

HOITOTYÖN TIEDONHALLINTA LONKKALEIKKAUS- POTILAAN PALVELUKOKONAISUUDESSA

Sanna Turunen
Pro Gradu -tutkielma
Kuopion yliopisto
Yhteiskuntatieteellinen
tiedekunta
Terveystieteiden ja – talouden-
laitos
Sosiaali- ja terveydenhuollon
tietohallinto
Maaliskuu 2008

KUOPION YLIOPISTO, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta
terveyshallinnon ja -talouden laitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto

TURUNEN, SANNA: Hoitotyön tiedonhallinta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa

Opinnäytetutkielma, 78 sivua, 6 liitettä (11 sivua)

Ohjaajat: TtT Anneli Ensio, TtM Kristiina Häyrynen, TtM Hanna Rönkkönen

Maaliskuu 2008

Avainsanat: tieto, hoitotyö, tiedonhallinta, palvelukokonaisuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitotyön tiedonhallintaa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa Choon tiedonhallinnan prosessimallin avulla. Tiedonhallinnan prosessista tarkasteltiin erityisesti kolmea toisiinsa läheisesti liittyvää vaihetta: tiedontarpeiden määrittelyä, tiedonhankintaa ja tiedon käyttöä.

Tutkimus oli laadullinen fenomenografinen tutkimus. Tutkimuksessa haastateltiin lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuteen osallistuvia hoitotyöntekijöitä (n=11) erikoissairaanhoidosta, terveyskeskussairaaloista ja kotisairaanhoidosta yhden sairaanhoitopiirin alueella. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmää käyttäen.

Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitotyöntekijät tarvitsevat monenlaista tietoa potilaasta, joista tärkeimpiä olivat toimintakykyyn ja kuntoutukseen sekä jatkohoitoon liittyvät tiedot. Potilaaseen liittyvän tiedon lisäksi tietoa tarvittiin toiminnan teoreettisista perusteista, tietojärjestelmien käytöstä, kirjaamisesta sekä palvelujärjestelmästä. Tietoa hankittiin potilaalta, omaisilta, yhteistyökumppaneilta ja potilastietojärjestelmästä. Alueellisen potilastietojärjestelmän käyttö oli vähäistä. Epäselvien ja puutteellisten tietojen selvittämiseen käytettiin runsaasti aikaa ja voimavaroja. Tietoa käytettiin hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä palvelukokonaisuuden kehittämiseen. Tiedon käytön merkittävimmät ongelmat liittyivät tiedon luotettavuuteen ja ajantasaisuuteen.

Tutkimuksen johtopäätöksenä voidaan todeta, että alueellinen tietojärjestelmä tukee hoitotyön tiedonhallintaa palvelukokonaisuudessa, mikäli kirjaamiskäytännöt saadaan yhdenmukaisiksi. Lisäksi tarvitaan riittävät resurssit ja muutoksia toimintamalleissa. Toimiva tiedonkulku edellyttää toimijoilta tietosuoja- ja tietoturvakäytänteiden hallitsemista.

Jatkotutkimuksissa tätä tutkimusta olisi mielenkiintoista laajentaa useamman ammattiryhmän ja sairaanhoitopiirin alueille. Lisäksi aihetta voisi tarkastella asiakasnäkökulmasta, josta tiedonhallinnan tutkimusta on toistaiseksi tehty vähän. Tärkeää olisi myös selvittää laajemmin käyttäjien kokemuksia ja tyytyväisyyttä alueellisesta potilastietojärjestelmästä.

UNIVERSITY OF KUOPIO, Faculty of Social Sciences
Department of Health Policy and Management, Social and Health Informatics

TURUNEN, SANNA: Information Management in Nursing in a Totality of Services for Hip-surgery Patients

Master's thesis, 78 pages, 6 appendices (11 pages)

Advisors: Anneli Ensio PhD, Kristiina Häyriinen MSc, Hanna Rönkkönen MSc

March 2008

Keywords: information, nursing, information management, totality of services

The aim of this study was to describe information management in nursing at the postoperative stage of a totality of services for hip-surgery patients. The method used was Choo's process model of information management. Of the information management processes special attention was paid to the following three stages that are closely interconnected: definition of information needs, information acquisition and information use.

In this qualitative phenomenographical study, nursing staff (n=11) participating in the totality of services for a patient who has had a hip operation were interviewed. The nursing staff came from special health care, hospitals in health centres and home care from the region of one district of health care. The material was analyzed by means of content analysis.

The results showed that nursing staff need a variety of information on their patient, mainly information on the patient's ability to function, on his/her rehabilitation and on further treatment. Besides information on the patient, information was needed on the theoretical basics of activities, on using information systems as well as on recording and on the system of services. Information was acquired from the patient, his/her relatives, cooperation partners and the patient information system. The regional patient information system was used only a little. A lot of time and resources were used to clarify unclear and insufficient information. Information was used to plan, implement and evaluate treatment and to develop the totality of services. The most significant problems in using information were related to the reliability and updatedness of information.

From the study it can be concluded that the regional information system supports information management in nursing within the totality of services if recording practices can be made uniform. In addition, adequate resources and changes in action models are required. An effective flow of information presupposes that doers command the practices of privacy protection and data security.

In future, it would be interesting to extend the present study to more groups of professionals and districts of health care. The topic could also be looked at from clients' viewpoint; in that area, information management has so far been studied only a little. It would also be important to make a more comprehensive study of users' experiences of and satisfaction with the regional patient information system.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	4
2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	6
3 HOITOTYÖN TIETO JA TIEDONHALLINTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUKOKONAISUUDESSA.....	10
3.1 Tieto.....	10
3.2 Tieto hoitotyössä.....	13
3.3 Hoitotyön tiedonhallinta osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta.....	15
4 TIEDONHALLINNAN PROSESSIMALLI.....	20
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5.1 Menetelmälliset lähtökohdat.....	29
5.2 Tutkimusympäristön kuvaus	30
5.3 Aineiston hankinta	32
5.4 Aineiston analysointi.....	36
6 TUTKIMUSTULOKSET	39
6.1 Tiedontarpeet lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa	39
6.2 Hoitotyöntekijöiden tiedonhankinta	44
6.3 Hoitotyöntekijöiden tiedon käyttö.....	51
7 POHDINTA.....	57
7.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	57
7.2 Tulosten tarkastelu ja päätelmät	61
7.3 Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet	67
LÄHTEET	68
LIITTEET	

KUVIOT, TAULUKOT JA LIITTEET

KUVIOT

KUVIO 1.	Tiedonhallinnan prosessimalli	20
----------	-------------------------------------	----

TAULUKOT

TAULUKKO 1.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedontarpeista, esitetty sisällönanalyysin alaluokkina	44
TAULUKKO 2.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedonhankinnasta, esitetty sisällönanalyysin ylä- ja alaluokkina	51
TAULUKKO 3.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedon käytöstä, esitetty sisällönanalyysin ylä- ja alaluokkina	56

LIITTEET

LIITE 1.	Tutkimuksen saatekirje	79
LIITE 2.	Haastateltavien taustatietolomake	80
LIITE 3.	Teemahaastattelurunko	81
LIITE 4.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedontarpeita koskevasta sisällönanalyysistä, keskussairaala	82
LIITE 5.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedonhankintaa koskevasta sisällönanalyysistä, terveystieteiden keskuslaitos	84
LIITE 6.	Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedon käyttöä koskevasta sisällönanalyysistä, kotisairaanhoidon yksikkö	88

1 JOHDANTO

Viimeisen reilun kymmenen vuoden aikana on sosiaali- ja terveysministeriön informaatio-ohjauksessa noussut keskeiseksi valtakunnalliseksi linjaukseksi saumattomuus, palvelukokonaisuus ja asiakaslähtöisyys. Tieto- ja tietoliikennetekniikan keinoja hyödyntämällä voidaan monin tavoin tukea palvelukokonaisuuksien toimintaa ja asiakaskeskeisyyden toteutumista. Saumattoman palvelun ja hoidon edellytyksenä on sekä saumaton tiedon liikkuminen että asiakkaiden ja ammattilaisten tasa-arvoinen tiedon saanti. (Saarelma 1999, 60; Ruotsalainen, Nouko-Juvonen & Kiikkala 2000, 5–6; STM 2001; Iivari, Ruotsalainen & Hämäläinen 2002, 164; STM 2002; STM 2007a.) Saumattomasta palvelukokonaisuudesta puhuttaessa käytetään nykyisin käsitettä joustava palvelukokonaisuus (ks. esim. Tantt 2007a, 167).

Valtakunnalliset strategiset linjaukset ovat myös määritelty suhteessa Euroopan unionin komission esittämiin tavoitteisiin. Kansallisen eTerveys –tiekartan mukaan organisatorijat ylittävässä hoidossa vähintään yhtä tärkeää on hoitopäätösten perustuminen kansainvälisesti hyväksytyyn näyttöön eli evidenssiin (EBM evidence based medicine) kuin se, että yksittäisen potilaan terveyshistoria on saatavilla. Tästä syystä alan hyvien käytänteiden kehittämistä pidetään tärkeänä. (STM 2007a.) Evidenssi perustuu luotettavaan tietoon. Myös hoitotyön tulee perustua näyttöön (evidence based nursing). Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on alettu puhua viimeisten kymmenen vuoden aikana yhä enemmän. Näyttöön perustuva hoitotyö sisältää parhaan ajantasaisen näytön lisäksi ammattilaisten asiantuntemuksen, potilaan yksilölliset toiveet sekä käytettävissä olevat resurssit (DiCenso, Cullum & Ciliska 1998, 38–40; Perälä 1999, 54–55, Loftus-Hills, McInnes & Richens 2003, 150–156).

Niin hoitotyö kuin koko terveydenhuolto edellyttää siis toimiakseen luotettavaa tietoa. Kerätty tieto ei kuitenkaan ole usein siinä osassa palvelukokonaisuutta, jossa asiakas kulloinkin liikkuu. Tämä aiheuttaa hoidon viivästyistä, kuluja ja stressiä sekä asiakkaille että työntekijöille. (Häkkinen, Turunen & Saranto 2002, 23.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tärkeä kehittämisen kohde on joustavasti toimivat palvelukokonaisuudet. Tähän tavoitteeseen pyritään kehittämällä palvelujärjestelmän työnjakoa ja tiedonkulkua. (Nylander & Nenonen 2000, 185–186.) Kunnissa ja sairaanhoitopiireissä tullaan

uudistamaan toimintamalleja ja hallinnollisia rakenteita kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä. Uudet yhteistyö- ja toimintamallit edellyttävät, että taustalla olevat tietojärjestelmät tukevat joustavia kokonaisuuksia, jolloin tiedonkulku on sujuvaa. (STM 2007a.) Käytössä olevien tietojärjestelmien tulisi tukea prosesseissa tarvittavan tiedon saatavuutta (Häkkinen ym. 2002, 23). Malaskan (1999, 103) mukaan tietojärjestelmien kehitystä ohjaavat enemmän koneiden ja mekaanisten järjestelmien vaatimukset kommunikoinnille kuin ihmisten tarpeet ja ihmisille luontaiset edellytykset kommunikointiin.

Joustavia palvelukokonaisuuksia on pyritty aikaansaamaan kansallisella tasolla useissa alueellisissa hankkeissa. Satakunnan Makropilotti –hankkeen tavoitteena oli hyödyntää uutta tietoteknologiaa sosiaali- ja terveydenhuollon joustavien palvelukokonaisuuksien aikaansaamiseksi muun muassa aluetietojärjestelmän avulla. Makropilotti asetti suuria odotuksia alueellisten palvelujen kehittämiseksi, eikä hanke pystynyt kuin osittain vastaamaan sille asetettuihin tavoitteisiin. Satakunnan Makropilotti kuitenkin osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollon tietohuollon uudistaminen mahdollistaa palvelujen kehittämisen. Tekniset ratkaisut todettiin kehitystyössä tärkeiksi, mutta vain osaksi kokonaisuudesta. Kehitys- ja kokeilutyön pääasia on palvelujen uudistaminen sekä niiden perustaksi tarvittavan tiedon sisältö ja käyttö. (Ohtonen 2002, 181–204.)

Pirkanmaan PIRKE-hankkeen tavoitteena oli kehittää hyvinvointipalveluja uusien joustavien toimintamallien ja aluetietojärjestelmän avulla. Vaikka hanke ei ole saavuttanut kaikkia sille asetettuja tavoitteita, joustavasti kulkevan tiedon todettiin jossain määrin helpottaneen asiakkaiden palvelukokonaisuuksien suunnittelua, ohjausta ja seurantaa. (PIRKE-hanke 2007.) Vastaavia tavoitteita on asetettu myös Uudenmaan aluetietojärjestelmähankkeelle sekä Satakunnan SalpaHankkeelle (SalpaHanke 2006; Uuma 2007). Alueellisen kehitystyön tueksi säädettiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta. (Laki 811/2000). Hyppösen, Hämäläisen, Pajukosken ja Tenhusen (2005, 94, 102–103) selvityksen mukaan kokeilulaissa on kuitenkin merkittäviä puutteita, jotka tulisi korjata, että se hyödyntäisi joustavien palvelujen toteutumista.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Sujuvan tiedonkulun ja tiedontarpeiden määrittelyn merkitys nousee esiin myös hoitoaikojen lyhentymisen seurauksena. Suomessa ovat esimerkiksi lonkkamurtumapotilaiden hoitoajat erikoissairaanhoidossa lyhentyneet merkittävästi (Huusko, Karppi, Avikainen, Kautiainen & Sulkava 1999, 56). Erikoissairaanhoidosta potilaat siirtyvät tavallisimmin jatkohoitoon terveystieteiden sairaaloihin (Noro, Rissanen, Laitinen, Hammar & Pöyry 1999, 13–14). Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä lonkkamurtumapotilaan keskimääräinen hoitoaika vuosina 1982 – 83 oli 18 vuorokautta, kun kymmenen vuotta myöhemmin vuosina 1992 – 93 se oli enää keskimäärin viisi vuorokautta. (Huusko ym. 1999, 56). Muun muassa Giangregorio, Fisher, Papaioannou ja Adachi (2006) ovat tutkineet terveydenhuoltohenkilökunnan tietämystä ja tiedontarpeita niiden osteoporoosia sairastavien potilaiden hoidossa, jotka ovat herkkiä saamaan luunmurtumia. Tutkimuksessa todettiin henkilökunnan tietämyksessä olevan huomattavia aukkoja, jotka täytyy osoittaa jatkotutkimuksilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa organisaatioiden välistä tiedonkulkua on tutkittu useissa tutkimuksissa. Pöyry (1999) on tutkinut kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön välistä yhteistyötä ja tiedottamista. Tutkimuksessa nousi esille puutteita tiedonkulussa sairaalan ja kotisairaanhoidon välillä. Erityisesti asiakasta koskevan tiedon ajantasaisuudessa oli puutteita. Klemola (2005) on selvittänyt tutkimuksessaan sydän- ja lonkkapotilaiden hoitoketjujen toimintaa ja kehittämistä. Hoitoketjuihin osallistuneet tunsivat omien potilasryhmien hoitokokonaisuudet huonosti. Organisaatioiden välisessä tiedonkulussa potilastietojen osalta oli puutteita. Käytössä ei ollut tutkimuksen teon aikaan sähköistä tiedonkulkua. Puuttuvia potilastietoja saatiin yleisimmin puhelimitse, faksilla tai sisäisessä postissa. Minkkisen, Mursun ja Häkkisen (2006) Hoitopalauteprojektiin liittyvässä tutkimuksessa selvitettiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua asiakkaan palvelukokonaisuudessa. Tutkimustuloksista ilmeni, että lääkitystietojen yhteneväisyydessä ja ajantasaisuudessa oli laajoja ja monisyisiä ongelmia. Niiden ratkaiseminen on lähitulevaisuudessa vaikeaa. Kehittämisehdotuksena tuloksista nousi esille potilastietojärjestelmien lääkehoito-osion kehittäminen helpokäyttöisemmäksi ja paremmin tarkoitustaan vastaavaksi. Perälän ja Hammarin

(2003, 14–15) mukaan hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua voidaan parantaa sopimalla tiedon sisällöstä, tiedonsiirron menetelmistä ja ajankohdasta.

Tiedonhankintatutkimuksen piirissä ei sairaanhoitajien ammatillisen tiedon hankintaa ole juurikaan tutkittu (Savolainen 1999, 77). Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaan liittyvää tutkimusta löytyy kansalliselta tasolta jonkin verran. Valta (2003) on tutkinut sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden tiedontarpeita ja alueellisen palveluketjusuunnitelman kehittämistä. Tutkimustulosten mukaan työntekijät tarvitsivat monenlaista tietoa asiakkaasta. Asiakastiedon lisäksi tietoa tarvittiin palvelujärjestelmästä. Tietoa tarvittiin asiakkaan hoidon ja palvelujen järjestämiseen sekä omaan ammatilliseen kehittämiseen. Merkittävin tiedonkulkuun liittyvä ongelma oli puutteet tietojen saatavuudessa. Tiedonkulun esteinä ilmeni myös tietosuojaan liittyvät asiat organisaatioiden rajapinnoissa. Ratkaisuksi tiedonhallinnan ongelmiin tutkimuksessa ehdotettiin palveluketjusuunnitelmaa. Haapakorva (2004) on selvittänyt kotihoidon tiedonhallintaa kotihoidon toimijoiden ja asiakkaan näkökulmista. Tulosten mukaan työntekijöiden tiedon tarpeet liittyivät asiakkaaseen, palvelujärjestelmän tuntemukseen, kirjaamiseen ja tietotekniisiin valmiuksiin. Tietoa hankittiin asiakkaalta ja omaisilta, sidosryhmiltä sekä kollegoilta. Hankittua tietoa käytettiin hoidon ja palvelun suunnittelussa. Suurimmat ongelmat tiedonkulussa liittyivät tiedon saatavuuteen ja ajantasaisuuteen.

Lehtokari (2007) on tutkinut hoitotyön tiedonhallintaa äitiyshuollossa. Tutkimuksessa kuvattiin hoitotyön kirjaamista äitiyshuollon asiakkaiden sähköisissä potilaskertomuksissa. Tuloksista ilmeni, että kirjaamista tehtiin pääasiassa hoitotyön toiminnoista ja tehdyistä toimenpiteistä. Hoidon tarve ja arviointi jäivät kirjauksissa vähemmälle huomiolle. Mustonen (2007) on kuvannut hoitotyön tiedonhallintaa ja kirjaamista opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa. Tulosten mukaan työntekijät tarvitsivat monenlaista tietoa potilaasta. Työntekijöiden tiedontarpeet eivät juuri eronneet toisistaan. Tietoa hankittiin potilaalta tai yhteistyökumppaneilta. Hankittua tietoa käytettiin hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Ongelmana oli vapaamuotoisen kirjaamisen epäyhteneväisyys, jolloin tiedon löytyminen oli vaikeaa.

Hoitotyöntekijöiden kokemuksia aluetietojärjestelmän käytöstä ja kehittämistarpeista koskevassa tutkimuksessa hieman yli puolet tutkimukseen osallistuneista oli käyttänyt aluetietojärjestelmää. Tutkimuksen mukaan keskeisin hyöty aluetietojärjestelmästä oli tietojen saannin nopeutuminen. Aluetietojärjestelmän todettiin parantaneen luotettavan ja ajantasaisen tiedon saantia, vaikka vastaajien ilmaisemina haittoina mainittiin myös puutteita tiedoissa. Suurimpana haittana koettiin lupakäytänteisiin liittyvät asiat ja suostumuskäytänteisiin toivottiin kehittämistä. (Asikainen, Suominen, Mäenpää, Maass & Wanne 2006.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitotyöntekijöiden tiedonhallintaa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallin avulla. Tiedontarpeen määrittely, tiedonhankinta ja tiedon käyttö ovat toisiinsa läheisesti liittyviä ilmiöitä (Savolainen 1999, 73). Tässä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan toimijälähtöisestä näkökulmasta. Tutkimuksessa korostuu tiedonhallinnan prosessimallista tiedontarpeiden määrittely, tiedonhankinta ja tiedon käyttö. Varsinaisesti Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimalli tarkastelee tiedonhallintaa organisaatiolähtöisesti, mutta sitä on sovellettu aiemmissä tutkimuksissa menestyksekkäästi myös yksilölähtöisestä näkökulmasta. (ks. esim. Valta 2003; Haapakorva 2004; Jylhä 2007; Mustonen 2007.)

Tämä tutkimus liittyy JOHAKA (Jononhallinnan kapeikot)-hankkeeseen. JOHAKA-hankkeen tarkoituksena on tehostaa kotihoito- ja kotiutuskäytäntöjä, joten tämän tutkimuksen kohderyhmänä on lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen vaiheen hoitohenkilöstö, johon kuuluu erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijöitä Etelä-Karjalan keskussairaalaan sekä perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöitä terveyskeskussairaaloitten vuodeosastoilta ja kotisairaanhoidosta Imatran ja Lappeenrannan kaupungeissa. Kotisairaanhoidon käsite sisältää tässä tutkimuksessa sekä kotihoitokeskuksen kotisairaanhoidon että tehostetun sairaanhoidon palvelut. Lonkkaleikkauspotilailla tarkoitetaan sekä elektiivisesti kutsuttuja että päivystyksenä läheteellä tai ilman lähetettä sairaalaan tulleita potilaita, jotka saavat operatiivista hoitoa. Myös kotisairaanhoidon asiakkaista käytetään tässä tutkimuksessa termiä potilas.

Tämän tutkimuksen tarkennettuina tutkimustehtävinä on:

1. Kuvata mitä tietoa hoitotyöntekijät tarvitsevat työssään lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksessa selvitetään, mitä potilaaseen liittyvää tietoa hoitotyöntekijät tarvitsevat. Lisäksi selvitetään, mitä muuta kuin potilaaseen liittyvää tietoa hoitotyöntekijät tarvitsevat ja miksi tietoa tarvitaan.
2. Kuvata hoitotyöntekijöiden tiedonhankinta. Tutkimuksessa selvitetään, miten ja mistä hoitotyöntekijät hankkivat tarvitsemaansa tietoa sekä mitä mahdollisia ongelmia tiedonhankintaan liittyy. Lisäksi selvitetään hoitotyöntekijöiden käsityksiä tietosuojan toteutumisesta organisaatioiden välisessä tiedonkulussa potilastietojen osalta.
3. Kuvata hoitotyöntekijöiden tiedon käyttö. Tutkimuksessa selvitetään mihin hoitotyöntekijät käyttävät hankkimaansa tietoa ja onko käytettävissä oleva tieto ajantasaista. Lisäksi selvitetään mitä mahdollisia ongelmia tiedon käytössä esiintyy.

3 HOITOTYÖN TIETO JA TIEDONHALLINTA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUKOKONAISUUDESSA

3.1 Tieto

Tiedolla ei ole ainoastaan yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. **Tieto** voidaan määritellä monella eri tavalla riippuen näkökulmasta. (Suurla 2001, 33, Nylander, Ståhle & Nenonen 2003, 5–6.) Nykyisessä yhteiskunnassa sanoja tieto ja informaatio käytetään mitä moninaisimmissa yhteyksissä ja merkityksissä (Niiniluoto 1996, 7; Pantzar 1999, 9; Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri & Lahti 2004, 206). Klassinen määritelmän mukaan tieto on hyvinperusteltu tosi uskomus (Niiniluoto 1996, 57). Suomen kieli ei tee eroa termien data, informaatio ja tieto välillä, vaan kaikista niistä puhutaan tietona (Vakkari 1999, 18). Monissa kielissä käsite tieto on ongelmallinen. Esimerkiksi suomessa vain yksi sana vastaa kolmea englanninkielistä termiä data, information ja knowledge. (Niiniluoto 1996, 48; Tuomi 2000, 103–117.)

Tieto voidaan jakaa **sisällöllisesti** kolmeen osaan: data (data), informaatio (information) ja tietämys (knowledge). Tietokoneiden käsittelemä ja laskema digitaalinen tieto on **dataa**. Kun siihen lisätään ominaisuus, jolla on merkitystä tiedon käyttäjälle, puhutaan **informaatiosta**. Kun informaatiota käytetään toiminnassa, se saa **tietämyksellisen** sisällön. (Ruohonen & Salmela 1999, 24–25; Nenonen & Nylander 2001.) Pantzar (1999, 10) määrittelee tietoa samansuuntaisesti, mutta hän käyttää termin tietämys sijaan tietoa. Suurlan (2001, 31) mukaan data on informaation tai tiedon aines, jolloin se voi olla muutakin kuin pelkästään tietokoneen käsittelemää digitaalista tietoa.

Tieto voidaan jaotella myös hiljaiseen (tacit) ja eksplisiittiseen (explicit) tietoon. **Hiljainen** tieto on kokemusperäistä ja siten henkilökohtaista, se pohjautuu käytäntöön ja on kontekstisidonnaista. Siksi sitä on vaikea muotoilla ja siirtää teknisin keinoin. (Nonaka & Takeuchi 1995, 59–60; Ruohonen & Salmela 1999, 25–25.) Hiljainen tieto on yksilö- ja kulttuurisidonnaista (Karvonen 2000, 128; Nurminen 2000; Suurla 2001, 35–36). Hiljainen tieto pohjautuu ihmisen arvomaailmaan, toimintaan, tunteisiin ja kokemuksiin. Siihen kuuluvat myös yksilölliset käsitykset, intuitiiviset näkemykset ja vaistonvaraiset

tuntemukset. (Nurminen 2000; Suurla 2001, 35–36.) **Eksplisiittinen** tieto viittaa taas selvästi ilmaistuun, systemaattiseen ja siirrettävissä olevaan tietoon. Hiljainen tieto ja eksplisiittinen tieto eivät ole täysin toisistaan erillisiä, vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä kokonaisuuksia. (Nonaka & Takeuchi 1995, 60–61.) Choo (1998, 11–12) jaottelee tiedon hiljaisen ja eksplisiittisen tiedon lisäksi kulttuuriseen tietoon. Kulttuurinen tieto on kontekstisidonnaista ja se ilmenee keskusteluissa sekä sanallisissa teksteissä. Se sisältää uskomuksia ja olettamuksia, jotka kuvaavat todellisuutta sekä käytäntöjä ja odotuksia, jotka määräävät uuden tiedon merkittävyyden.

Tietoa on jaoteltu myös semanttiseen ja pragmaattiseen informaatioon. **Semanttinen** informaatio tarkastelee tiedon kantamaa merkitystä. Semantiikan mukaan lause on sitä informatiivisempi, mitä enemmän se sulkee pois ilmaisukielessä mahdollisia asiantiloja. (Karvonen 1999, 49–51.) Niiniluoto (1996, 36–40) lisää tähän vielä sen, että semanttinen informaatio on riippumaton väitelauseen totuusarvosta. **Pragmaattinen** informaatio tarkastelee tietoa tavoitteellisen toiminnan kannalta, jolloin semanttista informaatiota hyödynnetään päämäärien saavuttamisessa (Karvonen 1999, 51–52). Pragmaattinen informaatio on henkilö- ja kulttuurisidonnaista (Niiniluoto 1996, 40–43).

