

**SAIRAANHOIDON TIEDONKULUN JA ERIKOISSAIRAANHOIDON
HOITOPALAUTTEIDEN LAATU JA PUUTTEET**

Tapio Kalema
Tutkielma
Lääketieteen koulutusohjelma
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Lääketieteen laitos
Helmikuu 2015

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO, Terveystieteiden tiedekunta

Lääketieteen laitos

Lääketieteen koulutusohjelma

KALEMA, TAPIO J. :Sairaanhoidon tiedonkulun ja erikoissairaanhoidon hoitopalauteiden laatu ja puutteet

Opinnäytetutkielma 59 sivua ja 1 liite (1 sivu)

Tutkielman ohjaajat: Marja Aira, LT, Päivi Meriranta LT, yleislääketieteen kliininen opettaja

Helmikuu 2015

Avainsanat: tiedonkulku, hoitopalaute, perusterveydenhuolto

Suomessa sairaanhoidon organisaatio on jakautunut erillisiin tahoihin, joiden välinen hyvä tiedonkulku on tärkeää potilaan hoidon jatkuvuuden takia. Suomessa on pitkään ollut käytössä määrätynsisältöiset lomakemuotoiset läheteet ja hoitopalauteet, jotka ovat olleet keskeisin tiedonvälityksen keino viime vuosikymmeniin saakka. Nykyään tieto siirtyy myös sähköisten ja alueellisten potilastietojärjestelmien kautta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, mitkä ovat tiedonkulun pahimmat ongelmat ja millainen on lääkärin mielestä hyvä loppupalaute erikoissairaanhoidosta sekä miten tärkeänä lääkärit pitävät hyvää tiedonkulkua ja miten hyvin se toteutuu nykyisin.

Tutkimus tehtiin lähettämällä kaksi numeerisesti arvioitavaa väittämää tiedonkulusta ja kaksi avointa kysymystä tiedonkulun pahimmasta ongelmasta ja hyvästä epikriisistä sähköisellä kyselylomakkeella kaikille Itä-Suomen yliopiston kirjoilla oleville yleislääketieteeseen erikoistuville lääkäreille sekä heidän ohjaajilleen. Numeeriset vastaukset luokiteltiin vastaajien koulutuksen, iän, työnkuvan, sairaanhoitopiirin, mahdollisesti käytettävissä olevan sähköisen lähete-palautejärjestelmän ja mahdollisesti käytettävissä olevan aluetietojärjestelmän mukaan. Saatuja tuloksia vertailtiin vastaajaluokittain ja erot testattiin tilastollisesti Mann-Whitneyn U-testillä. Avoimet kysymykset luokiteltiin aihepiireihin ja vastausten lukumääriä vertailtiin. Lisäksi vastauksista valikoitiin ja analysoitiin laadullisesti aiemmin kuvaamattomia näkökulmia.

Numeerisissa vastauksissa tiedonkulkua pidettiin hyvin tärkeänä kaikissa vastaajaryhmissä. Koetussa tiedonkulussa oli vaihtelevanasteisia eroja vastaajaluokittain. Nuoret ja erikoistuvat lääkärit näyttivät pitävän nykyistä tiedonkulun laatua huonompana kuin vanhemmat ja jo erikoistuneet. Samoin vaikuttivat ajattelevan vastaajat, joiden käytettävissä ei ole erikoissairaanhoidon kanssa integroitua potilastietojärjestelmää tai sähköistä lähete-palautejärjestelmää verrattuna niihin, joiden käytettävissä edellä mainitut olivat. Sanallisissa vastauksissa esiin tulleet näkökulmat olivat pääsääntöisesti samankaltaisia aiemmissä tutkimuksissa kuvattujen kanssa, esimerkiksi epikriisien tulemattomuus tai tulon pitkä viive tiedonkulun pahimpana ongelmana tai että hyvä hoitopalaute on lyhyt ja sisältää jatkosuunnitelman. Osa näkemyksistä oli aiemmin kuvaamattomia, esimerkiksi tietyt potilastietojärjestelmiin liittyvät seikat pahimpana ongelmana tiedonkulussa, toiveet erikoissairaanhoidossa tehtyjen hoitopäätösten ja lääkehoidon perusteiden esittämisestä hoitopalauteissa ja tarkempien hoito-ohjeiden anto komplikaatioiden varalta.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND, Faculty of Health Sciences
School of Medicine
Medicine

KALEMA, TAPIO, J.: The quality and problems of information exchange in healthcare and quality and deficiency of reply letters from secondary healthcare

Thesis, 59 pages, 1 appendix (1 page)

