



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tiedonkulku HUS Lohjan sairaalan dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä

Kerttula, Ilona

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Tiedonkulku HUS Lohjan sairaalan dialyysiyksikön ja
yhteystyökumppaneiden välillä

Ilona Kerttula
Hoitotyön koulutusohjelma
Tammikuu, 2017

Kerttula, Ilona

Tiedonkulku Lohjan sairaalan dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä

Vuosi 2017 Sivumäärä 45

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia ja tietoa hemodialyysipotilaan tiedonkulusta dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita tiedonkulun sujuvoittamiseen sekä lisätä sitä kautta yhteistyökumppaneiden tietoisuutta tämän potilasryhmän hoidosta. Toimeksiantajana toimi HUS Lohjan sairaalan dialyysiyksikkö.

Opinnäytetyön toteutuksessa käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineiston keruu tapahtui teemahaastatteluna. Teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, johon osallistui kuusi dialyysiyksikön sairaanhoitajaa. Haastattelun jälkeen aineisto litteroitiin ja siitä nousseet teemat jaettiin eri ryhmiin, jotka vastasivat opinnäytetyön tarkoitusta ja tavoitetta. Ryhmiksi tulivat tiedonkulun kanavat, dialyysiyksikköön siirrettävät oleelliset asiat, yhteistyökumppaneille siirrettävät oleelliset asiat sekä tiedonkulkua edistävät ja estävät asiat.

Tutkimustuloksissa korostui yhteisen potilastietojärjestelmän tärkeys. Yhteisessä järjestelmässä tiedon koettiin siirtyvän paremmin, se oli reaaliaikaista, jokaisella hoitavalla taholla oli tiedot käytettävissään ja kummankin hoitotahon kirjaamat tiedot olivat ohjaamassa potilaan hoitoa. Hyvä perehtyneisyys kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoitotyöhön sekä kollegiaalisuus toista toimijaa kohtaan koettiin parantavan myös tiedonkulkua. Estäviksi tekijöiksi nousivat eri potilastietojärjestelmän tuomat haasteet, raportin ja puutteellisen kirjaamisen aiheuttamat epäselvyydet, vähäinen tai puutteellinen perehtyneisyys potilasryhmän hoitoon sekä kollegiaalisuuden puute. Organisaatiolla ei koettu olevan merkitystä vähäiseen perehtyneisyyteen tai kollegiaalisuuteen puutteeseen. Nämä asiat koettiin johtuvan enemmän yksittäisistä työntekijöistä kuin organisaatiosta johtuvaksi.

Tulosten pohjalta dialyysiyksikössä päätettiin kehittää kirjaamista. Tämän toivottiin helpottavan tiedon löytämistä käytössä olevasta potilastietojärjestelmästä. Kirjaamisen toimivuutta arvioidaan vuosittaisella kirjaamisen auditoinnilla sekä omassa yksikössä pidettävillä osastotunneilla sekä yksikön keväällä 2017 järjestettävällä kehittämispäivällä. Kehittämistyö jatkuu näistä saadun palautteen ja ajatusten perusteella. Tämän lisäksi pyritään kiinnittämään enemmän huomiota tiedonkulkuun eri potilastietojärjestelmässä olevien yhteistyökumppaneiden välillä. Tämän toivotaan parantuvan paremman kirjaamisen johdosta ja tukevan siten raporttia. Paremman perehtyneisyyden ja tietoisuuden lisäämiseksi päädyttiin pitämään osastotunteja kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavasta potilaasta sekä dialyysihoidosta eri yhteistyökumppaneille. Samalla esitellään dialyysiyksikön toimintaa, jonka osaltaan toivotaan lisäävän kollegiaalisuutta. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, mitä hyötyä kirjaamisen kehittäminen on tuonut yksikössä sekä miten yhteistyökumppanit näkevät yhteistyön, sen toimivuuden ja tiedonsiirron toimivan dialyysiyksikön ja heidän välillään.

Asiasanat: tiedonkulku, munuaisten vajaatoiminta, dialyysihoito.

Kerttula, Ilona

Information flow between the dialysis unit in Lohja hospital and its cooperation partners

Year	2017	Pages	45
------	------	-------	----

The aim of this thesis is to study information flow on haemodialysis patients between cooperation partners and dialysis unit as experienced by the personnel of the dialysis unit at Lohja hospital. The target has been to find development areas in the information flow and thus improve the knowledge and understanding about these patients within cooperation partners. The commissioner of this thesis is the dialysis unit at HUS Lohja hospital.

The thesis was carried out by using a qualitative method and the empirical data was collected through a theme interview carried out as a group interview of six registered nurses in the dialysis unit. After that, the empirical data was transcribed and classified under themes to correspond the aim and objective of the thesis. The themes that emerged were flow of information, vital information to be transferred to the dialysis unit by cooperation partners, vital information to be transferred to the cooperation partners by the dialysis unit and factors supporting and hindering this information flow.

A key finding was the importance of a shared patient data base and EDP system. A shared system would improve data transfer, be real time, easily accessed by each nursing unit and data entries by each nursing party would give guidelines to patient care. According to the results, deep knowledge of nursing patients with chronic kidney disease and collegial attitude between nursing partners also improve information flow. Obstacles in information flow were challenges caused by various patient data systems, unclear entries in data systems, scant or inadequate knowledge of the care of this patient group and the lack of collegial attitude. The last factor was more clearly observed in individual staff members than in units as a whole independently of the organizational unit in question.

Based on these findings, it was decided to develop data entry in the dialysis unit. This would make it easier to find the necessary data in the current patient data system. The data entry process will be audited annually in unit meetings as well as on the development day to be arranged in spring 2017. Feedback and ideas received from these meetings will give guidelines for further development. Furthermore, information flow between cooperation partners with separate patient data systems will be focused on. The target is to improve information flow by more accurate data entries and to support better reporting. To improve knowledge and understanding of patients with chronic kidney disease and their care, the dialysis unit will organize information sessions for cooperation partners. At the same time it will be possible to give information on the operation and practices of the dialysis unit which would have positive effect on collegial attitude. In the future, it would be interesting to study what are the advantages of better data entry in the dialysis unit and also, how cooperation and information flow between the dialysis unit and cooperation partners are perceived by cooperation partners.

Keywords: information, kidney disease, dialysis.

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Toimintaympäristön kuvaus ja teoreettinen tausta.....	8
2.1	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatio.....	8
2.2	Lohjan sairaanhoitoalue ja Lohjan sairaalan dialyysiyksikkö.....	8
2.3	Dialyysiyksikön yhteistyökumppanit	9
2.4	Tiedonkulku	10
2.5	Potilasasiakirjat	11
2.6	Tiedonkulun haasteet ja vahvuudet eri yhteistyökumppaneiden välillä	13
2.7	Tiedonkulun nykytila dialyysiyksikössä	14
2.8	Hemodialyysipotilaan tiedonkulkuun liittyvät keskeiset asiat	15
2.8.1	Krooninen munuaisten vajaatoiminta	15
2.8.2	Veritiet.....	16
2.8.3	Ravitsemus	17
2.8.4	Lääkehoito.....	19
2.8.5	Henkinen jaksaminen.....	20
3	Opinnäytetyön toteutus.....	20
3.1	Tiedonhaku	21
3.2	Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä	21
3.3	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	22
3.4	Teemahaastattelun tutkimuskysymykset	24
3.5	Aineiston analyysi	24
4	Tulokset.....	25
4.1	Tiedonkulun kanavat	25
4.2	Dialyysiyksikköön siirrettävät oleelliset tiedot	26
4.3	Yhteistyökumppanille siirrettävät oleelliset tiedot	27
4.4	Tiedonkulkua edistävät asiat.....	28
4.5	Tiedonkulkua estävät asiat	30
5	Pohdinta	32
5.1	Tulosten tarkastelu	32
5.2	Luotettavuus	33
5.3	Eettisyys	34
5.4	Oman työn analysointi.....	35
5.5	Kehittämisehdotukset	35
	Lähteet	37
	Liitteet.....	43

1 Johdanto

Munuaisten vajaatoiminta tulee tulevaisuudessa yleistymään väestön ikääntymisen takia. Lähes jokaisen dialyysipotilaan taustalta löytyy loppuvaiheen munuaisten vajaatoiminta. Oireet kehittyvät yleensä vähitellen taustasairaudesta riippumatta. Krooninen munuaisten vajaatoiminta liittyy myös usein muihin pitkäaikaissairauksiin, joita väestöllä on ikääntymisestä johtuen tulevaisuudessa enemmän. Yksi suuri tekijä on myös tyypin 2 diabeteksen yleistyminen väestön keskuudessa. Hoitomenetelmien ja lääkehoidon kehittymisen myötä munuaisten vajaatoimintaa voidaan hoitaa entistä tehokkaammin ja siten parantaa potilaan elämänlaatua ja kykyä selviytyä päivittäisessä elämässä. Laadukkaan ja oikea-aikaisen hoidon toteuttamiseksi tarvitaan hyvää yhteistyötä eri toimijoiden kesken esimerkiksi perus- ja erikoissairaanhoidossa. Hyvällä yhteistyöllä mahdollistetaan tasapuolinen ja laadukas hoito potilaalle. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuori, Kylmäaho & Mukka 2008, 8 - 9.) Tällä hetkellä on arvioitu, että Suomessa on noin 500 000 potilasta, joilla on diagnosoitu krooninen munuaisten vajaatoiminta (Martikainen 2012). Hemodialyysipotilaita Suomessa oli vuonna 2014 noin 1500 (Munuaisrekisteri 2014).

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta velvoittaa, että potilaalle tarjotaan hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785). Tämän lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) on määritellyt strategiassaan vuosille 2012-2016, että potilaan hoidon tulee olla laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä (HUS strategia, 2011). HUS on viime vuosina ajanut organisaatiossaan voimakkaasti LEAN-filosofiaa, johon kuuluu olennaisina tekijöinä toiminnan tehostaminen, turhan työn karsiminen, vähentyvien resurssien käytön tehostaminen ja hoidon laadun parantaminen. Toiminnan kehittämisen kannalta ja mahdollisten kehittämiskohteiden löytämiseksi on tärkeää nähdä kokonaisuudessaan potilaan kulku terveydenhuollossa. (Mäkijärvi 2010, 12.) Edellä mainittuihin asioihin vaikuttaa oleellisesti joustava ja sujuva tiedonkulku hoitoon osallistuvien toimijoiden kesken.

Hemodialyysipotilailla on useita hoitavia tahoja itse hoidosta sekä taustasairauksista johtuen. Näiden lisäksi hoitosuhteet ovat yleensä pitkiä. Monen hoitavan tahon takia tiedonkululla on tärkeä rooli potilaan hoidossa. Dialyysiyksiköllä on useampi yhteistyökumppani ja kaikilla ei ole käytettävissä samaa sähköistä potilastietojärjestelmää. Huonon tai puutteellisen tiedonkulun on todettu aiheuttavan potilaalle hoidon viivästymistä tai virheellistä ja puutteellista hoitoa. Tämä näkyy myös HUS-alueella tehdyissä potilasturvallisuuden haittavaikutusraporteissa. Raporttien kokonaismäärässä tiedonsiirrolla ja sen hallinnalla on merkittävä rooli. Hyvä tiedonkulku on keskeinen potilasturvallisuuden ja laadukkaan hoidon perusta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia ja tietoa hemodialyysipotilaan tiedonkulusta dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita tiedonkulun sujuvoittamiseen sekä lisätä sitä kautta yhteistyökumppaneiden tietoisuutta tämän potilasryhmän hoidosta. Näin potilaan on mahdollisuus saada laadukkaampaa ja potilaslähtöisempää hoitoa HUS: in arvojen mukaisesti. Aihe valikoitui opinnäytetyön tekijän omista mielenkiinnon kohteista sekä dialyysiyksikön kirjaamiseen ja tiedonkulun kehittämistavoitteista.

2 Toimintaympäristön kuvaus ja teoreettinen tausta

2.1 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatio

HUS on 24 jäsenkunnan muodostamana kuntayhtymä, jonka tarkoituksena on tarjota erikois-sairaanhoidon palveluita ja kehitysvammopalveluita jäsenkunnilleen. HUS on jaettu viiteen eri sairaanhoitoalueeseen, joista Helsingin yliopistollinen keskussairaala (HYKS) on suurin ja muita ovat Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueet. Jokaisella sairaanhoitoalueella toimii oma dialyysiyksikkö, HYKS-alueella useampikin, jotta kaikki potilaat saavat tarvitsemansa hoidon. HYKS-alueelle on keskitetty kotihemodialyysia ja vatsakalvodialyysia tekevien potilaiden hoito. (HUS sairaanhoitoalueet 2015.) HUS on määritellyt strategiassaan, että potilaan hoidon tulee olla laadukasta, oikea -aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. Kaikissa HUS-yksiköissä organisaation asettamien arvojen tulisi ohjata hoitoa riippumatta hoidettavasta sairaudesta tai organisaation toimipisteestä. (HUS strategia 2011-2016.) Myös laki potilaan oikeuksista velvoittaa, että potilaalle tarjotaan hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa riippumatta asuinpaikastaan (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992; Etene kannanotto alueellisesta yhdenvertaisuudesta 2014).

2.2 Lohjan sairaanhoitoalue ja Lohjan sairaalan dialyysiyksikkö

Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluvat Lohja (47 700 asukasta), Vihti (29 000 asukasta), Karkkila (9000 asukasta) ja Siuntio (6 200 asukasta). Yhteensä asiakaspohja on siten noin 92 000 asukasta (1.1.2014 tilanne). (Astala 2014.) Lohjan sairaanhoitoalue on jaettu eri tulosyksiköihin, joita ovat medisiininen, operatiivinen, naistentautien, psykiatrinen ja akuuttihoidon tulosyksikkö. Dialyysiyksikkö on osa medisiinistä tulosyksikköä. (Lohja organisaatiokaavio 2016.)

Lohjan sairaalan dialyysiyksikkö on poliklinikka, jossa hoidetaan hemodialyysihoitoa tarvitsevia potilaita. Dialyysiyksikön henkilökunta koostuu yhdeksästä sairaanhoitajasta ja osastonhoitajasta. Sihteeri ja lääkäri työskentelevät dialyysin lisäksi myös nefrologian poliklinikalla. Henkilökunnan vaihtuvuus yksikössä on vähäistä. Dialyysiyksikössä on virallisesti 31 potilaspaiikkaa, mutta tilanteen niin edellyttäessä potilaita hoidetaan virallista paikkamäärää enemmän. Yksikön potilaat ovat kroonisesta munuaisten vajaatoiminnasta kärsiviä potilaita, jolloin myös hoitosuhteet ovat pitkäkestoisia. Osalla voi olla dialyysihoitoa takana kymmenenkin vuotta. Dialyysiyksikössä hoidetaan ensisijaisesti Lohjan alueen hemodialyysihoitoa tarvitsevia potilaita, mutta tällä hetkellä hoidossa on potilaita myös muista HUS-alueen kunnista. Tilanne vaihtelee jonkin verran riippuen muiden hemodialyysiä tarjoavien yksiköiden tilanteesta. Omien potilaiden lisäksi yksikössä käy myös potilaita muista sairaanhoitopiireistä ja ulkomailta lomodialyysiseissä. (Erkkilä 2016.) Vuonna 2015 yksikössä tehtiin noin 4700 dialyysihoitoa

(HUS-total 2015). Dialyysiyksikössä hoitoja toteutetaan kahdessa vuorossa. Maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin hoitoja on sekä aamulla että illalla. Tiistaisin, torstaisin ja lauantaisin hoitoja on ainoastaan aamuvuorossa. Sunnuntaisin yksikkö on suljettu. Dialyysiyksikössä on käytössä omahoitajamalli. Jokaisella hoitajalla on nimettynä 3-4 omaa potilasta, joita he mahdollisuuksien mukaan hoitavat vuorossaan. Omahoitaja koordinoi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja osallistuu esimerkiksi hoitopalaverihin yhdessä potilaan, lääkärin ja omaisten kanssa. Dialyysiyksikön hoitohenkilökunnan lisäksi potilaan hoitoon osallistuvat tarvittaessa sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti ja diabeteshoitaja. (Erkkilä 2016.)