Sarvimäki (1988) puhuu faktuaalisesta eli teoreettisesta ja proseduaalisesta eli käytännöllisestä tietämyksestä vuorovaikutteisessa todellisuudessa. **Faktuaalinen** tietämys viittaa uskomusjärjestelmään, joka on rakentunut kokemukseen ja järkiperäiseen ajatteluun perustuvan tiedon prosessoinnin kautta. **Proseduaalinen** tietämys taas viittaa taitojen ja kykyjen hallintaan. (Sarvimäki 1988, 251.)

Ihmisellä on merkittävä rooli aktiivisena toimijana tiedon syntymisen prosesseissa. Sisällöllisen jaottelun sijasta tietämistä voidaan määritellä tiedon **hierarkkisella** rakenteella. (Nylander ym. 2003, 5.) Tuomi (2000, 103–117) määrittelee tiedon hierarkian seuraavasti: data – information – knowledge – intelligence (älykkyys) – wisdom (viisaus). Suurla (2001, 31–32) käyttää tiedon hierarkian määrittelyssään älykkyuden sijaan käsitettä ymmärrys. Nylanderin ja työryhmän (2003, 6) hierarkia koostuu neljästä osasta. data, informaatio, tietämys ja viisaus. Tietohierarkiassa olennaista on tiedon hierarkkinen kasvuprosessi ja mahdollisuus palata viisauden avulla aina dataan saakka.

Myös Alavi ja Leidner (2001, 109) määrittelevät tietämyksen (knowledge) yksilön henkilökohtaisen prosessoinnin tulokseksi informaatiosta. Nonakan ja Takeuchin (1995, 57–59) mukaan tietämys (knowledge), toisin kuin tieto (information), sisältää uskomuksia ja sitoutumista. Se on ihmisten toimintaa, jolla on jokin päämäärä. Yhteistä tiedolla ja tietämyksellä on niiden kontekstisidonnaisuus. Niitä ei voi erottaa asiayhteydestään ja ne syntyvät yksilöiden välisessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tietämyksen luominen edellyttää ihmiseltä itseltään aktiivista roolia. (Suurla 2001, 10).

Ståhlen ja Grönroosin (1999, 49) mukaan tieto muuttuu osaamiseksi, kun tietoa kyetään soveltamaan ongelmanratkaisussa tai tehtävän suorittamisessa. Kun ihminen luo tietojensa, kokemustensa ja ymmärryksenä pohjalta uutta tietoa, puhutaan viisaudesta (Suurla 2001, 31). Niiniluoto (1996) erottaa tiedon käsitteen viisaudesta, joka liittyy kokonaisvaltaisen ja tasapainoisen maailmankatsomuksen käsitteeseen. Tiedon kasvu ei yksinään riitä lisäämään viisautta, vaan siihen sisältyy näkemys asioiden laajemmista yhteyksistä ja merkityksistä, käsitys tiedon hankintatavoista ja luotettavuuden asteista sekä omakohtaisesti punnittu ja ihmiskunnan kokemukseen nojautuva arvojärjestelmä hyvän elämän päämääristä. (Niiniluoto 1996, 61–62, ks. myös Suurla 2001, 12–14.) Viisaus sisältää siten myös eettisen ulottuvuuden, jolloin tiedolla on oltava jokin tarkoitus tai yleinen hyvä (Nylander ym. 2003, 9).

Analyyttiseen filosofiaan pohjautuvan käsityksen mukaan tiedon **objektiivisuus** voidaan saavuttaa irrottamalla tieto siitä toiminnallisesta ja kulttuurisesta yhteydestä ja tiedon traditiosta, jossa se on tuotettu. Tiedon **näkökulmasidonnaisuutta** korostava näkemys kiinnittää huomion tiedon muotoutumiseen jatkuvasti käynnissä olevassa tulkin-
taprosessista. Ymmärtäminen perustuu merkitysrakenteisiin, jotka syntyvät yksilön ollessa osallisena tietyissä kulttuurisesti määräytyneessä toiminnassa. (Virkkunen 2000, 9–12.) Tässä tutkimuksessa korostuu tiedon näkökulmasidonnaisuus hoitotyöntekijään tiedon käyttäjänä lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa.

3.2 Tieto hoitotyössä

Vastuullinen toiminta, kuten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnot, perustuvat suuressa määrin tietoon. Lähes kaikissa asiakkaisiin liittyvissä päätöksentekotilanteissa sovelletaan erilaista tietoa. (Lauri & Elomaa 1999, 21; Taipale ym. 2004, 206, Saranto & Sonninen 2007, 12.) Yksittäisen asiakkaan lisäksi koko suomalainen terveydenhuollon toiminta, päätöksenteko ja ohjaus eri tasoilla perustuvat laajasti tietoon (Nylander ym. 2003, 5). Tieto on entistä yksityiskohtaisempaa ja sitä on entistä enemmän (Tammisalo 2005, 9). Terveydenhuollon palveluntarjoajat tarvitsevat sekä yleistä teoreettista tietoa että empiiristä tietoa asiakkaan terveydentilasta. Näitä tietoja kerätään monin eri tavoin ja niiden perusteella tehdään johtopäätökset ja hoitoratkaisut. (Häkkinen ym. 2002, 24.) Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa tarvitaan paikallista ja kuntakohtaista tietoa sekä tietoa valtakunnallisista säädöksistä ja kunnallisista toimintaohjeista (Taipale ym. 2004, 207–208.)

Terveydenhuollon asiakaskontaktitieto voi olla luokiteltua, sisältää rakenteisen tiedon elementtejä tai olla täysin vapaamuotoista. Potilasta koskevat päätökset tehdään tämän tiedon perusteella, joten sen oikeellisuuteen kohdistuu suuret vaatimukset. Hallinnollinen tieto on potilasta koskevaa erilaisiin hallinnollisiin toimiin liittyvää perustietoa. Yksilöä koskevaa hallinnollista tietoa on myös valtakunnallisiin sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereihin siirrettävä tieto. Kliinisessä työssä tieto on yksityiskohtaista. Etäännyttäessä kliinisestä työstä ja asiakaskontaktista muuttuu tietosisältö enemmän strukturoiduksi ja koodatuksi. (Nenonen, Suominen, Nylander & Rintanen 2002, 4241, ks. myös Ensio & Saranto 2004, 52–53.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolle asetetaan siis vaatimus tiedon luotettavuudesta (Forsström 1999, 117; Lauri & Elomaa 1999, 111; Outinen & Lindqvist 1999, 24; Ylipartanen 2000, 287).

Myös hoitotyön toiminta perustuu tietoon (Karttunen 1999, 45; Lauri & Elomaa 1999, 23; Ensio 2001, 27). **Hoitotyön tiedon** määrittelylle ei ole yksiselitteistä käsitystä. Tiedon ja tietämisen käsitteitä ei hoitotieteessä ole aina erotettu. Hoitotyön tietoa, kuten tietoa yleensäkin, on luokiteltu eri tavoin. (Karttunen 1999, 18, 44). Lauri ja Elomaa (1999, 21) ymmärtävät tiedon suhteellisen pysyväksi, yleiseksi ja kielellisesti ilmaistavaksi, jolloin se on mahdollista jakaa muiden kanssa. Tietäminen taas syntyy yksilöllisen prosessoinnin tuloksena, jossa yhdistyvät tieto ja yksilöllinen kokemus ja ymmär-

rys. Hoitotyössä sovelletaan tietoa useilta eri tieteenaloilta. Hoitotieteellisen tiedon lisäksi tarvitaan tietoa lääketieteestä, luonnontieteistä, farmakologiasta, teknologiasta sekä yhteiskuntatieteistä (Stenfors 1999, 46.)

Hoitotyön tiedosta puhuttaessa huomio kiinnittyy usein neljään eri hoitotyön keskeiseen käsitteeseen, jotka ovat: ihminen, ympäristö, hoitotyön toiminta ja terveys (mm. Meleis 1997, 102–104; Kim 2000, 1–7). Kim (2000, 7) jakaa hoitamisen tietoperustan neljään eri näkökulmaan: asiakas, asiakas-hoitaja, käytäntö ja ympäristö. Merkittävä hoitotieteessä käytetty tiedon luokittelu on Carperin (1992) esittämä luokittelu hoitotyölle ominaisista tiedon lajeista (Karttunen 1999, 24). Carperin (1992, 216–224) mukaan hoitotyön tiedon lajeja ovat empiirinen eli hoitotieteellinen tieto, esteettinen, persoonallinen ja eettinen tieto. **Empiirinen** tieto perustuu tutkimukseen. Sen tarkoituksena on kuvata, selittää ja ennustaa hoitotieteen kiinnostuksen kohteena olevia ilmiöitä. Empiirinen tieto muuttuu ja kehittyy jatkuvasti. **Esteettistä** tietoa kuvataan hoitamisen taidoksi. Se ilmenee hoitotyön toiminnassa hoitajan taitoina. **Persoonallinen** tieto on henkilökohtaista tietoa. Se liittyy ihmisen itsensä tuntemiseen ja suhtautumiseen omaan itseensä sekä toisiin ihmisiin. Persoonallista tietoa on vaikea opettaa, se syntyy ihmisen oman kokemuksen kautta. **Eettinen** tieto on moraalinen osa hoitotyön tietoa. Siihen liittyvät arvot, normit ja periaatteet. Se edellyttää ymmärtämään erilaisia filosofisia käsityksiä hyvästä. Eettinen tieto ilmentää mikä on oikeaa ja väärää. Se ei kuitenkaan tarjoa vastauksia moraalisiin kysymyksiin, millaisia eettisiä ratkaisuja hoitotyössä pitäisi tehdä.

Sarvimäen (1988, 1996) mukaan hoitotyön tieto on monitahoista sekä sisällöltään että muodoltaan. Hoitotyön tieto sisältää muun muassa tietoa arvoista ja eettisistä lähtökohdista, tietoa potilaasta ja hoitotyön toiminnoista sekä niitä ohjaavista periaatteista ja tietoa hoitajasta ammatti-ihmisenä. Sarvimäki jaottelee hoitotyön tiedon muodoltaan teoreettiseen, käytännölliseen ja henkilökohtaiseen tietoon. **Teoreettisen** hoitotyön tiedon abstrakti taso muodostuu tieteellisistä hoitoteorioista. Sillä on ennen kaikkea älyllinen tehtävä, koska se auttaa ajattelemaan ja ymmärtämään hoitotodellisuutta. **Käytännöllinen** hoitotyön tieto näkyy toiminnassa hoitotyön osaamisena. Osaaminen on monimutkainen kokonaisuus, johon liittyy teknisiä taitoja, havainnointikykyä, tilannetietoa, ihmistuntemusta ja arviointikykyä. **Henkilökohtaisen** hoitotyön tiedon hallinta näkyy hoitajan olemuksessa, millainen hoitaja on persoonallisuudeltaan ja luonteeltaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 20–22.) Erdleyn (2005, 95–98) mukaan hoitotyön tieto

on kontekstisidonnaista, moniulotteista ja monitahoista. Hoitotyön tiedon välttämättömät elementit sisältävät hoitotyön toiminnot, kommunikaation, jolla tietoa välitetään, tiedon muodon ja tiedon arvon.

Potilaan näkökulmasta keskeistä on potilaan oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja saada tietoa hoidon etenemisestä. Potilaalla tulee olla riittävät tiedot käytettävissä päätöksenteon tueksi. Lisäksi potilaan hoidossa tulee toimijoilla olla ajantasaiset hoitotiedot viiveettä käytettävissä. (Saranto & Sonninen 2007, 12, 15.) Sekä asiakas että palvelua antava ammattihenkilö tarvitsevat ajantasaista tietoa, jonka perusteella on mahdollista nopeasti muodostaa kokonaiskäsitys keskeisistä tapahtumista, tavoitteista, etenemisestä ja toimijoista. Tämä on erityisen vaativaa silloin, kun kokonaisuus muodostuu usean eri organisaation ja palveluntuottajan antamasta hoidosta ja palvelusta. (Saarelma 1999, 60; Ruotsalainen 2000, 18–20, 24.)

Sähköisen potilaskertomuksen avulla voidaan edistää ajantasaisen tiedon saatavuutta. Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot ovat kooste potilaan keskeisistä terveyden- ja sairaanhoidon tiedoista. Ydintietojen tarkoituksena on antaa pääpiirteittäin mutta kattavasti kokonaiskuva henkilön terveys- ja sairaushistoriasta sekä siihen liittyvästä hoidosta ja ohjauksesta. (Hartikainen, Kokkola & Larjomaa 2000, 16.) Hoitotyön ydintiedot ovat osa potilaskertomuksen yhdenmukaisesti määriteltyjä rakenteisia tietoja. Kansallisessa määrittelytyössä hoitotyön ydintiedoiksi on määritelty hoidon tarve, toiminnot, tulokset ja hoitoisuus. Lisäksi hoitotyön ydintietoihin kuuluu hoitotyön yhteenveto. (Häyrinen, Porrasmaa, Komulainen & Hartikainen 2004, 38–41.)

3.3 Hoitotyön tiedonhallinta osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuutta

Ennen kuin laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (Laki 159/2007) määritteli käsitteen palvelukokonaisuus, käytettiin yleisesti käsitteitä hoito- ja palveluketju. Kyseinen laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä määrittelee **palvelukokonaisuuden** ”yhden tai useamman terveydenhuollon palvelujen antajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöidyksi kokonaisuudeksi”. Palvelutapahtumalla tarkoitetaan ”terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palve-

lun järjestämistä tai toteuttamista”. Lain käsitteenmäärittelyn mukaan palvelukokonaisuus sisältää ainoastaan terveydenhuollon tuottamia palveluja, mutta lain soveltamisala koskee myös sosiaalihuoltoa. Tällöin käsite sisältäisi sekä hoito- että palveluketjujen käsitteet. Tässä tutkimuksessa käytetään uuden lain mukaisesti käsitettä palvelukokonaisuus.

Asiakkaan palvelukokonaisuus voi koostua pelkästään yhden yksikön palveluista, mutta hyvin usein palvelukokonaisuuden toteuttamiseen tarvitaan useiden yksiköiden palveluita (Outinen & Lindqvist 1999, 21–22). Joustavalla palvelukokonaisuudella tarkoitetaan tilannetta, jossa asiakkaan kulku ja tietojen säilyminen sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluntarjoajien muodostamassa ketjussa on sujuvaa ja saumatonta. Alueellisella yhteistyön ja joustavuuden tavoitteina on päällekkäisen ja tehottoman työn vähentäminen sekä sujuvuuden lisääminen. (Niinimäki 1999, 316, 318.) Lapveteläinen, Grönroos, Turunen ja Perälä (2006, 10) määrittelevät joustavan palvelukokonaisuuden toimintamalliksi, jossa asiakkaan tarvitsema palvelu yhdistyy yhdeksi kokonaisuudeksi yli organisaatio- ja hallintorajojen. Henkilöstön toimiva yhteistyö ja tiedonkulku ovat edellytyksiä hoidon jatkuvuuden ja joustavuuden saavuttamiseksi kaikissa palvelukokonaisuuden vaiheissa (Pöyry & Perälä 2003, 14).

Hoidon porrastuksessa on keskeistä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon voimavarojen hyödyntäminen siten, että yhteinen potilas hoidetaan näyttöön perustuvilla menetelmillä oikeaan aikaan oikeassa paikassa. Ydintavoite hoidon porrastuksessa on luoda sellainen hoitokokonaisuus, jossa potilaan etu sekä palveluntarjoajien ja yhteiskunnan intressit ovat tasapainossa ja resurssien käyttö kohdennettu oikein. (Nuutinen 2000, 1821.) Asiakaslähtöisyys palvelukokonaisuudessa määrittää asiakkaan tai potilaan asemaa suhteessa oman tiedon hallintaan ja alan toimijoihin (Hautsalo, Saranto & Turunen 2002, 7).

Hoidon edetessä vaiheesta toiseen tai tiedon siirtyessä tapahtumiin osallistuvien kesken syntyy palvelutapahtumien sisällä saumoja, samoin siirryttäessä organisaatiosta toiseen. Joustavan palvelukokonaisuuden yleisiä esteitä ovat organisaatiokeskeisyys palvelujen tuottamisessa, yhteistyön ongelmat, kokonaisvastuun puuttuminen, tiedonsaannin vaikeus, joustavuutta estävät työtavat ja asenteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta keskeisiä joustavuuden esteitä ovat tiedonkulun ja -saannin on-

gelmat, vastuiden määrittelemättömyys, vaikeus hallita ja seurata palvelukokonaisuutta sekä osaamisen puutteet (STM 1998; Nuutinen 2000, 1825.) Puutteita ja kehittämistä vaativia asioita on kaikissa asiakkaan palvelukokonaisuuden osissa. Tämä koskee myös tiedonkulkua, joka on usein riittämätöntä. (Perälä & Hammar 2003, 11.) Pelkästään tietotekniikkaa hyödyntämällä ei pystytä toteuttamaan joustavia palvelukokonaisuuksia, sillä tärkeimmät esteet ja ongelmat ovat toiminnallisia (Niinimäki 1999, 312). Saaren-Seppälä (2004) on arvioinut tutkimuksessaan hoidon jatkuvuutta, toiminnan verkottumista ja hoitoketjujen syntyä. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaan hoidon jatkuvuutta, toimijoiden verkottumista ja organisaatioille yhteisiä palvelukokonaisuuksia on vaikea toteuttaa, ellei löydy organisaatorajoja ylittäviä työvälineitä ja työkäytäntöjä. Tämä edellyttää hoidon kokonaisuuden tuntemista, jota voidaan edistää hoitosopimuksen käyttämisellä.

Yleisesti uskotaan, että kyky hallita tietoa on entistä ratkaisevampaa niin yksilö-, organisaatio-, kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla (Huotari 1999, 145). **Tiedonhallinta** sisältää tiedot ja tietotarpeet, tietohuollon ja teknologian sekä tiedon ja osaamisen johtamisen ja hallinnoinnin. Tietohuollon ja teknologian avulla turvataan tarvittavien tietojen saanti. (Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2003, 11.) Ruohonen ja Salmela (1999) kutsuvat tiedon hallintaa termeillä tiedon tai osaamisen johtaminen (knowledge management). Osaaminen sisältää tekemistä, joka on tietämyksen määrittelyn kannalta tärkeää. (Ruohonen & Salmela 1999, 24.) Tiedonhallintaa voidaan ymmärtää joko organisaation tai yksilön näkökulmasta. Organisaatiolähtöisesti tarkasteltuna huomio kiinnittyy koko organisaatiota hyödyttävään tietoon, kun taas yksilön näkökulma keskittyy pelkästään yksilön tekemiin ratkaisuihin. (Lintilä 2002, 192.) Tämä tutkimuksen näkökulma on toimija- eli yksilölähtöinen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikka ja tiedonhallinta voidaan määritellä eri tavoin, riippuen tarkasteltavasta näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikka ja tiedonhallinta (health informatics) on tieto- ja viestintätekniiikan soveltamista sekä tieteenalana että käytännön toimintana painottaen riippumattomuutta tekniikasta ja hyödyntämisnäkökulmaa. (Korpela & Saranto 1999, 19–20.) **Hoitotyön tiedonhallinnalla** (Nursing Informatics) tarkoitetaan hoitotyöhön liittyvän tiedon yhdistämistä tietojenkäsittelyn ja viestintätekniiikan avulla. Sen tavoitteena on tukea maailmanlaajuisesti yksilön ja väestön terveyttä. (IMIA-NI 1998.) Saba ja McCormick (1996) mukaan hoitotyön

tiedonhallinta on luontaista hoitotyölle. Se käsittelee lähestymistapaa tietoon (data, information ja knowledge) ja tiedon käyttöä dokumentoinnin normittamisessa, kommunikaation mahdollistamisessa ja päätöksenteon tukena. Hoitotyön tiedonhallinta käsittelee myös uuden tiedon suunnittelun, kehittämisen ja jakamisen. Sitä käytetään takaamaan hoitotyön laatu, tehokkuus ja vaikuttavuus sekä mahdollistamaan asiakas tekemään valintoja oman hoitonsa suhteen. (Saba & McCormick 1996, 222.) Hoitotyön tiedonhallinta on hoitotyön ala, joka perustuu erityisosaamiseen (Saranto 2007, 25).

Hoitotyön tiedonhallinnan näkökulmasta on tärkeää muodostaa yhtenäinen käsitys siitä, mitä hoitotyön tietoa potilastietojärjestelmiin tulisi kirjata (Tanttu 2007b, 182). Kirjatun tiedon hyödyntämistä parantaa yhtenäinen tapa kirjata. Yhtenäisesti kirjattu hoitotieto vähentää suullisen tiedonvälityksen tarvetta ja muuttaa työyksiköiden raporttikäytäntöjä. (Ensio 2007, 149.) Potilaskertomukseen kerättyä tietoa voidaan hyödyntää monella eri tasolla. Potilaskohtaista tietoa käyttävät ensisijaisesti hoitoryhmän jäsenet. Edelleen tietoja voidaan tiivistää, laatia niistä yhteenvetoja tai tarkastella kokonaisuutena, jolloin tietoja voidaan vertailla paikallisella, alueellisella, valtakunnallisella tai kansainvälisellä tasolla. (Ensio & Saranto 2004, 53.)

Terveystieteidenhuollossa **tietojärjestelmät** ovat toiminnan apuvälineitä (Saarelma 1999, 46–47; Hautsalo ym. 2002, 7). Tietoteknologian avulla voidaan edistää joustavia palvelukokonaisuuksia sekä kunta- ja organisaatorajat ylittävää yhteistyötä. Esimerkiksi alue-tietojärjestelmän avulla voidaan asiakkaan suostumuksella tarkastella kaikkia tallennettuja eri asiakas- ja potilastietoja yhtenä kokonaisuutena. (Iivari ym. 2002, 160, 165.) Hoitotyöntekijät käyttävät tietoa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. He hankkivat tietoa kollegoilta, kirjoista, elektronisista lähteistä ja laitteista. Muita tiedon lähteitä ovat muun muassa laboratoriotulokset ja moniammatillisen työryhmän jäsenet. Tieto perustuu dataan. Tietotekniikka on yksi mahdollinen apuväline hoitotyön tiedonhallintaan. (Erdley 2005, 93.) Tietotekniikan hyödyntämistä käytännön hoitotyössä voidaan tarkastella kolmesta eri näkökulmasta, jotka kuvaavat hoitajien toimintaa: potilaan hoito, moniammatillinen yhteistyö ja potilashallinto (Saranto & Ensio 1999, 191).

Saarenpää (2000, 30–31) näkee palvelukokonaisuuden myös tietynlaisena uhkana potilaan yksityisyydelle, kun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja yhdistetään yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Kuitenkin useiden asiantuntijoiden mukaan joustavilla palveluko-

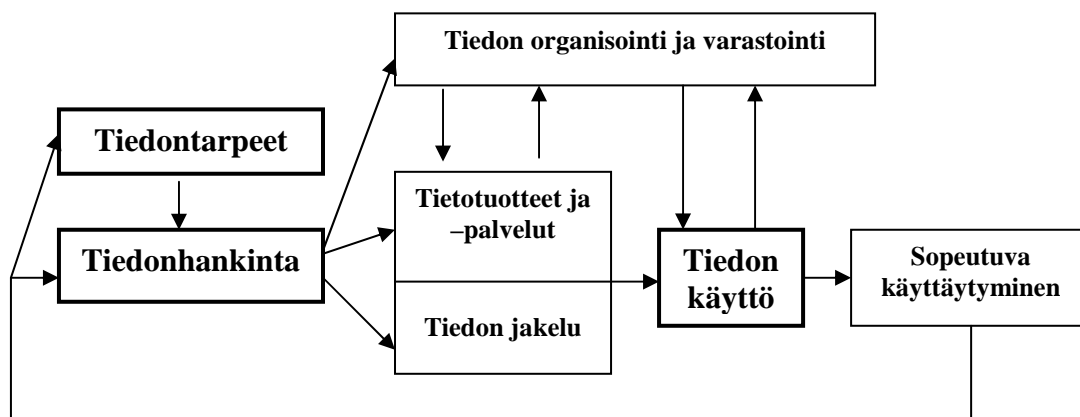
konaisuuksilla pyritään takaamaan muun muassa asiakaslähtöisyyden toteutuminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Joustava palvelukokonaisuus edellyttää toimiakseen joustavaa tiedonkulkua. (Kuusisto-Niemi 1999, 235; Ruotsalainen 2000, 18; Häkkinen ym. 2002, 26). Tiedon pysähtyminen organisaatioiden välisiin saumoihin tuottaa tiedonkulkuun ongelmia, mutta pysähtyminen on ollut myös osittain tarkoituksellista. Tietosuojalainsäädäntö suojelee yksilöä ja rajoittaa viranomaisten oikeutta vaihtaa tietoa. (Niinimäki 1999, 316.) Saarenpää (2000, 30) pitää potilasyksityisyyden vaaratekijänä alan toimijoiden puutteellista tietosuojalainsäädäntöä ja tietoturva.

Jauhiainen (2004) on tarkastellut tutkimuksessaan tiedonhallinnan kannalta tärkeitä hoitotyöntekijöiden kvalifikaatioita vuonna 2010. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöiden tiedonhallinnan taitoihin on kiinnitettävä huomiota. Tulevaisuudessa hoitotyön tiedonhallinnan taidoista korostuu tiedonhankinta ja tiedon käyttö sekä sähköisen kirjaimisen taidot. Hoitotyöntekijöillä tulee olla hyvät valmiudet käyttää tietoteknisiä laitteita. Potilasohjaukseen haetaan uusinta tietoa tietokannoista. Lisäksi tietosuojan ja tietoturvan toteuttaminen tulisi hallita. Potilaan hoitotyötä toteutetaan moniammatillisesti erilaisia yhteistyöverkkoja hyödyntäen.

Haapakorvan (2004) mukaan kotihoidon tiedonhallintaa voidaan tukea tietotekniikan ja tietojärjestelmien avulla. Lisäksi tarvitaan riittävät resurssit ja toimintamallien muutoksia takaamaan palvelujen joustavuus, laatu ja henkilöstön osaaminen. Mustosen (2007) tutkimuksen mukaan tietojärjestelmä tukee tiedonhallintaa, mikäli se on loppukäyttäjille helppokäyttöinen. Lisäksi työntekijä on perehdytettävä toimintayksikön tietojärjestelmän käyttöön hyvin. Myös Valta (2003) on tullut samoihin tuloksiin. Lehtokarin (2007) tutkimuksessa ilmeni, että hoitotyön tiedonhallinnassa tiedon organisointi ja varastointi rakenteisen tiedon avulla mahdollistaa tietotuotteiden ja palvelujen kehittämisen, helpottaa tiedonjakamista sekä luo edellytykset tehokkaalle tiedon käytölle hoitotyön päätöksenteossa, johtamisessa, tieteellisessä tutkimuksessa ja terveystieteellisessä päätöksenteossa.

