osallistui aktiivisesti ilmoitusten tekoon ja niiden käsittely osastokokouksissa koettiin tarpeelliseksi. Osastokokousten ilmapiiriä kuvattiin avoimeksi ja keskustelevaksi. Tehtyjen ilmoitusten perusteella suunniteltiin koulutuksia ja uusia toimintatapoja. Sairaalaan luotiin yhtenäinen toimintamalli vaaratapahtumailmoitusten käsittelyyn. Vaaratapahtumailmoitusten perusteella tehtiin muutoksia käytännön työtapoihin potilasturvallisuuden edistämiseksi.</p>

<p>Kantanen, Anne 2008. Sairaanhoidajien ja lääkäreiden yhteistyö erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Kohderyhmänä oli Kuopion yliopistollisen sairaalan operatiivisen, konservatiivisen ja psykiatrian tulosalueen sairaanhoitajat (N=495) ja lääkärin (N=170). Tutkimusaineisto kerättiin kertakyselynä kyselylomakkeilla. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 14.0 for Windows –ohjelmalla.</p>	<p>Tutkimus pureutui yhteistyön viiteen eri osa-alueeseen, jotka ovat yhteistyön tila, kommunikaatio, käyttäytyminen, ristiriitatilanteiden käsittely ja professionaalinen valta. Näiden lisäksi tarkasteltiin taustamuuttujien yhteyttä yhteistyöhön. Pääsääntöisesti tutkittavat olivat arvioineet yhteistyönsä hyväksi. Ongelmia yhteistyössä esiintyi useimmin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja potilasta koskevan tiedon siirtymisessä. Ongelmat esiintyivät yleisimmin päivystysaikana.</p>
<p>Jauhiainen, Annikki 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvaalifikaatioista vuonna 2010.</p>	<p>Kohderyhmänä oli asiantuntijaryhmä, joka koostui terveydenhuollon käytännön, koulutuksen, hallinnon, tutkimuksen, kehittämisen ja terveydenhuollon tietotekniikan tehtävissä työskentelevistä ihmisistä sekä maallikkokäyttäjienä toimivista potilaista. Aineisto kerättiin kvalitatiivisella ja strukturoidulla kyselylomakkeilla kolmessa eri vaiheessa. Tutkimus toteutettiin delfimenetelmänä, tulevaisuudentutkimuksena.</p>	<p>Tutkimuksessa on kuvattu terveydenhuollon ja tietotekniikan ammattilaisten sekä potilaiden näkemyksiä tieto- ja viestintätekniikan käytöstä hoitotyössä. Tutkija on tuottanut erilaisia tieto- ja viestintätekniikan käytön skenaarioita. Tarkasteluvuotena toimi vuosi 2010. Tällöin hoitotyö edellyttää tiedonhallinnan osaamista, mikä vaatii henkilöstön täydennys- ja lisäkoulutusta sekä perehdyttämistä uusiin tietojärjestelmiin ja asiakaslähtöisiin työkäytäntöihin.</p>
<p>von Fieandt, Noora 2005. Henkilöstön tietotekninen osaaminen ja koulutus-tarve terveydenhuollossa.</p>	<p>Kohderyhmänä oli Hyvinkään sairaalan potilaan hoitoon osallistuva henkilöstö, psykiatrian henkilöstö poislueutuna. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimus toteutettiin määrällisenä ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan nuoremmat hoitajat osasivat tietoteknilliset ohjelmistot vanhempia hoitajia paremmin. Parhaiten koneiden hallinnan kokonaisuudessaan osasivat ne henkilöt jotka aktiivisesti käyttivät koneita vapaa-aikana ja ne ammattiryhmät, jotka työkseen käyttivät ohjelmistoja kuten osastonsihteerit. Puutteellisemmat tietotekniset taidot olivat perus ja lähihoitajilla. Eniten tarvetta koulutukselle oli tietotekniikan, tietoliikenteen ja terveydenhuollon ohjelmistojen hallinnassa.</p>