2.3 Dialyysiyksikön yhteistyökumppanit

Hemodialyysipotilaan hoito on monivivahteista ja siihen kuuluu monia eri osa-alueita. Kansainvälisen munuaispotilaan hoitosuosituksien vuonna 2013 laatinnut Kidney disease improving global outcomes (KDIGO) suosittelee, että potilaan tulisi saada ravitsemukseen, taloudellisiin, sosiaalisiin sekä henkiseen puoleen liittyvää ohjausta muun hoitonsa tueksi. Tämän takia potilasta hoitaa dialyysiyksikössä eri ammattihenkilöistä koottu ryhmä. Tällä tavalla pystytään antamaan potilaalle paras mahdollinen hoito jokaisella osa-alueella. (KDIGO 2013a, 14.) Moniammatillisen ryhmän tuella ja hoidolla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia potilaille, kuten esimerkiksi sairaalapäivien ja kuolleisuuden vähentyminen sekä vajaatoiminnan etenevän hidastuminen. Tätä kautta myös kustannuksiin on saatu säästöä. (Turner, Bauer, Abramowitz, Melamed & Hostetter 2011.)

Dialyysiyksikön moniammatillisen ryhmän lisäksi potilaalla voi olla muitakin hoitavia tahoja. Potilailla on usein muitakin taustasairauksia ja he ovat infektioherkempiä hemodialyysihoidon ja siinä käytettävien veriteiden takia. Yllättävien infektioiden, taustasairauksien pahentumisen tai yleisen fyysisen toimintakyvyn muutos saattaa johtaa siihen, että potilasta hoidetaan erikoissairaanhoidon vuodeosastolla, terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla tai kotihoidon asiakkaana. Lohjan sairaanhoitoalueella yleisimmät yhteistyökumppanit tällä hetkellä ovat Lohjan sairaalan sisätautiosasto 4, Lohjan terveystieteiden keskuksen vuodeosasto 5 sekä Vihdin ja Karkkilan muodostaman Perusturvayhtymä Karviaisen vuodeosastot. Näiden lisäksi potilas voi olla HYKS-alueen erikoissairaanhoidon tai perusterveydenhuollon palveluiden piirissä riippuen hänen sairaudestaan tai ongelmastaan. Potilaita on muualtakin kuin omalta sairaanhoitoalueelta ja heidän jatkohoitopaikkansa määräytyy pääsääntöisesti asuinkunnan mukaan. Potilasryhmänä hemodialyysipotilaat edustavat suppeaa erikoisalaa, jonka hoidosta yhteistyökumppaneiden hoitohenkilökunnalla ei ole välttämättä kokemusta. Hemodialyysipotilaan itsehoito on koko hoidossa keskeisessä roolissa, joten kunnon ja voimien heiketessä oman jatkohoitopaikan henkilökunnan on hyvä hallita hoidon keskeiset erityispiirteet. (Haapala 2016.)

2.4 Tiedonkulku

Tietoa voidaan siirtää eri tavoilla. Yleisimmin sitä siirretään suullisesti, kirjallisesti tai näiden yhdistelmällä. Raportointitavoista tehdyistä tutkimuksista ilmenee, että tieto voi olla erilaista riippuen siitä, onko se suullista vai kirjallista. Eri raportointitavoissa painotetaan erilaisia asioita, vaikka samat asiat olisivat kirjattu ylös tai puhuttu ääneen. (Saranto ym. 2007, 159 - 161; Johnson, Carta & Thronson 2015; Johnson ym. 2013.) Tiedonsiirrolla on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta (Holly & Poletick 2013). Suullisesti kerrottaessa voidaan enemmän puhua esimerkiksi hoitajan tekemistä huomioista, joista ei ole potilaan potilastiedoissa kirjallista mainintaa. Tämä vähentää tiedonsiirron luotettavuutta, koska asiaa ei voida tarkistaa jälkepäin mistään. Tämän takia raporttia vastaanottava henkilö voi saada erilaisen käsityksen potilaan hoitoon liittyvistä asioista. (Saranto ym. 2007, 159 - 161.)

Potilaasta tehtävää kirjaamista ohjaavat useat eri lait. Näissä lakiteksteissä on määritelty tarkasti potilaan kirjaamista ohjaavat asiat. (Henkilötietolaki 1999/523; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007/159). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista (2009) määrittelee tarkasti kuka tai ketkä saavat tehdä merkintöjä potilaan tietoihin, mitä tietoja potilaasta pitää kirjata ja kuinka usein. Potilaasta tehtyjen kirjausten perusteella pitää pystyä selvittämään mitä, miksi, koska ja kuka on tehnyt mitä potilaan hoidossa. Näiden tietojen lisäksi kyseinen laki määrittelee, mitä tietoja täytyy siirtää potilaan jatkohoidon ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Näiden asioiden lisäksi tiedonkulkua ohjaavat potilaan antamat suostumukset tai kiellot hänestä tehtyjen potilasasiakirjamerkintöjen luovuttamisesta (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 2007/159). Potilaan asioita hoidettaessa täytyy muistaa myös, että potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettävää materiaalia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Sähköisen kirjaamisen lisääntyminen on otettu huomioon määriteltäessä kunkin toimijan roolia ja tehtävää valtakunnallisessa tietojärjestelmäpalvelun ylläpitämisessä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 255/2015).

Potilasturvallisuuden näkökulmasta hyvällä kirjaamisella ja siihen liittyvällä tiedonkululla on merkittävä rooli potilaan laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutumisessa (THL potilasturvallisuusopas 2011, 26). Sujuva tiedonkulku on yksi keskeisimpiä asioita potilaan hoidossa. Puutteellinen, virheellinen tai hankalasti löydettävissä oleva tieto hidastaa potilaan hoitoa ja saattaa aiheuttaa pahimmillaan hoitovirheitä. (Johnson ym. 2015; Holly & Poletick 2013.) Tiedonkulkuun liittyvät haittavaikutukset ovat yleisiä (Johnson ym. 2013). Suomessa käytetään yleisesti Haiipro-ohjelmaa, joka on raportointimenettely ja tietotekninen työkalu potilasturvallisuuteen liittyvissä vaaratilanteissa. Haiipro on käytössä yli 200:ssä erikokoisessa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä ympäri Suomen. Sen tarkoituksena on toiminnan kehittäminen

sitä käytävissä yksiköissä. (Haipro Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä.) Pitkäsen ym. (2014) mukaan, lääkeshoidosta tehtyjen Haipro-ilmoitusten taustalta löytyi usein puutteellinen tiedonkulku tai tieto ei kulkenut organisaatiosta toiseen. Tämä korostui erityisesti lääkeshoidon määräämiseen ja antoon liittyvissä virheissä. Vuonna 2014 tammi-toukokuun aikana tehdyistä Haipro-ilmoituksista, kolmanneksi eniten tehdyistä ilmoituksista HUS -tasolla liittyi tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. Määrällisesti katsottuna se oli myös huomattava. Tätä asiaa ollaan parantamassa HUS -tasolla tekemällä muutoksia kirjaamiseen. (Saloranta 2014.)

2.5 Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoilla on merkittävä rooli tiedonkulussa. Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon ja toteuttamisen järjestämiseksi käytettyjä tai tehtyjä asiakirjoja, jotka sisältävät potilaan terveydentilaa tai henkilökohtaisia asioita sisältäviä tietoja. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 313; Saranto ym. 2007, 12; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Potilaasta tehtäviin potilasasiakirjoihin tulee kirjata tarpeelliset ja riittävät laajat tiedot. Laki määrittelee vähimmäistason, joka potilasasiakirjoista tulee löytyä. Riittävä kirjaaminen mahdollistaa mahdollisimman hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen sekä seurannan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus, joka pitää sisällään esimerkiksi potilaasta tehdyt läheteet, hoitoon ja tutkimuksiin liittyvät tiedot sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia koskevat tiedot. Muita potilaskertomukseen kirjattavia tietoja ovat erilaiset lausunnot ja todistukset. Terveydenhuollon asiakirjoista 80 % on potilasasiakirjoja. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilasasiakirjoihin on kirjattu kaikki oleellinen tieto. Potilasasiakirjoihin kirjattavan tekstin tulee olla sellaista, että potilas tai hänen edustajansa ymmärtää tekstin sisällön. (Niemi ym. 2006, 313 -316; Valvira potilasasiakirjat 2008.)

Riittävä kirjaaminen on tärkeää hoitohenkilökunnan ja potilaan oikeusturvan kannalta, jos hoitoon liittyvistä asioista kannellaan tai niitä pitää muuten selvittää jälkeenpäin. Tämän takia merkinnät potilasasiakirjoihin on tehtävä selkeästi, miten hoito toteutettiin eri vaiheissa, kenen toimesta sekä miten potilaan oikeudet otettiin huomioon hoidon eri vaiheissa. (Valvira, potilasasiakirjat 2008; Saranto ym. 2007, 15; Saranto ym. 2007, 35 - 36; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Hyvän ja riittävän kirjaamista hyötyjä voidaan miettiä myös muilta kuin potilaan kannalta. Kirjaamisen ajatellaan tuovan tietoa myös tilastonäkökulmasta, hoitotyön kirjaamisen laatuajattelun kannalta sekä taloudelliselta puolelta. (Saranto ym. 2007, 187 - 189.)

Sähköinen potilastietojärjestelmä on tarkoitettu tukemaan edellä mainittuja potilasasiakirjoihin kirjattujen tietojen käyttöä päivittäisessä hoidossa. Kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla

ammattiryhmillä on mahdollisuus käyttää potilasasiakirjoihin kirjattuja tietoja. (Niemi ym. 2006, 313.) Sähköinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa myös sen, että viestintätyyli on muuttunut suullisesta kirjallisempaan muotoon (Saranto 2007, 157). Potilasasiakirjojen tarkoituksena on suunnitella, toteuttaa ja arvioida potilaan saamaa hoitoa ja neuvontaa. Tavoitteena näille kirjaamisille on, että tiedot olisivat helposti saatavilla ja käytettävissä niitä tarvitseville. Lisäksi niiden tulisi olla asianmukaisia, selkeitä ja yksiselitteisiä. Hyvällä kirjaamisella edistetään potilaslähtöistä hoitotyötä sekä varmistetaan juridinen oikeellisuus ja vastuu. Sähköisen kirjaamisen etuja ovat kirjaamisen yhtenäistäminen, tiedon siirtymisen helpottaminen sekä potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen. (Niemi ym. 2006, 314 - 316.)

Kirjaamista toteutettaessa kirjaajan tulisi harkita, minkälaisia tietoja potilaasta tulisi kirjata ja mitkä ovat hänen hoidossaan oleellisia tietoja. Hoitotyön kirjaaminen pohjautuu hoitotyön päätöksentekoon, jonka tulisi ohjata miten ja miksi tiettyjä asioita potilaasta kirjataan. Yleisesti ottaen kirjaamisen tulisi olla avointa, nopeaa, ymmärrettävää ja informatiivista. Kirjaamisen tulisi sisältää ainoastaan potilaan hoitoon liittyvät oleelliset asiat. Näiden asioiden toteutuessa voidaan luottaa, että tietojen vastaanottaja kykenee jatkamaan potilaan hoitoa ja ottamaan siitä vastuun. (Niemi ym. 2006, 314 - 316.) Hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisinta on, että tieto siirtyy paikasta toiseen ongelmitta ja potilaan ei tarvitse osallistua tiedonsiirtoon (Saranto ym. 2007, 131). Huonoimmillaan puutteellinen tai hankalasti löydettävissä oleva tieto voi saattaa potilaan vaaraan tai hidastaa hänen saamaansa hoitoa (Saranto ym. 2007, 156 - 157; Johnson, Carta & Thronson 2015). Toimivat ja helppokäyttöiset sähköiset järjestelmät edesauttavat sujuvan tiedon kirjaamista (Saranto ym. 2007, 189; Beckham, Schaar & Riedford 2015). Tämän lisäksi ne parhaimmillaan auttavat yksikkö- ja organisaatiotasolla toiminnan suunnittelua ja kehittämistä (Saranto 2007, 199).

HUS:n vuonna 2011 laatima käsikirja laadukkaasta hoitotyön kirjaamisesta tulisi ohjata kirjaamista kaikissa yksiköissä HUS-tasolla. Sieltä selviää mitä, minne ja millä tavalla potilaan tietoja pitäisi kirjata potilasasiakirjoihin. Monisairailta potilailta voi olla useampi avoinna oleva hoitokertomus, riippuen sairaudesta tai hoitoa vaativasta asiasta. Tämä johtaa siihen, että myös oman potilastietojärjestelmän sisällä tietoa pitää ajoittain hakea. Tietoa hakevan pitää löytää juuri oikea hoitokertomus, jonka alle tarvittava tieto on kirjattu. Kirjaamiseen vaikuttavat myös eri erikoisalojen erilaiset tarpeet, joilla potilaille taataan hyvä ja laadukas hoito. (HUS laadukas käsikirja hoitotyön kirjaamiseen 2011.) Yhteisten pelisääntöjen sopiminen on järkevää myös päällekkäisen kirjaamisen vähentämiseksi. Riittävällä ja selkeällä kirjaamisella varmistetaan joustava ja jatkuvuutta edistävä hoito potilaalle. Potilaan tiedot ja hoitosuunnitelmat ovat helposti löydettävissä hoitavien tahojen kesken viiveettä ja potilas voi luottaa siihen, että häntä hoitavilla ammattihenkilöillä on riittävät tiedot käytössään. (Saranto ym. 2007, 127 - 132; Saranto ym. 2007, 169 - 171.) Tältä pohjalta ajateltuna hemodialyysipotilaan

hoidosta tehtävien kirjauksien ja merkintöjen pitäisi minimissään liittyä keskeisiin hoidon kulmakiviin. Tulevaisuudessa mittava uudistus sähköiseen potilaskertomukseen on Apotti-potilas-tietojärjestelmä, jossa HUS on mukana usean muun Uudenmaan alueen kunnan kanssa (Apotti-hanke 2016).