4 TIEDONHALLINNAN PROSESSIMALLI

Choo (1998) tiedonhallinnan prosessimallissa (Information Management Cycle) kuvataan tiedonhallintaan kytkeytyvät keskeiset tekijät ja toiminnot jatkuvana syklinä (Kuvio 1). Tiedonhallintaa tarkastellaan mallissa organisaation näkökulmasta, mutta tässä tutkimuksessa sitä sovelletaan yksilölähtöisessä tarkastelussa. Prosessi alkaa tiedontarpeiden määrittelystä, mikä sisältää päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa tarvittavan tiedon. Tiedontarpeen määrittely johtaa tiedonhankintaan, jota seuraa tiedon organisointi ja varastointi, tietotuotteiden ja –palvelujen kehittäminen sekä tiedon jakelu. Tiedon jakaminen mahdollistaa tiedon käytön, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi uuden tiedon luomisessa tai päätöksenteossa. Tiedon käytön seurauksena organisaation toiminta muuttuu, joka taas johtaa prosessin alkuun. Tiedonhallinnan prosessimalli perustuu käyttäjäkeskeiseen, tilannekohtaiseen näkökulmaan, joka korostaa kognitiivisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia tiedon hankkimisessa ja käytössä. Olennainen päämäärä organisaation tiedonhallinnassa on valjastaa tietoresurssit ja suorituskyyvyt mahdollistamaan organisaation oppiminen ja sopeutuminen muuttuvaan ympäristöönsä. (Choo 1998, 24–50, 198–199.)



KUVIO 1. Tiedonhallinnan prosessimalli. (Choo 1998, 24.)

Tämän tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä käytetään Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia, josta tarkastellaan erityisesti tiedontarpeiden määrittelyä, tiedonhankinnan ja tiedon käytön vaiheita. Tässä luvussa kuvaillaan Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimalli vaihe vaiheelta. Choon (1998) mallia täydennetään lisäksi muulla teorialla ja vaiheita sovelletaan lopuksi terveydenhuollon kontekstiin.

Tiedontarpeet

Choon (1998, 24, 26–29, 49, 199) mukaan olennaista on päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa tarvittavien tiedontarpeiden (information needs) määrittäminen. Tiedontarpeita ei ole riittävästi tutkittu, vaikka se on ehkä tiedonhallinnan prosessin tärkein vaihe. Samalla se on myös prosessin laiminlyödyin osa-alue. Tiedontarpeet syntyvät ongelmista, epävarmuudesta ja monimerkityksisistä kohtaamisista tiedon tarvitsijalle ominaisissa tilanteissa ja kokemuksissa. Ne ovat yhdistelmä monista eri tekijöistä, jotka riippuvat paista aiheeseen liittyvistä kysymyksistä, myös asiayhteyksistä. Tiedontarpeet ovat ennalta arvaamattomia, muuttuvia ja monitahoisia. Niiden riittävän tarkkaan määrittelyyn on mahdollista päästä vain kuvaamalla koko tiedon käytön ympäristö. Todellisuudessa yksityiskohtaiset tiedontarpeet täytyy selvittää tiedon käyttäjiltä (ks. myös Timmins 2006, 377–378). Tämä käyttäjäkeskeinen näkökulma vaatii ymmärryksen laajentamista kysymyksestä mitä halutaan tietää, kysymykseen miksi tietoa tarvitaan ja kuinka tietoa käytetään.

Tiedontarve viittaa Savolaisen (1999, 80–81, 83–84) mielestä johonkin negatiivisesti koettuun asiaan. Tiedonhankinta ei käynnisty, ellei sitä pane alulle jokin epämieluisaksi koettu olotila, josta halutaan päästä eroon ainakin osittain. Tiedontarpeet ovat monella tavoin sosiaalisesti ja kulttuurisesti ehdollisia. Niihin vaikuttavat yhteiskunnassa vallitsevat arvot, yhteisö- ja ryhmäkohtaiset normit sekä yksilötasolla erilaiset intressit. Lisäksi asenteet ja uskomukset määrittelevät osaltaan tiedontarpeita. Tiedontarpeita voidaan luokitella erilaisilla kriteereillä. Savolainen puhuu orientoivan ja praktisen tiedon tarpeista. Orientoivan tiedon tarve viittaa pyrkimykseen pysyä ajan tasalla ja praktisen tiedon tarpeet viittaavat vaatimukseen, jotka liittyvät jonkin ongelman ratkaisemiseen tai tehtävän suorittamiseen. Näitä ongelmia esiintyy sekä ammatillisessa toiminnassa että sen ulkopuolella. Tiedontarpeen käsite on varsin hankalasti hahmoteltavissa ja sitä on tutkittu riittämättömästi. Vaikka sitä ei voidakaan määrittellä täsmällisesti, on tiedontar-

ve hyödyllinen apukäsite viitattaessa kokoavasti eri tekijöihin, jotka aloittavat toiminnan lisätiedon etsimiseen.

Vallan (2003) tutkimuksesta ilmeni, että sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät tarvitsevat hyvin monenlaista tietoa asiakkaistaan sekä asiakkaan hoidon järjestämiseksi, että oman ammatillisen kehittymisensä vuoksi. Lisäksi tarvitaan tietohierarkialtaan hyvin monenlaista tietoa, kuten esimerkiksi dataa, informaatiota eli tulkittua tietoa ja hiljaista tietoa. Haapakorvan (2004) tutkimuksessa kotihoidon tiedonhallinnasta tulokset olivat samansuuntaiset.

Hyttinen (1999) on tutkinut gerontologisen hoitotyön tietoperustaa hoitotyöntekijöiden arvioimana. Tutkimuksen mukaan gerontologisessa hoitotyössä keskeistä on hoitotieteellinen tieto, mutta tietoa tarvitaan myös useilta muilta tieteenaloilta. Tärkeimmäksi faktatiedoksi tutkimuksessa ilmeni vanhusten käyttämien lääkkeiden vaikutuksia koskeva tieto. Tärkeänä pidettiin myös sairauksia ja dementiaa koskeva tieto. Faktatietoa täydentää kokemuksen kautta syntyvä tieto. Tutkimustulosten mukaan lähitulevaisuudessa tarvitaan tietoa enemmän muun muassa sosiaaliturvasta, vanhusten tapaturmariskeistä ja selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä. Ohjaustarve lisääntyy ja ohjauksen sisältöjä pitää hallita entistä laajemmin. Hoitohenkilöstön tulee olla perillä teknologian hyväksikäytön mahdollisuuksista vanhusten hoidossa. Lisäksi yhteistyö hoito- ja tukitoimiin osallistuvien kanssa on tärkeää.

Potilaan tullessa sairaalaan, tarvitaan tietoja potilaan sairaalaan tulon syistä ja aikaisemmasta selviytymisestä kotona. Tietoa tarvitaan hoidon tarpeen arviointia, hoidon aloittamista ja kotihoidon suunnittelun käynnistämistä varten. Potilaan siirtymisestä sairaalasta jatkohoitoon, tulee jatkohoitopaikkaan ilmoittaa siirrosta viiveettä. Jatkohoitopaikan työntekijät tarvitsevat potilaasta henkilötiedot, tiedot sairaalahoidosta ja jatkohoitosuunnitelmista, omaisista ja mahdollisesta kotihoidosta. Lisäksi potilaan kotiutuesssa tietoa tarvitaan kotiutusajankohdasta ja -tavasta, palvelujen tarpeesta sekä mukana siirtyvistä hoitovälineistä ja asiakirjoista. (Perälä & Hammar 2003, 18–20, 23–24, 30–32.) Kotihoidossa tarvittavia kotiutustietoja ovat: epikriisi, hoitajan lähete, lääkitystiedot, poliklinikkakortti ja hoito-ohjeet. Lisäksi kotihoidon työntekijät kartoittavat usein sosiaalisia etuuksia ja avustavat niiden hakemisessa. (Toivanen, Häkkinen, Laitinen, Minkkinen, Röppänen & Tuomainen 2004.)

Tiedonhankinta

Tiedontarpeiden määrittäminen johtaa tiedonhankintaan (information acquisition), joka on tiedonhallinnan prosessin toinen vaihe. (Choo 1998, 24). Tiedonhankinta on toimintaa, joka tähtää tiedontarpeiden tyydyttämiseen ja tiedonhankkijan tietämyksen lisäämiseen (Lintilä 2002, 194). Tiedontarpeet siis ohjaavat tiedonhankintaa. Yleensä tiedon keräämistä ohjaavat hyväksytyt säännöt, sopimukset tai määrättyjen vaatimusten täyttäminen. Tiedonhankinnan tulisi olla suunniteltua ja tarkoituksenmukaista. Siitä on tullut entistä monimutkaisempi tehtävä, koska tiedonhankinnassa on huomioitava kaksi vastakkaista tarvetta: riippuvuus ympäröivästä yhteiskunnasta ja sen muutoksista sekä yksilöiden rajallisesta kapasiteetista hankkia tietoa. Näiden kahden vaatimuksen välillä on löydettävä tasapaino. Tästä seuraa vaatimus, että tietolähteistä on tehtävä valikointia. Uusien ja jo käytössä olevien tietolähteiden käyttökelpoisuutta on myös syytä seurata ja arvioida jatkuvasti. Lisäksi tiedonhankinnan suunnitelmissa tiedonlähteinä tulisi huomioida myös ihmiset tietoteknologian ohella. Teknologia tarjoaa ulottuvuuden tiedon etsimiseen, kun taas ihmiset osaavat muun muassa suodattaa tietoa, korostaa keskeisimpiä tekijöitä ja tehdä yhteenvetoa. (Choo 1998, 24, 29–32, 49, 199.)

Tiedonhankintaa voivat vaikeuttaa henkilön tieto- ja viestintätekniset valmiudet. Lapveläisen työryhmineen (2006) kotihoidon työntekijöille tekemän tutkimuksen mukaan kotisairaanhoidon työntekijät kokivat omaavansa hyvät taidot tavanomaisten viestintävälineiden, kuten puhelimien ja matkapuhelimien käytössä, kun taas kannettavan tietokoneen käytössä noin puolet vastaajista koki omaavansa huonot taidot ja vain neljäsosalla taidot olivat hyvät. Immosen, Ruotsalaisen ja Sarannon (2002) tutkimuksen mukaan terveydenhuollossa lähes koko henkilökunta käyttää tietotekniikka päivittäin työnsä apuna, mutta vain kolmasosa vastaajista kokee omaavansa hyvät valmiudet tietotekniikan käyttöön. Suurin osa lääkäreistä ja sairaanhoitajista koki omaavansa riittämättömät tietotekniikkavalmiudet.

Nyky-yhteiskunnan informaatiotulvassa ongelmaksi on muodostunut se, miten joukosta löydetään relevantti ja oikea tieto (Warsell & Romppanen 2002). Internetin käyttö on lisääntynyt tiedon haun välineenä, mutta elektronisten tietolähteiden ongelmana on luotettavuuden puute. (Forsström 1999, 118). Terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu ja ammattitiedon verkkopalveluja on saatavilla useita (Iivari ym. 2002, 167). Suurin osa

sairaalan kommunikaatiosta on kuitenkin potilaskeskeistä. Potilaisiin liittyvän tiedon tulee olla saatavilla milloin vain, missä vain ja kokonaisuudessaan. (Imhoff, Webb & Goldschmidt 2001, 180).

Potilastietojen luovutus tarkoittaa tiedon vastaanottajan näkökulmasta tiedonhankintaa. Potilastietoja voidaan tulevaisuudessa luovuttaa toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla potilaan suostumuksella. Suostumus voidaan antaa palvelutapahtumaa tai palvelukokonaisuutta varten ja se tulee allekirjoittaa. (Laki 159/2007.) Suostumus voidaan antaa eräissä tilanteissa suullisesti tai se voi ilmetä asiayhteydestä. Tällöin säännöksen tulkitaan yleensä tarkoittavan potilaan jatkohoito-tilannetta. Moniammatillisen yhteistyön lisääntyessä tietosuojaj- ja salassapitokysymykset ovat osoittautuneet jossain määrin ongelmallisiksi. (Pahlman 2005, 97, 191–192.) Laki potilastietojen sähköisestä käsittelystä määrittelee myös valtakunnallisen sähköisen arkistointipalvelun, johon täysi-ikäiselle potilaalle annetaan katseluyhteys omiin potilastietoihinsa. Näissä säännöksissä on menossa vielä siirtymäaika. (Laki/159/2007.)

Tietoja saadaan potilaalta itseltään, mahdollisilta saattajilta, potilasta hoitaneilta ammattilaisilta ja kirjallisista dokumenteista. Potilastietojärjestelmien yleistyessä, tieto kulkee organisaatiorajojen yli yhä enemmän sähköisessä muodossa. Tiedonkulussa noudatetaan tietosuojaa koskevia lakeja ja asetuksia ja potilaasta välitetään vain hoidon ja palvelujen kannalta tarpeellista tietoa. Potilaan tulee olla tietoinen siitä, mitä tietoja hänestä luovutetaan ja mihin tarkoitukseen, ennen kuin hän voi antaa suostumuksensa tietojen käyttöön. Potilaasta tulisi siirtyä henkilötiedot, tiedot sairaalaan tulon syistä, sairauksista ja niiden hoitoon liittyvistä asioista, kotona selviytymisestä ja palveluiden käytöstä, omaisten tiedot ja kotihoidon yhteystiedoista. (Perälä & Hammar 2003, 18–20.) Haapakorvan (2004) tutkimuksessa kotihoidon työntekijöiden tiedonhankinta tapahtui ensisijaisesti asiakkailta ja tämän omaisilta, muita tietolähteitä olivat toiset työntekijät ja sidosryhmät. PlugIT-hankkeen selvityksessä ilmeni, että kotihoidon toimijoiden päivittäisestä työajasta menee jopa 1-2 tuntia asioiden selvittämiseen puhelimitse (Toivanen ym. 2004).

Tiedon organisointi ja varastointi

Hankitun tiedon organisoinnin ja varastoinnin (information organization and storage) tarkoituksena on luoda organisaation muisti, joka on aktiivinen ja ajantasainen tietovarasto organisaation tiedoista ja asiantuntemuksesta. Tiedon systemaattinen järjestäminen ja varastointi helpottavat tiedonhakua ja -jakelua. Tieto on noudettavissa tästä tietoperustasta päätöksenteon tueksi, ongelmanratkaisuun, vastaamaan kysymyksiin tai tulkitsemaan tilanteita. Tietoa säilytetään sekä erilaisissa manuaalisissa että sähköisissä tietojärjestelmissä. Teknologialla on nykyisin suuri merkitys tiedon varastoinnissa. Silti strukturoitu tieto muodostaa vain murto-osan organisaation tietovarastosta. Strukturoimattoman tiedon muoto vaihtelee merkittävästi. Strukturoimattoman tiedon merkitystä tai käyttöä ei voida tietää etukäteen, lisäksi yhtä tietoa voidaan käyttää monin eri tavoin. Organisaatiossa tuotetun tiedon tulisi olla varastoitu siten, että se vastaa organisaation ja sen jäsenten tarpeita. Kuitenkin on huomioitava myös toimintaympäristön asettamat vaatimukset. (Choo 1998, 24–25, 33–38.)

Terveydenhuollon toimintaympäristössä syntyneitä potilastietoja säilytetään terveys- ja sairauskertomuksissa. Hyvä terveys- ja sairauskertomus on tietokanta, jossa on koottuna keskeiset potilaan terveyttä, sairautta, hoitoa ja ohjausta koskevat tiedot. Nämä tiedot on kirjattu ja tallennettu siten, että ne palvelevat potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. (Hartikainen ym. 2000, 10; Pahlman 2005, 78.) Huolellisesti laaditut potilasasiakirjat turvaavat potilasrekisteritietojen oikeellisuutta ja samalla palvelun tarpeenmukaisuutta, tuloksellisuutta ja tehokkuutta (Ylipartanen 2000, 296). Sähköinen asiakirja tulee arkistoida siten, että sen alkuperäisyys ja säilyminen sisällöltään muuttumattomana on mahdollista osoittaa myöhemmin (Laki 13/2003.) Asiakas- ja potilasasiakirjojen luettavuutta pyritään parantamaan tietosisällön standardoinnin avulla ja se mahdollistaa luotettavan ja vertailukelpoisen tiedon siirtämisen käyttäjien välillä sekä viranomaisille ja tilastoihin (Kalpa & Kuusisto-Niemi 1997, 49).

Tietotuotteet ja -palvelut

Hankittu tieto ja muistissa oleva tieto paketoitaan eritasoisin tietotuotteisiin ja -palveluihin (information products and services), joilla pyritään vastaamaan erilaisiin tiedontarpeisiin. Se ei ole vain passiivista tiedon uudelleenpakkausta, vaan tietotuottei-

den ja –palveluiden täytyy taata tiedon laatu ja tuottaa tiedolle lisäarvoa. Ohjenuorana voi pitää sitä, että jokaisella tietotuotteella täytyy olla merkitystä loppukäyttäjille. Tietotuotteet ja –palvelut tulisikin suunnitella siten, etteivät ne keskity ainoastaan asiasisältöihin vaan myös mahdollisiin tapahtumiin, joilla on vaikutusta ongelmien ratkaisuun. Tietotuotteiden ja -palvelujen tulisi olla osa toimintakokonaisuutta. Käyttäjät arvostavat tietotuotteissa ja –palveluissa helppokäyttöisyyttä, laatua, joustavuutta, ajan ja kustannusten säästöä sekä kohinanvaimennusta. Kohinanvaimennus tarkoittaa tiedonsiirtoa ja -tallennusta häiritsevien ilmiöiden poistamista. Tietopalveluiden täytyy jatkuvasti kyetä uudistumaan ja tyydyttämään käyttäjien moninaisia tiedontarpeita. (Choo 1998, 25, 38–42, 200.)

Käyttäjien tyytyväisyys potilaskertomukseen oli kasvanut selvästi siirryttäessä manuaalisesta kertomuksesta elektroniseen. Elektronisen potilaskertomuksen parhaimpina puolina pidettiin tietojen ajantasaisuutta sekä saatavuutta. Sen sijaan tietojen esitysmuodossa tai sisällössä ei ollut tapahtunut muutosta. (Turunen & Suokas 2001, 5030.) Harno työryhmineen (1999) on selvittänyt sähköisen lähetteen vaikutusta palvelukokonaisuuden toimintaan. Tutkimustulosten mukaan sähköinen lähete säästää terveydenhuollon kustannuksia huomattavasti. Potilasnäkökulmasta hyötyinä ilmenivät ajan säästyminen ja asioimisen helppous. (Harno, Arajärvi, Paavola, Carlson, Viikinkoski, Böckerman, Kääriäinen & Ohinmaa 1999.)

Tiedon jakelu

Laajalle levinnyt **tiedon jakelu** (information distribution) lisää oppimista. Tiedon jakaminen luo myös uusia näkökulmia ja uutta tietoa vaikeiden ongelmien ratkaisemiseksi. Tiedonjakelun keskeisimmän ajatuksen voi ilmaista seuraavasti: oikea tieto, oikealle henkilölle, oikeaan aikaan, oikeassa paikassa ja oikeassa muodossa. Työntekijöillä tulisi olla käytettävissä paras saatavilla oleva tieto tehtäviensä suorittamista varten. Tieto tulisi tarjota sellaisessa muodossa ja sellaisilla välineillä, että sen hankkiminen on käyttäjälle vaivatonta. Näiden tavoitteiden saavuttaminen voi olla mahdollista, jos työntekijöitä rohkaistaan avoimuuteen tiedon jakamisessa. (Choo 1998, 25, 42–44, 200–201.) Haastavaa tiedon jakelussa on kokemuksen myötä syntyvän hiljaisen tiedon muuttaminen näkyväksi ja jakaminen muiden kanssa (Stähle & Grönroos 1999, 94; Vartiainen & Pulkkis 2000, 166).

Koska tietämys on henkilökohtaista, tulee yksilön tai ryhmän tietämys ilmaista sellaisella tavalla, että vastaanottaja osaa sen tulkita. Näin henkilökohtainen tietämys saadaan muiden käyttöön. (Alavi & Leidner 2001, 110.) Øvretveitin (1995, 247) mielestä vapaa tiedonkulku on sekä asiakkaan että ammattilaisen etu. Hän näkee, ettei asiakkaan tietojen luottamuksellisuuden ja vapaan tiedonkulun välillä ole ristiriitaa, jos tiedonkulku tapahtuu asiakasta palvelevien ammattilaisten välillä. Näin asiakkaan tarpeisiin pystytään vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla. Ongelmia syntyy vain silloin, jos asiakastietoja paljastetaan asiakkaan oman tiimin ulkopuolella tai jos ne ovat sellaisten ihmisten saatavilla, jotka eivät palvele asiakasta eivätkä ole salassapitovelvollisuuden piirissä. Potilaan tietoja voidaan luovuttaa ulkopuolisille tahoille potilaan suostumuksella tai tiettyihin lakeihin perustuen (Ylipartanen 2000, 287).

Lapveteläisen työryhmineen (2006) kotihoidon työntekijöille tekemän tutkimuksen mukaan kotisairaanhoidon työntekijöistä lähes kolmasosa oli sitä mieltä, että potilaan kotiutuessa tiedonsaanti sairaalasta on puutteellista. Lähes samaan tulokseen tulivat Pöyry ja Perälä (2003) tekemässään tutkimuksessaan. Huomattavasti paremmaksi tiedonkulku koettiin terveyskeskussairaaloiden ja kotisairaanhoidon välillä. Myös Haapakorvan (2004) tutkimuksessa nousi esille kotihoidon puutteellinen tiedonsaanti. Lisäksi asiakasta koskevien tietojen ajantasaisuudessa oli puutteita, johtuen muun muassa yhteistyön puutteista ja vastuiden määrittelemättömyydestä sekä tietojen monimutkaisista kirjauksikäytännöistä. Pöyryn (1999) tutkimuksessa nousi myös esille puutteita tiedonkulussa sairaalan ja kotisairaanhoidon välillä. Erityisesti asiakasta koskevaa tietoa ei saatu riittävän ajoissa.

Tiedon käyttö ja sopeutuva käyttäytyminen

Tiedon käytöllä (information use) tarkoitetaan uuden tiedon luomista tai tiedon soveltamista päätöksenteossa. Organisaatio oppii, kun yksilöt käyttävät tietoa luodakseen tietämystä. Tällöin tiedon käyttö merkitsee datan ja tosiasioiden lisäksi tiedon esittämistä muodossa, joka tarjoaa merkityksen ja kontekstin tavoitteelliselle toiminnalle. Organisaatioissa olevalla tiedolla on useita merkityksiä, jotka ovat syntyneet yksilöiden tai ryhmien subjektiivisen ajattelun ja tulkinnan tuloksena. Tieto vaihtelee jatkuvasti yksityiskohtaisen tason ja kokonaisuuksien välillä. Tiedon käytön yhteydessä tieto muuttuu hiljaiseksi tiedoksi, sääntöihin perustuvaksi tiedoksi ja kulttuuriseksi tiedoksi. Tiedon

käyttö on dynaaminen ja vuorovaikutteinen sosiaalinen prosessi, jossa osallistujat selventävät ja kyseenalaistavat toistensa näkemyksiä ja uskomuksia. Tiedon käyttö saattaa johtaa tiedon uuden merkityksen löytämiseen tai päätöksentekoon. Tiedon käyttö on välttämätön osa tiedonhallinnan prosessissa, koska vain ymmärtämällä kuinka tietoa käytetään, pystytään prosessin muiden osien jatkuvaan kehittämiseen.(Choo 1998, 25–26, 45–48, 200).

Pelkillä tietovarastoilla on vain vähän arvoa. Ainoastaan tieto, joka on syntynyt yksilön ajattelun tuloksena aktiivisen reflektoinnin, oivalluksen tai oppimisen kautta, voi olla hyödyllistä. (Alavi & Leidner 2001, 110.) Kliiniset päätökset perustuvat teoreettiseen tietoon ja omaan kokemukseen. Virheellisten päätösten riski kasvaa, kun päätöksenteossa huomioon otettavien tietojen joukko suurenee. Lisäksi päätöksentekoa vaikeuttavat muuttujien väliset vuorovaikutukset. (Kari 1999, 217.) Hoidon tarkoituksenmukainen suunnittelu sekä jatkuvuuden turvaaminen edellyttää, että tiedot aiemmasta hoidosta ja tutkimuksista ovat käytettävissä ongelman ja hoidon kannalta ajantasaisena ja alkupe- räisenä uudessa hoitopaikassa. Potilaskertomus on terveydenhuollon ammattilaisten, kuten hoitotyöntekijöiden, keskeinen työväline hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa palvelukokonaisuuden kaikissa vaiheissa (Hartikainen ym. 2000, 10–11.)

Tiedonhallinnan prosessi päättyy sopeutuvaan käyttäytymiseen (adaptive behavior), kun tiedon käytön tuloksena toiminnassa luotu sisäinen tieto käytetään vuorovaikutukseen ulkoisen toimintaympäristön kanssa, joka taas johtaa prosessin alkuun. (Choo 1998, 24.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tämä tutkimus on luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Laadullisen tutkimuksen kohteena on yleensä ihminen ja hänen elämismaailmansa. Elämismaailmaa tarkastellaan merkitysten maailmana, jossa merkitykset ilmenevät ihmisten toimintana, päämäärien asettamisina, suunnitelmina, hallinnollisina rakenteina, yhteisöjen toimina ja päämääri-
nä ja muina vastaavina ihmisestä lähtöisin olevina ja ihmiseen päätyvinä tapahtumina. Merkitykset voivat täten syntyä vain ihmisten kautta. (Varto 1992, 23–24.) Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on siis todellisen elämän kuvaaminen, johon sisältyy ajatus, että todellisuus on moninainen. Kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimyksenä on ennemminkin löytää tai paljastaa tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia totuusväittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152.) Laadullisessa tutkimuksessa teorian kehittäminen, kuvailu, selittäminen ja ymmärtäminen ovatkin usein tutkimuksen päämääriä (Morse 1994, 1–3). Toisaalta jyrkkää vastakkainasettelua kvantitatiivisen eli määrällisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen välillä halutaan poistaa. Ne ajatellaan mieluummin toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi. (Eskola & Suoranta 1999, 13–15; Hirsjärvi ym. 2000, 124–125; vrt. Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 2002, 13.)

Fenomenografisen tutkimuksen kohteena ovat arkipäivän ilmiöt. Fenomenografia tutkii ihmisten erilaisia käsityksiä asioista ja pyrkii kuvaamaan ilmiötä. Tavoitteena on analysoida ja ymmärtää erilaisia käsityksiä ilmiöistä sekä käsitysten keskinäisistä suhteista. Fenomenografiassa keskitytään käsitysten eroavaisuuksien tutkimiseen. (Huusko & Paloniemi 2006, 162–164.) Olennaista on, että on olemassa vain yksi maailma, josta eri ihmiset muodostavat erilaisia käsityksiä. Käsitys on myös dynaaminen ilmiö, eli ihmisen käsitys ilmiöstä voi muuttua. (Metsämuuronen 2006, 108.) Fenomenografiassa käsityksillä on mielipidettä syvempi ja laajempi merkitys. Fenomenografia on metodinen tutkimussuuntaus ja lähestymistapa. Sen tarkoituksena on saada selville käsitysten eroja tietyssä ryhmässä, ei niinkään tuottaa yksilötason kuvauksia. Fenomenografisen ajattelutavan lähtökohtana on, että voidaan muodostaa olettamus yleisestä käsitysten joukosta

tietyssä kulttuurissa, yhteiskunnassa tai yhteisössä. (Huusko & Paloniemi 2006, 164–165; vrt. Hirsjärvi & Hurme 2000, 168–169.)