<p>Ikonen, Helena 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hoitotyön elektroniseen kirjaamiseen</p>	<p>Kohderyhmänä oli Pohjois-Karjalan keskussairaalan hoitohenkilökunta, joka kirjaa sähköiseen potilaskertomukseen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimus toteutettiin määrällisenä ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.</p>	<p>Nuorempi sukupolvi omasi paremmat tietotekniset taidot kuin vanhemmat kollegansa. Suurempina esteinä sähköiselle kirjaamiselle pidettiin jatkuvaa kiirettä, puutteellisia tietoteknisiä taitoja sekä atk-työpisteiden vähyyttä. Tietotekniikan nopea kehittyminen ja ohjelmistojen oppiminen aiheuttivat ahdistusta osalle käyttäjistä. Potilaskertomuksen käyttökoulutustarvetta tarvitsi 63 % vastaajista. Koulutuksia järjestettiin osaston sisäisissä koulutuksissa.</p>
<p>Laine Eeva-Kaisa 2008. Rakenteisen hoitotyön sähköinen kirjaaminen hoitohenkilöstön kokemana</p>	<p>Tutkimuskohteena oli yhden osaston henkilökunta, joka toimi rakenteisen kirjaamisen pilotointiosastona. Tutkimus oli kvalitatiivinen ja toteutettiin teemahaastatteluna.</p>	<p>Myönteiseksi asiaksi vastanneet nostivat kirjaamisen selkeyden ja ammattihenkilöstön tunnistamisen kirjatusta tekstistä. Niillä koettiin olevan vaikutusta tietoteknillisen turvallisuuden parantumiseen. Kirjaaminen koettiin aikaa vieväksi ja kirjaamiskäytännöt olivat erilaisia. Lääkäreiden kriittinen asenne sähköiseen kirjaamiseen nousi esille moniammattillisessa yhteistyössä. Hoitajat toivat esille positiivisina hoitotyön laadun muutoksina hiljaisen raportoinnin ja myönteiset asenteet kirjaamiseen. Kielteisiä muutoksia oli henkilökunnan kuormittuminen ja vähäinen aika potilaan luona. Tietokoneohjelmien puute ja tukihenkilöiden riittämättömyys olivat epäkohtia tuen saannissa. Kollegoiden vertaistuki koettiin tärkeänä kirjaamistilanteissa.</p>

<p>Kuisma, P. 2010. Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.</p>	<p>Tutkimuskohteena oli empiirinen aineisto, joka koostui nimeämättömän organisaation yksiköissä vuonna 2009 ilmoitetuista vaaratapahtumista. Tutkimus oli määrällinen. Analysoinnissa hyödynnettiin HaiPro –järjestelmään kehitettyä raportointityökalua sekä Exel -taulukkolaskentaohjelmaa. Kuvailevina menetelminä toimivat frekvenssijakaumat, prosenttiosuudet sekä ristiintaulukoinnit.</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella potilasturvallisuuden kehittämisessä korostuvat eri osa-alueet. Yksi on informointi esim. vaaratapahtuminen käsittelytilanteissa osastotunneilla. Hoitohenkilöstön henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ammatitaito ja vastuullisuus oman työn toteuttamisessa oli toinen osa-alue. Dokumentointi ja raportointi, esim. potilaan tunnistetuista tulee tiedottaa laajasti potilaan hoitoa antaviin yksiköihin. Muut osa-alueet olivat toimintatavat ja ohjeistus, työnjako ja yhteistyö, perehdytys ja koulutus, liikkumisen rajoittaminen ja tekninen valvonta sekä ympäristö ja johtaminen.</p>
<p>Kuusisto, A. & Saloniemi, A. 2010. Taidot, asenteet vai tietokoneet? Sähköisen kirjaamisen esteet sosiaali- ja terveydenhuollossa</p>	<p>Kohderyhmä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö. Aineisto kerättiin postikyselyinä. Menetelmänä oli pääasiassa tilastollinen analyysi SPSS 15.0 – ohjelman avulla.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet arvioivat sähköisen kirjaamisen potilaiden kannalta myönteisenä asiana. Oman työn näkökulmasta myönteiseen asennoitumiseen sähköistä kirjaamista kohtaan suhtauduttiin varauksellisemmin. Tutkimuksessa selvisi, että tietoteknisten taitojen puute ei ollut merkittävänä esteenä sähköiseen kirjaamiseen. Huomattavana esteenä ilmeni puutteellinen tietokanta aiheuttaen monenlaisia ongelmia. Sähköisen kirjaamisen käytettävyyden parantamiseksi, kehittämiseksi ja voimavarojen kohdentamiseksi olisi tarpeellista parantaa henkilöstön tietoteknisiä taitoja, varmistaa riittävä ja ajanmukainen tietokonekanta sekä työtilat, suunnitella uudelleen työprosessit ja kyseenalaistaa perinteiset toimintatavat.</p>