2.6 Tiedonkulun haasteet ja vahvuudet eri yhteistyökumppaneiden välillä

Jokaisessa organisaatiossa on erilainen toimintakulttuuri, joka heijastuu siihen miten toimitaan, viestitään, hoidetaan arkipäivän asioita ja pidetään yhteyttä yhteistyökumppaneihin. Useimmissa organisaatioissa on määritelty strategia tai arvot, jotka ohjaavat organisaation toimintaa ja esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytystä. (Niemi ym. 2006, 245 - 246.) HUS on määritellyt omiksi arvoikseen ihmisen yhdenvertaisuuden, potilaslähtöisyyden, luovuuden ja innovatiivisuuden, korkean laadun ja tehokkuuden sekä avoimuuden, luottamuksen ja keskinäisen arvostuksen (HUS strategia 2012-2016). Nämä ovat laajoja kokonaisuuksia ja oleellista onkin, mitä ja miten ne käytännön työssä näkyvät. Eri organisaatioiden kohdatessa, korostuvat myös yksilölliset toimintakulttuurit. Oleellista näissä tilanteissa on huomioida, että kaiken toiminnan keskiössä olisi potilas ja hänen laadukas hoitonsa. (Saranto 2007, 28.)

Potilaan hoidon eri vaiheissa yksittäistä työntekijää pitäisi johdattaa oma ammattietiikka ja kollegiaalinen arvostus toista toimijaa kohtaan. Kollegiaalisuudella tarkoitetaan ammattilais-ten välisiä suhteiden merkityksiä, joita ovat esimerkiksi luottamus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja kohtuus. Sairaanhoidajalle kollegiaalisuus määritellään laissa, jossa todetaan hänen ammattieettisiin velvollisuuksiinsa kuuluvan väestön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.) Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa (1996) todetaan edellä mainittujen asioiden lisäksi, että sairaanhoidajan täytyy toimia siten, että hän kohtelee kaikki samalla tavalla riippumatta heidän taustoistaan. Hän pyrkii hyvään yhteistyöhön muita potilasta hoitavien tahojen kanssa sekä kunnioittaa muiden asiantuntijoiden osaamista. Hän kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja antaa hänelle mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Sairaanhoidajien työ on potilaskeskeistä ja hyvän hoitotuloksen saavuttaminen vaatii kollegoiden sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen potilaan parhaaksi. (Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 1996.)

Potilasta hoitavien toimijoiden välisen tiedonkulun parantamiseksi on tehty lukuisia uudistuksia. Tarkasti lailla säädellyt tietosuoja ja salassapito kuitenkin hankaloittavat tietojen siirtymistä eri organisaatioiden välillä. Sujuvan tiedonkulun etuja ovat hoidon jatkuvuuden, laadun ja potilasturvallisuuden parantuminen, kun kaikilla hoitavilla tahoilla potilaan hoitoa koskevat riittävät tiedot käytettävissään. (Silvennoinen-Nuora 2010, 105 - 109; Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 18.)

Sujuvan tiedonkulun turvaamiseksi eri organisaatioiden sekä potilaiden ja häntä hoitavien tahojen välillä ovat asteittain tulossa KanTa -palvelut. KanTa -palvelussa sähköiset potilastiedot tulevat näkyviksi potilaalle sekä terveydenhuollolle viiveettä. (Potilastiedon arkisto KanTa 2016.) Tähän järjestelmään kirjautuvat tiedot ovat siten käytettävissä muualla kuin omassa organisaatiossa. Tällä pyritään muuttamaan tiedon tyyppiä organisaatiolähtöisestä potilaslähtöisen tiedon suuntaan. Tiedon hakeminen KanTa-palvelusta edellyttää rakenteista kirjaamista, jotta tieto on sieltä löydettävissä mahdollisimman helposti. Uudistuksesta toivotaan olevan hyötyä kaikille osapuolille. Terveydenhuollon henkilökunnalle uudistuksen toivotaan parantavan potilaista saatavan tiedon laatua, kun kirjaaminen noudattaa yhtenäistä rakennetta ja vakiintuneita käytänteitä. Tältä pohjalta tiedon hakemisen pitäisi myös helpottua. Potilaalle uudistuksen hyvä puoli näyttäytyy siten, että rakenteisesti kirjoitettu tieto parantaa hoidon jatkuvuutta ja yhdenmukaistaa kirjaamista yli organisaatorajojen. Yli organisaatorajojen liikkuva tieto myös parantaa potilasturvallisuutta ajan tasalla olevan tiedon ansiosta. (THL Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen 31/2014, 27 - 28.)

Tantun (2007) mukaan tärkeimmät tiedonkulun kehittämiskohteet ovat asiakaslähtöisyys, hoitoketjuajattelun sisäistäminen ja hoitoketjussa kulkevan tiedon hallinta. HUS on linjannut asiakaslähtöisyyden yhdeksi arvokseen strategiassa, mutta näkyykö tämä koko organisaation käytännön hoitotyössä? Lohjan sairaanhoitoalueen hoitotyön toiminta- ja toteutussuunnitelmaan vuodelle 2015 on kirjattu, että yksi hoitotyön tavoitteista on tukea HUS:n sisällä sekä eri organisaatioiden välillä toimivia palveluketjuja. Tämän toteutumiseksi yhtenä tavoitteena on edistää potilaan hoitoon liittyvää tiedonkulkua sovittujen kirjaamisohjeiden mukaan. Tiedonkulun pohjana ja mittarina hyväksikäytetään kirjaamisen auditoinnin tuloksia vuodelta 2014. (Lohjan sairaanhoitoalueen hoitotyön toiminta- ja toteutussuunnitelma 2015.) Vuoden 2014 Lohjan osuutta tarkasteltaessa on havaittavissa, että kehitettävää löytyy kirjaamisen suhteen (Lohjan sairaanhoitoalueen kirjaamisen auditointi 2014). Keväällä 2016 toteutettiin uusi kirjaamisen auditointi, ja se toteutui myös dialyysiyksikössä. Tulosten mukaan kirjaamisessa on useita kehittämiskohteita. (Erkkilä 2016.) Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle ei ole tehty virallista hoitoketjua HUS Lohjan sairaanhoitoalueella (Hoitoketjut 2016). Onko heitä hoitavilla terveydenhuollon ammattilaisilla selkeä käsitys siitä, mitkä tahot tämän potilasryhmän hoitoon osallistuvat, missä vaiheessa ja mitä tietoja heidän hyvän hoitonsa toteuttamiseen tarvitaan? Hyvä kirjaaminen on hyvän tiedonkulun perusta yhteistyökumppaneiden ja dialyysiyksikön välillä.

2.7 Tiedonkulun nykytila dialyysiyksikössä

Tällä hetkellä Lohjan sairaanhoitoalueen perusterveydenhuollossa on oma sähköinen järjestelmänsä ja HUS -alueella omansa. Kahden eri järjestelmän käyttö ja sieltä tiedon hakeminen on aikaa vievää ja työlästä. Käytännössä vain osalla dialyysiyksikön henkilöstöä on mahdollisuus

nähdä toisesta organisaatiosta tulevien potilaiden tietoja. Potilaat voivat tulla taksilla tai ambulanssilla toisesta hoitopaikasta dialyysihoitoon, jolloin tietoa ei voida hoitavien tahojen välillä suullisesti siirtää. Tällöin dialyysiyksikön hoitohenkilökunta on ainoastaan potilaan mukana tulevien tietojen varassa. Yleisimmin nämä potilastiedot ovat lääkelistoja, lääkärin tekstejä tai niin sanottu reissuvihko, johon kummankin hoitavan tahon hoitajat kirjoittavat oleellisia tietoja potilaan voinnista, esimerkiksi nukkumisesta, syömisestä, liikkumisesta tai vitamiinilintoimintoihin kohdistuvista mittauksista. Muita vihkoon kirjattavia tietoja ovat esimerkiksi jatkohoitoon liittyvät asiat ja tulevat tutkimukset. Vihkoon kirjoitetaan puolin ja toisin myös selvitettäviä asioita potilaan hoitoon liittyen. Dialyysiyksikön henkilökunta ei aina kirjaa potilastietojärjestelmään, mitä tietoa vihkoon on laitettu potilaan mukana lähtevälle yksikölle. Samassa organisaatiossa tiedonkulku tapahtuu pääsääntöisesti potilasjärjestelmän kautta kirjattuna hoitokertomukseen, keskeisiin tietoihin tai moniammatillisten määräysten alle. (Erkkilä 2016.)

2.8 Hemodialyysipotilaan tiedonkulkuun liittyvät keskeiset asiat

2.8.1 Krooninen munuaisten vajaatoiminta

Krooninen munuaisten vajaatoiminta on tila, jossa munuaisten suodatuskyky on alentunut. Suodatuskyvyn alentumisen takia elimistöön jää kuona-aineita, nesteitä ja muita epäpuhtauksia. (Pasternack 2012, 433 - 444.) Munuaisten vajaatoimintaa on kahta eri muotoa. Toinen on akuutisti alkava vajaatoiminta, josta munuaiset voivat vielä toipua joko itseksensä tai dialyysihoidon avulla. Toinen muoto on krooninen, joka kehittyy hiljalleen pitkän ajan kuluessa. Akuutti vajaatoiminta voi myös muuttua krooniseksi vajaatoiminnaksi. Lähes jokaisen hemodialyysipotilaan eli veriteitse tapahtuvan keinomunuaishoidon taustalta löytyy krooninen munuaisten vajaatoiminta. Krooniselle munuaisten vajaatoiminnalle on useita syitä, joista yleisin on diabeteksen pohjalta kehittynyt nefropatia eli munuaisten vajaatoiminta. Muita syitä vajaatoiminnalle ovat perinnölliset taudit, esimerkiksi munuaisten monirakkulatauti eli polykystinen munuaistauti, verisuonien tulehdustaudit eli vaskuliitit ja munuaiskerästulehdukset eli glomerulonefriitit sekä hoitamaton verenpaine ja verisuonten kalkkeutuminen. Vajaatoimintaa hoidetaan sen perusteella mikä tauti tai tila vajaatoiminnan aiheuttaa. (Alahuhta ym. 2008, 46 - 62; Saha 2012.)

Munuaistoiminnan heikkenemisen etenemisnopeus on hyvin yksilöllistä. Siihen vaikuttaa osaltaan taustalla oleva munuaissairaus sekä muiden perussairauksien hoito. Yleensä eteneminen tapahtuu tasaisesti mutta äkilliset infektiot, elimistön kuivuminen, kohonnut verenpaine sekä vääränlainen lääkehoito saattavat nopeuttaa rajustikin vajaatoimintaa. (Alahuhta ym. 2008, 38.)

Yksilöllisen taudin etenemisen takia tautia sairastava saattaa huomaamattaan tottua vähitellen esiintyviin moninaiisiin oireisiin. Yleisempiä niistä ovat turvotukset, kutina, anemia, elimistöön jäävän fosforin aiheuttama valtimoiden kalkkeutuminen sekä häiriöt rasva-aineenvaihdunnassa. Kaksi viimeisintä oiretta lisäävät sepelvaltimotautiin sairastumista. Muita oireita ovat oksentelu, pahoinvointi sekä ruokahaluttomuus, jotka lisäävät riskiä ravitsemustilan huononemiseen. Päänsäryn, sydänoireiden tai epämääräisen hengenahdistuksen taustalta voi löytyä kohonnut verenpaine, joka on yleisin oire vajaatoimintapotilailla. (Alahuhta ym. 2008, 36 - 38; Pasternack 2012, 455 - 494.)

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle potilaalle on tyypillistä myös erilaiset liitännäissairaudet kuten sydän- ja verisuonitaudit. Nämä lisäävät riskiä verisuoni- ja aivotapah-tumiin. (Taddei, Nami, Bruno, Quatrini & Nuti 2011; Turner ym. 2011.) Hemodialyysipotilaiden kuolleisuutta analysoitaessa edellä mainitut sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisempiä syitä kuolleisuuteen (Kauric-Klein 2012; Hammes, 2015). Olennaisin hoito on verenpaineen ja liitännäissairauksien mahdollisimman hyvä hoito. Niiden hyvällä hoidolla saavutetaan paras vajaatoimintaa estävä ja hidastava vaikutus. (Alahuhta ym. 2008, 46 - 62; Saha 2012; Rauta 2013; KDIGO 2013a, 9 - 12.) Lievästikin kohonnut verenpaine nopeuttaa munuaissairauksien etenemistä ja munuaissairaudet edistävät kohonneen verenpaineen kehittymistä (Kohonnut verenpaine: Käypä hoito suositus, 2014; Azushima ym. 2014; Eckhardt, Coresh, Devuyt, Johnson & Köttgen 2013). Kaikki hoitomuodot pyrkivät tukemaan vajaatoiminnan takia heikentyneitä munuaisten toimintoja. Edellä mainittujen lisäksi hoidon keskiössä ovat oikeanlainen ruokavalio, tehokas ja oikea-aikainen lääkehoito sekä potilaan ja hänen lähipiirin tukeminen kaikissa sairauden vaiheissa. (Rauta 2013; KDIGO 2013a, 9 - 12.)

2.8.2 Veritiet

Hemodialyysin toteuttamista varten tarvitaan hyvin toimiva veritie. Sopivin veritie arvioidaan ja valitaan yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. (Heiskanen, 2013.) Hemodialyysia voidaan toteuttaa kolmen erilaisen veritien kautta. Yleisin veritie on niin sanottu av-fisteli, jossa käden valtimo- ja laskimoverisuoni yhdistetään toisiinsa. Tämän kirurgisen toimenpiteen ansiosta verisuoneen saadaan riittävä verenvirtaus hemodialyysin toteuttamista varten. Arterian ja laskimon yhdistymiskohdassa on tunnettavissa niin sanottu svirri, jota voidaan tunnustella ihon läpi tai kuunnella stetoskoopilla. Muutos svirrissä on yleensä merkki siitä, että fistelikädessä on tapahtumassa muutos. Yleisimmin kyse on tulehduksesta tai suonon tukkeutumisesta. Muuttuneeseen svirriin on reagoitava välittömästi, sillä pahimmillaan tila voi johtaa fistelin menettämiseen. Tämän takia potilaiden tulee osata myös itse seurata fistelin toimintaa, jolloin he osaavat reagoida muutokseen. (Alahuhta ym. 2008, 77 - 78; Cantt journal 2015, 11.) Potilaille pyritään rakentamaan ennen dialyysihoitoa fisteli, mikäli munuaisten vajaatoiminnan ennustetaan johtavan dialyysihoitoon. Näin dialyysin aloittaminen on helpompaa veritien

ollessa valmiina. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja voi kohdata potilaita, joilla on fisteli, vaikka he eivät käy dialyysihoidossa. (Cantt journal 2015, 11.)

Toinen yleinen hemodialyysissä käytettävä veritie on Gore- tex- materiaalista valmistettu keinosuoni, joka yhdistetään kirurgisesti valtimon ja laskimon välille. Tämä veritie on nimeltään graftti ja se on tunnettavissa selkeästi ihon läpi. (Alahuhta ym. 2008, 79.) Graftti on vierasesine potilaan elimistössä, minkä takia graftit ovat alttiimpia infektioille ja tukoksille verrattuina fisteleihin (Alahuhta ym. 2008, 79). Kummatkin yllä kuvatuista veriteistä pyritään tekemään potilaan ei-dominoivaan käteen. Veritiellä varustetusta kädestä ei saa ottaa verenpainetta, verinäytteitä eikä laittaa iv- kanyylia. Näiden lisäksi kireitä sidoksia tai muita vastaavia tulee kädessä välttää. (Alahuhta ym. 2008, 79; Cantt journal 2015, 11.)