Fenomenografisessa tutkimuksessa käsitysten luonne on suhteellinen, kokonaisuuksista merkityksensä saava ja sosiaalisesti rakentuva. Se tarkoittaa käytännössä sitä, että kontekstuaalisuus on huomioitava tulosten tulkinnassa, raportoinnissa ja tutkimushenkilöiden tarkoituksenmukaisessa valinnassa. (Huusko & Paloniemi 2006, 166.) Tämän tutkimuksen tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen fenomenografinen tutkimus, koska ilmiötä on tutkittu varsin vähän eikä tarkoituksena esimerkiksi ole teorian testaus. Tutkimuksessa halutaan selvittää hoitotyöntekijöiden käsityksiä tiedontarpeista, tiedonhankinnasta ja tiedon käytöstä lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin hoitotyöntekijöiden haastatteluilla teemahaastattelumenetelmää käyttäen.

5.2 Tutkimusympäristön kuvaus

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluu 10 kuntaa ja kaupunkia. Alueella asuu noin 130 000 asukasta. Sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja Etelä-Karjalan keskussairaalassa, jossa on noin 300 sairaansijaa. (Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2008.) Lonkkaleikkauspotilaiden leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu keskussairaalassa kahdella ortopedisellä vuodeosastolla.

Lappeenrannan kaupungilla on kolme terveystakeskussairaala. Lonkkaleikkauspotilaiden jatkohoito tapahtuu Armilan sairaalassa. Armilan sairaalassa on viisi vuodeosastoa, joista yksi toimii kuntoutusosastona. Vuodeosastoilla hoidetaan sekä lyhyt- että pitkäaikaispotilaita. Kuntoutusosaston yhteydessä toimii fysioterapiaosasto. Potilaat tulevat sairaalaan yleensä SAS (Selvitä-Arvioida-Sijoita) -toimiston sijoittamina. (Lappeenranta 2005.) Imatran kaupungissa toimii yksi terveystakeskussairaala. Honkaharjun sairaalassa on kaksi vuodeosastoa, joista toinen toimii kuntoutusosastona. Lisäksi yksi osasto toimii psykiatrisena osastona. Myös Honkaharjussa kuntoutusosaston yhteydessä on fysioterapiaosasto. (Imatra 2008.)

Lappeenrannan kotisairaanhoidon kuuluu Lappeenrannan kotihoitokeskukseen. Lappeenrannassa on neljä alueellista kotihoitokeskusta. Kotihoitokeskus auttaa asiakkaita selviytymään omilla kodoillaan järjestämällä kotihoitoa ja erilaisia tukipalveluja, maksaa omaishoidon tukea ja opastaa muiden palvelujen käytössä. (Lappeenranta 2005.) Kotisairaanhoidon tehtäväkenttä on laaja. Kotisairaanhoidossa muun muassa tekee asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelman, avustaa sairaanhoidollisissa toiminnoissa, ottaa näytteitä ja huolehtii lääkityksestä sekä mahdollisista apuvälineistä. Lisäksi asiakastyöhön kuuluu olennaisesti erilaisten sosiaalisten etuuksien selvittäminen sekä hakeminen.

Imatran tehostettu sairaanhoidon palvelu palvelee koko Imatran kaupungin väestöä. Tehostettu sairaanhoidon hoitaa kotona sellaisia asiakkaita, jotka eivät tarvitse vuodeosastohoitoa, mutta toisaalta tarvitsevat vaativampaa hoitoa kuin kotihoitokeskus ja väestövastuinen terveydenhuolto pystyvät tarjoamaan. Yksikön toimintaa koordinoi sijoittajasairaanhoidon hoitaja ja lisäksi henkilöstöön kuuluu kolme sairaanhoitajaa. Asiakkaat tulevat palvelun piiriin muista hoitolaitoksista tai kotihoidosta, lisäksi ensihoidon pyynnöstä voidaan asiakkaan tilaa käydä arvioimassa hänen kotona. (Imatra 2008.) Lappeenrannan kotisairaanhoidossa ja Imatran tehostetussa sairaanhoidossa hoidetaan lonkkaleikkauksia potilaita vähän (vrt. STM 2007b). Tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidon ja tehostettu sairaanhoidon on yhdistetty käsitteeksi kotisairaanhoidon.

Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien alueilla vuonna 2002 alkaneessa KAAPPO-projektissa (Kaakkois-Suomen Alueellinen Potilastietojärjestelmä) on otettu käyttöön alueellinen potilastietojärjestelmä Efficca. Projektiin ovat osallistuneet Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit sekä Imatran, Lappeenrannan ja Kotkan kaupunkien terveyskeskukset. Potilastietojärjestelmä sisältää potilashallinnon ohjausjärjestelmän ja sähköisen potilaskertomuksen. Lisäksi järjestelmä sisältää muun muassa alueellisen laboratoriojärjestelmän, yhteisen kuvantamiskäytön sekä tilastoinnin ja seurannan järjestelmän. Potilastietojärjestelmän alueellinen käyttö on kahden viimeisen vuoden aikana lähes viisinkertaistunut. (Suurnäkki 2007.) Tässä tutkimuksessa KAAPPO-alueen Efficcasta käytetään jatkossa termiä potilastietojärjestelmä.

Tämä tutkimus liittyy Jononhallinnan kapeikot (JOHAKA) –hankkeeseen, joka päättyi vuonna 2007. Hankkeeseen osallistui Imatran ja Lappeenrannan kaupungit sekä Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri. JOHAKA –hankkeen tavoitteena oli tehostaa potilaiden

jatkohoidon järjestämistä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen sekä palvelujen parempi yhteensovittaminen. (Tepponen 2006a.) Asiakasprosessien kehittämistä tarkasteltiin asiakkuuden ja prosessijohtamisen näkökulmasta. Lisäksi haluttiin selvittää, onko uusien potilastietojärjestelmien tuomia mahdollisuuksia osattu hyödyntää riittävästi. (Tepponen 2006b.)

5.3 Aineiston hankinta

Tutkimuksen toteuttamista varten tarvittavat tutkimusluvut anottiin Etelä-Karjalan keskussairaalassa hallintoylihoitajalta, Imatran kaupungissa vanhuspalvelujohtajalta sekä hoitotyön johtajalta ja Lappeenrannan kaupungissa vanhusten palvelujen johtajalta heinä-elokuussa 2007. Etelä-Karjalan keskussairaalasta lupa myönnettiin 10.9.2007, Imatran kaupungista 6.8.2007 ja Lappeenrannan kaupungista 5.9.2007.

Laadullisessa tutkimuksessa suositaan ihmistä tiedonkeruun instrumenttina. Luotettavana tiedonlähteenä pidetään tutkijan omia havaintoja ja keskusteluja tutkittavien kanssa kuin mittavälineillä hankittua tietoa. (Hirsjärvi ym. 2000, 155.) Koska laadullisessa tutkimuksessa pyritään tavallisesti analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti varsin pieniä määriä tapauksia, valitaan tutkittavien joukko usein harkinnanvaraisella otannalla, josta käytetään myös nimitystä harkinnanvarainen näyte. (Eskola & Suoranta 1999, 18; Hirsjärvi & Hurme 2000, 58–59.) Tämän tutkimuksen otos on valittu harkinnanvaraisesti lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisen eli leikkauksen jälkeisen vaiheen hoitohenkilöstöstä, johon kuuluu erikoissairaanhoidon hoitotyöntekijöitä Etelä-Karjalan keskussairaalasta sekä perusterveydenhuollon hoitotyöntekijöitä terveyskeskussairaaloiden vuodeosastoilta ja kotisairaanhoidosta Imatran ja Lappeenrannan kaupungeissa. Kotisairaanhoidon käsite sisältää tässä tutkimuksessa sekä kotihoitokeskuksen kotisairaanhoidon että tehostetun sairaanhoidon palvelut. Lonkkaleikkauspotilailla tarkoitetaan sekä elektiivisesti kutsuttuja että päivystyksenä lähetteellä tai ilman lähetettä sairaalaan tulleita potilaita, jotka saavat operatiivista hoitoa. Myös kotisairaanhoidon asiakkaista käytetään tässä tutkimuksessa termiä potilas.

Fenomenografinen tutkimus hyödyntää erilaisia kirjalliseen muotoon muokattuja aineistoja, kuten yksilö- tai ryhmähaastatteluja, kirjoitelmia ja dokumentteja. Aineistonke-

ruussa keskeisintä on kysymyksenasettelun avoimuus, jolloin erilaiset käsitykset voivat tulla aineistosta ilmi. (Huusko & Paloniemi 2006, 163–164.) Haastattelua käytetään muun muassa silloin, kun halutaan tietää mitä ihminen ajattelee asiasta, jolloin on järkevää kysyä sitä häneltä. Haastattelun etuna pidetään ennen kaikkea sen joustavuutta. Haastattelutilanteessa on mahdollista toistaa kysymys, oikaista väärinkäsityksiä, selvittää ilmausten sanamuotoja ja käydä keskusteluja haastateltavan kanssa. Haastattelun onnistumista edesauttaa tiedonantajien mahdollisuus tutustua kysymyksiin tai haastattelun aiheeseen etukäteen. Haastattelun etuna pidetään myös sitä, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on tietoa aiheesta tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien valinta perustuu myös vapaaehtoisuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 74–76.) Haastatteluun suostumisessa tutkittavia motivoi mahdollisuus tuoda esiin mielipiteensä, halu kertoa omista kokemuksista tai aiemmat hyvät kokemukset osallistumisesta tieteelliseen tutkimukseen (Eskola & Vastamäki 2007, 26–27).

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48). Teemahaastattelu on eräänlainen keskustelu, jossa tutkija pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavilta häntä kiinnostavat ja tutkimuksen aihepiiriin kuuluvat asiat (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76–78; Eskola & Vastamäki 2007, 25). Teema-alueet suunnitellaan niin väljiksi, että tutkittavaan ilmiöön sisältyvä moninainen rikkaus paljastuisi mahdollisimman hyvin. Teema-alueet tarkentuvat haastattelutilanteessa sekä tutkijan että tutkit-tavan toimesta. Haastattelurunkoa testataan esihaastatteluilla, joiden perusteella sitä voidaan vielä muuttaa ennen varsinaisia haastatteluja. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66–67, 72.)

Tämän tutkimuksen tutkimuslupaprosessien yhteydessä selvitettiin niiden organisaatioiden ylihoitajat tai osastonhoitajat, joihin tutkimuslupien myöntämisen jälkeen otettiin sähköpostitse yhteyttä haastateltavien valintaa varten. Osaan yksiköistä oltiin alustavasti yhteydessä jo ennen tutkimuslupien anomista, koska alueen tutkimuslupahjeissa edellytettiin tätä. Osastonhoitajia pyydettiin auttamaan tutkimuksessa etsimällä henkilökuntansa keskuudesta sopivia haastateltavia ja ilmoittamaan heidän yhteystietonsa minulle. Haastateltavilta edellytettiin kokemusta lonkkaleikkauspotilaan hoidossa ja vapaaehtois-ta suostumista haastatteluun. Yhdessä tutkimusorganisaatiossa otettiin yhteyttä suoraan hoitotyöntekijöihin.

Kun haastateltavien yhteystiedot oli saatu, heille lähetettiin sähköpostitse saatekirje (Liite 1), jossa kerrottiin tutkimuksesta. Samassa yhteydessä lähetettiin taustatietolomake (Liite 2) ja teemahaastattelurunko (Liite 3), johon haastateltavia pyydettiin perehtymään ennakkoon. Haastatteluajankohdan sopiminen hoidettiin myös sähköpostitse. Vuorotyötä tekevien keskuudessa haastatteluryhmille yhteisen ajankohdan löytäminen oli melko haasteellista, mutta ajat saatiin sovittua yhteisymmärryksessä. Haastattelupaikat sovittiin jokaisen ryhmän työyksikön tai muun lähellä olevan sopivan tilan yhteydestä. Ainoastaan yksi haastatteluun suostunut jäi varsinaisesta haastattelutilanteesta pois aikataulun vuoksi. Yksi haastateltava taas ei päässyt haastatteluun työesteen vuoksi. Haastattelut tehtiin loka-marraskuussa 2007. Haastattelut kestivät keskimäärin 55 minuuttia. Pisin haastatteluista kesti 75 minuuttia ja lyhimmän kesto oli 35 minuuttia. Tämän tutkimuksen otos valittiin niin, että se edustaa mahdollisimman hyvin lonkka-leikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivista vaihetta. Kaikki haastatteluun osallistuneet (n=11) toimivat vaativissa hoitoalan ammattitehtävissä. He edustivat eri-koissairaanhoitoa, terveyskeskussairaalan kuntouttavaa hoitotyötä sekä kotona annettavaa sairaanhoitoa. Työkokemusta haastateltavilla oli nykyisestä ammatista keskimäärin 10 vuotta, vaihteluvälin ollessa 2,5–25 vuotta.

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu valittiin siksi, että ajallisesti rajatuissa haastatteluissa tulisi käsitellä tutkimuksen kannalta olennaiset asiat samalla kuitenkin säilyttäen kysymyksenasettelun avoimuus. Haastattelun aihepiirit eli teema-alueet määriteltiin etukäteen Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallin ja aikaisempien tutkimusten avulla. Esihaastattelu tehtiin hoitotyön ammattilaiselle, joka ei kuulu tutkittavien joukkoon. Esihaastattelun perusteella teemarunkoon ei tehty muutoksia

Haastattelulajeja on monia, joista tavallisin tapa on tehdä yksilöhaastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61). Ryhmähaastattelulla saadaan hieman toisen tyyppistä tietoa kuin yksilöhaastatteluilla, joten niitä kannattaisi tehdä nykyistä paljon useammin (Eskola & Vastamäki 2007, 28). Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa myös parihaastatteluna, joka on yksi ryhmähaastattelun alamuoto. (Hirsjärvi ym. 2000, 197). Ryhmähaastattelun etuina on vähentää haastattelijan vaikutusta esille tuotavista asioista ja samalla se on tehokas haastattelumenetelmä (Sulkunen 1998, 264). Ryhmähaastattelussa haastateltavat voivat täydentää toistensa vastauksia, jolloin tietoa saatetaan saada enemmän kuin

yksilöhaastattelussa. Lisäksi ryhmässä haastateltavat voivat saada toisistaan tukea, eikä haastattelutilanne jännitä niin paljoa (Carey 1994, 225–227; Eskola & Suoranta 1999, 95.) Ryhmähaastattelun etuna ovat myös pienemmät kustannukset verrattuna yksilöhaastatteluun (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63). Ryhmähaastattelulla on lisäksi mahdollista päästä käsiksi pienoiskulttuurien merkitysrakenteisiin. Ryhmähaastatteluja voidaan käyttää hyvin erilaisiin tarkoituksiin, kuten faktuaalisen informaation, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen tai yhteisten normien tutkimiseen. Nämä erilaiset lähestymistavat edellyttävät myös erilaisia analyysistrategioita. (Sulkunen 1998, 264–266).

Sopiva koko haastatteluryhmälle on 4–8 henkeä, joista jokainen tutkija voi kuitenkin tehdä oman sovellutuksena. Kahdenkin ihmisen haastatteleminen samalla kerralla voi olla toimiva ratkaisu. (Eskola & Suoranta 1999, 97.) Ryhmähaastattelussa haastateltavien joukon tulisi olla suhteellisen homogeeninen ryhmä, että keskustelu sujuisi. Haastattelut yleensä tallennetaan analysointia varten. Haastateltavilta on pyydettävä lupa haastattelujen nauhoittamiseen (Carey 1994, 229–230; Eskola & Suoranta 1999, 98–99.) Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu tapahtui haastatteluilla, joista neljä toteutettiin ryhmähaastatteluna ja yksi yksilöhaastatteluna. Tutkimuksen aihe sopi hyvin ryhmähaastattelumenetelmään. Ryhmähaastatteluilla keskityttiin faktuaalisen informaation selvittämiseen, ei niinkään esimerkiksi ryhmien kulttuurin tai vuorovaikutuksen tutkimiseen. Haastatteluryhmien koko vaihteli kahdesta kolmeen henkilöä. Yksi haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluna, koska tähän viidenteen ryhmään ei saatu muita haastateltavia. Haastatteluryhmät muodostettiin työyksiköittäin, että aiheen käsittely ja aikataulujen sopiminen onnistuisivat parhaiten. Haastattelut nauhoitettiin tietojen oikeellisuuden takaamiseksi analysointivaiheessa. Haastateltavat esittelivät itsensä nauhoituksen alussa, että heidät pystyy tunnistamaan haastattelujen purkuvaiheessa. Haastateltaville kerrottiin nauhoittamisesta tutkimuksen saatekirjeessä ja siihen pyydettiin suullinen lupa haastattelun alussa. Samoin suorien lainausten käyttöön pyydettiin suullinen lupa.

5.4 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysin pyrkimyksenä on luoda käsiteltävään aineistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Analyysillä pyritään tiivistämään aineisto kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Eskola & Suoranta 1999, 138.) Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta, koska sisällönanalyysiä voi pitää yksittäisenä metodina tai myös väljänä teoreettisena kehyksenä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93.)

Laadullinen analyysi jaetaan usein induktiiviseen tai deduktiiviseen. Jako perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetyn päättelyn logiikasta. Tuomi ja Sarajärvi pitävät parempana jakoa aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Nämä ottavat paremmin huomioon erilaiset analyysin tekoa ohjaavat tekijät. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95–97.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimustehtävään yhdistelemällä käsitteitä. Se perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta käsitteelliseen näkemykseen tutkittavasta ilmiöstä. Tuloksia verrataan koko ajan alkuperäiseen aineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Johtopäätöksissä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–7; Tuomi & Sarajärvi 2002, 113.)

Fenomenografisen tutkimuksen lähestymistapa on aineistolähtöinen. Aineiston tulkinta tehdään vuorovaikutuksessa aineiston kanssa, ja aineisto toimii kategorisoinnin pohjana. Aikaisemmat teoriat ovat mukana tulkinnallisten kategorioiden muodostamisessa, mutta teoriaa ei käytetä luokittelurunkona eikä sitä testata. Teorian merkitys fenomenografisessa tutkimuksessa on antaa valmiuksia suunnata ja toteuttaa aineiston hankintaa. Varsinainen teorianmuodostus tapahtuu tutkimusprosessin aikana. Fenomenografia pyrkii muodostamaan mallia, joka kuvaa tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä yksilöiden merkityksenantoja yleisemmällä tasolla. (Huusko & Paloniemi 2006, 166, 171.)

Ennen analyysin aloittamista määritetään analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi yksittäinen sana tai kokonainen lause. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön valitsemista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Tuomi & Sarajärvi 2002,

112). Analyysiyksikkönä lause on yksittäistä sanaa informatiivisempi ja toisaalta taas ajatuskokonaisuus voi sisältää jo useita merkityksiä (Eskola & Suoranta 1998, 217; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee vaiheittain. Haastattelut nauhoitetaan ja aukikirjoitetaan eli litteroidaan sana sanalta. Tämän jälkeen haastattelut luetaan useaan kertaan läpi sisältöön perehtyen. Aineiston pelkistämässä eli redusoinnissa siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä. Tekstistä etsitään pelkistettyjä ilmauksia, jotka listataan. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi & Sarajärvi 2002, 111–112.)

Tämän jälkeen aineisto klusteroidaan eli ryhmitellään, jolloin pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään yhdeksi luokaksi ja luokka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelu tiivistää aineistoa, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Klusterointi on osa abstrahointiprosessia, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi tarkoittaa käsitteellistämistä. Siinä edetään alkuperäisestä aineistosta teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7; Tuomi & Sarajärvi 2002, 112.)

Tämän tutkimuksen haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysimenetelmän avulla eli sisällönanalyysi toimii metodina. Aluksi tutkija aukikirjoitti itse kaikki haastattelut sanatarkasti nauhuria apuna käyttäen. Haastattelujen litterointi aloitettiin ennen kuin kaikki haastattelut olivat tehty, koska aineiston hankinta kesti noin kuukauden. Haastattelujen purku sujui luotettavammin, kun niihin ei tullut suurta viivettä aineiston hankinnasta. Aineiston hankinta tapahtui haastatteluilla, joista neljä toteutettiin ryhmähaastatteluna ja yksi yksilöhaastatteluna. Tutkimuksen kannalta ei pidetty tärkeänä tunnistaa haastateltavia aineiston kirjoitusvaiheessa, vaikka se olisi ollut mahdollista. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut esimerkiksi määrällisten tulosten esittäminen haastateltavien käsityksistä vaan kuvata hoitotyöntekijöiden käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä.

Aineiston litteroinnin jälkeen haastattelut luettiin useita kertoja läpi. Aineistoon perehtymisen jälkeen valittiin tutkimuksen analyysiyksikkö, joka tässä tutkimuksessa on 1-4

lausetta. Aineiston pelkistäminen tapahtui tutkimustehtävien mukaisesti. Aineistosta merkittiin tutkimustehtävittäin sopivia ilmauksia eri värein. Tämän jälkeen merkityistä ilmauksista muodostettiin pelkistettyjä ilmauksia tutkimustehtävittäin. Pelkistetyt ilmaukset listattiin ja samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmiteltiin yhdeksi luokaksi, joka nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineiston luokittelua ohjasivat tutkimustehtävät. Muodostettuja alaluokkia yhdistettiin edelleen yläluokiksi. Tiedonhankintaan ja tiedon käyttöön liittyvien tutkimustehtävien kohdalla luokkien yhdistämistä jatkettiin vielä yhdistäviksi luokiksi. Liitteissä 4, 5 ja 6 on esitetty esimerkit aineiston abstrahoinnista. Jokainen esimerkki on lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisen vaiheen eri osista. Tiedontarpeita koskeva esimerkki on keskussairaalan aineistosta (Liite 4), tiedonhankintaa koskeva esimerkki terveystieteiden keskuslaitoksen aineistosta (Liite 5) ja tiedon käyttöä koskeva esimerkki kotisairaanhoidon aineistosta (Liite 6).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tiedontarpeet lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa

Tutkimustulosten mukaan hoitotyöntekijät tarvitsevat hyvin monenlaista tietoa työssään lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Palvelukokonaisuuden tiedontarpeissa on paljon yhteneväisyyksiä, mutta eri kohdissa palvelukokonaisuutta on tiedontarpeissa löydettävissä myös joitain eroavaisuuksia. Hoitotyöntekijöiden tiedontarpeisiin liittyviä tuloksia tarkastellaan sisällönanalyysissä nousseiden alaluokkien mukaisesti.

Henkilötietoja tarvitaan potilaiden yksilöintiin. **Elämäntilannetiedoista** selviävät muun muassa omaisten tiedot ja potilaan asumisolot, kuten millainen asunto on ja onko siellä mukavuuksia. Tiedontarve asumisolosta kasvaa potilaan siirtyessä keskussairaalaan terveyskeskussairaalan vuodeosastolle ja kotisairaanhoidon. Tietoa asumisolosta käytetään potilaan kotiutuksen suunnittelussa ja arvioitaessa onko siihen ylipäättään mahdollisuuksia. **Sairaustietoja** tarvitaan potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta varten. Tarvittavia sairaustietoja ovat esimerkiksi potilaan perussairaudet, hoitoon tulos ja yleiskunto. Sairaustietojen lisäksi ilmeni tiedontarve **terveystiedoista**, joita ovat ravitsemukseen ja ruokavalioon liittyvät tiedot.

”Niitä kotioloja... mihin pitää mennä ja mihin pystyä sairaalahoidon jälkeen. Et jos ei vaik tuu se juokseva vesi sinne kotia ja pitäis tiettyjä haavahoitoja tehdä, niin onnistuuks se siellä kotona?”

”Mitä on tapahtunu, minkälainen leikkaus on ollu ja sitten ne taustatiedot... aikaisemmat... miten asuu ja mitä muita sairauksia hänellä on, lääkitykset, jos on ollu aikaisemmin kotiapuja, yleensä minkä kuntoinen on ollu lähtiessä. Ja sitten niiku sen pohjalta myö aletaan tekemään meidän hoitosuunnitelmaa täällä ja kuntoutusta antamaan sitte.”

Tutkimustulosten mukaan erittäin keskeisiä tiedontarpeita lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä ovat **toimintakykytiedot** ja **kuntoutustiedot**. Haastatteluissa ilmeni, että on tärkeää tietää potilaan tämän hetkinen toimintakyky sekä toimintakyky ennen leikkausta, jolloin kuntoutusta voidaan suhteuttaa siihen. Toimintakykytietojen perusteella arvioidaan myös potilaan mahdollisuuksia siirtyä kotiin. Kuntoutusta suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä fysioterapeuttien kanssa. Kuntoutustiedoista tärkeimpänä pidettiin tietoja leikkauksen jälkeisistä liikkumisrajoituksista ja varausluvista sekä niiden kestosta. Lisäksi tarvitaan tietoa potilaan apuvälineistä ja niiden käytöstä. Tarvittavia tietoja ovat myös muun muassa haavan paranemiseen liittyvät asiat.

”Ja sit varmaan halutaan tietää myös sitä, et millä tavallaon siellä sairaalassa... et minkälainen se toimintakyky on ollu siellä. Sit voidaan suhteuttaa vähän sitä, että onko sitä realistisia mahdollisuuksia ottaa kotiin.”

”Ne ilmoitetaan aina ne (rajoitus) ajat tälle, et kuusi viikkoa, yhdeksän viikkoa tai tällaisia aikoja. Miust se ois niiko paljon selkeempää ko siel ois jo laskenu ihan sen päivämäärän. Kun se on niin hirveen tärkeetä just sen takia, kun ne on aina just tämmösiä haurasluisia vanhuksia ja ettei se liian aikaselle oleteta liian paljon varaamisella ja eivät osaa... kun ovat liikkuneet jo.”

Haastatellut pitivät **aiempien hoitajaksojen yhteenvetotiedoista** yleisimmin hoitotyön tiivistelmätietoja tärkeimpinä tietoina. Niissä esiintyy myös eniten puutteita. Tiivistelmätiedoilla tarkoitetaan hoitotyön lähetettä, palautetta ja yhteenvetoa. Aiempien hoitajaksojen yhteenvetotiedot sisältävät myös lääkärin epikriisin sekä fysioterapian loppuarvion. Etenkin terveyskeskussairaalan vuodeosastolla pidettiin turhana, jos aiemmasta hoitopaikasta lähetetään esimerkiksi hoitotyön kirjauksia monelta päivältä, eikä hoitotyön tiivistelmää. Päivittäisiä kirjauksia ei ehditä lukea, eikä niistä löydy tietoa yhtä hyvin kuin tiivistelmätiedoista. Toisaalta yksittäisessä tapauksessa tärkeimpänä yhteenvetotietona pidettiin lääkärin epikriisiä. Läheisesti yhteenvetotietoihin liittyvät **jatkohoitotiedot** ovat terveyskeskussairaalan vuodeosaston ja kotisairaanhoidon osalta tarvittavia tietoja lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä. Jatkohoitotietoihin kuuluvat yksittäisen poti-

laan tarkat jatkohoito-ohjeet sekä yleisemmällä tasolla tarvittavaa tietoa kirurgisten potilaiden jatkohoidosta. Lisäksi ilmeni tiedon tarve tulevista kontrollikäynneistä.