Tutors: Marja Aira, MD, Päivi Meriranta MD, Clinical teacher

February 2015

Keywords: communication, reply letter, primary healthcare

The Finnish healthcare system is divided into separate instances. Therefore a good information exchange is an important factor to ensure the continuity of care. For a long time there have been in use standard form referral and reply letters which have been the main tool for information exchange between primary and secondary healthcare so far. In the last few decades, electronic and regional patient information systems have been in use for the exchange of information. The aim of this study was to find out what the worst problems in the information exchange are and what is considered as a good reply letter from secondary healthcare to the doctors working in primary healthcare. Also the aim was to find out how important good information exchange between primary and secondary healthcare is considered by primary healthcare doctors and how well information is being exchanged as is.

This study was carried out by sending an electronic questionnaire form to all doctors working as general medicine interns and to their mentors in the area of University of Eastern Finland. The questionnaire contained two numerically evaluated claims concerning the importance of good information exchange and the current quality of information exchange. It also included two open-ended questions about what the worst problem in information exchange is and what is considered to be a good reply letter from secondary healthcare. The numerical data were categorized by the education, age, content of work, healthcare district, access to an electronic referral system and by access to a regional patient information program of the respondents. The means of the numeric responses were compared according to aforementioned categories of respondents. The statistical significance was tested using the Mann-Whitney U-test. The open-ended questions were classified according to their topics and the amounts of responses in each topic were compared. In addition to that, unexpected or otherwise interesting responses were subjected to a qualitative analysis.

The respondents in all categories considered a good information exchange to be essential. The quality of current information exchange was evaluated somewhat different between various groups of respondents. It seems that young doctors and interns are more likely to appreciate the current quality of information exchange less than older doctors and specialists of general medicine. Also so seem to evaluate the doctors without an access to an electronic referral system or to a regional patient information program. The responses to the open-ended questions were mostly consistent with previous studies. For example many respondents considered missing or late reply letters to be the worst problem of information exchange. They also considered a good reply letter to be short and to contain a follow-up plan. Some undocumented aspects arose in the responses, for example certain issues with patient information programs being the worst problem of information exchange and the demand for including certain type of information in the reply letter from secondary healthcare, such as the reasons of pharmacological or other treatment, more detailed instructions for patient care in the case of complications.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KIRJALLISUUSKATSAUS	8
2.1	Hoidon porrastus Suomessa	8
2.2	Hoitosuositus, alueellinen hoito-ohjelma ja hoitoketju	8
2.3	Lähete-epikriisimalli	10
2.4	Konsultaatio, sähköinen lähete ja rakenteellinen lähete-palautejärjestelmä	11
2.5	Väliaikaviestintä	14
2.6	Sähköiset potilastietojärjestelmät ja aluetietojärjestelmät	14
2.7	Potilas ja omainen tiedonsiirtäjänä	16
2.8	Hyvän epikriisin ominaisuudet	17
2.9	Epikriisien laatu ja puutteet	18
2.10	Ehdotuksia epikriisien laadun parantamiseksi	22
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, AINEISTO JA MENETELMÄT	24
3.1	Tutkimuksen tavoitteet	24
3.2	Tausta-aineiston keräys	24
3.3	Kyselylomakkeiden sisältö ja lähettäminen	25
3.4	Sanallisten vastausten luokittelu ja käsittely	25
3.5	Numeeristen vastausten käsittely	26
4	TULOKSET	27
4.1	Numeeriset vastaukset, numeeristen vastausten lukumäärä luokittain ja vastausten käsittely	27
4.2	Hyvän tiedonkulun tärkeys ja toteutuminen	29
4.3	Sanalliset vastaukset, ”Mikä on pahin ongelma tiedonkulussa?”	34
4.3.1	Epikriisit eivät tule, tulevat liian myöhään tai väärään paikkaan	34
4.3.2	Tietojärjestelmien aiheuttamat ongelmat	36
4.3.3	Epikriisien puutteellinen sisältö	37
4.3.4	Muut vastaukset	37

4.4 Sanalliset vastaukset, ”Millainen on mielestäsi hyvä palaute erikoissairaanhoidosta?”	38
4.4.1 Viive epikriisin saapumiseen ja epikriisin pituus	40
4.4.2 Epikriisin sisältö	40
4.4.3 Muut vastaukset	41
5 POHDINTA	43
5.1 Hyvän tiedonkulun tärkeys ja toteutuminen	43
5.2 Pahin ongelma tiedonkulussa	45
5.3 Hyvä epikriisi	48
5.4 Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet, jatkotutkimuksen aiheita	52
6 YHTEENVETO	54
7 LÄHTEET	56
LIITE 1 KYSELYLOMAKE	