Kolmas veritie on dialyysikatetrit, joita ovat väliaikainen (käyttöaika enintään kuukausi) ja tunneloitu katetri (pitkäaikaisempi). Väliaikaiset katetrit asetetaan yleisimmin kaulan alueen verisuoniin. Väliaikainen katetri kiinnitetään ompeleilla ihoon kiinni koko katetrin käyttöajaksi. Väliaikaiset katetrit ovat infektioltaan alttiimpia kuin tunneloidut katetrit. Kuukauden käytön jälkeen täytyy harkita vaihtoehtoista veritietä tai uutta väliaikaista katetria hemodialyysin toteuttamiselle. Väliaikaiseen katetriin joudutaan turvautumaan yleisimmin silloin kun hemodialyysihoito aloitetaan akuutisti tai potilaan veritietä ei voida käyttää esimerkiksi infektion tai tukoksen takia. (Alahuhta ym. 2008, 80 - 81.)

Tunneloitu dialyysikatetri asetetaan yleisimmin kaula- tai solislaskimoon siten, että katetrin pää on sydämen oikeassa eteisessä. Tällä varmistetaan se, että virtaus on riittävä hemodialyysin toteuttamista varten. Joskus tunneloitu katetri joudutaan asettamaan nivuseen, mikäli ylävartalon verisuonia ei voida käyttää tähän tarkoitukseen. Tunneloidun katetrin siivekkeet ommellaan ompeleilla ihoon kiinni. Ompeleet voidaan poistaa sen jälkeen, kun katetrissa oleva materiaali on kiinnittynyt verisuoneen. (Alahuhta ym. 2008, 80 - 81.) Katetreissa käytetään käyttövälien aikana niin sanottua lukkoainetta, jonka tarkoitus on pitää katetri toimintakuntoisena seuraavaa hemodialyysia varten.

2.8.3 Ravitseminen

Ravitsemushoito on yksi tärkeä osa kroonisen munuaistaudin hoidossa dialyysin ja lääkehoidon rinnalla. Munuaispotilaan ruokavalio poikkeaa tavanomaisesta ravitsemussuosituksesta, joten sen omaksuminen tuottaa usein haastetta potilaille. Yleisimmät rajoitukset liittyvät kaliumiin, proteiiniin ja fosforiin. Potilaiden ruokavaliossa voi olla eroavaisuuksia sen mukaan, minkä asioiden suhteen heillä on ongelmia. Hyvän ruokavalion tavoitteena on pitää nesteen ja kuona-aineiden määrä optimaalisella tasolla elimistössä.

Kaliumtasapainon häiriöt ovat tyypillisiä vajaatoiminnassa. Kaliumia erittyy virtsaan, joten sitä täytyy rajoittaa viimeistään siinä vaiheessa, kun munuaisten toiminta on loppunut lähes kokonaan. Liian korkea veren kaliumpitoisuus altistaa sydämen rytmihäiriöille sekä lihasjäykkyydelle. Kaliumia on eniten banaanissa, perunassa ja kasviksissa. Potilaan kärsiessä korkeasta kaliumtasosta pelkällä dialyysillä ei saavuteta riittävän hyvää kaliumtasoa, vaan sitä täytyy tukea ruokavaliolla. (Alahuhta ym. 2009, 120 - 121.)

Fosforin rajoitus ruokavaliossa perustuu munuaisten alentuneeseen kykyyn suodattaa sitä virtsaan. Tämän lisäksi korkea fosforipitoisuus häiritsee elimistön kalkkiaineenvaihduntaa. Tärkeimpiä lähteitä fosforille on maito-, liha- ja täysjyvätuotteissa sekä lisäaineissa. (Munuais- ja maksaliitto 2016; Alahuhta 2009, 119 - 120.)

Proteiinin tarve muuttuu vajaatoiminnan vaikeuden mukaan. Ennen dialyysin aloitusta proteiinin saantia joudutaan yleisesti rajoittamaan ja dialyysin aloittamisen jälkeen sen tarve lisääntyy, sillä proteiinia menetetään hemodialyysin seurauksena sekä kiihtyneen kudosproteiinin hajoamisen takia. (Munuais- ja maksaliitto 2016; Alahuhta ym. 2009, 118 - 119; KDIGO 2013a, 23.)

Nesteensaannin rajoittaminen on yksilöllistä ja riippuu jäljellä olevasta munuaistoiminnasta. Osa selviää hyvin ilman nesterajoitusta mutta joillekin se on tarpeen turvotusten estämiseksi. Dialyysipotilailla pidetään yleisesti rajana 800 ml nestettä vuorokaudessa oman virtsanerityksen lisäksi. Liiallinen nesteiden nauttiminen aiheuttaa haasteita sellaisen hemodialyysipotilaan hoitoon, jolla ei ole omaa virtsaneritystä jäljellä. Hoidon aikaiset komplikaatiot lisääntyvät, kun lyhyessä ajassa yritetään poistaa riittävä määrä nesteitä verenkierrosta. (Alahuhta ym. 2008, 85; Alahuhta ym. 2008, 122 - 123.)

Vajaatoimintapotilaan energiantarve voi kokonaisuudessaan laskea jonkin verran vähentyneen liikkumisen ja iän takia, mutta itse sairaus ei tee muutosta (Munuais- ja maksaliitto 2016). Hyvä painonhallinta tuo monella tapaa etuja potilaalle. Ylipaino lisää alttiutta sydän- ja verisuonitauteihin, vaikuttaa munuaistaudin etenemiseen sekä kokonaisnusteeseen. Reilu ylipaino vaikuttaa myös dialyysihoitomuotoon ja mahdolliseen munuaisensiirtoon. (Saha ym. 2010.) Rajoituksista huolimatta olisi tärkeää painottaa potilaille, että ruokavalio pitäisi yrittää pitää mahdollisimman monipuolisena. Monelle ruokavalion muuttaminen tuottaa haasteita ja he tarvitsevat apua sen sisäistämiseen hoitohenkilökunnalta tai ravitsemusterapeutilta. (Alahuhta ym. 2009, 114 - 117.)

2.8.4 Lääkehoito

Munuaisten vajaatoiminnan lääkehoito perustuu vajaatoiminnassa häiriintyneiden munuaisten tehtävien tukemiseen. Lääkehoito kohdistuu siten nesteenpoistoon, anemian korjaamiseen sekä verenpaineen ja kalsium- fosforitasapainon tasapainon tukemiseen. Useiden lääkeaineiden suodatus tapahtuu munuaisissa, joten vajaatoiminnassa annostukseen ja itse lääkevalmistukseen täytyy kiinnittää huomiota. Hemodialyysipotilaalla lääkityksen annosteluun vaikuttaa myös itse hemodialyysi. Osa lääkkeistä suodattuu elimistöstä pois hoidon aikana tai aiheuttavat sivuvaikutuksia hoitopäivänä, jolloin niiden ottoajankohtaa pitää muuttaa. (Pasternack 2012, 517 - 518.)

Hemodialyysihoidon aloittamisen jälkeen potilaan omaa munuaistoimintaa pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään. Tätä tuetaan osaltaan nesteenpoistolääkityksellä. Vajaatoiminnan edetessä oma virtsaneritys saattaa vähentyä niin olemattomaksi, ettei nesteenpoistolääkityksestä ei ole enää mitään hyötyä. (Helanterä 2008.)

Anemia on yleinen oire munuaisten vajaatoimintapotilailla. Punasolujen tuotantoon liittyvä erytropoietiinihormonin erityis häiriintyy vajaatoiminnassa. Tätä pyritään tukemaan erytropoiesia kiihdyttävillä lääkkeillä. Hemoglobiinin nostoon tarvitaan myös riittävää elimistön rautapitoisuutta, joka tukee hyvää hemoglobiinitasoa elimistössä. Tästä johtuen usealla hemodialyysipotilaalla on säännöllinen rautalääkitys. (KDIGO 2012, 283 - 285.)

Hankalahoitoinen verenpainetauti on yleinen munuaisten vajaatoimintapotilailla. Vajaatoiminnan etenemisen hidastamiseksi verenpaineen tehokas hoito on keskeinen asia. (Munuaistautirekisteri 2014; KDIGO 2013b, 357; Azusima ym. 2014.) Kuolleisuuden on todettu myös vähentyvän optimaalisella tasolla olevan verenpaineen ansiosta (Kovesdy ym. 2013). Hyvän verenpainetason saavuttamiseksi suolan käyttöön tulee kiinnittää huomioita. Liiallinen suolan käyttö nostaa verenpainetta, kerää nestettä elimistöön, josta seuraa sydämen rasituksen lisääntyminen. (KDIGO 2013b, 349 - 350.)

Munuaisten vajaatoimintapotilailla ilmenee jo sairautensa alkuvaiheessa monimutkainen fosfaatin, kalsiumin, d-vitamiinin ja lisäkilpirauhasen yhteistoiminnan häiriö. Tätä monisyistä häiriötä pyritään hoitamaan tehokkaasti komplikaatioiden välttämiseksi; Ilman kunnon lääkitystä verisuonten kalkkeutuminen ja luuston haurastuminen lisääntyy. (Levey & Coresh, 2012.)

Muita tyypillisiä lääkehoitoa vaativia asioita ovat rasva- aineenvaihdunnan häiriöt, joita hoidetaan kolesterolia alentavilla lääkkeillä ruokavalion ja liikunnan lisäksi (Helanterä 2008; KDIGO 2013c, 268). Hemodialyysissa vesiliukoiset vitamiinit suodattuvat osin pois hoidon johdosta. Riittävän vitamiinien saannin turvaamiseksi hemodialyysipotilaiden lääkehoitoon kuu-

luu sen takia vitamiinivalmiste. Hemodialyysihoidon toteuttaminen vaatii usein antikoagulantin eli veren hyytymistä estävän lääkkeen, jonka tehtävä on estää dialyysiaattorin eli keuhkojen tukkeutuminen. Tälle potilasryhmälle ne annetaan poikkeuksellisesti suoraan hemodialyysikoneeseen. Hemodialyysipotilaiden alentuneen vastustuskyvyn takia heidän suositellaan ottavan vuosittainen influenssarokote sekä pneumokokkrokote. (KDIGO 2013a, 26.)

2.8.5 Henkinen jaksaminen

Munuaisten vajaatoiminta on krooninen sairaus ja sen toteaminen potilaalle tarkoittaa lopuelämän kestävä hoitoa. Krooninen sairauden toteaminen tuo valtavasti uusia asioita omaksettavaksi ja käytännön elämään sovitettavaksi esimerkiksi omahoito-ohjeiden kautta. Uusien asioiden vastaanotto sekä niiden käsittely vie paljon potilaan voimavaroja. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan rooli kasvaa potilaan ohjaamisessa sekä hoitoon sitouttamisessa yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. Tärkeimpänä tavoitteena voidaan pitää potilaan omahoidon oppimista sekä kykyä elää pitkäaikaisen munuaissairauden kanssa. Hoidon alkuvaiheessa olisi järkevää tehdä hoitosuunnitelma, johon kirjataan kyseisen potilaan hoidon tärkeimmät asiat. (Martikainen 2012; Watson 2013.) Dialyysin aloittamisen jälkeen uusia asioita tulee valtavasti ja vanhat opitut asiat voivat muuttua erilaisiksi. Nämä ja useamman kerran viikossa tapahtuva dialyysihoito merkitsevät isoa osaa potilaiden fyysisessä ja henkisessä jaksamisessa, jota ei pidä väheksyä. (Watson 2013.)

3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia ja tietoa hemodialyysipotilaan tiedonkulusta dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita tiedonkulun sujuvoittamiseen sekä lisätä sitä kautta yhteistyökumppaneiden tietoisuutta tämän potilasryhmän hoidosta.

Tutkimus perustui seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälaista tietoa dialyysiyksikön henkilökunta tarvitsee lähettävältä yhteistyökumppanilta tarjotakseen hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle hemodialyysipotilaalle?

2. Minkälaista tietoa dialyysiyksikön henkilökunta haluaa vastaanottavan yhteistyökumppanin tietävän kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan hemodialyysipotilaan hoidosta?
3. Minkälaista tietoa dialyysiyksikön henkilökunta tarvitsee lähettävältä yhteistyökumppanilta tarjotakseen hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle hemodialyysipotilaalle?
4. Minkälaista tietoa dialyysiyksikön henkilökunta haluaa vastaanottavan yhteistyökumppanin tietävän kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan hemodialyysipotilaan hoidosta

3.1 Tiedonhaku

Tiedonhakua varten määriteltiin sanat, joiden ohjaamana tietoa lähdettiin hakemaan. Asia-sanoiksi valikoitiin alkuvaiheessa opinnäytetyön nimestä johdetut sanat, joista johdettiin myös synonyymeja. Hakusanoina olivat krooninen munuaisten vajaatoiminta, dialyysi, hemodialyysi, nefrologia, tiedonkulku, tiedonsiirto ja kirjaaminen. Englanninkielisiä hakusanoja olivat patient data, patient information, chronic kidney failure, chronic kidney disease, dialysis ja haemodialysis. Hausssa käytettiin myös katkaistuja sanoja. Opinnäytetyöprosessin edetessä tiedonhakua jatkettiin koko ajan. Aineistoa haettiin sähköisessä muodossa yleisimmistä tietolähteistä kuten EBSCO-host, Medic- ja Cinahl-tietokannoista, Hotus-julkaisuista, Terveystietokannasta, Käypä hoito- suosituksista sekä HUS -intranetistä. Lakipohjaa ja eettistä materiaalia haettiin ETENE:n ja Finlexin sivuilta. Verkkoaineisto rajattiin vuosille 2010-2016 välillä ilmestyneisiin julkaisuihin ja hakukielenä toimi ensisijaisesti suomi ja toissijaisesti englantia. Verkossa julkaistujen tietojen lisäksi tietoja haettiin aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta manuaalisesti. Julkaisuja rajattiin niin, että käytettävissä olivat sekä tiivistelmät että kokotekstit. Mukaan otetuissa aineistoissa kiinnitettiin huomiota siihen, että aineiston kirjoittajat ovat tunnettuja omalla alallaan ja verkkolähteistä haettu materiaali oli luotettavaa.

3.2 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullista tutkimusta hyödynnetään esimerkiksi kuvaamiseen, selittämiseen tai tilanteiden hahmottamiseen. Laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana pidetään yleisesti merkitysten keskeisyyttä. Siinä pyritään tulkitsemaan ja ymmärtämään merkityksiä tutkimusaineiston pohjalta. Toinen laadulliselle tutkimukselle ominainen piirre on ihmisten kokemusten tutkiminen, jotka liittyvät aikaan, paikkaan tai tilanteisiin. Ne ovat aina yhteydessä johonkin tiettyyn

asiayhteyteen. Ihmistä korostetaan kokonaisvaltaisena kokonaisuutena. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimustulokset ymmärretään tulkinnaksi aineistoista, joka on muutettu kirjoitettuun muotoon. Aineiston tulkitseminen tapahtuu jatkuvasti analyysin edetessä. Laadullisen tutkimuksen aineistot ovat tästä syystä yleensä pienempiä, jolloin niiden analysointi ja tulkinta on paremmin hallittavissa. (Vilkka 2011, 80 - 83.)

Tämä opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkielmana. Opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen tueksi sekä vahvistamiseksi haluttiin lisätä dialyysiyksikön henkilökunnalta saatavaa tietoa. Näkökulmaksi valittiin dialyysiyksikön henkilökunnan näkemys asiasta. Tämän tutkimustavan avulla saatiin luotettavaa tietoa kyseisen kohderyhmän käsityksistä ja tiedosta juuri kyseisen yksikön toiminnasta ja kehittämistarpeista. Edellisten perusteiden lisäksi laadullista menetelmää tässä työssä vahvisti se, että laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista ja näkemyksistä. Sitä voidaan käyttää tilanteissa, joissa tietoa ei ilmiöstä ei ole, tai siitä halutaan saada syvällisempi näkemys ja kuvaus (Kananen 2014, 23; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74 - 75; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 160 - 161; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2011, 82 - 83).