”Sitten ois kiva, jos siinä ois jonkinlainen hoitajan lähete tai jonkinlainen tiivistelmä siitä hoitoajasta. Että miusta on turha monistaa niitä hoitotyön lehtiä sinne meille monta lehtee, ko ei myö jouteta niitä illalla lukemaan, kun tää potilas tulee. Et meillä on monta kertaa aika kiire ilta-vuorossa. Eikä se oo tarpeellistakaan lukea jotain kolmen päivän... ne ei oo meille tärkeitä, oleellisia tietoja. Et ne ois vaan oleellisesti tiivistetty siihen hoitajan lehelle, se ois kyl aika tärkeä asia.”

Lisäksi lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa tarvittavia tietoja ovat tiedot **tutkimuksista**, kuten laboratorio- ja röntgentutkimukset, **lääkityksestä** ja **infektioista**. Potilaan mahdolliset infektiot vaikuttavat sekä potilaan hoitoon että sijoitukseen osastolla. Erityisesti keskussairaalassa mainittiin tiedontarpeeksi **riskitietoihin** kuuluva tieto potilaan allergioista. **Toimenpidetietoja** tarvitaan keskussairaalassa ja terveystieteiden keskusosastolla. Erikoissairaanhoidossa tiedon tarve liittyy potilaan pre- ja postoperatiiviseen hoitoon. Terveystieteiden keskusosastolla ilmeni ennemminkin yleisemmän tason tiedon tarvetta leikkaushoidosta oman ammatillisen tiedon lisäämisen kannalta.

Keskussairaalassa ja terveystieteiden keskusosastolla **preventiivisinä** tarvitaan tietoa potilaan ihon kunnosta ja painehaavaumien syntyä ehkäisevistä tekijöistä. Kotisairaanhoidossa taas oltiin kiinnostuneita mahdollisen kaatumisen syistä ja siitä, miten voitaisiin ennaltaehkäistä uusi kaatuminen. Potilaan ohjaus on osa lonkkaleikkauspotilaan hoitotyötä ja **ohjaustietojen**, kuten potilasohjeiden, tarve nousi esille haastatteluisissa.

”Lääkitykset pitää ehdottomasti olla ajan tasalla. Ihmisellä pitää olla lääkelista mukana, kun se kotiin tulee.”

”On niitä semmosiaki ollu, että tosiaan myö vaikka katotaan jostain laboratorioista sieltä et tulehdusarvot on korkeet ja heil ei mee minkäänäköistä antibioottia täällä. Et sit soitetaan perään niistä lääkityksistä.”

”Ainakin tietysti jonopotilaat myö tiedetään yleensä, että ne on kutsuttuna ja ne on puhtaita potilaita. Myö sijoitetaan ne sinne puhtaalle puolelle.”

Kaikilla lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisen vaiheen toimijoilla on runsaasti **yhteistyökumppaneita**, joiden toiminnasta ja yhteystiedoista tarvitaan tietoa. Haastatteluissa ilmeni, että potilaan lähettävän yksikön ja henkilön yhteystietojen puuttumista esiintyy usein ja niiden selvittely on aikaa vievää. Osa haastatelluista kertoi, että sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtyminen on lisännyt tätä ongelmaa. Tutkimustuloksissa ilmeni, että kotisairaanhoidossa yhteistyökumppaneiden runsaus voi vaikeuttaa uuden työntekijän perehtymistä työhön.

Hoidon järjestämistä koskevat tiedon tarpeet lisääntyvät potilaan siirtyessä keskussairaalaan terveyskeskussairaalaan ja erityisesti kotisairaanhoidon piiriin. Erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskussairaalan vuodeosastolla jatkohoidon järjestämiseen osallistuu SAS- (Selvitä-Arvioi-Sijoita) työryhmä, kun kotisairaanhoidossa hoidon järjestämistä koordinoi kotisairaanhoidon vastuuhoitaja. Hoidon järjestämistä koskevia tietoja ovat jatkohoitopaikkoihin liittyvät ja kotihoidon järjestämistä koskevat tiedot kuten, palvelujärjestelmän toiminta, kotipalvelujen järjestäminen ja aikaisempi kotihoidon asiakkuus tai kotipalvelujen käyttö. Tutkimustulosten mukaan tarvittavia tietoja ovat myös **tiedot sosiaalisista etuuksista**. Yhteistyötä tehdään usein sosiaalihoitajan kanssa ja huolehditaan, että asiakkaat saavat lainmukaiset sosiaaliset etuudet ja tarvittaessa avustetaan hakemusten täyttämässä. Tietoa tarvitaan mahdollisista etuuksista, niiden perusteiden arvioinnista sekä hakemusten täyttämistä.

”Se oman alueen sairaanhoitaja käy arvioimassa sen, että mitä apuja tarvitaan ja ketkä sen sitten suorittaa. Että voidaanko antaa meiltä vai pitääkö siirtyä esimerkiksi yksityiselle pyytämään. Ja että onko se oikea paikka yleensä sen ihmisen asua sit se koti tai palvelutalo tai tällöinen. Et se määritellään sil ensimmäisellä käynnillä.”

”...niin palvelujärjestelmä... pitää vaan tietää miten tää kaupunki toimii siis.”

”Et kyl myö niitä hakemuksia (Kelan) täytellään kyllä ihan jatkuvalla syötöllä.”

Tutkimustuloksissa ilmeni, että hoitotyöntekijät tarvitsevat välittömään hoitotyöhön liittyvän tiedon lisäksi **tietoa kirjaamisesta ja tietojärjestelmän käytöstä**, että tarvittava tieto olisi käytettävissä ajantasaisena. Kirjaamiskäytännöt ovat muuttuneet sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisen myötä ja useimmat haastateltavat olivat sitä mieltä, että mitä paremmin asiat ovat kirjattu, sen paremmin ne palvelevat tarkoitustaan. Keskussairaalassa on laadittu kirjaamisen kriteerit tätä tarkoitusta varten. Tietoa tarvitaan myös tietojärjestelmien käytöstä, näistä tärkeimpänä sähköisestä potilastietojärjestelmästä. Tiedonhankinnan ja tiedon jakelun kannalta olennaisia tietoja ovat **tietosuoja-tiedot**, kuten potilaan suostumus tietojen katseluun alueellisesta tietojärjestelmästä sekä suostumus tietojen luovutukseen.

”Tietoo löytyy (Efficasta), kun vaan sitte kirjaaminen ois oikeella tavalla tehty ja kaikki ois kirjatuu mitä on tehty ja näin”

”Se (kirjaaminen) on semmoinen niin äärimmäisen tärkeä jotenki tässä tiedonkulussa, et se asia osataan laittaa oikein. Et se ei kerro yhtään mitään, jos kattoo osaston hoi-lehtee, siel on nukkunut. Mitä se kertoo sen ihmisen toimintakyvystä tai siitä et... tai iltavuorossa tv:tä katsellut. Miten se ihminen liikkuu, meneekö se vessaan itse, pystyykö se pyllynsä pyyhkimään, pystyykö se syömään? Nää on just näit tämmösiä. Et myö tarvittas sitä sellaista niiku itseparjäämistä, miten se siellä kotona sitten pärjää.”

Haastatteluissa tuli esille, että erilaisten **toimintaohjeiden** sisältämää tietoa hyödynnetään lonkkaleikkauspotilaan postoperatiivisessa hoitotyössä varsin laajasti. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla kiinnitettiin huomiota **tietoon potilaan mukana olevasta omaisuudesta**, joka tulisi kirjata ylös. Lisäksi tutkimustuloksissa ilmeni, että vanhuspotilaat lisäävät erilaisen tiedon tarpeita lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä, koska he ovat usein moniongelmaisia. Etenkin keskussairaalassa kaivattiin lisää tietoa leikkauksen jälkeisestä sekavuudesta, jota haastateltavien mukaan esiintyy vanhuksilla muita use-

ammin. Yhteenveto tiedontarpeita koskevista tutkimustuloksista on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedontarpeista, esitetty sisällönanalyysin alaluokkina

Yläluokka	Alaluokka
Hoitotyöntekijöiden tiedontarpeet	Henkilötiedot Elämäntilannetiedot Sairaustiedot Terveystiedot Toimintakykytiedot Kuntoutustiedot Aiempien hoitajaksojen yhteenvetotiedot Jatkohoitotiedot Tutkimustiedot Lääkitystiedot Infektiotiedot Riskitiedot Toimenpidetiedot Preventiotiedot Ohjaustiedot Yhteistyökumppaneita koskevat tiedot Hoidon järjestämistä koskevat tiedot Tiedot sosiaalisista etuuksista Tiedot kirjaamisesta ja tietojärjestelmän käytöstä Tietosuojatiedot Toimintaohjeet Tiedot mukana olevasta omaisuudesta

6.2 Hoitotyöntekijöiden tiedonhankinta

Tiedonhankinta tähtää edellä mainittujen tiedon tarpeiden tyydyttämiseen. Hoitotyöntekijöiden tärkein **tiedon lähde** lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa on potilas. Potilaasta voidaan hankkia tietoja monella eri menetelmällä, kuten haastattelemalla, havainnoimalla tai mittaamalla. Jos potilas ei pysty syystä taikka toisesta antamaan itsestään tietoja, voidaan tietolähteenä käyttää potilaan omaisia, mikäli heidän yhteystietonsa ovat tiedossa ja he ovat tavoitettavissa. Haastatteluissa tuli esille myös yksittäisenä tapauksena tiedon hankinta potilaan naapurilta, kun muita läheisiä ei tavoitettu.

”No kysellään. Myö kysellään potilaalta itseltään, kysellään omaisilta.”

”Aika paljonhan myö havainnoidaan näitä meidän potilaita. Ihan päivittäisistä toiminnoista tietynlaista havainnointia ja kuunteleminen on aika jalo taito... että näistä tämmöisistä pienistä asioista voi äkkiseltään muodostua aika iso kokonaisuus.”

Lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisen vaiheen hoitotyöntekijöillä on runsaasti yhteistyökumppaneita, jotka ovat potilaiden lisäksi merkittäviä tietolähteitä. Päivittäisessä hoitotyössä työkavereiden ja lääkäreiden kanssa keskustelemalla sekä heiltä kysymällä selvitetään asioita, työkavereiden kerrottiin myös jakavan tietoa oma-aloitteisesti. Sosiaalihoitajat, fysioterapeutit, diabeteshoitajat ja muut eri alojen asiantuntijat kuuluvat myös tiiviisti lonkkaleikkauspotilaan hoitotiimiin ja ovat hoitotyöntekijöiden tietolähteinä oman alansa asiantuntijoina. Tutkimustulosten mukaan SAS-työryhmien sijoittajasairaanhoitajat toimivat potilaan jatkohoidon järjestämisessä merkittävässä roolissa ja heiltä hoitotyöntekijät saavat tietoa jatkohoidon organisoinnista. Lisäksi potilaan siirtyessä jatkohoitoon, hoitotyöntekijät saavat tai hankkivat aktiivisesti tietoa lähettävästä yksiköstä.

”Kun yksi tietää jotain, niin sit se jakaa sen tiedon toisille ja sit taas toiset tietää jotain ja sit... Ja onneks meillä jokaisella on ollu uskallusta myös kysäistä. Voi olla, että kysellään vähän liikaaki.”

”Hirveen hyvä, et meillä on tässä tää fysioterapeuttien apu lähellä ja yhteistyö pelaa.”

”Terveyskeskuksen vuodeosastolle on helppo soittaa, kun tiedät osaston ja vaan soitat sinne ja siellä on aina joku joka tietää niistä asioista.”

Haastateltavat toivat esille, että henkilölähteiden lisäksi käytetään potilaskertomustietoja päivittäin potilastiedon tietolähteenä. Näihin tietoihin kuuluvat sekä paperiset että sähköiset asiakirjat. Useimmat vastaajat olivat sitä mieltä, että oman organisaation potilastietojärjestelmä on selkeä ja sieltä löytyy tarvittava tieto, mikäli se on sinne kirjattu. Kotisairaanhoidon vastaajat toivat jatkohoito-ohjeista keskusteltaessa esille sen, että yksi-

tyissairaaloista siirtyvien potilaiden jatkohoito-ohjeet ovat erittäin hyvät ja informatiiviset. Sieltä jatkohoito-ohjeet tulevat paperille kirjattuna. Kotisairaanhoidossa ei ole mahdollisuutta käyttää potilastietojärjestelmää potilaan luona, joten he ovat soitettujen esitietojen ja potilaan mukana tulevan paperitiedon varassa.

”Ja varsinkin nyt sitten kun Efficassa on kaikki, niin se on selkeä. Ei ole käsialaongelmia. Kaikki mitä on, niin löytyy sieltä.”

”Koska myöhän siellä kotona ollaan ja meil ei Efficaa siel kotona ole. Et ei oo semmoista mobiiliversiota vielä et voitais konetta käyttää siellä asiakkaan kotona, vaan ollaan niitten tietojen varassa... Elikkä periaatteessa, jos se hoitaja meille soittaa, tai sitten et siellä on asiakkaan mukana polikortit ja jatkosta ja tämmöisistä epikriiseistä paperiversiot, niin niihin pitää, ne on se mistä myö se ensitieto saadaan. Hyvin useesti joutuu soittamaan perään. Koska ei myö oikeen aina voida potilaankaan mielipiteeseen ja siihen muistikuvaan luottaa, pitää aina olla semmoinen kunnon hoitajan lähete mukana.

Lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa hyödynnetään erilaisia ohjeita, jotka liittyvät välittömään potilastyöhön, kirjaamiseen ja organisaation toimintaan. Internetistä hankitaan tietoa yleisimmin Terveysportista, kotisairaanhoidossa käytetään myös Kellan sivuja tietolähteenä. Yksi haastatelluista mainitsi tutkimukset tiedon lähteeksi.

Hoitotyöntekijät käyttävät useita erilaisia **tiedonhankinnan menetelmiä** saadakseen tarvitsemansa tiedon. Potilaalta, omaisilta tai esimerkiksi yhteistyökumppaneilta hankitaan tarvittavaa tietoa haastattelemalla heitä. Haastattelu on yleinen tiedonhankinnan keino. Potilaasta hankitaan tietoa myös havainnoimalla tai mittaamalla. Mittausvälineinä käytetään muun muassa verenpainemittaria ja vaakaa. Kotisairaanhoidossa tietoa hankitaan myös kotikäynnillä, jossa yleisimmin arvioidaan mitä palveluja potilas tarvitsee ja mikä on hänelle tarkoituksenmukaisin hoito- tai asumispaikka.

Tutkimustulosten mukaan tietojärjestelmistä käytetään eniten potilastietojärjestelmää tiedonhankintaan. Keskussairaalassa oltiin tyytyväisiä käytettävissä olevien tietokoneiden määrään, terveyskeskuksen vuodeosastolla niitä ilmeni olevan liian vähän. Kotisai-

raanhoidossa taas potilastietojärjestelmä ei ole vielä saatavissa potilaan luo, jolloin tiedonhankinta tietojärjestelmästä tapahtuu toimistolla. Potilastietojärjestelmän alueellista katselumahdollisuutta käytetään tiedonhankintaan hyvin harvoin, johtuen monista erisyistä. Aluekatselu tarkoittaa sitä, että potilaan suostumuksella hänen tietojaan voidaan katsoa toisen organisaation tietojärjestelmästä. Keskussairaalassa ja terveystieteiden keskuslaitoksen vuodeosastolla potilastietojärjestelmää käytetään tiedonhankintaan myös hiljaisen raportoinnin yhteydessä. Yleensä hiljainen raportointi koettiin mielekkääksi. Positiiviset kokemukset olivat riippuvaisia kirjaamisen tasosta ja tietokoneiden riittävydestä. Kirjaamiskoulutuksilla ja kirjaamisen systemaattisella kehittämisellä vaikutti olevan myönteisiä vaikutuksia kirjaamiseen. Lisäksi tietoa hankintaan potilaspapereista, kuten jatko- hoito-ohjeista, poliklinikkakortista, potilaan resepteistä ja kuumekurvasta, jota ei vielä ole sähköisessä muodossa.

”Kyl se (hiljainen raportointi) on ollut hyvä. Aikaa se säästää. Ei tarvii kuunnella kaikkea moneen kertaan, jos oot viis päivää ollu töissä ja toinen ei oo ollu ollenkaan... Se on niiku helppoo, voi lukea sen mitä ite tarvii.”

”Pitää olla kirjaaminen tietyllä tasolla et se (hiljainen raportointi) toimi.”

Tutkimustulosten mukaan puhelinta käytetään tiedonhankintaan erittäin paljon. Puhelimella hoidetaan asioita yleisimmin yhteistyökumppaneiden tai potilaan ja omaisten kanssa. Muutama haastatelluista kertoi tarkistavansa puhelimella myös potilastietojärjestelmästä toiselle moniammatillisen tiimin jäsenelle sähköisesti lähetettyjen viestien perillemenon. Faksia ei käytetä juuri ollenkaan, yksittäisissä tapauksissa potilastietoja on faksattu edellisestä hoitopaikasta. Tiedonhankinnan menetelmiin kuuluvat myös erilaiset koulutukset, joihin osallistutaan työajan lisäksi vapaa-ajalla. Useat tutkimuksen haastatelluista opiskelivat parasta aikaa jossain pitkäkestoisessa täydennyskoulutuksessa. Koulutustarjonnasta oltiin kahta mieltä. Osa koki sen varsin hyväksi, mutta monen mielestä käytännön työhön liittyviä aiheita, kuten kirurgisen potilaan hoitotyötä tai lääkehoitoa, ei käsitellä tarpeeksi. Kritiikki koski sekä työnantajan että eri oppilaitosten järjestämää koulutusta. Lisäksi kotisairaanhoidossa esitettiin toivomus, että potilaan kotiutuessa hänen kotihoidostaan vastaavat henkilöt olisivat fysioterapeutin kanssa yhtä

aikaa paikalla, jolloin kaikki saivat ohjeet potilaan liikkumisesta ja apuvälineiden käytöstä. Erääksi tiedonhankinnan menetelmäksi kotisairaanhoidossa mainittiin työkokeemus.

”Ja kyl sen tässä työssä kuitenkin on huomannu, et koulutuksis pitää käydä. Siis ihan oikeesti, muuten... muuten niikun tiedot jää vanhaks.”

Kaikkee koulutustahan myö saadaan koko ajan lisää, mutta tämmöistä on taas vaikea saada tämmöistä konkreettisesti käytännön työhön liittyvää.”

Hoitotyöntekijät pitävät omia **valmiuksiaan hyödyntää tietotekniikkaa** hyvinä tai melko hyvinä. Potilastietojärjestelmän päivittäinen käyttö sujuu ja tiedot löytyvät helpommin tietojärjestelmästä kuin papereista. Harvinaisemmissa potilastietojärjestelmän käyttötilanteissa apua pyydetään tarvittaessa kollegoilta tai pääkäyttäjiltä. Eniten ongelmia tuottaa potilastietojärjestelmän aluekatselun käyttö, jonka monet haastateltavat kokivat vaikeaksi, aikaa vieväksi tai sen käyttöä ei osattu. Lisäksi usealta haastatelluista puuttuivat käyttöoikeudet alueelliseen tietojärjestelmään.

”No sehän (aluekatselu) on ihan hirveen vaikee miusta, enhän mie tiedä miten nyttenkään... Niin, se lupa-asia, eihän sitä osaa käyttääkään”

Voi olla, et semmoinen kuka on pitempään joutunu potilas olemaan, niin ei oo tarvetta (aluekatseluun). Ja toisaalta joskus ei oo aikaa... Siihen menee aikaa tietysti siihen potilaan suostumus pitää saada ja vähän tietysti riippuuhan se mis vuorossaki sie oot. Jos tarvii sen tiedon aamu-vuorossa vai tuleeks iltavuorossa semmoinen tilanne, et pitäis päästä kattomaan. Kyl mie ainaki ite sen ajan kuitenkin koen vähän rajoittavaks.

Tiedonhankintaan lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä liittyy useita **ongelmia**. Tietoja voi puuttua erilaisista syistä. Potilas ei aina pysty itse kertomaan tietojaan tai omaisia ei tavoiteta. Usein potilaan mukana tulevista papereista ei löydy lähettävän yksikön ja potilasta hoitaneen hoitajan yhteystietoja. Jos sitten lähettävään yksikköön joudutaan ottamaan yhteyttä epäselvissä asioissa, voi yhteystietojen selvittäminen olla työlästä ja

tietoja antavan henkilön tavoittaminen voi olla vaikeaa. Tarkennusta vaativissa asioissa yhteyttä otetaan pääsääntöisesti puhelimella. Tiedon ymmärrettävyydessä voi olla puutteita kieli-ongelmien tai lyhenteiden käytön vuoksi.

Puutteet tiedon luotettavuudessa koskevat useimmiten lääkitystietoja. Lääkitystiedoissa esiintyy eroavaisuuksia eri potilasasiakirjojen välillä tai potilaat eivät muista omia käytössä olevia lääkkeitään. Oikeiden tietojen selvittäminen on aikaa vievää ja saattaa olla monen ihmisen työn takana. Yhdessä haastattelussa esitettiin toivomus, että lähettävä yksikkö tarkistaisi eri tekstien lääkitystietojen yhteneväisyyden, jolloin turha soittelu ja selvittely jäisivät pois. Tutkimustuloksissa ilmeni myös, että potilastietojen aluekatselua käytettäisi enemmän, jos tiedot olisivat luotettavia. Tietojen luotettavuuden arviointi perustuu omaan arvioon käytettävissä olevin tiedoin.

”Kuin moni ihminen sitä potilasta käsittelee ja sanelee niitä, niin siellä voi parhaimmassa tapauksessa löytyä yhtä monta erilaista versioo niistä lääkkeistä.”

”Nykyisin kun on huomannut sen, et ei niihin lääkkeisiin kuitenkaan oo luottamista, niin mitäs hyötyy sinne (alueelliseen tietojärjestelmään) on mennä niitä sit kattomaan. Ja eihän siitä alueellisesta katota, tai mä en oo ainakaa kattonu kuin vaan sen lääkitysasian. Se on se ongelma että, sit on huomannut et siellä lukeekin ihan toista kuin esimerkiksi meiltä kattoo vaik jonku muun erikoisalan lehtiä, niin siel on määrätty jotain ja ei niit kuitenkaan oo siirretty sinne. Ei niihin oikeestaan voi luottaa.

Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla ja kotisairaanhoidossa esiintyi tiedonhankinnan ongelmia erilaisten resurssien puuttumisen vuoksi. Terveyskeskussairaalassa on tietokoneita varsinkin päiväaikaan liian vähän käytettävissä, iltavuorossa ongelmana on puolestaan ajanpuute. Ajanpuute estää myös koulutuspalautteiden antamista. Lisäksi tila, jossa käytettävissä olevat tietokoneet sijaitsevat, on rauhaton ja tiedonhankintaan on vaikea keskittyä. Kotisairaanhoidossa ei toistaiseksi ole mahdollisuutta käyttää potilastietojärjestelmää potilaan luona, jolloin ollaan paperitiedon varassa. Huonosta lääkärilanteesta johtuen lääkelistojen ajan tasalla pitäminen ei onnistu ja lääkäreiden tavoittaminen voi olla hankalaa muissa kuin akuuteissa tilanteissa. Useimmat hoitotyöntekijät

olivat sitä mieltä, ettei teknisistä ongelmista, kuten potilastietojärjestelmän käyttökatkoista, ole ollut haittaa. Tuloksista ilmeni kuitenkin myös se, että sähkökatkokset vaikeuttavat tiedonhankintaa, kun kaikki tieto on sähköisessä muodossa. Joissakin yksiköissä säilytetään keskeisimpiä potilastietoja käyttökatkojen varalta myös paperitulosteina.

Tiedonhankintaan liittyvät olennaisesti tietosuoja-asiat. Haastateltavat olivat yksimielisiä siitä, että tietosuoja toteutuu potilastietojen siirtyessä organisaatiosta toiseen. Potilaalta kysytään kirjallinen suostumus tietojen luovutukseen hoitojakson päättyessä sekä erikseen jokaista tietojen aluekatselukertaa varten. Alueellisesta potilastietojärjestelmästä tiedonhankintaa vaikeuttaa potilaan kirjallisen suostumuksen hankkiminen, joka koettiin usein hankalaksi. Mahdollisena uhkana tietosuojan toteutumiselle nähtiin ainoastaan paperisen potilastiedon häviäminen tai että sivulliset henkilöt kuulevat potilastietoja suullisen raportoinnin yhteydessä. Yhteenveto tiedonhankintaa koskevista tutkimustuloksista on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedonhankinnasta, esitetty sisällön-analyysin ylä- ja alaluokkina

Yhdistävä luokka	Ylä- ja alaluokka
Tiedonhankinta	Tietolähteet <ul style="list-style-type: none"> - Potilas ja omaiset - Yhteistyökumppanit - Potilaskertomustiedot - Erilliset ohjeet - Internet - Tutkimukset Tiedonhankinnan menetelmät <ul style="list-style-type: none"> - Haastattelu - Havainnointi - Mittaaminen - Kotikäynti - Tietojärjestelmä - Potilaspaperit - Puhelin - Koulutus - Työkokemus Valmiudet hyödyntää tietotekniikkaa <ul style="list-style-type: none"> - Potilastietojärjestelmän päivittäinen käyttö sujuvaa - Muiden tietoteknisten välineiden käyttötaidot hyvät Tiedonhankinnan ongelmat <ul style="list-style-type: none"> - Tietojen puute - Ymmärrettävyys - Tiedon luotettavuus - Resurssit - Tekniset ongelmat - Tietosuoja

6.3 Hoitotyöntekijöiden tiedon käyttö

Kolmantena tutkimustehtävänä oli kuvata hoitotyöntekijöiden tiedonkäyttöä lonkka-leikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Kerättyä potilastietoa käytetään hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Tämän lisäksi tietoa käytetään toiminnan suunnitteluun sekä palvelukokonaisuuden kehittämiseen.

Hoidon suunnittelu alkaa usein jo ennen potilaan saapumista hoitopaikkaan. Esitietojen perusteella valmistaudutaan potilaan vastaanottoon ja järjestetään esimerkiksi sopiva huone osastolta. Hoidon tarpeen arviointia tehdään kerättyjen tietojen perusteella koko

hoitojakson ajan ja potilaalle tehdään hoitosuunnitelma. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla hoidon tarpeen arviointiin liittyy hoidon keston arviointi, joka tulisi tehdä kolmen vuorokauden kuluttua potilaan osastolle tulosta. Haastatellut kokivat arvioinnin vaikeaksi niin nopeasti. Kotisairaanhoidossa painottuvat kotiutuksen mahdollisuuksiin ja palvelujen järjestämiseen liittyvät hoidon tarpeen arvioinnit.

Hoidon suunnittelussa painottuvat myös ennaltaehkäisevät toimenpiteet, kuten painehaavaumien, leikkauksen jälkeisen sekavuuden ja uuden kaatumisen ennaltaehkäisy. Keskussairaalassa hoidon suunnitteluun liittyy tulevaan toimenpiteeseen valmistautuminen.