1 JOHDANTO

Suomessa terveydenhuolto on jaettu toisistaan fyysisesti ja hallinnollisesti erillään oleviin perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perinteisesti potilaiden hoitoa koskeva tieto on siirtynyt näiden tahojen välillä lähete- ja palautelomakkeilla. Viime vuosikymmeninä sähköiset potilastietojärjestelmät ovat yleistyneet ja niiden myötä ovat tulleet käyttöön sähköiset lähete-palautejärjestelmät. Erikoissairaanhoidosta terveystieteisiin lähetettävät hoitopalautteet ovat kuitenkin integroitujen potilastietojärjestelmien käyttöönotonkin jälkeen olleet tärkeä tiedonvälityskeino.

Sujuva tiedonkulku ja viestintä tahojen välillä on mahdollisimman hyvän hoidon perusta. Tiedonkulun ongelmien selvitys on siksi tärkeä osa terveydenhuollon laadunvalvontaa ja tiedonkulun parantamisen edellytys. Suomessa lääkärin on todettu pitävän tiedonkulun laatua yleisesti ottaen hyvänä. Aikaisemmin sekä Suomessa että ulkomailla havaittuja ongelmia terveydenhuollon eri tahojen välisessä tiedonkulussa ovat mm. puuttuvat, viivästyvät tai sisällöltään puutteelliset hoitopalautteet sekä sähköisiin tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat.

Kaikkiin suomalaisiin terveystieteiden lääkäreihin yleistettävissä olevaa tietoa lääkärin näkemyksistä tiedonkulun laadusta on niukasti. Tietoa siitä, miten terveystieteiden lääkärin henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä, koulutus ja työnkuva, vaikuttavat lääkärin näkemyksiin tiedonkulun laadusta, ei ole. Tutkimustietoa siitä, millaisena suomalaiset terveystieteiden lääkärin pitävät hyvää hoitopalautetta, ei ole. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu viitteitä siitä, että integroidut sähköiset potilastietojärjestelmät ovat integroimattomia parempia hyvän tiedonkulun edistäjinä.

Tämän tutkielman tavoitteena oli saada lisätietoa siitä, mitä ongelmia on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä tiedonkulussa ja miten hyvin tiedonkulku yleislääkärin mielestä toteutuu. Toisena tavoitteena oli selvittää, miten tärkeänä perusterveydenhuollon klinikot pitävät hyvää tiedonkulkua ja millainen on suomalaisten yleislääkärin mielestä hyvä epikriisi. Tutkimuksessa tarkastellaan vastauksia, jotka saatiin lähettämällä hyvän tiedonkulun tärkeyttä, nykyistä tiedonkulun laatua ja pahimpia ongelmia sekä hyvän epikriisin ominaisuuksia koskevia kysymyksiä terveystieteiden toimiville lääkäreille.

Tutkimuksessa todettiin kaikkien terveyskeskuslääkärien pitävän hyvää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua erittäin tärkeänä. Lääkärien todettiin pitävän nykyistä tiedonkulkua laadultaan hyvänä tai tyydyttävänä. Samanlaisia tuloksia on saatu aiemminkin Suomessa. Nuorten ja erikoistuvien lääkäreiden todettiin pitävän tiedonkulun laatua huonompana kuin vanhempien ja erikoistuneiden. Pohjois-Savossa työskentelevien lääkäreiden todettiin pitävän nykyistä tiedonkulkua huonompana kuin muissa Itä-Suomen sairaanhoitopiireissä. Integroitujen tietojärjestelmien käyttäjät olivat tiedonkulkuun tyytyväisempiä kuin erikoissairaanhoidosta erillisten tietojärjestelmien käyttäjät. Vastaajien työnkuvalla ei ollut korrelaatiota näkemyksiin tiedonkulun laadusta. Pahimpina ongelmina tiedonkulussa pidettiin tulemattomia, viivästyviä ja sisällöltään puutteellisia hoitopalautteita sekä tietojärjestelmän ongelmia. Hyvänä epikriisinä pidettiin ajoissa tulevaa sopivan pituista (ei liian pitkää), jatkosuunnitelman kuvaavaa ja lääkehoidon sisältävää palautetta.