3.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa oleellisempi asia on aineiston laajuus kuin itsেমäärä (Vilkka 2015, 129). Haastattelulajeja on erilaisia, joita jaotellaan sen mukaan kuinka strukturoituja ne ovat. Ne voidaan jakaa kolmeen eri ryhmään, lomakehaastatteluun, teemahaastatteluun sekä avoimeen haastatteluun. (Hirsijärvi ym. 2009, 208 - 209; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 - 77.) Haastattelun etuna on se, että tarpeen vaatiessa aineistonkeruuta voidaan joustavasti säädellä esimerkiksi muuttamalla kysymysten tai teemojen paikkaa. Samoin voidaan syventää tai hakea perusteluja haastattelussa nousseista asioista eri tavalla kuin kyselylomaketta käytettäessä. Haastattelutilanteessa haastattelija on se, joka ohjaa haastattelun suuntaa ja pyrkii saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa haastatteluun osallistuvilta henkilöiltä. (Hirsijärvi ym. 2009, 204 - 206; Tuomi & Sarajärvi 2009, 72 - 74.) Tähän työhön valittiin eri haastattelulajien joukosta teemahaastattelu, koska sen uskottiin antavan paras tieto tutkittavasta ryhmästä ja haastattelija voi ohjata haastattelua oikeaan suuntaan.

Aineistonkeruumenetelmäksi valittu teemahaastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna. Sen etuna on, että tietoa saadaan kerralla useammalta ihmiseltä. Syvällisen tiedon saamiseksi tutkimukseen osallistuvien henkilöiden tuli täyttää tietyt kriteerit. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt valittiin harkinnanvaraisesti tarkoituksenmukaisella otannalla kehitettävästä yksiköstä riittävän tiedon saamiseksi. Työyksikön henkilökunta on paras asiantuntijaryhmä juuri

oman työnsä sisältönsä tuntemiseen ja kokemukseen, jota voidaan pitää laadullisen tutkimuksen perustana. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110 - 112; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85 - 86; Vilka 2015, 135.)

Aihe rajattiin niin, että vaikka vain osa osallistui tutkimukseen, saatiin riittävä tieto asiasta. Ryhmähaastattelussa on hyvät että huonot puolensa. Hyviksi puoliksi voidaan laskea, että ryhmän tuki voi auttaa muistamaan asioita ja samalla korjaamaan mahdollisia vääriä muistikuvia. Huonoiksi asioiksi voidaan todeta, että haastatteluun osallistuva ryhmä voi estää ryhmän kanalta kielteisten asioiden esille tulon sekä ryhmän dynamiikkaan liittyvät asiat voivat häiritä haastattelussa esille tulevia asioita. Ryhmässä on aina sanavalmiimpia ihmisiä, jotka yrittävät johtaa keskustelun suuntaa tai joiden ääni kuuluu eniten vastauksissa. Tämä täytyy ottaa huomioon tuloksissa ja johtopäätöksiä tehtäessä. (Hirsijärvi ym. 2009, 210 - 211.)

Haastattelun pitämisestä kerrottiin etukäteen yksikössä ja heille lähetettiin sähköpostitse saatekirje koskien haastattelua. Kukaan henkilökunnasta ei vastustanut siihen osallistumista. Muutama henkilö mietti, osaavatko he vastata haastattelussa esitettyihin kysymyksiin tarpeeksi kattavasti. Jokaisella yksikön työntekijällä on vankka ja pitkä työkokemus, joten sen puolesta kaikki olivat soveliaita osallistumaan haastatteluun. Haastatteluja päätettiin järjestää yksi ja haastattelun ajankohdaksi valikoitui dialyysiyksikön osastotunti, jolloin haastateltavilla oli mahdollisuus keskittyä keskeytyksettä haastatteluun. Etukäteen suunniteltiin haastateltavien määrän olevan kahdesta neljään, mutta haastattelun ajankohdasta johtuen haastatteluun osallistujia oli enemmän. Jokaiselta haastatteluun valikoituneelta henkilöltä kysyttiin vielä tässä vaiheessa suostumus haastatteluun osallistumisesta ja painotettiin, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Koko kyseisen työvuoron henkilökunta oli halukas osallistumaan, joten haastatteluun osallistui yhteensä kuusi henkilöä haastattelijan lisäksi.

Haastattelu sujui hyvin ja etukäteen ajateltua puheäänien sekoittumista ei tapahtunut. Äänitetty nauha oli selkeä ja kaikkien haastateltavien mielipiteet aiheesta oli kuultavissa. Haastattelu tapahtui rauhallisessa tilassa, joka mahdollisti hyvän keskittymisen haastattelun kaikille osapuolille eikä taustahälinää itse nauhoituksessa kuulunut. Haastattelukysymykset suunniteltiin siten, että ne tukivat tutkimuskysymyksiä ja niiden avulla oli mahdollista saada tarpeellinen tieto tutkimusta varten. Haastattelu-aika oli rajattu tuntiin, jotta haastatteluun osallistuminen oli ajankäytön puolesta mahdollista. Haastattelun pituus vaikutti luonnollisesti myös aineiston määrään. Pitkien haastattelun analysointi on aikaa vievää ja olisi vaikeuttanut opinnäytetyön aikataulussa pysymistä. Tässä työssä tapahtuneen aineiston analyysi oli rajatun haastatteluajan takia juuri sopiva.

3.4 Teemahaastattelun tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymyksiä mietittäessä teoria ja nykykäytäntö muodostivat vahvan pohjan sille, mitkä ovat oleellisia asioita saada tässä tutkimuksessa selville dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden tiedonkulusta. Näiden tekijöiden lisäksi kysymyksiä ohjasi opinnäytetyön tekijän oma kiinnostus kyseisiin aihealueisiin. Tutkimuskysymykset asetettiin siten, että niistä saatavien vastauksien pohjalta toivottiin olevan mahdollista kehittää, parantaa ja ylläpitää tiedonkulkua eri yhteistyökumppaneiden kesken. Näiden lisäksi toivottiin huomioitavan, mitä hyvässä kirjaamisessa pitää olla dokumentoituna.

3.5 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Haastattelujen analysointi aloitetaan litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelu tekstimuotoiseksi materiaaliksi, jolloin sitä pystytään analysoimaan. Kirjoitettu materiaali jaetaan eri teemoihin tai luokkiin, jotka nimetään syntyneen tekstin perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106 - 107; Hirsijärvi ym. 2009, 222 - 223; Vilka 2015, 118 - 119.) Sen avulla voidaan tuottaa merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä, koska aineistoa voidaan analysoida sekä kuvata. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa mahdollisimman laaja, mutta samalla tiivistetty aineisto haastattelusta. Sisällönanalyysi voidaan jakaa kahteen lähestymistapaan, induktiiviseen eli aineistolähtöiseen ja deduktiiviseen eli teorialähtöiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163 - 164.)

Aineistolähtöisessä analyysissä aineistosta yritetään muodostaa teoreettinen kokonaisuus. Tämän vuoksi aikaisemmilla tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla vaikutusta siihen, mitä tietoja analyysistä nousee. Tämä koetaan myös ongelmalliseksi, koska aineistolähtöisessä analyysissä tutkija on jo tehnyt valintoja, kuten tutkimusasetelman ja tutkimuskysymykset. Tutkijan täytyy pitää huolta siitä, että analyysi tapahtuu aineistosta eikä tutkijan omista asenteista ja ajattelumaailman pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96; Kananen 2014, 136.) Tässä työssä käytettiin deduktiivista lähestymistapaa tutkimuskysymysten osalta ja tutkimuskysymysten alla induktiivista tapaa, jossa kategoriat asioille on muodostettu aineistosta. Aineisto analysoitiin ja litteroitiin siten, että aineistosta ei pysty päättelemään tutkittavien nimiä.

Tulokset muodostettiin aineiston analyysin pohjalta kirjalliseen muotoon. Sen lisäksi ne tiivistettiin selkeiksi taulukoiksi erikseen kustakin tutkimuskysymyksestä. Pääluokat, alaluokat ja pelkistetty ilmaus ovat haastattelun aineiston analysoinnin ja haastattelussa esille tulleiden tietojen pohjalta nousseita asioita. Pääluokaksi valikoitui tutkimuskysymys tiivistettynä, alaluokaksi sitä kuvaavat ja siihen vaikuttavat asiat ja pelkistettyyn ilmaukseen on lueteltu vielä tarkemmin alaluokassa olevia asioita. Osa teemoista toistui useamman haastattelua ohjaavan kysymyksen sisällä mutta ne yhdistettiin analysoinnissa samaa asiaa kuvaavan teeman alle.

4 Tulokset

4.1 Tiedonkulun kanavat

Haastattelussa selvisi, että tietoa tulee useita eri reittejä dialyysiyksikköön ja dialyysiyksikkö siirtää itse tietoa useaa eri reittiä pitkin yhteistyökumppaneille. Tiedonkulun kanava vaihtelee hieman potilaasta riippuen. Samassa sairaalassa tai HUS-alueella hoidossa olevan potilaan tieto siirtyy pääasiallisesti yhteisen potilastietojärjestelmän kautta, jonka haastatellut kokivat vahvasti edistäväksi asiaksi. Dialyysiyksikkö käyttää paljon moniammatilliset määräykset ja ohjeet-kohtaa (MMO) potilastietojärjestelmässä, josta näkee esimerkiksi toteutettavia hoitoon liittyviä määräyksiä, lääkitysten muutoksia, lääkärin pyytämiä verikokeiden ottopyyntöjä tai muita hoidossa huomioitavia asioita. Sitä kautta dialyysiyksikkö siirtää tietoa eteenpäin jatkohoitoa toteuttavalle yksikölle. Tämä tieto on välittömästi kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden luettavissa.

Eri organisaatiossa hoidossa olevien potilaiden tiedonkulku välittyy enemmän ”perinteisellä” tavalla johtuen eri potilastietojärjestelmästä. Potilailla on käytössä reissuvihko, johon kumpikin hoitava osapuoli kirjoittaa hoidossa huomioitavia asioita tai havaintojaan potilaan voimista. Reissuvihko on käytössä myös erällä potilailla kodin tai kodinomaisen hoitopaikan ja dialyysiyksikön välillä. Dialyysiyksikön henkilökunta laittaa reissuvihon mukaan päivitettyjä lääkelistoja, laboratoriovastauksia sekä lääkärin tekstejä esimerkiksi hoitopalaverissa puhutuista asioista. Välillä yhteistyökumppaneilta tulee vastaavia tekstejä dialyysiyksikköön. Reissuvihon aktiivinen käyttö vaihtelee sen mukaan, mistä hoitopaikasta potilaat tulevat. Joissakin hoitopaikoissa vihkoon on merkitty hyvin aktiivisesti asioita ja toisesta paikasta haastateltavat totesivat, ettei aina ole täyttä varmuutta lukeeko tekstiä kukaan.

Reissuvihkoja ei ole käytössä dialyysiyksikön vieressä sijaitsevan Lohjan terveyskeskusosasto 5 kanssa, vaan tieto siirtyy tulostettujen lääkelistojen tai muiden vastaavien tulosteiden kautta. Tarpeen mukaan henkilökunta käy paikan päällä puolin ja toisin, jos jostain asiasta tarvitsee saada lisätietoa. Terveyskeskusosasto 5 kanssa on käytössä myös suullinen raportti, koska sieltä hoitajat tuovat itse potilaat hoitoon. Pidemmältä tulevat potilaat tulevat taksilla tai ambulanssilla, jolloin potilasta hoitava hoitohenkilökunta ei kohtaa toisiaan. Suullinen raportti ei siitä syystä ole samalla tavalla mahdollista. Näissä tapauksissa reissuvihon merkitys korostuu.

Tärkeäksi ja hoidon sujuvuutta lisääväksi tekijäksi haastateltavat totesivat dialyysiyksikön lääkärin hyvän kirjaamisen. Haastatteluun osallistuneet kokivat sen helpottaneen potilaalle annettavan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä tiedonkulkua yksiköstä ulospäin. Lääkäri kirjaa selkeästi esimerkiksi moniammatilliset määräykset ja ohjeet (MMO)-kohdan alle potilaan

sen hetkiseen hoitoon liittyvät oleelliset asiat, jotka ovat siten myös saman potilastietojärjestelmää käyttävien yhteistyökumppaneiden että dialyysiyksikön henkilökunnan luettavissa. Tämän lisäksi hän siirtää tietoa suullisesti.

Muita tiedonkulkukanavia olivat potilaiden, omaisten ja lääkärin pitämät hoitopalaverit, joihin välillä myös osallistuu yhteistyökumppaneiden henkilökuntaa. Hoitopalavereita pidetään noin kerran kolmessa kuukaudessa, joten niitä voisi luonnehtia tiedonsiirtoa tukevaksi reitiksi. Edellä mainittujen lisäksi haastattelussa tuli esille potilaiden ja omaisten rooli tiedonsiirtäjinä. Usein potilaat kertovat suullisesti esimerkiksi jostain heille tehdystä tutkimuksesta ja siellä puhutuista asioista, ennen kuin se on luettavissa potilastietojärjestelmästä. Vastaaajien mielestä potilas ei kuitenkaan ole koskaan ainoa tiedonkulkukanava. Siitä huolimatta, että hän olisi ensimmäinen taho, jolta asiasta kuullaan. Potilastietojärjestelmästä löytyy aina ”virallinen” lausunto esimerkiksi tutkimuksesta, vaikka se tulisi hieman viiveellä verrattuna potilaan kertomaan tietoon. Useilla potilailla on aktiivisia ja osallistuvia omaisia, ja he osaltaan välittävät tietoa potilaan voinnista dialyysiyksikköön. Taulukossa 1 on tiivistettynä edellä luetellut haastattelussa esille tulleet eri tiedonkulun kanavat dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä.

Tiedonkulun kanavat
<ul style="list-style-type: none"> • Potilastietojärjestelmä • Hoitajien antama suullinen tai kirjallinen raportti • Lääkärin • Reissuvihko • hoitopalaverit • potilaat • omaiset

Taulukko 1: Tiedonkulun kanavat

4.2 Dialyysiyksikköön siirrettävät oleelliset tiedot

Hemodialyysihoito on pääpiirteittäin samanlaista jokaisella kerralla, mutta tarpeen mukaan sitä muokataan potilaan voinnin ja yksilöllisten tarpeiden mukaan. Haastatellut henkilöt kertoivat saavansa yleensä selville heille oleelliset ja tarpeelliset tiedot potilaalle annettavan hyvän hoidon toteuttamista varten. Niissä tapauksissa tieto oli siirtynyt ongelmitta ja joustavasti. Potilaiden tuttuus vaikutti haastateltavien mielestä siihen, että tietoa tuli riittävästi. Tuttuuden takia henkilökunta koki osaavansa hakea jokaisen potilaan olennaisia hoitoon vaikuttavat tiedot. Haastatellut eivät osanneet nimetä yksittäistä osa-aluetta, josta tietoa olisi kaivattu enemmän. Toisaalta haastattelussa selvisi, että välillä tietoa tulee epäolennaisista asioista, jotka eivät olleet oleellisia hoitoa toteutettaessa tai suunniteltaessa.