” Kyllä, se oman alueen sairaanhoitaja käy arvioimassa sen, että mitä apuja tarvitaan ja ketkä sen sitten suorittaa. Että voidaanko antaa meiltä vai pitääkö siirtyä esimerkiksi yksityiselle pyytämään. Ja et onko se oikea paikka yleensä sen ihmisen asuu sit se koti tai palvelutalo tai tämmöinen. Et se määritellään sil ensimmäisellä käynnillä.”

*”No silloin kun hän meille tulee jatkohoitoon esimerkiksi keskussairaala-
lasta, niin hänellä on ne keskussairaalan tiedot mukana. Mitä on tapahtunu, minkälainen leikkaus on ollu ja sitten se ne taustatiedot... aikaisemmat... miten asuu ja mitä muita sairauksia hänellä on, lääkitykset, jos on ollu aikaisemmin kotiapuja, yleensä minkä kuntoinen on ollu lähtiessä. Ja sitten sen pohjalta myö aletaan tekemään meidän hoitosuunnitelmaa täällä ja antamaan kuntoutusta.”*

Tutkimustulosten mukaan **hoidon toteutuksessa** tietoa käytetään yhteistyöhön eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa hoitoa annetaan usean eri ammattiryhmän välisessä yhteistyössä, jolloin tietoa käytetään yhteistyön ja hoidon sujuvuuden takaamiseksi. Potilaan ja omaisen ohjaamisessa tietoa käytetään potilaan tilanteesta tiedottamiseen, neuvontaan ja ohjaukseen. Tiedon käyttö erilaisten hakemusten täyttämiseen ja sosiaalisten etuuksien selvittämiseen korostui tutkimustulosten mukaan kotisairaanhoidossa. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla avustetaan jossain määrin hakemusten täyttämistä.

Päivittäisessä hoitotyössä tietoa käytetään potilaan lääkehoidossa ja kuntouttamisessa. Hankittua tietoa käytetään lääkehoidon toteutuksessa oikean potilaan tunnistamiseen, lääkitystarpeen arviointiin, lääkehoidon suunnitteluun yhdessä lääkärin kanssa, lääkehoidon toteutukseen ja arviointiin sekä lääkemääräysten oikeellisuuden varmistamiseen. Kuntouttaminen käsittää lukuisia hoitotyön toimintoja, joiden avulla tuetaan potilaan toipumista leikkauksesta ja pyritään ehkäisemään toimintakyvyn heikkeneminen. Erikoissairaanhoidossa korostuu potilaan välitön toipuminen leikkauksesta, muuten kuntouttamisen keskeisimmät piirteet ovat hyvin samanlaiset koko leikkauksen jälkeisessä palvelukokonaisuudessa. Näitä ovat muun muassa ravitsemushoito, haavahoito, psyykinen kuntoutuminen, kivunhoito, myös lääkkeetön, mahdollisten infektioiden hoito ja fysioterapia. Lisäksi hoitotyön toteutuksessa käytetään tietoa erilaisista tutkimustuloksista, joista tärkeimpiä ovat laboratorio- ja röntgentutkimukset. Keskussairaalan haastatellut kertoivat, että he käyttävät organisaation tietoverkossa olevia ajantasaisia potilasmaailman toimintaohjeita esimerkiksi valmisteltaessa potilasta tutkimuksiin.

”Hän kaipas niiku sitä henkistä tukea.”

”Et sit niistä tulee pitkäaikaisia haavahoitoja, jotka sitten yleensä on niitä meidän heiniä, koska ne vaatii sitä putsaamista ja tämmöistä näin, että... että ne infektiosysteemit kyllä on semmoisia jotka työllistää.”

”Myö on annettu huonosti, heikosti, syöville potilaille lisäravinteita. Ja niitä ravinteita mitkä edistää haavojen paranemista. Sillä tavalla sitä ravitsemusta.”

Hankittua tietoa käytetään hoidon suunnittelun ja toteutuksen lisäksi **hoidon arvioinnissa**. Annetun hoidon vaikutuksista ja potilaan kuntoutumisesta tehdään jatkuvaa arviointia ja tiedot raportoidaan joko suullisesti tai kirjallisesti. Tulosten mukaan tietoa käytetään hyvin paljon potilaan jatkohoidon järjestämiseen. Jatkohoitoa varten potilaan kunto arvioidaan sopivaan hoitopaikkaa ajatellen. Lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa jatkohoitosuunnitelmat tehdään yleisimmin yhteistyössä eri asiantuntijoiden kanssa. Lisäksi jatkohoitoa varten tehdään selkeät jatkohoito-ohjeet, jotka sisältävät myös hoitotyön tiivistelmän hoitojaksosta. Tämä ei haastateltujen mukaan ole aina toteutunut.

”Arviointi tietysti ois tärkeä niiku hoitosuunnitelmasivullaki, joka ois... niin tietyn väliajoin tehty sitä jonkinlaista arviointia siitä potilaan kuntoutumisesta.”

Välittömän potilastyön lisäksi tietoa käytetään **palvelukokonaisuuden kehittämiseen**. Hoitotyöntekijöiden mielestä ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on tärkeää ja hankittua tietoa käytetään omaan ammatilliseen kehittymiseen. Hoitotyötä kehitetään potilaan hoidon ja työn sujuvuuden parantamiseksi. Organisaation toimintaa joudutaan suunnittelemaan esimerkiksi nopeutuneiden potilassiirtojen vuoksi.

Tutkimustulosten mukaan tiedon käytössä esiintyy myös **ongelmia**. Kirjaamiseen liittyviä ongelmia ovat vakiintumattomien lyhenteiden käytöt ja epäolennaisten asioiden kirjaaminen. Haastatteluissa useasti esiin noussut ongelma oli tarvittavien tietojen puuttuminen tai puutteita tietojen ajantasaisuudessa. Yleisimmin mainittuja olivat hoitotyön tiivistelmän puuttuminen ja puutteelliset tai epäselvät jatkohoito-ohjeet potilaan siirtymässä jatkohoitoon. Esimerkiksi kuntoutus voi viivästyä huomattavasti, elleivät jatkohoito-ohjeet ole selkeät. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon, ennakoilmoitus siirtymisestä tulee vain harvoin myöhässä. Tietoja voi puuttua myös siitä syystä, ettei kaikilla haastateluista ollut käyttöoikeuksia alueelliseen tietojärjestelmään. Keskussairaalassa toivottiin, että potilaan preoperatiivisen käynnin kirjauksista löytyisi enemmän taustatietoja.

”Sithän siellä on muuten kun meillä on niiku määräaikaiset ja jatkuvat ja tarvittavat niin niillä on vähän erilaiset jossain myöskin nää lyhenteet. Ja sitten ihmetellään, että mitähän tää k merkitsee esimerkiksi? Ja jos se lääkelista siel oiskin ajan tasalla niin... Me ajateltiin, että ois ehkä koti-lääke se k kun ei ollu missään sitä selvitystä.”

”Et se mitä mie oon ajatellu nykyisin, vaikka se suht’ hyvin toimii ne epikriisit ja se tiedonkulku siltä osin, ja lääkityksenkin osalta vielä aika mukavasti. Mutta semmoista oon huomannu missä on puutteita, et miusta aika kehnosti väliin tiedotetaan, jos on iho-ongelmii ja samoin jos nää vuotaa nää haavat. Semmoisessa miusta on vielä puutteita siinä tiedotamisessa. Se ei välttämättä tuu missään siellä esille.”

Kaikki haastatellut toivat esille ongelman, että lääkitystietojen luotettavuudessa esiintyy huomattavia puutteita. Yleisimmin potilaan lääkitystiedot poikkeavat toisistaan eri asiakirjojen välillä potilaan jatkohoito-ohjeissa. Lääkitystietojen ajantasaisuudessa on myös puutteita, joka on yksi syy miksi aluekatselua ei juurikaan käytetä. Lääkitystiedoissa voi esiintyä epäselvyyksiä myös sen vuoksi, että potilas itse ilmoittaa käyttämänsä lääkityksen virheellisesti. Tietosuojaan liittyvinä ongelmina tuotiin esille potilaan kirjallisen suostumuksen saamisen vaikeus tietojen katseluun ja yleisesti tietosuoja-asioiden hankaluus, joka puolestaan vähensi aluekatselun käyttöä. Potilaalta ei aina saada lupaa hänen sairaudestaan johtuen ja omaisten tavoittaminen voi olla hankalaa. Kotisairaanhoidossa taas potilaalta ei saada kirjallista lupaa sen vuoksi, että potilas ja tietokone ovat aina eri paikoissa. Potilastietojärjestelmä ei ole käytettävissä potilaan luona, vaan ainoastaan toimistolla. Tämä on myös resurssieihin liittyvä ongelma. Toinen resurssiongelma on tilojen rauhattomuus, jossa potilastietojärjestelmää käytetään. Haastatteluissa ilmeni, että keskittymistä hiljaiseen raportointiin vaikeuttaa ympäristön hälinä ja jatkuvat keskeytykset. Kotisairaanhoidossa lääkäripula aiheuttaa ongelmia myös lääkelistojen ajan tasalla pitämiseen, koska lääkäreiden pitäisi kirjata lääkemääräykset tietojärjestelmään. Yhteenveto tiedon käyttöä koskevista tutkimustuloksista on esitetty taulukossa 3.

”Ne ei oo niiku verrattavissa, et siellä voi olla hoitajan lähetteessä eri tietoo mitä taas sitte lääkärin epikriisissä ja lääkelistat on joskus ihan puuta heinää. Hyvin useesti joudutaan soittamaan perään, et mitä tämä tarkoittaa.”

”Sit monesti on ristiriitä. Siinä lääkärin loppuarviossa on tietyt lääkkeet ja sit hoitaja laittaa oman lääkelistan... tai potilaan lääkelistan, niissä on useasti eroavaisuuksia. Toiveena on, että sieltä tulisi semmoinen yksi hyvä oikea ja ajan tasalla oleva lääkelista. Et sitten se on just sitä soitte-lua ja kyselyä, varmistusta onko tää nyt näin ja .. Siin menee aika paljon sitten aikaa.”

”Se olis tietysti se toive, että jos näillä tutkimuksilla päästäisi lopputuloksena sit siihen, että ymmärrettäisi se niitten asioitten tärkeys, että asiat on ajan tasalla joka paikassa. Niin meillä kuin muuallakin.”

TAULUKKO 3. Yhteenveto hoitotyöntekijöiden tiedon käytöstä, esitetty sisällönana-
lyysin ylä- ja alaluokkina

Yhdistävä luokka	Ylä- ja alaluokka
Tiedon käyttö	<p>Hoidon suunnittelu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon tarpeen arviointi - Hoitosuunnitelman teko - Ennaltaehkäisy - Toimenpiteeseen valmistautuminen <p>Hoidon toteutus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden kanssa - Potilaan ja omaisten ohjaus - Hakemukset ja sosiaaliset etuudet - Lääkehoito - Kuntouttaminen - Tutkimukset - Erilliset ohjeet <p>Hoidon arviointi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoidon jatkuva arviointi - Raportointi - Jatkohoidon järjestäminen <p>Palvelukokonaisuuden kehittäminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ammatillinen kehittyminen - Hoitotyön kehittäminen - Toiminnan suunnittelu <p>Tiedon käytön ongelmat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kirjaaminen - Tietojen puuttuminen - Tiedon luotettavuus - Tietosuoja - Resurssit

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullinen tutkimus soveltuu parhaiten ilmiöihin, joita on aiemmin tutkittu vähän (Nieminen 1998, 220). Laadullinen tutkimus ei ole tilastollisesti yleistettävissä. Tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, josta se on hankittu. (Kylmä & Juvakka 2007, 79–80.) Hoitotyön tiedonhallinnasta lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuudessa tai yleisemmin hoitotyön tiedonhallinnasta palvelukokonaisuudessa ei aikaisempaa tutkimusta löydy. Hoitotyön tiedonhallintaa tai tiedonkulkua ovat tutkineet muun muassa Pöyry (1999) ja Lehtokari (2007). Terveystieteiden tiedonhallintaa taas ovat aiemmin tutkineet esimerkiksi Valta (2003) ja Mustonen (2007).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa yksi tekijä on valitun **teorian** soveltuvuus tutkimukseen. Tässä tutkimuksessa sovellettiin Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia yksilölähtöiseen näkökulmaan. Malli soveltui myös tähän tarkoitukseen hyvin. Tiedonhallinnan prosessimallissa sen eri vaiheet kytkeytyvät kiinteästi toisiinsa. Kenties tästä johtuen tutkijan oli joskus aluksi vaikea hahmottaa mihin vaiheeseen käsiteltävänä oleva asia liittyi. Toisaalta esimerkiksi tietosuojasiat liittyivät prosessin moniin eri vaiheisiin, joten oikean vaiheen päättely oli riippuvainen asiayhteydestä.

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta tarkastellaan usein validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä ja reliabiliteetti tutkimustulosten toistettavuutta. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä näiden käsitteiden käyttöä on kritisoitu. (Leininger 1994, 96–98; Nieminen 1998, 215–216; Hirsjärvi & Hurme 2000, 185–189; Hirsjärvi ym. 2000, 213–214; Tuomi & Sarajärvi 2002, 133–134.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu aineiston keruuseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1998, 216)

Kylmän ja Juvakan (2007, 128–129) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on neljä luotettavuuskriteeriä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. **Uskottavuus** koskee tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamista. **Tulosten** täytyy

vastata tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä käyttää riittävän pitkän ajan tutkimuksen tekemiseen.

Haastatteluaineiston luotettavuus on riippuvainen aineiston laadusta. Laatua voidaan parantaa hyvällä haastattelurungolla, kysymysten suunnittelulla, haastattelun aikaisen teknisen välineistön toimivuudella, haastattelupäiväkirjan pidolla ja haastattelun jälkeen sen mahdollisimman nopealla litteroinnilla. Aineiston laatua koskeva luotettavuus liittyy analyysin luotettavuuteen, kuten litterointiin ja kaiken käytettävissä olevan aineiston huomioon ottamiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–185, 189.) Teemahaastattelumenetelmää käytettäessä tutkimusraportista tulisi ilmetä haastatteliteemat, joita tutkittaville on esitetty (Nieminen 1998, 217).

Tässä tutkimuksen tutkimusprosessi kesti lähes kaksi vuotta, joten sen voidaan olettaa olevan riittävän pitkä aika aiheeseen perehtymiselle. Tutkimuksen haastatteliteemat suunniteltiin Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallin avulla, joten niille löytyy perusta aikaisemmasta teoriasta. Teemahaastattelurunko on tutkimuksen liitteenä. Haastatteliteemat lähetettiin haastateltaville etukäteen. Tämän oletettiin auttavan haastattelujen onnistumista. Lisäksi haastatteluja varten suunniteltiin etukäteen tarkentavia kysymyksiä, joita käytettiin tarvittaessa. Tarkentavien kysymysten osalta kuitenkin pyrittiin välttämään liian johdattelevia kysymyksiä, että aineisto vastaisi paremmin tutkimukseen osallistuvien käsityksiä ilmiöstä. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhuri toimi haastatteluissa moitteettomasti. Tosin ryhmähaastatteluiden purkuvaiheen heikkoutena oli ajoittainen puheen epäselvyys, kun haastateltavat puhuivat yhtä aikaa. Tutkija ei pitänyt varsinaista tutkimuspäiväkirjaa, tärkeitä muistettavia asioita oli tallennettu sähköpostiviesteihin sekä erillisille muistilapuille. Yhtenäisen haastattelupäiväkirjan pitäminen olisi ollut järkevämpää.

Tulosten luotettavuutta on pyritty osoittamaan aineiston analyysin kuvauksella, suorilla lainauksilla tulososassa ja liitteenä olevalla esimerkillä aineiston abstrahoinnista. Tässä tutkimuksessa aineiston litterointi aloitettiin jo ennen kuin kaikki haastattelut olivat tehty. Tuloksia raportoitaessa tutkija palasi alkuperäiseen aineistoon useita kertoja. Aineiston kanssa tehtiin vuoropuhelua, jonka seurauksena luokkien nimiin ja sisältöihin tehtiin vielä muutoksia.

Haastattelupaikan valintaan tulee kiinnittää huomiota. Haastattelutilanteen olisi hyvä olla mahdollisimman rauhallinen, jolloin voidaan keskittyä ainoastaan haastatteluun. Haastattelutilaan liittyvät tekijät saattavat saada haastattelijan tai haastateltavan tuntemaan itsensä epävarmaksi. Haastattelijan on myös hyvä miettiä etukäteen, miten hän voi vaikuttaa sosiaalisen tilanteen onnistumiseen. (Eskola & Vastamäki 2007, 28–31.) Yhdessä haastattelussa remontin äänien oletettiin häiritsevän nauhoitusta, joten tutkija teki haastattelusta muistiinpanot heti haastattelun jälkeen. Remontilla ei loppujen lopuksi ollut kuitenkaan merkittävää vaikutusta nauhoituksen äänenlaatuun.

Ryhmähaastattelun haittoina ovat muun muassa vastahakoisuus osallistua ryhmähaastatteluun, paikalle tulematta jättäminen, epätasavertainen osallistuminen keskusteluun ja nauhoitusten purkamisessa vaikeus tunnistaa haastateltava (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63). Yksi vaihtoehto haastateltavien tunnistamiseksi on haastattelujen videointi, mutta se lisää osanottajien jännitystä (Eskola & Suoranta 1999, 99). Tässä tutkimuksessa näitä ongelmia pyrittiin ehkäisemään haastateltavien valinnalla, joka perustui vapaaehtoisuuteen, varsin pienillä ja homogeenisilla ryhmillä sekä haastateltavien esittelyllä nauhoituksen alussa. Videoinnin arvioitiin lisäävän haastateltavien jännitystä ja olevan turhaa. Kaikki haastateltavat osallistuivat keskusteluun tasavertaisesti. Ryhmähaastattelun heikkoutena voi myös esiintyä ryhmän jäsenten pyrkimystä yksimielisyyteen ja ryhmän vaikutus yksilön mielipiteeseen (Carey 1994, 238). Tässä tutkimuksessa haastateltavat esitivät jonkin verran eriäviä mielipiteitä, enimmäkseen asioista oltiin yhtä mieltä. Lisäksi haastateltavat täydensivät toistensa vastauksia ja pohtivat asioita yhdessä.

Vahvistettavuus edellyttää tutkimusraportin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Vahvistettavuus on kuitenkin ongelmallinen luotettavuuskriteeri, koska todellisuuksia on monia, ja toinen tutkija voi tulkita saman aineiston eri tavalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 129; vrt. Mäkelä 1999, 53.) Niemisen (1998, 220) mukaan toistettavuus edellyttää tutkimusraportilta lukijan vakuuttumista tutkijan tekemien ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Luotettavuutta parantaa tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa (Nieminen 1998, 219; Hirsjärvi ym. 2000, 214). Tässä tutkimuksessa tutkimusraportissa on pyritty kuvaamaan tutkimuksen kulku mahdollisimman tarkasti.

Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijän on arvioitava oma vaikutuksensa tutkimusprosessiin sekä aineistoonsa. Tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä ja nämä lähtökohdat on kuvattava tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Laadullisen aineiston tulkintakysymykset liittyvät aina tutkijan esiymmärrykseen asiasta, joka tutkijan tulisi tiedostaa. Esiymmärrys muodostuu osittain kirjallisuuteen tutustumisen yhteydessä. (Moilanen & Rähä 2007, 51–53.) Tässä tutkimuksessa tutkijan esiymmärrys muodostui kirjallisuuteen perehtymisen yhteydessä sekä oman terveydenhuollon ammatin ja työkokemuksen kautta. Tämä sekä lisää että heikentää luotettavuutta. Tutkija ymmärsi paremmin palvelukokonaisuuden toimintaa ja todellisuutta sekä haastateltavien käyttämän ammattikielen. Toisaalta haastattelussa olisi voinut tarkentaa joitain asioita, elleivät niissä käytetyt käsitteet olisi olleet tutkijalle tuttuja. Tutkija ei ole ollut missään vaiheessa tutkimusorganisaatioiden jäsenenä, joten niiden toimintatapa ei ollut täysin tunnettu. Toisaalta haastattelujen luotettavuutta parantaa se, että tutkija oli ulkopuolinen.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimusraportissa tulee kuvata tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat riittävän tarkasti, että lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Aineiston hankinnassa tulisi noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta. Tällöin tutkimusraportissa esitetään tutkittavien valintakriteerit. (Nieminen 1998, 216.) Tässä tutkimuksessa on kuvattu tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat sekä heidän valintakriteerinsä tarkoituksenmukaisesti. Tutkimukseen osallistujien kuvauksessa on käytetty apuna taustatiedoista saatuja tuloksia.

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy **eettisiä** valintoja, mutta haastattelussa eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. Haastatteluihin liittyviä keskeisiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19–20.) Haastateltavien yksi valintakriteeri oli vapaaehtoisuus osallistua haastatteluun. Tutkija toi vapaaehtoisuuden esille vielä haastateltaville lähettävässä saatekirjeessä. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksesta olennaiset asiat. Haastatteluaineisto oli ainoastaan tutkijan käytössä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen aineisto tuhottiin. Tutkimusraportista ei pysty tunnistamaan haastateltavia esimerkiksi suorien lainausten perusteella. Tosin ryhmähaastatte-

lussa ei täydellistä luottamuksellisuutta pystytäkään takaamaan. Tutkija ei voi estää ryhmän jäsentä paljastamasta ulkopuolisille haastattelutilanteessa esiin tulleita asioita.

Muita tutkimukseen liittyviä eettisiä ratkaisuja esiintyy tutkimusaiheen valinnassa ja tutkimustyön rehellisyyden vaatimuksessa. Aiheen valinnassa tulisi perustella sen merkitys eli miksi tutkimukseen on ryhdytty ja kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, ettei toisten tekstiä plagioida, tulokset esitetään kriittisesti ja totuudenmukaisesti ja raportointi on huolellista. (Hirsjärvi ym. 2000, 27–28; Tuomi & Sarajärvi 2002, 125–130.) Tämän tutkimuksen taustassa on raportoitu perustelut ja liittymät tutkimukselle. Tutkimusraportissa ei ole plagioitu toisten tekstiä ja lähdeviittaukset on merkitty huolellisesti. Koko raportin kirjoituksen osalta on pyritty ehdottomaan huolellisuuteen ja totuudenmukaisuuteen.

7.2 Tulosten tarkastelu ja päätelmät

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitotyön tiedonhallintaa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimuksen näkökulma oli toimijalähtöinen ja tutkimuksen aineisto koostui hoitotyöntekijöiden haastatteluista. Aineiston analysointi tapahtui laadullisesti sisällönanalyysi menetelmää käyttäen. Tutkimuksen viitekehyksenä käytettiin Choon (1998) tiedonhallinnan prosessimallia, josta tässä tutkimuksessa korostuvat tiedontarpeen määrittely, tiedonhankinnan ja tiedon käytön vaiheet. Nämä kolme prosessin vaihetta ovat toisiinsa läheisesti liittyviä ilmiöitä (Savolainen 1999, 73). Choon (1998) mallia käytettiin tutkimuksessa tutkittavan ilmiön jäsentäjänä sekä aineiston hankinnan suunnittelussa. Tiedonhallintaa lähestyttiin mallin mukaisesti yksittäisinä vaiheina, jotka ovat kiinteästi sidoksissa toisiinsa.

Tutkimuksen aineiston hankinnassa otos valittiin harkinnanvaraisella otannalla, että se edustaisi mahdollisimman hyvin lonkkaleikkauspotilaan postoperatiivisen vaiheen hoitotyöntekijöitä. Haastateltavat edustivat kattavasti lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden leikkauksen jälkeistä vaihetta ja heillä oli työkokemusta nykyisestä ammatista keskimäärin 10 vuotta, jota voidaan pitää hyvänä. Aineiston hankinnan yhteydessä ilmennyt tulos lonkkaleikkauspotilaiden vähäisyydestä kotisairaanhoidossa yllätti tutki-

jan (vrt. STM 2007b). Viime vuosina ei kotisairaanhoidossa ole hoidettu montakaan lonkkaleikkattua potilasta. Mahdollisia syitä tähän voi olla elektiivisten leikkausten osalta potilaiden hyvä fyysinen kunto, jolloin he pärjäävät omatoimisesti kotona sairaalahoidon jälkeen tai tarvitsevat kenties lyhyen kuntoutuksen toisessa hoitoyksikössä. Suunniteltujen leikkausten osalta potilaat ovat myös saaneet fysioterapeutin ohjausta etukäteen ja mahdollisten apuvälineiden tarve on kartoitettu ennen leikkausta. Lonkka-murtumapotilaat taas voivat ohjautua muihin kuntoutusyksiköihin tai pitkäaikaishoitopaikkoihin tai kuntoutua terveyskeskussairaaloissa toimintakyvyltään niin hyväksi, että pärjäävät omatoimisesti kotona.

Hoitotyöntekijöiden **tiedontarpeita** määriteltäessä ilmeni, että hoitotyöntekijät tarvitsivat hyvin monenlaista tietoa potilaasta. Lisäksi tietoa tarvittiin toiminnan teoreettisista perusteista, tietojärjestelmien käytöstä, kirjaamisesta sekä palvelujärjestelmästä. Häkkinen työryhmineen (2002, 24) toteaaakin, että terveydenhuollossa tarvitaan sekä yleistä teoreettista tietoa että empiiristä tietoa asiakkaan terveydentilasta (ks. myös Valta 2003; Haapakorva 2004; Mustonen 2007).

Choon (1998) mukaan olennaisia tiedontarpeita ovat päätöksenteossa ja ongelmanratkaisussa tarvittavat tiedot. Tiedontarpeet ovat myös riippuvaisia asiayhteyksistä. (Choo 1998, 26–29.) Tässä tutkimuksessa potilaaseen liittyvistä tiedontarpeista erityisen merkittäviä olivat toimintakykytiedot ja kuntoutustiedot. Tärkeitä kuntoutukseen liittyviä tiedontarpeita olivat tiedot varausluvista ja liikkumisrajoituksista. Tietoa tarvittiin potilaan toimintakyvystä ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeinen kuntoutus pyrittiin suhteuttamaan potilaan aikaisempaan toimintakykyyn. Nämä tiedontarpeet korostuvat tiettyjen potilasryhmien, kuten lonkkaleikkauspotilaiden, hoitotyössä. Lisäksi tutkimustuloksista nousi esille tarve sairaus-, lääkitys-, elämäntilanne- ja toimintakykytiedoista. Haastatteluissa mainittiin usein myös dementia ja sen vaikutus annettavaan hoitoon. Lonkkaleikkauspotilaat ovat usein vanhuksia. Hyttisen (1999) tutkimuksessa gerontologisen hoitotyön tietoperustasta tärkeäksi tiedon tarpeiksi ilmenivät lääketystiedot ja sairauksia sekä dementiaa koskeva tieto.