<p>Robinson, P., Gorman, G., Slimmer, L. & Yudkowsky, R. 2010. Perceptions of effective an ineffective Nurse-physician communication on hospital.</p>	<p>Kohderyhmänä lääkärit ja sairaanhoitajat. Laadullisen tutkimuksen aineiston keruu tapahtui kolmena ryhmähaastatteluna, ryhmäkoko oli kuusi henkilöä. Aineisto käsiteltiin sisällön-analyysiä käyttäen.</p>	<p>Tehokkaan kommunikaation todettiin olevan selkeää ja tarkkaa. Rauhallinen ja kannustava käytös paineen alla tehostavat hyvää viestintää kahden ammattiryhmän välillä. Keskinäinen kunnioitus ja roolien ymmärtäminen ovat hyvän viestinnän edellytys. Kommunikaation heikkouksiksi nousivat toisen väheksyminen, riippuvuus sähköisistä potilasjärjestelmistä sekä kieli- ja kulttuurierot.</p>
<p>Leino, Kaija 2004. Hoitotyön kirjaamisen toteuttaminen.</p>	<p>Kohderyhmänä olivat kahden suomalaisen sairaalan sisätauti- ja kirurgiset hoitajat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen.</p>	<p>Hoitohenkilökunta arvioi kirjanneensa potilasta koskevat tiedot rehellisesti. Kirjaaminen tietokoneella onnistui ilman vaikeuksia yli puolella tutkimukseen osallistuneista. Sähköinen kirjaaminen lisäsi tutkittavien mielestä heidän työtaakkaansa. Koulutus tilaisuudet kirjaamisesta auttoivat tutkittavia motivoitumaan kirjaamaan paremmin.</p>
<p>Kavén, Armi 2005. Sähköinen potilaskertomus – hoitohenkilökunnan toiveiden ja kokemusten vertailua.</p>	<p>Kohderyhmänä oli hoitohenkilökunta, joka käytti sähköistä potilaskertomusta. Aineisto koostui valmiista kirjallisesta materiaalista, joka oli kerätty erään aikaisemman hoitotyön sähköisen kirjaamisprojektin aikana, sekä tutkijan sairaanhoitajille tekemistä haastattelusta (n=10). Tutkimus toteutettiin laadullisena. Menetelmänä käytettiin aineistotriangulaatiota ja tutkijan tekemiä haastatteluja.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että kirjaamisen rakenteinen malli on asettanut haasteita kirjaamiselle. Hoitoprosessin eri vaiheiden erittelemisen ja niiden saattaminen sähköiseen muotoon on vaatinut uudenlaista ajattelua ja itsensä ilmaisua. Kirjaamisen taso on kuitenkin parantunut. Kaikkien terveydenhuollon ammattiedustajien pystyessä kirjaamaan yhteiseen potilasjärjestelmään sähköinen potilaskertomus antaa mahdollisuuden hyvään tiedonkulkuun.</p>

<p>Nykänen Pirkko, Viitanen Johanna & Kuusisto, Anne 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui erilaisia terveydenhuollon yksiköitä erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta ja yksityisestä terveydenhuollosta.</p> <p>Aineisto kerättiin nelivaiheisesti yksilö- tai ryhmähaastatteluina.</p> <p>Tutkimusmenetelminä ovat osallistavat käytettävyyden arviointimenetelmät ja käyttäjien haastattelut.</p>	<p>Nykyinen kirjaamismalli on liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen. Tämän mallin mukaan kirjattaessa on ongelmana potilaan hoitoprosessin pilkkoutuminen pieniin osiin ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus on täten hankaloitunut.</p>
<p>Kurronen, Paula 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku- Haipro - vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Kuopio.</p>		<p>Vaaratilanteita havaittiin ilmenevän diagnosoinnin, hoitojen, toimenpiteiden ja tutkimusten, potilastiedonhallinnan sekä hoidon järjestelyjen yhteydessä. Yleisempiä tiedonkulun vaaratapahtumiin liittyviä tekijöitä olivat kiire, liian pieni henkilökuntamäärä, levottomuus, hälinä, suuret potilasmäärät osastoilla sekä suuri työmäärä. Etenkin kotiutustilanteet koettiin kiireessä hankaliksi ja niissä tapahtui virheitä. Uudet sijaiset tai aloittelevat ja kokemattomat työntekijät lisäsivät vaaratilanteiden syntyä. Myös loma- ja sulkuajat koettiin vaaratapahtumille alttiiksi.</p>
<p>Välimäki Merja 2011. Sähköisen rakenteisen hoitokertomuksen käyttöönotkokokemuksia Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kotihoidossa.</p>	<p>Tutkimuskohteena oli Eksoten kotihoidon Effica pää- ja tukikäyttäjät.</p> <p>Aineiston keruu tapahtui täsmäryhmähaastatteluina.</p> <p>Tutkimus oli laadullinen ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tuloksista ilmeni, että kirjaamiskoulutukset oli järjestetty liian aikaisin. Kotihoidolle sopivia komponentteja kaivattiin. Kirjaamisprosessi jäi käyttöönoton alkaessa vieraaksi. Lisäksi kirjaamismalli miellettiin liian ongelmakeskeiseksi, mikä vaikeutti positiivisten asioiden kirjaamista. Myönteisenä muutoksena oli kirjatun tekstin lisääntyminen vähitellen ja teksti muuttui aiempaa suunnitelmallisemmaksi ja asiallisemmaksi. Myös asenteet vaikuttivat kirjaamisen oppimiseen ja mallin käyttöön.</p>