Pääteemoiksi oleellisista asioista nousivat potilaan sen hetkinen vointi sekä lääkitykseen liittyvät asiat, joista useampi kuin yksi haastateltava mainitsi. Tiedon laadulla ja määrällä oli haastateltavien mielestä yhteys potilasta hoitavaan organisaatioon. Haastateltavat kokivat erikoissairaanhoidosta tulevien potilaiden mukana tulevan enemmän tietoa verrattuna muista hoitopaikoista tuleviin. Selkeää yhtä syytä tälle haastateltavat eivät osanneet sanoa. Syitä kattavammalle tiedolle voi olla esimerkiksi potilaiden huonompi vointi, jolloin heitä hoitetaan intensiivisesti esimerkiksi tehostetun valvonnan osastolla tai sitten erikoissairaanhoidossa työskentelevillä hoitajilla oli yleisesti ottaen hyvä perehtyneisyys potilasryhmästä. Haastateltavat totesivat kuitenkin, että hyvä perehtyneisyys oli kollegakohtaista. Kummassakin organisaatiossa oli hyvin asiaan perehtyneitä hoitajia. Taulukkoon 2 on lueteltu tiivistettynä edellä mainitut haastattelussa nousseet asiat dialyysiyksikköön siirrettävistä tiedoista.

Pääloukka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Dialyysiyksikköön siirrettävät oleelliset tiedot	Vointi	<ul style="list-style-type: none"> • Vointi ja siinä tapahtuneet muutokset (syöminen, juominen) • Potilaan liikkuminen • Virtsamäärä • Osastohoitoon/ sairaalaan joutumisen syy
	Lääkitys ja nestehoito	<ul style="list-style-type: none"> • Ajan tasalla oleva lääkelista • Mitä lääkettä saanut, kuinka paljon ja koska • Mahdollisten iv- nesteiden määrä

Taulukko 2: Dialyysiyksikköön siirrettävät oleelliset tiedot

4.3 Yhteistyökumppanille siirrettävät oleelliset tiedot

Yhteistyökumppaneille siirrettävä tieto todettiin haastattelussa lähes samaksi, mitä dialyysiyksikkökin kaipaa omaan suuntaansa hoidon toteutusta varten. Siirrettävät asiat olivat pääosin munuaispotilaan hoitoon liittyviä hoidon kulmakiviä. Dialyysiyksikön itsensä siirtämässä tiedossa oli mainittu lisäksi vielä jatkosuunnitelman tiedonsiirtäminen ja siinä nimenomaan seuraavan dialyysin ajankohta ja mahdollisten verinäytteiden otto. Tavoitteena on ottaa verinäytteet dialyysin yhteydessä, jolloin vältetään ylimääräiseltä pistämiseltä. Tämän takia asia koettiin tärkeäksi. Yhteistyökumppaneille siirrettävästä tiedosta voi todeta sen olevan potilaan hoitoa kohtaan kokonaisvaltaisempaa. Tätä tukee se, että haastateltavat mainitsivat esimerkiksi ruokavalioon ja veriteihin liittyvät asiat toisin kun yhteistyökumppaneiden suunnasta

tulevat. Taulukossa 3 on lueteltu tiivistettynä edellä mainitut haastattelussa esille nousseet kohdat yhteistyökumppaneille siirrettävistä oleellisista tiedoista.

Pääluokka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Yhteistyökumppanille siirrettävät oleelliset tiedot	Vointi	<ul style="list-style-type: none"> Vointi ja muutokset siinä
	Veritie	<ul style="list-style-type: none"> fisteli/ grafti/ katetri ja siihen liittyvät asiat
	Lääkitys	<ul style="list-style-type: none"> Lääkelistalle tehdyt muutokset Annetut lääkkeet ja antoajankohdat
	Ruokavalio	<ul style="list-style-type: none"> Mahdolliset ruokavaliorajoitukset Nesterajoitus
	Jatkosuunnitelma	<ul style="list-style-type: none"> Seuraavan/ seuraavien dialyysien ajan-kohta Verinäytteiden ottoajankohta Verenpaine seuranta

Taulukko 3: Yhteistyökumppanille siirrettävät oleelliset tiedot

4.4 Tiedonkulkua edistävät asiat

Yksi edistävistä tekijöistä nousi useamman kerran haastattelun aikana esille. Tämä tekijä oli yhteinen potilastietojärjestelmä, jonka haastateltavat kokivat selkeästi edistävimmäksi tekijäksi onnistuneen tiedonkulun suhteen. Potilastietojärjestelmän hyväksi puoliksi oli mainittu useampi tekijä. Näitä olivat esimerkiksi tietojen reaaliaikaisuus, yhtenevät ja ajan tasalla olevat lääkelistat sekä saatavilla olevat tarvittavat tiedot potilaasta. Ennalta tiedossa olevat asiat helpottivat potilaalle annettavan hoidon suunnittelua ja valmistautumista siihen.

Toinen tiedonsiirtoa oleellisesti edistäväksi asia oli perehtyneisyys munuaispotilaan hoitoon. Perehtyneisyyden avulla haastateltavat kokivat hoidon jatkuvan laadukkaana ja potilaan vointia edistävänä myös hoidon välipäivinä. Optimaalinen hoito välipäivinä taas edesauttoi ja helpotti hemodialyysihoidon toteuttamista esimerkiksi maltillisen nesteentorjunnan ja oikea-aikaisen lääkityksen takia. Hoitajan hyvä perehtyneisyys asiaan tuki myös raportin saantia ja antamista. Näissä tilanteissa vastaanottava hoitaja ymmärsi helpommin miksi tietyistä asioista raportoitiin ja mitä toimia sekä suunnittelua ne vaativat jatkohoidon osalta. Tällä tavalla hoidon jatkuvuus oli mahdollista jatkaa katkeamatta potilaan hoitopaikasta riippumatta.

Perehtyneisyyteen liittyy myös kollegiaalinen arvostus toista toimijaa kohtaan. Dialyysiyksikkö on yksikkö, johon ei tule tutustuttua ellei ”ole pakko”. Tämän takia tietoisuus yksikön toimintatavoista ei välttämättä ole kaikkien hoitajien tiedossa. Tietoisuuden lisääminen yhteistyökumppaneille oli koettu tiedonkulkua edistäväksi asiaksi. Samalla tavalla haastateltavat olivat kokeneet asian toisin päin. Tietoisuus toisten tavoista toimia helpotti yhteistyötä ja se sujui mutkattomimmin. Haastatellut kokivat, että yhteistyökumppanit tunsivat yksikön toimintatapoja ja yksikkö myös heidän. Yhteistyön ollessa toista arvostavaa ja tasavertaista, se näkyi myös potilaan suuntaan annettuna hyvänä hoitona ja toiminta tähtäsi hänen parhaakseen. Matala kynnyksen puolin ja toisin kysyä asioista, joista on epävarma tai on epäselvyyttä, tähtää potilaalle annettavaan hyvään hoitoon. Yhteistyökumppaneiden mukaantulo potilaan hoitopalaveriin koettiin myös tiedonkulkua edistäväksi tekijäksi. Hoitopalaverissa käydään potilaan hoitoon liittyviä asioita läpi kokonaisvaltaisesti ja yhteistyökumppanilta on ollut mahdollisuus kuulla myös potilaan voinnista hoidon välipäivinä. Taulukossa 4 on lueteltu tiivistettynä yllä mainitut tiedonkulkua edistävät asiat.

Pääloukka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Tiedonkulkua edistävät asiat	Tiedonsiirto	<ul style="list-style-type: none"> • Sama potilastietojärjestelmä • Potilaan vointi selvitetävissä etukäteen • Potilaasta oli saatu suullinen raportti • Potilaasta oli saatavilla riittävästi kirjoitettua tietoa • Kirjaaminen oli selkeää, oleelliset tiedot oli kirjattu ja helposti löydettävissä • Tieto mihin oleelliset tiedot oli kirjattu kuten reissuvihko • Tiedonsiirtokanavien toimivuuteen oli kiinnitetty huomioita
	Perehtyneisyys	<ul style="list-style-type: none"> • Tieto potilasryhmän tarpeista ja hoidon kulmakivistä oli hoitopaikasta riippumatta samanlaista/ samalla tasolla • Riittävä tieto vahvisti hoitoketjua ja edesauttoi hoidon jatkuvuutta • Dialyysiyksikön hoitajat tunsivat potilaat yleensä pitkältä ajalta
	Kollegiaalisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Tunnetaan muiden yksiköiden henkilökuntaa ja heidän toimintatapojaan • Yhteistyökumppaneilla oli riittävästi tietoa dialyysiyksikön toiminnasta • Pieni sairaala, matala kynnyksen kysyä epäselvistä asioista • Yhteistyökumppaneiden mukaantulo hoitopalaveriin

Taulukko 4: Tiedonkulkua edistävät asiat

4.5 Tiedonkulkua estävät asiat

Suurimpana estävänä tekijänä haastateltavat mainitsivat eri potilastietojärjestelmät, mikä heidän mielestään hankaloitti tiedonkulkua, viivästytti sitä tai potilaasta saatu tieto voi olla virheellistä. Selvitettäviä asioita/tietoja oli koettu olevan enemmän niiden organisaatioiden kanssa, joissa oli eri potilastietojärjestelmät. Potilaan voinnista saatava tieto oli koettu välillä puutteelliseksi ja potilaan tullessa eri organisaatioista tiedon tarkistaminen sähköisesti ei ollut mahdollista eri potilastietojärjestelmien takia. Voinnista saatu tieto oli ajoittain epäoleellista hoidon toteutusta suunniteltaessa. Haastateltavat kertoivat, että esimerkiksi omissa lääkelistoissa saattoi olla eroavaisuuksia verrattuna yhteistyökumppaneiden lääkelistoihin.

Toiseksi isoksi estäväksi tekijäksi nousi suullisen raportin vajavaisuus tai sen puutteellisuus. Tämä ilmeni monessa eri haastateltavien antamassa esimerkissä, liittyen joko dialyysiyksikköön annettuun raporttiin tai sieltä ulospäin annettuun raporttiin. Useampi haastateltava mainitsi, että potilasta saattoi tuoda eri hoitaja kuin, joka potilasta oli hoitanut yhteistyökumppanin osastolla. Joskus oli ollut myös tilanteita, että potilas oli tullut hoitotilaan siten, että yksikön henkilökunta ei ollut hoitotilassa paikalla. Tämän johdosta suullista raporttia ei saatu ollenkaan tai se oli ollut vajavaista. Suullisesti yhteistyökumppaneille annettu raportti mietitytti myös haastateltavia ajatellen hoidon jatkuvuuden ja hoitoketjun toimivuuden näkökulmasta. Siirtyykö tieto sillä tavoin, kun raportin antaja on sen tarkoittanut? Siirtyivätkö kaikki oleelliset tiedot oikein ja ymmärsikö raportin vastaanottaja minkä takia niistä sanottiin? Lähtikö tieto eteenpäin muulle hoitohenkilökunnalle oikeanlaisena ja muistettiinkö siitä ylipäättään sanoa? Välillä oli ollut tilanteita, että vaikka asioista oli raporttia annettu, ei niihin siitä huolimatta osattu tai huomattu reagoida. Hoitoketju ei niiltä osin ollut pysynyt ehjänä. Samoin henkilökunta pohti, siirtyivätkö heille päin kaikki oleelliset tiedot. Välillä koettiin, että kirjallista materiaalia annettiin liian vähän, joka olisi ollut tarpeen vahvistamassa suullista tietoa.

Kielimuuri oli koettu ajoittain estäväksi tekijäksi, koska raportin antajalle tai saajalle jäi epävarma olo, tulivatko asiat ymmärretyksi oikein. Reissuvihkojen kanssa oli ollut myös ongelmia. Haastateltavat kokivat, ettei niitä ollut luettu tai niihin kirjoitettuun tekstiin ei ollut reagoitu mitenkään. Samaa asiaa oli jouduttu kysymään useaan kertaan tai odottamaan pitkään vastausta kysymyksiin vihossa olleisiin kysymyksiin. Kiire tuli myös esille haastattelussa tiedon siirron estävänä tekijänä.

Perehtyneisyydellä potilasryhmän hoidon kulmakiviin oli koettu olevan myös merkitystä. Mitä vähemmän hoitaja oli perehtynyt potilasryhmän hoitoon, sitä hankalampana haastateltavat kokivat hoitajien omaksumisen potilaan hoitoon olennaisesti liittyvistä asioista ja vaikutuksesta potilaan vointiin. Sitä kautta se vaikutti dialyysiyksikköön tulevaan tietoon, koska ei tarkkaan tiedetty, mitkä olivat oleellisia asioita raportoida potilaan voinnista.

Vähäisen kollegiaalisuuden haastateltavat kokivat myös estäväksi asiaksi. Tämä koettiin ainoastaan yksilöstä johtuvaksi eikä organisaatiosta riippuvaiseksi. Vähäinen kollegiaalisuus ilmeni haastateltavien mielestä hoitajan vähäisenä kiinnostuksena potilasryhmän hoitoon ja asioista huolehtimiseen sekä vähäisenä tuntemuksena dialyysiyksikön toimintatavoista tai toiminnasta. Taulukossa 5 on lueteltu tiivistettynä edellä mainitut tiedonkulkua estävät asiat.

Pääloukka	Alaluokka	Pelkistetty ilmaus
Tiedonkulkua estävät asiat	Tiedonsiirto	<ul style="list-style-type: none"> • Eri potilastietojärjestelmät, tieto on ajoittain puutteellista • Potilaan sen hetkisestä voinnista epäselvyyttä • Raporttia ei saada • Raporttia ei ole luettavissa eri potilastietojärjestelmien takia • Raportoidaan eri asioita kuin mistä tietoa tarvitaan tai raportointi on puutteellista • Potilaan tuo yksikköön hoitaja, joka ei ole potilasta hoitanut. • Suullisen raportin haasteet ja hankaluudet • Kirjallista raporttia vähän • Kielimuuri • Reissuvihkot vaillinaisia • Kiire
	Perehtyneisyys	<ul style="list-style-type: none"> • Puutteellinen tai rajoittunut tieto potilasryhmän tarpeista hoidon välipäivinä • Puutteellinen tieto hoidon kulmakivistä ja niiden tärkeydestä potilaan vointiin
	Kollegiaalisuus	<ul style="list-style-type: none"> • Kollegan vähäinen kiinnostuneisuus potilasryhmän hoitoon ja asioista huolehtimiseen • Vähäinen tai puutteellinen tieto dialyysiyksikön toiminnasta ja toimintatavoista

Taulukko 5: Tiedonkulkua estävät asiat

5 Pohdinta

5.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia ja tietoa hemodialyysipotilaan tiedonkulusta dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä. Tavoitteena oli löytää kehittämiskohteita tiedonkulun sujuvoittamiseen sekä lisätä sitä kautta yhteistyökumppaneiden tietoisuutta tämän potilasryhmän hoidosta. Näin potilaan olisi mahdollisuus saada laadukkaampaa ja potilaslähtöisempää hoitoa HUS:in arvojen mukaisesti.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiksi asetettuihin kysymyksiin saatiin haastattelun avulla kattavat vastaukset. Haastattelun aikana haastateltavat analysoivat itse vastauksiaan ja niiden pohjalta syntyi keskustelua. Asioita mietittiin haastattelun aikana eri näkökulmista ja ääneen puhuttuna haastattelun tekijä koki keskustelun hyödyttävän myös työyksikköä. Tutkimuskysymysten vastaukset selkiyttivät, mikä tiedonsiirrossa oli tällä hetkellä hyvää, mikä vaatii parannettavaa ja mitä voisi tehdä eri tavalla sen parantamiseksi. Kaiken kaikkiaan kävi ilmi, että tiedonsiirtoon täytyy kiinnittää huomioita puolin ja toisin kaiken oleellisen tiedon saamiseksi ja siirtämiseksi. Haastattelun aikana syntyi jo ideoita tiedonkulun parantamiseksi. Niitä olivat esimerkiksi kirjallisen materiaalin lisääminen varsinkin terveyskeskuksen puolelle eri potilasjärjestelmän takia, joka varmistaisi tiedon siirtymisen oikeanlaisena eteenpäin. Haastateltavat pohtivat myös, miten reissuvihkoon kirjoitetut asiat tulisivat virallisesti dokumentoitua. Tämän varmistamiseksi he totesivat olevan hyväksi, että vihkoon kirjoitetut asiat oli mainittu myös potilaskertomuksessa kyseisen hoitopäivän kohdalla. Tämä varmistaisi, että vihkoon kirjattu tieto olisi luettavissa joka tapauksessa potilastietojärjestelmästä, vaikka vihko olisikin kadonnut.