Lisäksi Hyttisen (1999) mukaan lähitulevaisuudessa tarvitaan tietoa enemmän sosiaaliturvasta, vanhusten tapaturmariskeistä ja selviytymisestä jokapäiväisessä elämässä. Koska tutkimus on tehty vuonna 1999, voidaan näiden tulevaisuusennusteiden arvioida

koskevan nykyhetkeä. Nämä Hyttisen (1999) tulokset ovat yhteneväisiä myös tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Kotisairaanhoidon osalta tutkimuksessa ilmeni, että sosiaalisia etuuksiin liittyviä asioita selviteltiin usein ja potilaita avustettiin hakemusten täyttämässä. Lisäksi kaivattiin toimenpiteitä murtumapotilaan mahdollisen uuden kaatumisen ennaltaehkäisyyn. Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä liittyi tässä tutkimuksessa toimintakykytietoihin.

Jatkohoitoon liittyvistä tiedoista tärkeimpiä olivat hoitotyön tiivistelmätiedot. Näissä, kuten myös tärkeinä pidetyissä lääkitystiedoissa, esiintyi runsaasti puutteita. Puutteita esiintyi sekä tiedonhankintaan että tiedon käyttöön liittyvissä asioissa. Näiden puutteiden korjaamiseen on tärkeää paneutua jatkossa. Hoitotyön yhteenveto kuuluu hoitotyön tiedontietoihin myös kansallisen määrittelytyön mukaisesti (Häyrinen ym. 2004, 40).

Lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä tehtiin yhteistyötä lukuisten yhteistyökumppaneiden kanssa. Potilaan siirtyessä jatkohoitoon, tarvittiin usein lähettävän yksikön ja hoitajan yhteystietoja. Niissä kuitenkin esiintyi monesti puutteita ja tietojen selvittely vei aikaa. Sähköiseen potilastietojärjestelmään siirtymisen arveltiin lisänneen tätä ongelmaa. Jos näin on, ongelma voitaneen poistaa järjestelmän kehitystyössä. Hoidon järjestämistä koskevat tiedontarpeet lisääntyivät erityisesti potilaan siirtyessä kotisairaanhoidon piiriin. Palvelukokonaisuuden muissa osissa jatkohoidon järjestämiseen osallistuu SAS-työryhmä, mutta kotisairaanhoidossa, jossa potilas saattaa tarvita moniakkin tukipalveluja, hoidon järjestämistä koordinoi kotisairaanhoidon vastuuhoidtaja.

Tiedonhankinta tähtää tiedontarpeiden tyydyttämiseen. Choon (1998, 29–32) mukaan tietolähteistä on tehtävä valikointia ja myös ihmiset tulisi huomioida tietolähteinä tietoteknologian ohella. Tärkein tiedon lähde lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä oli potilas. Potilaasta saatiin tietoja haastattelemalla, havainnoimalla tai mittaamalla. Tietoja hankittiin myös omaisilta sekä yhteistyökumppaneilta. Toinen merkittävä tietolähde olivat potilaskertomustiedot, joita käytettiin päivittäin potilastiedon lähteenä. Tutkimusorganisaatioissa on käytössä alueellinen potilastietojärjestelmä. (vrt. Haapakorva 2004; Mustonen 2007.)

Oman organisaation potilastietojärjestelmään oltiin yleisesti tyytyväisiä, sieltä löytyi tarvittava tieto paremmin kuin potilasapereista, mikäli tieto vain oli järjestelmään kir-

jattu. Ainoastaan keskussairaalassa oli laadittu kirjaamisen kriteerit, muualla käytäntöjä oli jossain määrin sovittu. Yhtenäisissä, sovituissa kirjaamiskäytännöissä on palvelukonaisuudessa kehittämisen tarve. Ension (2007, 149) mukaan yhtenäiset kirjaamiskäytännöt vähentävät suullisen tiedonvälityksen tarvetta ja muuttavat työyksiköiden raporttikäytäntöjä. Tässä tutkimuksessa ilmeni, että organisaatiot olivat pääsääntöisesti siirtyneet hiljaiseen raportointiin. Tyytyväisyys hiljaiseen raportointiin oli riippuvainen kirjaamisen tasosta ja tietokoneiden riittävydestä. Kirjaamiskoulutuksesta ja kirjaamisen systemaattisesta kehittämisestä oli myönteisiä kokemuksia.

Potilastietojärjestelmän alueellista osaa ei juurikaan käytetty, johtuen lukuisista ongelmista. Tärkein ongelmista oli puute tietojen luotettavuudessa. Muita syitä olivat muun muassa tiedon puutteet ja tietosuoja-asioiden hankaluus. Tietokoneita oli terveystieteiden sairaaloissa liian vähän käytettävissä ja kotisairaanhoidossa ei potilaan luona ollut mahdollisuutta potilastietojärjestelmän käyttöön vielä lainkaan. Tämä hankaloitti alueellisen potilastietojärjestelmän käyttöä huomattavasti, koska tietojen katseluun tarvitaan potilaan kirjallinen suostumus. Potilas ja tietokone ovat aina eri paikoissa, kun tietojärjestelmää käytetään toimistolla. Kirjallisen suostumuksen saaminen on lähestulkoon mahdottomuus silloin kun sitä tarvittaisi. Myös Vallan (2003) tutkimustuloksissa ilmeni tiedonkulun esteenä tietosuojaan liittyvät asiat organisaatioiden rajapinnoissa. Asikainen työryhmineen (2006) selvitti hoitotyöntekijöiden kokemuksia alueellisesta tietojärjestelmästä. Suurimmaksi haitaksi tutkimuksessa mainittiin lupakäytänteisiin liittyvät asiat ja suostumuskäytänteisiin toivottiin kehittämistä. Pahlmanin (2005, 97) mukaan suostumus voidaan eräissä tilanteissa antaa suullisesti tai se voi ilmetä asiayhteydestä. Tällöin säännöksen tulkitaan yleensä tarkoittavan jatkohoito-tilannetta. Tätä lain (159/2007) tulkintaa voisi pohtia yhtenä ratkaisukeinona suostumuskäytänteisiin liittyvissä ongelmassa.

Puhelinta käytettiin tiedonhankintaa erittäin paljon, mutta faksia ei enää juuri ollenkaan. Klemolan (2005) tutkimuksen mukaan puuttuvia potilastietoja saatiin yleisimmin puhelimitse, faksilla tai sisäisessä postissa. Tutkimuksen teon aikaan tutkimusorganisaatioissa ei vielä ollut sähköistä tiedonkulkua käytössä. Alueellinen tietojärjestelmä voi selittää eron tutkimustulosten välillä. Hoitotyöntekijät pitivät tietotekniikkavalmiuksiaan hyvinä tai melko hyvinä. Tulos eroaa aikaisemmista tutkimuksista, joissa taitoja pidettiin heikompina (ks. esim. Immonen ym. 2002; Lapveteläinen ym. 2006.)

Epäselvien ja puutteellisten asioiden selvittämiseen käytettiin runsaasti aikaa koko palvelukokonaisuudessa. Eniten ongelmia tuottivat lääkitystiedot, joissa oli puutteita ja eroavaisuuksia eri asiakirjojen välillä. Tämä ongelma vaatii syvällistä paneutumista. Se edellyttää muutoksia sekä tietojärjestelmään että toimintatapoihin. PlugIT-hankkeen selvityksessä ilmeni, että kotihoidon toimijoiden päivittäisestä työajasta menee jopa 1-2 tuntia asioiden selvittämiseen puhelimitse (Toivanen ym. 2004).

Terveysporttia käytettiin tiedonhankintaan paljon. Verkkopalvelujen käyttö tiedonhankinnassa tulee tulevaisuudessa todennäköisesti entistä merkittävämmäksi sekä ammattilaisilla että potilailla. Tutkimustiedon tiedon lähteenä mainitsi ainoastaan yksi haastateltava. Kuitenkin näyttöön perustuvan hoitotyön merkitystä on korostettu hoitotieteessä ja hoitotyön käytännössä entistä enemmän. Tutkitun tiedon puuttumisen syynä voi myös olla puutteet haastatteluteemoissa tai tarkentavissa haastattelukysymyksissä. Tutkija ei halunnut johdatella haastateltavia liian tarkoilla kysymyksillä, joten niiden käsittely saattoi jäädä tässä kohdassa heikommaksi. Tutkimustulosten mukaan hoitotyöntekijät pitivät tärkeänä ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä. Yhtenä keinona tähän oli lisäkoulutus ja moni haastatelluista opiskeli parasta aikaa jossain pitkäkestoisessa täydennyskoulutuksessa. Lisäksi työnantaja järjesti täydennyskoulutusta joko omana tai jonkin ulkopuolisen toimesta.

Erdleyn (2005, 93; ks. myös Mustonen 2007) mukaan hoitotyöntekijät käyttävät tietoa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tämän tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että hoitotyöntekijät **käyttivät tietoa** hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin sekä palvelukokonaisuuden kehittämiseen ja organisaation toiminnan suunnitteluun. Hoitotyön suunnitelma tehtiin hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Hoidon tarvetta arvioitiin koko hoitajakson ajan. Hoidon suunnittelussa painottuivat myös ennaltaehkäisevät toimenpiteet, kuten painehaavaumien, leikkauksen jälkeisen sekavuuden ja uuden kaatumisen ennaltaehkäisy. Erityisesti kotisairaanhoidossa tietoa käytettiin sosiaalisten etuuksien selvittämiseen ja hakemuksissa avustamiseen. Samaan tulokseen on tulut myös Toivanen työryhmineen (Toivanen ym. 2004).

Hoidon toteutuksessa hankittua tietoa käytettiin yhteistyöhön lukuisten eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Yhteistyön sujuvuutta heikensivät ongelmat tiedonkulussa. Päivittäisessä hoitotyössä tietoa käytettiin lääkehoitoon ja kuntouttamiseen. Tiedon käytön

yleisenä ongelmana mainittiin puutteet tietojen luotettavuudessa ja ajantasaisuudessa. Nämä ongelmat nousivat laajasti esille lääkitystietojen kohdalla. Choon (1998, 25–26) mukaan tietoa sovelletaan päätöksenteossa. Hoitotyön päätöksenteko vaikeutuu huomattavasti, ellei ajantasaista tietoa ole käytettävissä päätöksenteon tueksi. Tiedon ajantasaisuus on erityisen vaativaa silloin, kun kokonaisuus muodostuu usean eri organisaation ja palveluntuottajan antamasta hoidosta (Saarelma 1999, 60; Ruotsalainen 2000, 18–20, 24). Useissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuuksiin liittyvissä tutkimuksissa on noussut esille puutteet tietojen saatavuudessa ja ajantasaisuudessa (ks. esim. Pöyry 1999; Valta 2003; Haapakorva 2004). Minkkisen ja työryhmän (2006) tutkimustuloksista ilmeni merkittävät ongelmat lääkitystietojen yhteneväisyydessä ja ajantasaisuudessa. Heidän mukaansa näiden ongelmien ratkaiseminen on lähitulevaisuudessa vaikeaa. Tulokset ovat yhteneväisiä tämän tutkimuksen tulosten kanssa. Asikaisen ja työryhmän (2006) mukaan aluetietojärjestelmän todettiin parantaneen luotettavan ja ajantasaisen tiedon saantia. Turunen ja Suokas (2001) ovat tutkineet käyttäjien tyytyväisyyttä sähköiseen potilaskertomukseen. Tyytyväisyys potilaskertomukseen oli noussut selvästi siirryttäessä manuaalisesta kertomuksesta elektroniseen, jonka parhaimpina puolina pidettiin tietojen ajantasaisuutta ja saatavuutta. Tässä tutkimuksessa ei verrattu nykytilannetta aikaan ennen alueellista potilastietojärjestelmää.

Annetusta hoidosta tehtiin jatkuvaa arviointia. Tutkimuksen mukaan tietoa käytettiin erittäin paljon potilaan jatkohoidon järjestämiseen. Jatkohoitosuunnitelmat tehtiin yleensä yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa ja potilaalle laadittiin selkeät jatkohoito-ohjeet. Tämä ei kuitenkaan ole haastateltujen mukaan aina toteutunut. Jatkohoito-ohjeissa oli puutteita. Yleisimmin kaivattiin hoitotyön tiivistelmää. Häkkinen työryhmineen (2002, 23) toteaa, ettei kerätty tieto ole usein siinä osassa palvelukokonaisuutta, jossa asiakas kulloinkin liikkuu. Se aiheuttaa hoidon viivästymistä, kuluja ja stressiä sekä asiakkaalle että työntekijälle. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi ilmeni, että potilaan kuntoutus oli viivästynyt huomattavasti epäselvien jatkohoito-ohjeiden vuoksi.

Pelkästään tietotekniikkaa hyödyntämällä ei pystytä toteuttamaan joustavia palvelukokonaisuuksia, sillä tärkeimmät esteet ja ongelmat ovat toiminnallisia (Niinimäki 1999, 312). Erdleyn (2005, 93) mukaan tietotekniikka on yksi mahdollinen apuvälineen hoitotyön tiedonhallintaan. Tulevaisuudessa potilaille aukeaa katseluyhteys omiin tietoihinsa valtakunnallisen eArkisto –arkistointipalvelun käyttöönoton myötä (Laki 159/2007).

Tämä toteutunee jo lähitulevaisuudessa. Se asettaa terveydenhuollon toimijoiden tiedonhallintaan uusia haasteita, kuten vaatimuksen kirjaamisen yhteneväisyydestä ja tietojen ajantasaisuudesta. Lisäksi se edellyttää toimijoilta tietosuoja- ja tietoturvakäytänteiden hallitsemista. Tämän tutkimuksen mukaan alueellinen potilastietojärjestelmä tukee hoitotyön tiedonhallintaa palvelukokonaisuudessa, mikäli kirjaamiskäytännöt saadaan yhdenmukaisiksi. Lisäksi tarvitaan riittävät resurssit ja muutoksia toimintamalleissa. Tulevaisuudessa valtakunnallisesta eArkistosta voidaan odottaa apua joustavien palvelukokonaisuuksien toimintaan parantamalla tietojen yhteneväisyyttä, ajantasaisuutta ja saatavuutta.

7.3 Tutkimuksen hyödyntäminen ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat hoitotyöntekijöiden tiedontarpeita, tiedonhankintaa ja tiedonkäyttöä lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa vaiheessa yhden sairaanhoitopiirin viidessä eri toimintayksikössä. Kaikki toimintayksiköt kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää alueellisen potilastietojärjestelmän kehittämisessä, kirjaamisen kehittämisessä ja palvelukokonaisuuden toimintamallien kehittämisessä.

Jatkotutkimuksissa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden tiedonhallintaa tulisi selvittää myös muiden ammattiryhmien kuin hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Lisäksi tulisi huomioida yksityisten palvelutuottajien ja kolmannen sektorin näkökulmat. Tutkimusta olisi mielenkiintoista laajentaa myös useamman sairaanhoitopiirin alueelle. Tiedonhallintaa on tutkittu asiakasnäkökulmasta vähän. Jatkotutkimuksissa olisi mielenkiintoista selvittää hoitotyön tiedonhallintaa myös asiakasnäkökulmasta. Lisäksi tärkeää olisi selvittää käyttäjien kokemuksia ja tyytyväisyyttä alueellisesta potilastietojärjestelmästä.

LÄHTEET

Alavi Maryam & Leidner Dorothy E. 2001. Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues. *MIS Quarterly* 25 (1), 107–136.

Alkula Tapani, Pöntinen Seppo & Ylöstalo Pekka 2002. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WS Bookwell Oy, Juva.

Asikainen Paula, Suominen Tarja, Mäenpää Tiina, Maass Marianne & Wanne Olli 2006. [Verkkodokumentti] Satakunnan aluetietojärjestelmän käyttö hoitohenkilöstön kokemana. Teoksessa Häyrinen Kristiina (toim.) SoTeTiTe tutkimuspapereit 2006. (Vii-tattu 17.1.2008). Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T18-2006-VERKKO.pdf>

Carey Martha Ann 1994. The Group Effect in Focus Groups: Planning, Implementing, and Interpreting Focus Group Research. Teoksessa Morse Janice M. (toim.) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Sage Publications, United States of America, 225–241.

Carper Barbara A. 1992. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. Teoksessa Nicoll Leslie H. (toim.) *Perspectives on Nursing Theory*. Second Edition. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 216–224.

Choo Chun Wei 1998. Information management for the intelligent organization: The Art of Scanning the Environment. Second edition. Information Today, Medford (N.J.).

DiCenso Alba, Cullum Nicky & Ciliska Donna 1998. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing* 1 (2), 38–40.

Ensio Anneli 2001. Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 89. Kuopio.

Ensio Anneli 2007. Tavoitteena toiminnan ja palvelujen kehittäminen. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. WSOY, Helsinki, 149–155.

Ensio Anneli & Saranto Kaija 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Silverprint, Sipoo.

Erdley William Scott 2005. Concept Development of Nursing Information. A Study of Nurses Working in Critical Care. *Computers, Informatics, Nursing* 23 (2), 93–99.

Eskola Jari & Suoranta Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Eskola Jari & Suoranta Juha 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Eskola Jari & Vastamäki Jaana 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa: Aaltola Juhani & Valli Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. WS Bookwell Oy, Juva, 25–43.

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri 2007. [Verkkodokumentti] (Viitattu 10.1.2008). Saatavissa: <http://www.ekshp.fi/fi/>

Forsström Jari 1999. Tietoyhteiskunnan uudet palvelut terveydenhuollossa. Teoksessa Pantzar Eero (toim.) Tiedosta tutkittua. Raportti Tiedon tutkimusohjelman I tutkijaseminaarista. Suomen Akatemian Tiedon tutkimusohjelman raportteja 3/ 1999. Tampereen yliopisto, Tietoyhteiskunnan tutkimuskeskus. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 117–120.

Giangregorio L., Fisher Pauline, Papaioannou A. ja Adachi J.D. 2006. Osteoporosis Knowledge and Information Needs in Healthcare Professionals Caring for Patients With Fragility Fractures. *Orthopaedic Nursing* 26 (1), 27–35.

Haapakorva Merja 2004. Kotihoidon tiedonhallinta. Tapaustutkimus Siilinjärven ja Maaningan kotihoidosta. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Kuopio.

Harno Kari, Arajärvi Eero, Paavola Teemu, Carlson Christer, Viikinkoski Pertti, Böckerman Maria, Kääriäinen Pirjo & Ohinmaa Arto 1999. Etäpoliklinikan arviointi. Peijaksen etäpoliklinikkaprojektin loppuraportti. FinOHTAn raportti 10. Stakes, Helsinki.

Hartikainen Kauko, Kokkola Anita & Larjomaa Ritva 2000. [Verkkodokumentti] Elektronisen potilaskertomuksen sisältömääritykset. Osaavien keskusten verkoston julkaisuja 4/2000. (Viitattu 4.10.2007). Saatavissa: http://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1321/osve4_00.pdf

Hautsalo Aulikki, Saranto Kaija & Turunen Pekka 2002. Tietojärjestelmät tiedonkulun mahdollistajina hoitoketjussa. *Ylihoitajalehti* 30 (2), 5–8.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2003. [Verkkodokumentti] Tiedon hallinta toiminnan tukena. Sosiaaliviraston linjaukset vuoteen 2010. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Suunnittelun ja seurannan raportteja 2003:1. (Viitattu 4.7.2007). Saatavissa: <http://www.hel2.fi/sosv/julkaisu/suse/2003/thstrategia1.pdf>

Hirsjärvi Sirkka & Hurme Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Tummavuoren kirjapaino Oy, Vantaa.

Huotari Maija-Leena 1999. Tietohallinto. Teoksessa Mäkinen Ilkka (toim.) Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 144–175.

Huusko Mira & Paloniemi Susanna 2006. Fenomenografia laadullisena tutkimussuuntauksena kasvatustieteissä. *Kasvatus* 37 (2), 162–173.

Huusko T., Karppi P., Avikainen V., Kautiainen H. & Sulkava R. 1999. Significant changes in the surgical methods and length of hospital stay of hip fracture patients occurring over 10 years in Central Finland. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae* 88, 55–60.

Hyppönen Hannele, Hämäläinen Päivi, Pajukoski Marja & Tenhunen Emmi 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Loppuraportti. Stakes. Raportteja 6/2005.

Hyttinen Hanna 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Hoitotyön toimijoiden arvio gerontologisessa hoitotyössä tarpeellisesta tietoperustasta lähitulevaisuudessa. Väitöskirja. *Acta Universitatis Ouluensis D* 531. Oulu.

Häkkinen Heidi, Turunen Pekka & Saranto Kaija 2002. [Verkkodokumentti] Hoitoketjujen tiedonkulku - arviointimittariston kokoaminen. Teoksessa Nykänen Pirkko (toim.) SoTeTiTe tutkimuspäivitykset 2002. (Viitattu 1.7.2007). Saatavissa: https://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1316/osve3_02.pdf

Häyrynen Kristiina, Porrasmaa Jari, Komulainen Jorma & Hartikainen Kauko 2004. Sähköisen potilaskertomuksen yhdenmukaiset rakenteiset ydintiedot. Osaavien keskuksen verkoston julkaisuja 5/2004. Stakesin monistamo, Helsinki.

Iivari Annakaisa, Ruotsalainen Pekka & Hämäläinen Hannu 2002. Tietoteknologia sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksen tukena. Teoksessa Parpo Antti (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Stakes. Raportteja 268. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 159–170.

Imatra 2008. [Verkkodokumentti] (Viitattu 10.1.2008). Saatavissa: <http://www.imatra.fi/>

Imhoff Michael, Webb Andrew & Goldschmidt Andreas 2001. Health informatics. *Intensive Care Medicine* 27 (1), 179–186.

IMIA-NI 1998. [Verkkodokumentti] International Medical Informatics Association – Specialist Interest Group for Nursing Informatics. (Viitattu: 26.10.2004). Saatavissa: <http://www.imia.org/ni/>

Immonen Aapo, Ruotsalainen Pekka & Saranto Kaija 2002. [Verkkodokumentti] Taavoitteena digitaalisen tiedon turvallinen käyttö. Teoksessa Nykänen Pirkko (toim.) SoTeTiTe tutkimuspäivitykset 2002. (Viitattu 29.8.2007). Saatavissa: https://sty.stakes.fi/NR/rdonlyres/00BDBB83-AEE0-467B-949C-EB73DFE12704/1316/osve3_02.pdf

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

Jylhä Virpi 2007. Terveystieteen verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteen ja –talouden laitos. Kuopio.

Kalpa Hanna & Kuusisto-Niemi Sirpa 1997. Jäsenmäärän tiedon avulla palveluketjujen hallintaan. Asiakas- ja potilasasiakirjaprojektin loppuraportti. Stakes. Aiheita 11/1997.

Kari Aarno 1999. Kliiniset tietojärjestelmät päätöksenteon tukena. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 216–225.

Karttunen Päivi 1999. Tietoa hoitotyön toimintaan. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 651. Tampere.

Karvonen Erkki 1999. Miksi tieto on arvokas voimavara? Teoksessa Pantzar Eero (toim.) Tiedosta ja tiedon tutkimuksesta. Suomen akatemian tiedon tutkimusohjelman raportteja 2/1999. Tampereen yliopisto, Tampere, 39–55.

Karvonen Erkki 2000. Elämmekö tieto- vai informaatioyhteiskunnassa? Teoksessa Vuorensyrjä Matti & Savolainen Reijo (toim.) Tieto ja tietoyhteiskunta. Yliopistopaino, Helsinki, 81–136.

Kim Hesook Suzie 2000. The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. Second Edition. Springer Publishing Company, New York.

Klemola Liisa 2005. Sydän- ja lonkkapotilaiden hoitoketjut ja niiden kehittäminen eräissä sairaanhoitopiirissä. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteen ja –talouden laitos. Kuopio.

Korpela Mikko & Saranto Kaija 1999. Peruskäsitteet, osa-alueet ja toimijat. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 18–44.

Kuusisto-Niemi Sirpa 1999. Sosiaalihuollon tietotekniikka. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 226–240.

Kylmä Jari & Juvakka Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Kyngäs Helvi & Vanhanen Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.

Laki 13/2003. [Verkkodokumentti] Laki sähköisestä asioinnista viranomaistoimituksessa. (Viitattu 20.1.2008). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030013?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=arkistointi>

Laki 159/2007. [Verkkodokumentti] Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (Viitattu 10.6.2007). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilastiet%2A>

Laki 811/2000. [Verkkodokumentti] Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilusta. (Viitattu 21.10.2007). Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000811>

Lappeenranta 2005. [Verkkodokumentti] (Viitattu 10.1.2008). Saatavissa: <http://www.lappeenranta.fi/?deptid=10972>

Lapveteläinen Päivi, Grönroos Eija, Turunen Hannele & Perälä Marja-Leena 2006. [Verkkodokumentti] Tieto- ja viestintätekniiset valmiudet kotihoidossa saumattomien hoito- ja palveluketjujen mahdollistajana. Stakes. Raportteja 3/2006. (Viitattu 3.8.2007). Saatavissa: <http://www2.stakes.fi/verkkojulk/pdf/rap06/Ra3-2006.pdf>

Lauri Sirkka & Elomaa Leena 1999. Hoitotieteen perusteet. WSOY, Juva.

Lehtokari Outi 2007. Hoitotyön tiedonhallinta äitiyshuollossa. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Kuopio.

Leininger Madeleine 1994. Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies. Teoksessa Morse Janice M. (toim.) Critical Issues in Qualitative Research Methods. Sage Publications, Inc., United States of America, 95–115.

Lintilä Leena 2002. Organisaation sisäisen tietoverkon hyödyntäminen tiedonhankintaan ja viestintään. Yksilöllisten ja organisaatiolähtöisten tekijöiden vaikutusten tarkastelua. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 846. Tampere.

Loftus-Hills Alison, McInnes Liz & Richens Yana 2003. Evidence-Based Practice. Teoksessa Hincliff Sue, Norman Sue & Schober Jane (toim.) Nursing Practice and Health Care. Oxford University Press, New York, 149–175.

Malaska Pentti 1999. Tulevaisuuden tietämisestä. Teoksessa Pantzar Eero (toim.) Tiedosta tutkittua. Raportti Tiedon tutkimusohjelman I tutkijaseminaarista. Suomen Akatemian Tiedon tutkimusohjelman raportteja 3/1999. Tampereen yliopisto, Tietoyhteiskunnan tutkimuskeskus. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 101–107.

Meleis Afaf Ibrahim 1997. Theoretical Nursing: Development & Progress. Lippincott, Philadelphia.

Metsämuuronen Jari 2006. Laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategioita. Teoksessa Metsämuuronen Jari (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 90–110.

Minkkisen Irmeli, Mursun Anja ja Häkkinen Heidi 2006. [Verkkodokumentti] Laajennetun hoitopalautteen tiedon tarpeet. Raportti Hoitopalaute-projektin tutkimustuloksista. Kuopion yliopisto. (Viitattu 17.1.2008). Saatavissa: http://www.uku.fi/zipit/julkaisut/Laajennetun_hoitopalautteen_tiedontarpeet.pdf

Moilanen Pentti & Räihä Pekka 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola Juhani & Valli Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. WS Bookwell Oy, Juva, 46–69.

Morse Janice M. 1994. Qualitative Research: Fact or Fantasy? Teoksessa Morse Janice M. (toim.) Critical Issues in Qualitative Research Methods. Sage Publications, Inc., United States of America, 1–7.