Haastateltavat kokivat myös kirjaamisen kehittämisen omassa yksikössä tarpeelliseksi. Vastauksissa tuli esille yksittäisiä tekijöitä, joista pitäisi olla tietoa ja joiden pitäisi olla siksi kirjattuna. Pääosin ne olivat munuaispotilaan hoidon kulmakiviä ja potilaan jatkohoitosuunnitelma. Tällä hetkellä kirjaaminen oli suhteellisen suppeaa ja kaikkea tietoa ei välttämättä ole kirjattu tai sitä ei ole kirjattu rakenteellisesti. Tätä oli havaittavissa jo keväällä yksikössä tehdyn kirjaamisen auditoinnin perusteella. Kirjaamisen parantaminen parantaa tiedonsiirtoa omassa organisaatiossa, jolloin kaikki oleelliset potilaan hoitoon liittyvät asiat olisivat helposti löydettävissä. Hyvin löydettävissä olevat tiedot estäisivät myös tiedonsiirrosta tapahtuneita Haipro-tapauksia, joita Hus -alueella tehdään runsaasti (Saloranta 2014).

Kirjaamisen kehittäminen vaatii pitkäjänteistä suunnittelua ja asioiden miettimistä yksikön sisällä. Hyvä kirjaaminen varmistaisi myös, että potilas voi luottaa siihen, että häntä hoitavilla tahoilla on riittävät ja tarpeelliset tiedot hänen hoidostaan. (Saranto ym. 2007, 127 -

132; Saranto ym. 2007, 169 - 171.) Yksi tapa vahvistaa tiedonkulkua yksikön mielestä olisi se, että MMO:n alle kirjoitettavia tekstejä ei "kuitata" ennen kuin dialyysiyksikkö on ne toteuttanut. Tämä poikkeaa hieman osastojen omista tavoista ja se vaatii vielä keskustelua osastojen kanssa. Määräysten kuittaaminen toteutuksen jälkeen varmistaisi, että asiat tulevat varmasti tehtyä. Sitä kautta voitaisiin vähentää riskiä tiedonkulun katkoon.

Munuaispotilaan hoitotyön tietoisuuden lisäämiseksi ehdotettiin osastotuntien pitämisestä yhteistyökumppaneille, sillä tietoisuuden lisääntymisestä koettiin olevan välitöntä etua potilaalle ja takaavan laadukkaampaa hoitoa organisaatiosta riippumatta. Osastotunneilla voitaisiin käsitellä myös muita kummankin käytännön toimintaa ohjaavia tapoja, mikä helpottaisi kummankin osapuolen päivittäistä työtä. Kollegiaalisuuden lisäämiseksi ja sen ylläpitämiseksi haastateltavat toivoivat, että kynnyks yhteydenottoon missä tahansa asiassa olisi mahdollisimman matala.

5.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei ole niin selkeää kuin määrällisen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa uskottavuuden ja siirrettävyyden perusteella. Uskottavuutta tuetaan sillä, että aineiston analyysi on selvitetty tarkasti ja siitä nousseet tulokset on kuvattu läpinäkyvästi. Aineistolla ja tuloksilla on siten selkeä yhteys toisiinsa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, miten tutkimuksesta saadut tulokset olisivat siirrettävissä johonkin toiseen ympäristöön. Sen mahdollistamiseksi toimintaympäristö on kuvattu mahdollisimman tarkasti samoin kuin tutkimukseen osallistuvien henkilöiden valinta. Aineiston keruuta ja analyysia täytyy myös kuvata, jolloin sitä on mahdollista seurata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197 - 198.) Laadullisessa tutkimuksessa tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä. Ajatuksena on kuitenkin se, että tiettyä asiaa riittävällä tarkkuudella tutkittaessa, se todennäköisesti toteutuu myös yleisemmällä tasolla. (Hirsijärvi ym. 2009, 182; Kananen 2014, 131 - 133.)

Tässä työssä luotettavuutta on arvioitu laadullisen tutkimuksen suhteen. Koko työn luotettavuutta arvioitaessa luotettavuutta tukevat seuraavat asiat. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite on tuotu selkeästi esille työssä ja tutkimuskysymykset sekä niiden perustelut on kerrottu. Työn tekijä on noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä koko työn tekemisen ajan. Siihen kuuluu yleisen huolellisuuden ja eettisen tutkimusotteen noudattaminen sekä tarkkuus tutkimustyön jokaisessa vaiheessa. Tiedonhaku on tehty riittävän kattavasti ja on kuvattu työssä selkeästi, jolloin lukijalle välittyy ymmärrys, millä kriteereillä tieto on otettu tutkimukseen mukaan.

Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän valinta on perusteltu työssä, joka lisää luotettavuutta halutun tiedon saamiseksi. Luotettavuutta lisää myös haastatteluihin valikoituneen ryhmän perustelu sekä se, että heistä on otettu mukaan ainoastaan ne, jotka halusivat siihen vapaaehtoisesti osallistua. Haastattelukysymykset on pyritty tekemään niin, että ne ovat helposti ymmärrettävissä ja vastaukset ovat tarpeeksi kattavia. Haastattelun analyysi ja tulokset on kuvattu ja ne ovat dokumentoitu riittävän selkeästi ja mitään oleellista poisjättämättä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197 - 202; Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363 - 373; Hirsjärvi 2009, 232 - 233.)

Opinnäytetyön haastattelun pohjalta tehtyyn analyysiin haettiin luotettavuutta arvioitamalla se haastatteluun osallistuneiden keskuudessa. Tällä saatiin varmistus siihen, että tulkinta ja aineistosta saadut tulokset oli ymmärretty ja tulkittu, kuten haastateltavat olivat ne tarkoittaneet. Luotettavuutta työssä tuki myös se, että tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tekijä on osa opinnäytetyöhön liittyvää työyhteisöä, mutta pyrki objektiivisuuteen valinnoissaan, jolloin tulkinta lähti ainoastaan aineiston pohjalta. Viittaukset tekstissä ovat asianmukaiset ja siten kunnioittavat alkuperäisen kirjoittajan työtä. Lähdeluettelossa on dokumentoitu työssä käytetyt lähteet asianmukaisella tavalla. (Kuula 2011, 69; Leino-Kilpi ym. 2014, 372 - 373.)

5.3 Eettisyys

Hyvään tieteelliseen tutkimukseen kuuluu olennaisesti eettisyys. Eettisyys seuraa työn tekijää koko prosessin ajan. Suomessa tutkimusetiikan taustalla on Helsingin julistus vuodelta 1964, joka on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan kannanotto. Julistus on alun perin tehty lääketieteellisen tutkimuksen pohjalle, mutta sitä käytetään myös hoitotieteellisessä tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212 - 215.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on julkaissut vuonna 2012 ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä, jotka toimivat tämän opinnäytetyön taustalla kaikissa työn vaiheissa (TENK, hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012).

Tutkittavien yksityisyyttä ja tunnistettavuutta on suojeltu koko tutkimuksen ajan ja heistä saatua tutkimusmateriaalia on käytetty ainoastaan tutkimuksessa. Tutkimusmateriaalia on säilytetty koko tutkimuksen ajan ulkopuolisten ulottumattomissa ja tutkimuksen jälkeen se on tuhottu asianmukaisesti. Osallistujille on selvitetty tutkimuksen taustat, tutkimusmenetelmät sekä tutkimuksesta saatava hyöty. Heille on kerrottu, että tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siitä on mahdollista kieltäytyä koska tahansa. Tutkimuslupa liitteineen oli asianmukaisesti hyväksytty. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212 - 215; Kuula 2011; Kuula 2011, 22 - 39; Kuula 2011, 61 - 64; Kuula 2011, 105; Hirsjärvi ym. 2009, 23 - 27; TENK Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 6.)

5.4 Oman työn analysointi

Työ aloitettiin syyskuussa 2015 päättämällä opinnäytetyön aihe yhdessä yhteistyökumppanin kanssa. Työn sisältö, tyyppi ja otsikko muuttuivat useasti ohjaustapaamisten aikana päätyen lopulta keskittymään potilaaseen liittyvään tiedonkulkuun. Kirjaamisen kehittäminen on ollut yksikössä suunnitteilla pidemmän aikaa ja tämän työn toivotaan tukevan sen alulle saattamista. Käytännön työn pohjalta nousi kysymys, onko potilaasta saatu tieto ollut riittävää; milaista tietoa potilaista on saatu, mitä olisi tarvittu ja mitä yksikkö haluaisi muiden tietävän potilaasta ja hänen hoidostaan. Tutkimusmenetelmäksi valikoitui teoriapohjan laatimisen jälkeen laadullinen ryhmähaastattelu, jonka tavoitteena oli selvittää Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia tiedonkulun riittävydestä ja luonteesta. Haastattelu tehtiin kesän 2016 aikana ja haastattelun analysointi elokuussa 2016. Koko opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2016.

Opinnäytetyön tekijä on osa työyksikköä, jossa haastattelu tehtiin. Opinnäytetyön tekemisen ja haastattelun aikana, asioita tuli ajateltua eri näkökulmasta kuin mihin oli tottunut päivittäistä työtä tehdessä. Asioiden katsominen oman katsantokannan ulkopuolelta avasi aivan uusia näkökulmia ja ajatuksia jatkossa tehtävään omaan työhön sekä ideoita asioiden kehittämiseen yksikön sisällä. Päivittäisen hoitotyön taustalla olevat asiat ja niiden merkitysten vaikutukset aiheesta tulivat paremmin esille opinnäytetyön tekijälle ja olivat osaltaan herättämässä keskustelua myös kollegoiden keskuudessa. Tämän pohjalta todettiin olevan myös tarpeen jatkaa kirjaamisen kehittämistä osana parempaa ja sujuvampaa tiedonsiirtoa oman yksikön sekä yhteistyökumppaneiden välillä.

5.5 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyö on rajattu koskemaan tiedonkulkua dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä dialyysiyksikön henkilökunnan näkökulmasta. Jatkossa kannattaa selvittää yhteistyökumppaneiden näkökulmasta tiedonkulun kehittämistarpeet. Kummankin näkökulman saaminen toisi varmuuden siitä, että molemmat saavat juuri heille oleellisen tiedon. Seuraavien ehdotettujen toimenpiteiden tavoitteena on, että nämä tilaisuudet lisäävät kollegiaalisuutta ja perehtyneisyyttä kyseistä potilasryhmästä.

Tulosten pohjalta ehdotetaan seuraavia toimenpiteitä:

1. Parannetaan tiedon kirjaamista dialyysiyksikössä, jolloin tarvittava tieto löytyy helpommin omasta potilastietojärjestelmästä.
2. Parannetaan tiedonkulkua vahvistamalla kirjallista raporttia niiden yhteistyökumppaneiden kanssa, jotka ovat eri tietojärjestelmässä.

3. Pidetään yhteistyökumppaneille osastotunteja, joissa kerrotaan kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavasta potilaasta ja hemodialyysihoidosta.

Opinnäytetyöstä saatuja tietoja voidaan myös käyttää kirjaamisen kehittämisen suunnittelussa oman yksikön sisällä. Kirjaamisen kehittämistä arvioidaan kirjaamisen auditoinnin avulla, dialyysiyksikön omilla osastotunneilla ja keväällä 2017 järjestettävässä kehittämispäivässä. Näissä tilanteissa keskustellaan ja otetaan palautetta vastaan kirjaamisesta ja sen kehittamisestä. Palautteen toivotaan ohjaavan kehittämistyötä oikeaan suuntaan. Kirjaamisen kehittämisen jälkeen kannattaisi tutkia tapahtuiko tiedonkulussa parannusta tai muutosta verrattuna kirjaamisen nykytilaan.

Haastattelun tulosten perusteella suurin haaste toimivassa tiedonkulussa olivat eri potilastietojärjestelmät. Tähän pyritään kiinnittämään entistä enemmän huomiota, jota osaltaan toivotaan kattavamman kirjaamisen tukevan. Eri potilastietojärjestelmässä oleville yhteistyökumppaneille yritetään antaa raporttia myös kirjallisesti, jonka toivotaan vahvistavan siirtyvää tietoa ja sitä kautta vahvistavan hoidon jatkuvuutta. Tätä arvioidaan käytännön työstä saatavan palautteen pohjalta ja arvioidaan osana isoa kirjaamisen muutosta. HUS - alueelle on tulossa yhteinen potilastietojärjestelmä Apotti, jossa ovat mukana erikoissairaanhoito sekä saman alueen perusterveydenhuolto. Tämän toivotaan helpottavan tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä. Alustava aikataulu sen käyttöönotolle on loppuvuodesta 2018. Apotin käytön vaikiinnuttua olisi mielenkiintoista tietää helpottiko yhteinen potilastietojärjestelmä tiedonkulkua ja miten käyttäjän kokivat sen käytännön työssä.

Lähteet

Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuori, M., Kylmäaho, R. & Mukka H. 2008. Munuaissairaan hoito. Helsinki: Edita.

Apotti-hanke. 2016. Viitattu 5.5.2016.

http://tiimit.hus.fi/hankkeet/tietohallinto_apotti/Sivut/default.aspx

Astala, L. 2014. Lohjan sairaanhoitoalue esittely. Viitattu 3.5.2016.

<http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/results.aspx?k=lohjan%20sairaanhoitoalue%20esittely&start1=11>

Azushima, K., Uneda, K., Tamura, K., Hiromichi Wakui, H., Ohsawa, M., Kobayashi, R., Dejima, T., Kanaoka, T., Maeda, A., Toya, Y. & Umemura, S. 2014. Effects of Single Pill-Based Combination Therapy of Amlodipine and Atorvastatin on Within-Visit Blood Pressure Variability and Parameters of Renal and Vascular Function in Hypertensive Patients with Chronic Kidney Disease. Viitattu 14.1.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d36fa9ba-073f-4c43-87d8-64200240446b%40sessionmgr112&vid=33&hid=124>

Beckham, R., Schaar G. & Riedford K. 2015. The computer will not give me the information I need: A Quality method to intervene. Viitattu 25.5.2016.

<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=02178461-23c9-47c1-85af-a7c1852da416%40sessionmgr104&vid=45&hid=115>

Cannt journal 2015. Nursing recommendations for the management of vascular access in adult hemodialysis patients. Viitattu 15.5.2016.

<http://www.cannt.ca/files/CANNT-VA%20Guidelines-2016Jan4-NP.pdf>

Eckhardt, K-O., Coresh, J., Devuyst O., Johnson R.J. & Köttgen A. 2013. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. Viitattu 17.1.2016.

<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcent-ral/docview/1399557354/C2ED1028A06E4444PQ/7?accountid=12003>

Erkkilä, M-L. 2016. Henkilökohtainen tiedonanto 2.6.2016. Hus Lohjan sairaala. Lohja.

Haapala, M. 2016. Henkilökohtainen tiedonanto 16.4.2016. Hus Lohjan sairaala. Lohja.

Haipro, terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 1.5.2016.

<http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>

Hammes, M. 2015. Hemodynamic and Biologic Determinates of Arteriovenous Fistula Outcomes in Renal Failure Patients. Viitattu 15.1.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8a200f19-d6b1-4ef7-94ad-7c4d9090b73f%40sessionmgr4003&vid=16&hid=4214>

Heiskanen, E. 2013. Hemodialyysi. Viitattu 2.3.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk01023&p_haku=heiskanen

Henkilötietolaki 22.4.1999/523. Viitattu 26.1.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P., 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Holly, C. & Poletick, E.B. 2013. A systematic review on the transfer or information during nurse transitions in care. Viitattu 25.5.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=02178461-23c9-47c1-85af-a7c1852da416%40sessionmgr104&vid=63&hid=115>

HUS hoitoketjut. 2016. Viitattu 23.5.2016.
http://intranet.hus.fi/potilaan_hoito/hoitoketjut/sivut/default.aspx

HUS käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. 2011. Viitattu 16.4.2016.
[http://tiimit.hus.fi/hallinto/hyvinkaa_koulutus/Koulutukset%20HySha/Kirjaaminen/2015/Käsikirja%20laadukkaaseen%20hoitotyön%20kirjaamiseen%20\(4\).pdf](http://tiimit.hus.fi/hallinto/hyvinkaa_koulutus/Koulutukset%20HySha/Kirjaaminen/2015/Käsikirja%20laadukkaaseen%20hoitotyön%20kirjaamiseen%20(4).pdf)

HUS Lohjan sairaanhoitoalueen hoitotyön toiminta- ja toteutumissuunnitelma. 2015. Viitattu 16.4. 2016.
<http://intranet.hus.fi/haku/Sivut/results.aspx?k=Lohjan%20sairaanhoitoalueen%20hoitoty%C3%B6n%20toiminta%20ja%20toteutussuunnitelma%202015>

HUS sairaanhoitoalueet. 2015. Viitattu 2.3.2016.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/Sivut/default.aspx>

Hus strategia ja arvot 2012-2016. Viitattu 18.11.2015.
<http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Sivut/default.aspx>

Hus-total dialyysihoitojen määrä Lohjan sairaalan dialyysiyksikössä. Viitattu 26.11.2016.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 18.11.2015.
<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/eettiset-periaatteet>

Johnson, C., Carta, T. & Thronson, K. 2015. Viitattu 25.5.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f1c84dd1-a792-4bae-bdb3-ec5c3e94c9b9%40sessionmgr106&vid=3&hid=106>

Johnson, M., Sanchez, P., Suominen, H., Basilakis, J., Dawson, L., Kelly, B. & Hanlen, L. 2013. Viitattu 25.5.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4fb9cc35-9322-41a9-a363-6c63ad05b8cd%40sessionmgr104&vid=3&hid=106>

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Jyväskylän ammattikorkeakoulu: Suomen yliopistopaino.

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

Kauric-Klein, Z. 2012. Blood pressure knowledge in hypertensive hemodialysis patients. Viitattu 14.1.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d36fa9ba-073f-4c43-87d8-64200240446b%40sessionmgr112&vid=17&hid=124>.

KDIGO 2012. Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Viitattu 13.1.2016. <http://kdigo.org/home/guidelines/anemia-in-ckd/>

KDIGO 2013a. Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease 2012. Viitattu 15.3.2016. <http://kdigo.org/home/guidelines/ckd-evaluation-management/>

KDIGO 2013b. Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Viitattu 13.1.2016. <http://kdigo.org/home/guidelines/blood-pressure-in-ckd/>

KDIGO 2013c. Clinical Practice Guideline for Lipid Management in Chronic Kidney Disease. Viitattu 13.1.2016. <http://kdigo.org/home/guidelines/lipids/>

Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2014 (viitattu 25.10.2015). Saatavilla Internetistä: www.käypähoito.fi

Kovesdy, C.P., Bleyer, A.J., Molnar, M.Z., Ma, J.Z., Cushman, W.C., Quarles, L.D. & Kalantar-Zadeh, K. Blood Pressure and Mortality in U.S. Veterans With Chronic Kidney Disease. 2013. Viitattu 14.1.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24026256>

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 2.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20terveydenhuollon>

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 18.11.2015.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveysministeriön asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159. Viitattu 26.1.2017.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Levey, A.S. & Corey, J. 12/2012. The Lancet, Chronic kidney disease. Viitattu 18.1.2016

<http://search.proquest.com/nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/918627917/6D0DDC0BCA0A4D1FPQ/10?accountid=12003>

<http://search.proquest.com/nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/918627917/6D0DDC0BCA0A4D1FPQ/10?accountid=12003>

Lohjan sairaanhoitoalueen esittely, organisaatio. HUS intranet. Viitattu 2.3.2016.

<http://intranet.hus.fi/Organisaatio/HUSStietoa/HUS%20organisaatiokaavio%20suomi%202016.pdf>

Martikainen, T. 2012. Munuaispotilaan sairauksien hoito ja sosiaali-terveysjohtamisen MBA-tutkinto välitehtävä

Martola, L. & Wuorela, M. 2015. Milloin ja kenelle aloitan dialyysihoidon. Viitattu 20.1.2016.

http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo12474&p_haku=martola

Munuais- ja maksaliitto ry munuaisten vajaatoiminta ja ravitseminen. Viitattu 24.4.2016.

http://www.munuaisten.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/munuaissairaudet/ravitseminen

Munuais- ja maksaliitto ry Vertaistuki. Viitattu 2.3.2016.

http://www.munuaisten.fi/tukea_jaksamiseen/vertaistuki

Munuaistautirekisteri 2014. Viitattu 11.3.2016.

http://www.munuaisten.fi/files/2135/Munuaistautirekisteri_Vuosiraportti_2014.pdf

Mäkijärvi, M. 2010. LEAN - menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Tampere: Teknillinen yliopisto. Viitattu 15.1.2016.

http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita

Ohje toiminnan järjestämisestä Lohjan sairaanhoitoalueella 1.2.2016. Viitattu 25.4.2016.
<http://intranet.hus.fi/Organisaatio/Sairaanhoitoalueet/Lohjan-sairaanhoitoalue/hallinto/Toimintaohjeet/Lohjan%20sha,%20toimintaohje%202016%2002%2001%20alkaen.pdf>

Pasternack, A. 2012. Nefrologia. Porvoo: Duodecim.

Pitkänen, A., Teuvo, S., Ränkimies, M., Uusitalo, M. & Oja, K. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät/ Factors contributing to medication safety incidents. Hoitotiede 2014. Viitattu 2.3.2016.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/docview/1562002737/477BFEF23CAD4056PQ/1?accountid=12003>

Potilastiedon arkisto KanTa esittely 2016. Viitattu 16.4.2016.
<http://www.kanta.fi/earkisto-esittely>

Rauta. 2013. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan hoito. Duodecim. Viitattu 4.3.2016
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltkb/koti?p_haku=virpi%20rauta

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindholm-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOY pro.

Saha, H. 2012. Tietoa potilaalle: Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Viitattu 17.1.2016
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltkb/koti?p_haku=saha

Saha, H., Kyllönen, L., Koskinen, P. & Salmela, K. 2010. Kuka munuaissiirtolistalle- kriteerit 2011. Viitattu 13.1.2016.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99197

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 2016. Viitattu 2.3.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Saloranta, T. 2014. Hoitotyön kirjaamisen muutokset potilaan parhaaksi. Viitattu 10.5.2016.
http://tiimit.hus.fi/hallinto/Lohjan_sha_hoitotyö/Tilaisuudet%20ja%20esittelymateriaalit/Hoitoty%C3%B6n%20tapahtumat%202014/Kirjaaminen%20ja%20hoitoty%C3%B6n%20yhteen-veto,%20Saloranta.pdf

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 13.1.2016
<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/66667/978-951-44-8251-9.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. Viitattu 17.1.2017.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Viitattu 16.4.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20010099>

- Taddei, S., Nami, R., Bruno, R.M., Quatrini, I. & Nuti, R. 2011. Hypertension, left ventricular hypertrophy and chronic kidney disease. Viitattu 18.1.2016.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/881408394/6D0DDC0BCA0A4D1FPQ/74?accountid=12003>.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa: prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Viitattu 18.1.2016.
http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf
- THL potilasturvallisuussopas 2011. Viitattu 16.4.2016.
<https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>
- THL Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen 2014. viitattu 16.4.2016.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125442/URN_ISBN_978-952-302-381-9.pdf?sequence=1
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi
- Turner, J.M., Bauer, C., Abramowitz, M.K., Melamed, M.L. & Hostetter, T.H. 2011. Treatment of chronic kidney disease. Viitattu 18.2.2016.
<http://search.proquest.com.nelli.laurea.fi/pqcentral/docview/918772815/6D0DDC0BCA0A4D1FPQ/90?accountid=12003>.
- Valvira potilasasiakirjat. 2008. Viitattu 25.5.2016.
<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/potilasasiakirjat>
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: PS- kustannus
- Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. THL Raportti 53/2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit, terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. THL. Viitattu 18.11.2015.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>
- Watson, D. 2013. Acute Start—Chronic Needs: Education and Support for Adults who have had Acute Start Dialysis. Viitattu 25.5.2016.
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=34e77944-3982-4a56-bb57-1b70c7274667%40sessionmgr120&vid=10&hid=106>

Taulukot

Taulukko 1: Tiedonkulun kanavat	26
Taulukko 2: Dialyysyksikköön siirrettävät oleelliset tiedot	27
Taulukko 3: Yhteistyökumppanille siirrettävät oleelliset tiedot	28
Taulukko 4: Tiedonkulkua edistävät asiat	29
Taulukko 5: Tiedonkulkua estävät asiat	31

Liitteet

Liite 1: Haastattelun runko/ haastattelua ohjaavat kysymykset	44
Liite 2: Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla	45

Liite 1: Haastattelun runko/ haastattelua ohjaavat kysymykset

1. Minkälaista tietoa dialyysiyksikkö tarvitsee lähettävältä yhteistyökumppanilta tarjotakseen hyvää ja kokonaisvaltaista hoitoa kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalle hemodialyysipotilaalle?

*Mitkä ovat pääasialliset tiedonkulun kanavat?

*Mitkä ovat oleellisia tietoja potilaalle annettavan hyvän hoidon toteuttamiseksi mitä tarvitaan yhteistyökumppaneilta?

*Onko joitakin osa- alueita, joista tietoa siirtyy riittävästi?

*Onko joitakin osa- alueita, joista tietoa siirtyy puutteellisesti?

* Vaikuttaako yhteistyökumppani potilaasta saatuun tietoon?

2. Minkälaista tietoa dialyysiyksikkö haluaa vastaanottavan yhteistyökumppanin tietävän kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavan hemodialyysipotilaan hoidosta?

*Mitkä ovat pääasialliset tiedonkulun kanavat?

*Mitkä ovat dialyysiyksikön henkilökunnan mielestä oleellisia tietoja potilaan hoitoon liittyen mitä yhteistyökumppanin pitäisi tietää?

3. Minkä tekijöiden hoitohenkilökunta kokee edistävän tai estävän laadukasta tiedonkulkua dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä?

*Mitkä ovat pääasialliset tiedonkulun kanavat?

*Onko tiedonkulun kanavilla merkitystä tiedonkulun siirtymiseen?

*Vaikuttavatko ne edistävästi tai estävästi tiedonkulkuun?

*Onko henkilökunnan mielestä organisaatiolla merkitystä tiedonkulun siirtymiseen edistävästi tai estävästi?

*Mitkä ovat suurimmat/ tärkeimmät tekijät laadukkaan tiedonkulun siirtymiseen edistävästi tai estävästi?

Liite 2: Saatekirje tutkimukseen osallistuvalle

Hyvä vastaanottaja

Opiskelen sairaanhoitaja AMK- tutkintoa Laurea ammattikorkeakoulussa Lohjalla. Koulutukseen kuuluu opinnäytetyön tekeminen ja minun aiheeni tiedonkulku HUS Lohjan sairaalan dialyysiyksikön ja yhteistyökumppaneiden välillä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Lohjan sairaalan dialyysiyksikön henkilökunnan kokemuksia ja tietoa hemodialyysipotilaan tiedonkulusta yhteistyökumppaneiden välillä. Tavoitteena on löytää kehittämiskohteita tiedonkulun sujuvoittamiseen sekä lisätä yhteistyökumppaneiden tietoisuutta koskien tämän potilasryhmän hoitoa. Näin potilaan on mahdollisuus saada laadukkaampaa ja potilaslähtöisempää hoitoa HUS: in arvojen mukaisesti.

Tämän takia toivoisin kuulevani sinun kokemuksia ja näkökulmaasi koskien opinnäytetyöni aiheita.

Haastattelun osallistuminen on vapaaehtoista ja voit jättäytyä tutkimuksesta itse pois milloin tahansa haluat. Kaikki haastattelussa puhutut ja esille tulleet asiat ovat luottamuksellisia. Tutkimus tullaan toteuttamaan ryhmähaastatteluna, jossa osallistujien määrä on kerrallaan 2-4 henkilöä. Haastattelun pituus on maksimissaan tunti. Haastattelu tullaan nauhoittamaan ja nauhoitetut haastattelut muutetaan tekstimuotoon, jolloin niistä saatu tieto voidaan analysoida sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin pohjalta saatua tietoa tullaan käyttämään opinnäytetyössä sekä yksikön tiedonsiirron kehittämisen pohjana. Analysoinnissa kiinnitetään huomio siihen, että yksittäistä haastatteluun osallistujaa on mahdoton tunnistaa eli opinnäytetyössä ei missään vaiheessa kerrota haastatteluun osallistujan nimeä, ikää, työkokemusvuosia tms. joista vastaajat olisi mahdollista tunnistaa.

Koko aineisto on luottamuksellista tietoa ja se pysyy ainoastaan haastattelun tekijän luettavissa koko prosessin ajan. Haastatteluaineisto tullaan tuhoamaan haastattelun ja analysoinnin jälkeen. Jatkokäyttö aineistosta tapahtuu ainoastaan opinnäytetyön pohjalta kirjoitettuihin asioihin, jotka ovat yleisesti kaikkien luettavissa.

Lisätietoja voit kysyä minulta tai tutkimuksen työelämäohjaajalta.

Ystävällisin terveisin,

Ilona Kerttula

Sairaanhoitajaopiskelija