Mustonen Eeva-Riitta 2007. Tiedonhallinta opiaattiriippuvuuden korvaushoidossa. Moniammatillisen työryhmän kirjaamisen kehittäminen. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja –talouden laitos. Kuopio.

Mäkelä Klaus 1998. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä Klaus (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 42–61.

Nenonen Mikko & Nylander Olli 2001. [Verkkodokumentti] Pohdintoja terveydenhuollon informaatiojärjestelmän teoreettisesta viitekehuksesta. Stakes. Aiheita 29/2001. (Viitattu 27.10.2004). Saatavissa: <http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita29-2001V.pdf>

Nenonen Mikko, Suominen Tarja, Nylander Olli & Rintanen Hannu 2002. Alueellisen tietojärjestelmän mahdollisuudet ja uhat. Suomen lääkärilehti 57 (42), 4241–4242.

Nieminen Heli 1998. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen Marita & Vehviläinen-Julkunen Katri (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 217–221.

Niiniluoto Ilkka 1996. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsiteanalyysi. Oy Edita Ab, Helsinki.

Niinimäki Jaakko 1999. Tietotekniikka alueellisen yhteistyön ja saumattoman hoitoketjun tukena. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 312–333.

Nonaka Ikujiro & Takeuchi Hirotaka 1995. The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. Oxford University Press, New York.

Noro Anja, Rissanen Pekka, Laitinen Olli, Hammar Teija & Pöyry Päivi 1999. Tutkimusaineistot, hoitopisodit ja episodiprofiilit. Teoksessa Rissanen Pekka & Noro Anja (toim.) Ikääntyvien potilaiden hoito- ja kotiuttamiskäytännöt. –Rekisteripohjainen analyysi aivohalvaus- ja lonkkamurtumapotilaista. Stakes. Aiheita 44/1999, 5–28.

Nurminen Raija 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisu E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopio.

Nuutinen Matti 2000. Hoitoketju. Duodecim 116, 1821–1828.

Nylander Olli & Nenonen Mikko 2000. Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto verkottuu. Teoksessa Uusitalo Hannu, Parpo Antti & Hakkarainen Anni (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Stakes. Raportteja 250. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 185–193.

Nylander Olli, Stähle Pirjo & Nenonen Mikko 2003. [Verkkodokumentti] Informaatio-ohjauksesta tietointensiiviseen vuorovaikutukseen terveydenhuollon kehittämisessä. Yhteiskuntapolitiikka 68 (1), 3–18. (Viitattu 1.9.2007). Saatavissa: <http://yp.stakes.fi/NR/ronlyres/B4A72E0F-0C13-42E0-BF58-6B1F16E4E31F/0/yp12003.pdf>

Ohtonen Jukka (toim.) 2002. [Verkkodokumentti] Satakunnan Makropilotti: tulosten arviointi. FinOHTAn raportti 21/2002. (Viitattu 21.10.2007). Saatavissa: <http://finohta.stakes.fi/NR/ronlyres/E81C4727-11B1-437D-AFD6-79D8A7BDC9DF/0/r021f.pdf>

Outinen Maarit & Lindqvist Tuija (toim.) 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Pahlman Irma (toim.) 2005. Asiakirjajulkisuus ja tietosuoja sosiaali- ja terveydenhuollossa. Edita Prima Oy, Helsinki.

Pantzar Eero 1999. Tieto, oppiminen ja tiedon tutkimus. Teoksessa Pantzar Eero (toim.) Tiedosta ja tiedon tutkimuksesta. Suomen akatemian tiedon tutkimusohjelman raportteja 2/1999. Tampereen yliopisto, Tampere, 5–18.

Perälä Marja-Leena 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa Simoila Riitta, Kangas Riitta & Ranta Jouko (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Tammer-Paino Oy, Tampere, 53–67.

Perälä Marja-Leena & Hammar Teija 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes. Aiheita 29/2003.

PIRKE-hanke 2007. [Verkkodokumentti] (Viitattu 31.10.2007). Saatavissa: <http://www.yttieto.fi/Pirke-hanke/aineistot.htm>

Pöyry Päivi 1999. Kotisairaanhoidon ja sairaaloiden henkilöstön yhteistyö ja tiedottaminen yli 65-vuotiaan asiakkaan kotiutumisen tukemiseksi. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere.

Pöyry Päivi & Perälä Marja-Leena 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakes. Aiheita 18/2003.

Ruohonen Mikko J. & Salmela Hannu 1999. Yrityksen tietohallinto. Oy Edita Ab, Helsinki.

Ruotsalainen Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Ruotsalainen Pekka, Nouko-Juvonen Susanna & Kiikkala Irma (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammer-Paino Oy, Tampere, 7–32.

Ruotsalainen Pekka, Nouko-Juvonen Susanna & Kiikkala Irma 2000. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Saarelma Osmo 1999. Perusterveydenhuollon tiedonhallinnan historiaa. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 46–62.

Saaren-Seppälä Tarja 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimus organisaatorajat ylittävistä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1052. Tampere.

Saarenpää Ahti 2000. Potilas – oikeus – potilasoikeus. Teoksessa Sundman Eila (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammer-Paino Oy, Tampere, 21–39.

Saba Virginia K. & McCormick Kathleen A. 1996. Essentials of Computers for Nurses. Second Edition. New York, McGraw-Hill companies.

SalpaHanke 2006. SALPA - Satakunnan aluetietojärjestelmäpalvelu. (Viitattu 19.11.2007).
Saataavissa:
<http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8330&culture=fi-FI&contentlan=1>

Saranto Kaija & Ensio Anneli 1999. Tietojärjestelmien kehittäminen hoitotyöhön. Teoksessa Saranto Kaija & Korpela Mikko (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. WSOY, Porvoo, 190–215.

Saranto Kaija 2007. Tiedon merkitys hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki, 17–18.

Saranto Kaija 2007. Tiedon muodostuminen hoitoprosessissa. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki, 19–32.

Saranto Kaija & Sonninen Anna Liisa 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttua Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki, 12–16.

Sarvimäki Anneli 1988. Knowledge in interactive practice disciplines. An analysis of knowledge in education and health care. University of Helsinki. Department of Education. Research bulletin 68. Helsinki.

Sarvimäki Anneli & Stenbock-Hult Bettina 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. WSOY, Juva.

Savolainen Reijo 1999. Tiedontarpeet ja tiedonhankinta. Teoksessa Mäkinen Ilkka (toim.) Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 73–109.

Stenfors Paula 1999. Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 657. Tampere.

STM 1998. [Verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologian hyödyntäminen. Osa I. Saumaton hoito- ja palveluketju. Asiakaskortti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:8. (Viitattu 1.11.2004). Saatavissa: <http://www.oskenet.fi/asp/empty.asp?P=160&PS=root>

STM 2001. [Verkkodokumentti] Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2010 –kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. (Viitattu 18.1.2008). Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/strategia/strategiat2010/strategia2010.pdf>

STM 2002. [Verkkodokumentti] Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. (Viitattu 21.10.2007). Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys42.htm>

STM 2007a. [Verkkodokumentti] Suomen eTerveys tiekartta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:14. (Viitattu 11.7.2007). Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/02/pr1172736995398/passthru.pdf>

STM 2007b. [Verkkodokumentti] Kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Viitattu 10.1.2008). Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/kotipalvelu.htm>

Sulkunen Pekka 1998. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Mäkelä Klaus (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 264–285.

Suurla Riitta 2001. Helmiä kalastamassa. Avauksia tietämyksen hallintaan. Teknologian arviointeja. Loppuraportti. Eduskunnan kanslian julkaisu 1/2001. Oy Edita Ab, Helsinki.

Stähle Pirjo & Grönroos Mauri 1999. Knowledge management – tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Taipale Vappu, Lehto Juhani, Mäkelä Marjukka, Kokko Simo, Muuri Anu & Lahti Tuukka (toim.) 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WS Bookwell Oy, Porvoo.

Tammisalo Tero 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan hallinnan periaatteet ja hyvät käytännöt. Ohje sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille ja toimintayksiköille tietojärjestelmien tietoturvan ja tietosuojan kehittämiseksi. Stakes. Raportteja 5/2005. Stakesin monistamo, Helsinki.

Tanttu Kaarina 2007a. Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki, 166–171.

Tanttu Kaarina 2007b. Hoitotiedon käytön malli. Teoksessa Saranto Kaija, Ensio Anneli, Tanttu Kaarina & Sonninen Anna Liisa (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY, Helsinki, 179–186.

Timmins Fiona 2006. Exploring the concept of 'information need'. *International Journal of Nursing Practice* 12, 375–381.

Toivanen Marika, Häkkinen Heidi, Laitinen Pertti, Minkkinen Irmeli, Röppänen Päivi & Tuomainen Tuula 2004. [Verkkodokumentti] Kotihoidon tiedon tarpeet. PlugIT-hankkeen selvityksiä ja raportteja 12. (Viitattu 17.1.2008). Saatavissa: <http://www.plugin.fi/julkaisut/12-Toivanen-ym.pdf>

Tuomi Ilkka 2000. Data Is More Than Knowledge: Implications of the Reversed Knowledge Hierarchy for Knowledge Management and Organizational Memory. *Journal of Management Information Systems* 16 (3), 103–117.

Tuomi Jouni & Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Turunen Pekka & Suokas Markku 2001. Sähköisen potilaskertomuksen käytettävyys suhteessa manuaaliseen potilaskertomukseen. Tapaustutkimus Kaarina-Piikkiön terveyskeskuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 56 (48), 5029–5032

Uuma 2007. [Verkkodokumentti] Uudenmaan aluehanke. (Viitattu 19.11.2007). Saatavissa: <http://uuma.hus.fi/>

Vakkari Pertti 1999. Tiedonhankinnan tukeminen ja informaatiotutkimus. Teoksessa Mäkinen Ilkka (toim.) Tiedon tie: Johdatus informaatiotutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi, 9–31.

Valta Maija 2003. Tiedontarpeen määrittelystä alueellisten palveluiden kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkostossa. Pro Gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja –talouden laitos. Kuopio.

Vartiainen Matti & Pulkkis Anneli 2000. Yhteisen tiedon tarve. Teoksessa Kasvi Jyrki J. J. & Vartiainen Matti (toim.) Organisaation muisti: tieto työn tukena. Oy Edita Ab, Helsinki, 166–178.

Varto Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Virkkunen Jaakko 2000. Tiedon rakenne ja osaaminen johtamisen ongelmana. Teoksessa Pantzar Eero (toim.) Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Raportti Tiedon tutkimusohjelman II tutkijaseminaarista 8.–9.6.2000. Suomen Akatemian Tiedon tutkimusohjelman raportteja 4/ 2000. Tampereen yliopisto, Tietoyhteiskunnan tutkimuskeskus. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere, 5–27.

Warsell Leena & Romppanen Pia 2002. [Verkkodokumentti] Voiko tiedolla ohjata? Dialogi 5/2002. (Viitattu 3.8.2007). Saatavissa: <http://dialogi.stakes.fi/NR/rdonlyres/7263B65C-7BCA-4F0B-A1C1-E0B468F76AC1/0/dialogi20025.pdf>

Ylipartanen Arto 2000. Tietosuojaja osana terveydenhuoltopalvelujen laatua. Teoksessa Sundman Eila (toim.) Potilaan asema ja oikeudet. Tammer-Paino Oy, Tampere, 287–316.

Øvretveit John 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Hakapaino, Helsinki. Alkuperäisteos: Coordinating Community Care: Multidisciplinary teams and care management. Suomennos Hausen Henrik, Oinonen Tarja, Ranta-aho Katja & Ritanen Liisa. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Helsinki.

Julkaisemattomat lähteet:

Suurnäkki Juhana 2007. KAAPPO Kaakkois-Suomen Alueellinen Potilastietojärjestelmä. Projektin esittelydiat 3.12.2007.

Tepponen Merja 2006a. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisten asiakasprosessien hallinta Etelä-Karjalan alueella (JOHAKA): pilotteina Lappeenranta ja Imatra. Hankesuunnitelma.

Tepponen Merja 2006b. Puhelinkeskustelu 4.5.2006. Vanhusten palvelujen johtaja Merja Tepponen, Lappeenrannan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi.

LIITE 1. Tutkimuksen saatekirje

Arvoisa tutkimukseen osallistuja

Olet lupautunut mukaan tutkimukseen, jossa käsitellään hoitotyön tiedonhallintaa lonkkaleikkauspotilaan palvelukokonaisuuden postoperatiivisessa eli leikkauksen jälkeisessä vaiheessa. Tutkimuksessa kuvaillaan mitä tietoa hoitotyöntekijät tarvitsevat työssään, miten he hankkivat tietoa ja miten tietoa käytetään. Tutkimus on osa tietohallinnon maisteriopiskeluani ja se suoritetaan Etelä-Karjalan keskussairaалassa sekä Imatran ja Lappeenrannan kaupunkien terveyskeskussairaaloissa ja kotisairaanhoidossa. Tutkimukseen on saatu lupa Etelä-Karjalan keskussairaалassa hallintoylihoitaja Taru Juvakalta, Imatran kaupungissa vanhuspalvelujohtaja Eija Riepolta sekä hoitotyön johtaja Jaana Peltotalta ja Lappeenrannan kaupungissa vanhusten palvelujen johtaja Merja Tepposelta.

Tutkimuksen aineistonkeruun suoritan ryhmähaastatteluin. Kussakin ryhmässä on 2-4 hoitotyön asiantuntijaa. Haastattelun arvioitu kesto on 60–90 minuuttia. Haastattelut nauhoitetaan tietojen oikeellisuuden varmistamiseksi. Haastatteluaineisto on ainoastaan tutkijan käytössä ja se tuhotaan analyysin jälkeen. Ohessa ovat haastatteluun liittyvät teema-alueet, joihin voit tutustua jo etukäteen. Lisäksi pyytäisin sinua täyttämään oheisen taustatietoja koskevan lomakkeen ja palauttamaan sen minulle haastattelun yhteydessä. Tutkimuksessa saatua tietoa käsitellään luottamuksellisesti siten, ettei kenenkään haastateltavan henkilöllisyys paljastu tuloksia raportoitaessa. Tutkimus on pro gradu –tutkielma ja sen ohjaajina toimivat TtT Anneli Ensio ja TtM Kristiina Häyrinen Kuopion yliopistosta sekä TtM/ oh Hanna Rönkkönen Lappeenrannan terveyskeskuksen Mäntylän sairaala os. 8:sta.

Kiitos jo etukäteen arvokkaasta tuestasi tutkimustani kohtaan.

Ystävällisin terveisin

Sanna Turunen

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon opiskelija

Kuopion yliopisto

sjuntune@hytti.uku.fi

LIITE 2. Haastateltavien taustatietolomake

HAASTATTELUN TAUSTATIEDOT:

Ammattisi:

Nykyinen työyksikkösi:

Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä ammatissasi:

Vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni haastatteluun:

Allekirjoitus: _____

LIITE 3. Teemahaastattelurunko

Haastattelun teema-alueet

Tiedontarpeet

Mitä lonkkaleikkauspotilasta koskevaa tietoa ja mistä yksiköistä/ organisaatiosta omassa työssä tarvitaan?

Mitä muuta kuin potilasta koskevaa tietoa lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä tarvitaan?

Miksi tietoa tarvitaan?

Tiedonhankinta

Miten ja mistä tietoa hankitaan?

Keneltä tietoa hankitaan?

Mitä ongelmia tiedon hankkimisessa on?

Miten tietosuoja toteutuu organisaatioiden välisessä tiedonkulussa potilastietojen osalta?

Tiedon käyttö

Miten hankittua tietoa käytetään?

Onko tarvittava tieto käytössä siellä, missä sitä tarvitaan?

Onko tarvittava tieto käytettävissä silloin kun sitä tarvitaan?

Onko tarvittava tieto käytössä siinä muodossa kuin sitä tarvitaan?

Millaisia tiedon käytön välineitä on käytössä? Tietojärjestelmä?

Mitä mahdollisia ongelmia tiedon käytössä on?

LIITE 4. Yhteenvedo hoitotyöntekijöiden tiedontarpeita koskevasta sisällönanalyysistä, keskussairaala

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Marevan Lääkitys Lääkkeen antajat Lääkkeen vahvuus Tietoa eri lääkkeistä	Lääkitystiedot	
Eri organisaatioiden toimintatapoja Vähintään puhelinnumero lähettävästä organisaatiosta Yhteistyökumppanit	Yhteistyökumppaneita koskevat tiedot	
Jatkohoitopaikat ja niiden toiminta	Hoidon järjestämisestä koskevat tiedot	
Mahdolliset infektiot	Infektiotiedot	
Allergiat	Riskitiedot	
Pre-operatiivisen käynnin sisältö Pre-operatiivisen ohjauksen sisältö Potilasohjeet	Ohjaustiedot	
Potilaan liikkuminen leikkauksen jälkeen Asentohoito ja rajoitukset leikkauksen jälkeen Kuntoutusasiat Haavan paranemiseen vaikuttavat asiat	Kuntoutustiedot	Tiedontarpeet lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Ravitsemusasiat	Terveystiedot	
Toimintakyky ennen leikkausta Onko asiallinen vai sekava Potilaan vointi ja kunto ennen leikkausta Potilaan liikuntakyky ennen leikkausta	Toimintakykytiedot	
Suunnitellut laboratorionäytteet Tutkimustulokset	Tutkimustiedot	
Tutkimusohjeet Osastojen ohjeet	Toimintaohjeet	
Kirjaamisen kriteerit Kirjaamistavat, käsitteet ja lyhenteet Miten tietojärjestelmää käytetään	Tiedot kirjaamisesta ja tietojärjestelmän käytöstä	

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka
Hoitoyhteenveto edellisestä hoitopaikasta Hoitajan lähete	Aiempien hoitokausojen yhteenvedotiedot	
Omaisten yhteystiedot Taustatiedot Kotiolot	Elämäntilannetiedot	
Tulosyy Yleiskunto Perussairaudet	Sairautstiedot	
Painehaavaumien syntyä ehkäisevät tekijät Potilaan ihon kunto	Preventiotiedot	Tiedontarpeet lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Sosiaaliset asiat	Tiedot sosiaalisista etuuksista	
Monesko päivä leikkauksesta Elektiivinen vai päivystyspotilas Mikä toimenpide Pidetäänkö ravinnotta Kuumeileeko potilas	Toimenpidetiedot	
Potilaan lupa tietojen katseluun Potilaan suostumus tietojen luovutukseen	Tietosuoja tiedot	

LIITE 5. Yhteenvedo hoitotyöntekijöiden tiedonhankintaa koskevasta sisällönanalyysistä, terveyskeskussairaala

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
SAS-toimisto Sosiaaliohjaaja SAS-kokous Kotisairaanhoido Haavahoitaja Diabeteshoitaja Osaston vastuualueiden henkilöt Osaston lääkäri Lähettävä yksikkö Fysioterapeutit Sijoittajasairaanhoidajat Lääkärit Sosiaaliohittajat	Yhteistyökumppanit		
Potilaalta Omaisilta	Potilas ja omaiset	Tietolähteet	Tiedonhankinta lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Paperitiedot lähettävästä yksiköstä Hoitajan lähete Keskussairaalan papereista, jotka tulevat potilaan mukana Jatkohoido-ohjeet Tärkein jatkohoido-ohje lääkärin epikriisi Aikaisemmista sairauskertomuksista Tulotivistelmälehti, mitä paremmin tehty, sen paremmin tieto löytyy Fysioterapeutin tekemästä kuntoutussuunnitelmasta Fysioterapian lehti (Efficca) Omasta Efficasta tarvittava tieto löytyy helposti, jos kirjattu Efficasta Omasta Efficasta tieto löytyy hyvin	Potilaskertomustiedot		

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Potilassängyn päädyssä jumpparin kirjallinen ohje, mitä rajoituksia Jonolistasta tulevat potilaat	Erilliset ohjeet	Tietolähteet	
Terveysportti Käypähoitosuosituksot	Internet		
Lähettävä yksikkö ottaa yhteyttä puheilmitse Soittamalla lähettävään yksikköön Ennakkoihoitus potilaasta osastosihteerille Soitto aiempaan hoitopaikkaan Potilastietoja tulee harvoin faksilla Ennakkoihoitus	Puhelin tai faksi		
Tietojärjestelmä Aluekatselu Aluekatselua käytetään harvoin Hiljainen raportointi vuoron vaihtuessa Koulutustarjonta aika hyvä Koulutuksista Osastokokous	Tietojärjestelmä	Tiedonhankinnan menetelmät	Tiedonhankinta lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Potilaan havainnointi Potilaan kuunteleminen Kyseliään potilaalta, omaisilta Tulohaastattelu Mittaamalla vaa'alla Kontrollikäynneistä tulee tieto Katsotaan potilaan mukana tulevista papereista	Koulutus Havainnointi Haastattelu Mittaaminen Potilaspaperit		

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Potilaan suostumuksen kysyminen Uhkana tietosuojalle paperitiedon häviöminen	Tietosuoja		
Tietojen luotettavuuden arviointi perustuu omaan arvioon käytettävissä olevin tiedoin Luotettavuutta arvioidaan oman tiedon perusteella Joskus vaikea päättää kenen antamaan tietoon voi luottaa Läheittävä yksikkö tarkistaa eri tekstien lääkitystietojen yhteneväisyyden, jolloin turha soittelu ja selvittely jää pois	Tiedon luotettavuus		
Tietokoneita päivisin liian vähän käytettävissä Illalla ajanpuute estää tiedonhakua Tietokoneita liian vähän käytettävissä Koulutuspalautte, joita ei ole oikein ehditty pitää Kertaakaan ei ole käytetty alueEfficaa, ei ole pääsymahdollisuutta Rauhallinen tila, jossa hiihaisen raportin lukee	Resurssit	Tiedonhankinnan ongelmat	Tiedonhankinta lonkka leikkauspotilaan hoitotyössä
Hoitotyön tiivistelmä puuttuu, päivittäisiä kirjauksia tulee Hoitotyön yhteenvedo tulisi potilaan siirtymässä Tietoa haavahoitosta tai mahdollisista iho-ongelmista kaivattaisi Läheittävän yksikön yhteystiedot ja tieto keneen otetaan tarvittaessa yhteyttä	Tietojen puute		

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Kieliongelmia potilaiden ja lääkäreiden kanssa	Ymmärrettävyys		
Sähkökatkokset vaikeuttavat tiedonhankintaa, kun kaikki tieto sähköisessä muodossa	Tekniset ongelmat	Tiedonhankinnan ongelmat	Tiedonhankinta lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Päivittäinen Effican käyttö sujuu	Potilastietojärjestelmän käyttö	Valmiudet hyödyntää tietotekniikkaa	
Varsin hyvät valmiudet käyttää tietoteknisiä välineitä	Miuden tietoteknisten välineiden käyttötaidot		

LIITE 6. Yhteenvedo hoitotyöntekijöiden tiedon käyttöä koskevasta sisällönanalyysistä, kotisairaanhoido

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Hoidon tarpeen arviointi Hoidon tarpeen arviointi ja mikä tahoo palvelut suorittaa Arvioidaan sopivin asuinpaikka Arvioidaan onko mahdollista kotiuttaa Potilaan vastaanottaminen kotiutuessa Arvioidaan mitä apuja hoitajalta vaaditaan Ohjeistus mitä huomioitava kaatumisen jälkeen, että uusi kaatumisen voitaisi ehkäistä	Hoidon tarpeen arviointi	Hoidon suunnittelu	Tiedon käyttö lonkkaleikkausepotilaan hoitotyössä
Annetaan konsultaatioapua Yhteistyö eri hoitotahojen kanssa Yhteistyö fysioterapeutin kanssa Yhteistyö kotihoidon kanssa Yhteistyö sosiaalihoitajan kanssa Yhteistyö palveluntuottajien kanssa Yhteistyö moniammatillisen tiimin kanssa Yhteistyökumppaneille neuvonta	Ennaltaehkäisy		
Neuvonta ja ohjaus Tiedon välitys yhteistyökumppaneista omaishoidon asiakkaille Tiedottaminen omaisille	Yhteistyö eri yhteistyökumppaneiden kanssa		
Hoidetaan lääkitys Lääkehoidon suunnittelu lääkärin kanssa Lääkehoito Kivulääkityksen vähentäminen	Potilaan ja omaisten ohjaus	Hoidon toteutus	
Hoidetaan verikokeiden ottaminen Laboratoriokokeiden ottaminen Mittaamiset Laboratoriokokeiden tulokset	Lääkehoito		
	Tutkimukset		

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Henkisen tuen antaminen Kuntouttamiseen Ruokavaliion toteuttaminen Apuvälineiden hankinta Kivunhoito Ravitsemushoito Infektiopotilaita hoidetaan jatkuvasti Haavahoidot	Kuntouttaminen	Hoidon toteutus	
Potilasvahinkoilmoituksissa avustaminen Hakemusten täyttö Kelaan Sosiaalisten etuuskien selvittäminen Hoitovirheprosessissa avustaminen Erialaisten sosiaalisten tukien hakemiset Omaishoidontukien perusteiden arviointi ja hakemisessa avustaminen	Eriilliset ohjeet Hakemukset ja sosiaaliset etuudet		Tiedon käyttö lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
Hoito-ohjeiden antaminen ja jatkohoidon suunnittelu Palvelujen tilaaminen	Jatkohoidon järjestäminen	Hoidon arviointi	
Kuntoutumisen arviointi Ammatillisten tietojen päivittäminen Ammatilliseen kehittymiseen	Hoidon jatkuva arviointi Ammatillinen kehittyminen		
Eriaisia kehityshankkeita Kirjaamisen kehittäminen Potilaan hoidon kehittämiseen Oman toiminnan suunnittelu	Hoitotyön kehittäminen Toiminnan suunnittelu	Palvelukokonaisuuden kehittäminen	

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Kirjataan epäolennaisia asioita	Kirjaaminen		
Potilaan luona ei Efficä käytettävissä, paperitiedon varassa	Resurssit		
Potilaan kirjallisen luvan saanti vaikeaa, kun potilas ja tietokone eri paikoissa	Tietosuojaja		
<p>Joskus ennakkoilmoitus myöhässä</p> <p>Efficä ei potilaan luona</p> <p>Hoitajaksojen palautteet tulevat keskussairaalaista viiveellä, jos eivät tule paperisena potilaan mukana</p> <p>Ei käyttöoikeuksia aluekatseluun, ei nähdä keskussairaalan tietoja</p> <p>Hoitotyön tiivistelmää ei tule</p> <p>Sähköisiä hoitopalauteita huonosti saatavilla</p> <p>Keskussairaalan jatkohoitto-ohjeet hoitajille puutteellisia</p> <p>Tieto ei (yleensä) tule potilaan mukana kotiin</p> <p>Toivotaan selkeitä jatkohoitto-ohjeita</p>	Tietojen puuttuminen	Tiedon käytön ongelmat	Tiedon käyttö lonkkaleikkauspotilaan hoitotyössä
<p>Lääkitystiedot eivät ajantasaisia</p> <p>Jatkohoitopapereiden tiedoissa, mm. lääkitystiedoissa, usein eroavaisuuksia eri asiakirjojen välillä</p>	Tiedon luotettavuus		