Kirjallisuuskatsauksessa on kuvattu Suomen sairaanhoidon jako perussairaanhoidon ja erikoissairaanhoidon sekä pääasialliset tiedonvälityksen keinot näiden tahojen välillä. Katsauksessa on myös kuvattu perinteinen lähete-epikriisimalli tiedonvälityksen muotona ja erilaisten sähköisten potilastietojärjestelmien ominaisuudet ja erot. Katsauksessa on esitelty aiemmin Suomessa ja ulkomailla saadut tutkimustulokset tiedonkulun laadusta, ongelmista, epikriisien laadusta ja puutteista sekä näkemyksiä hyvän epikriisin ominaisuuksista. Tutkimuksen tavoitteet sekä aineiston keruu ja käsittely on esitelty tarkemmin luvussa 3. Tulokset-luvussa on esitetty lähetettyihin kysymyksiin saadut vastaukset. Tulosten analyysi ja vertailu aiempiin tutkimuksiin on esitetty Pohdinta-luvussa.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 HOIDON PORRASTUS SUOMESSA

Hoidon porrastuksella tarkoitetaan terveyspalvelujen luonteen ja asiantuntemuksen jakautumista ja organisaatioiden alueellisen työnjaon järjestämistä (Saaren-Seppälä 2004). Perusterveydenhuolto on määritelty yleistasoiseksi terveyskeskustoiminnaksi, yksityistoiminnaksi ja työterveydenhuolloksi, ja erikoissairaanhoidon puolestaan tarkoittaa erikoisaloihin jakaantunutta polikliinista, vuodeosasto-, tutkimus- ja leikkaustoimintaa, jota pääasiassa harjoitetaan sairaaloissa mutta myös yksityissektorilla (Lindén 2001). Raja ei ole kuitenkaan yksiselitteinen vaan riippuu olosuhteista, hallintorakenteista ja käytännöistä riippuvainen. Perusterveydenhuollon on nähty olevan vastuussa potilaan pitkäaikaisesta ja kokonaisvaltaisesta hoidosta ja erikoissairaanhoidon olevan työkalu perusterveydenhuollon käyttöön. Niin ikään on nähty tämän edellyttävän saumatonta yhteistyötä näiden tahojen välillä potilaan optimaalisen hoidon ja kustannusten kannalta (Nuutinen 2000). Potilaat voivat ohjautua erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon kautta, konsultaationa erikoisalalta toiselle tai muulta taholta, esimerkiksi yksityis- tai koululääkäriltä (Saaren-Seppälä 2004).

2.2 HOITOSUOSITUS, ALUEELLINEN HOITO-OHJELMA JA HOITOKETJU

Hoidon porrastuksen ydintavoite on luoda laadukkaan hoidon kokonaisuus, jossa potilas hoidetaan oikeaan aikaan oikeassa paikassa ja terveydenhuollon resurssit ovat optimaalisessa käytössä ja paikalliset olot huomioitaan. Perusterveydenhuollon kannalta keskeinen kysymys on, miten hoito ja diagnostiikka järjestetään ja milloin erikoissairaanhoidon konsultoidaan. Erikoissairaanhoidon puolestaan tulee ratkaista, miten jatkohoito ja seuranta järjestetään tarkoituksenmukaisesti.

Hoitosuosituksella tarkoitetaan asiantuntijoiden laatimaa tietyn potilasryhmän hoitoon tarkoitettua näyttöön perustuvaa kannanottoa. Näillä pyritään parantamaan hoidon laatua ja ohjaamaan terveydenhuollon resurssien käyttöä. Suomessa käytössä olevat Käypä hoito -suositukset ovat valtakunnallisia. Alueellisessa hoitosuosituksessa eli hoito-ohjelmassa valtakunnallisen hoitosuosituksen pohjalta luodaan paikallisiin oloihin sopiva suositus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajien yhteistyönä. Hoitoketjulla tarkoitetaan paikallista sopimusta siitä, miten potilasta tietyssä tilanteessa hoidetaan ja miten hoito

porrastetaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä. Näiden käsitteiden käyttö ei ole suomenkielisessä kirjallisuudessa kuitenkaan vakiintunutta (Nuutinen 2000). 2000-luvulla Suomessa on otettu perusterveydenhuollon klinikoiden tueksi n. kahtasataa hoitoa ja toimenpidettä koskevat kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet, jotka perustuvat pisteytykseen ja jotka on tarkoitettu perusterveydenhuollon klinikoiden päätöksenteon tueksi erityisesti harkittaessa lähetettä erikoissairaanhoidon (Heinämäki ym. 2007).

Esimerkiksi astman alueellisen hoitoketjun on Hyvinkään sairaanhoitoalueella vuonna 2003 todettu vähentävän erikoissairaanhoidon poliklinikalla käyvien potilaiden määrää, nopeuttavan siirtymistä perusterveydenhuollon seurantaan, tehostaneen astmapotilaiden ohjausta ja lisänneen potilaiden valmiuksia astman omahoidon toteuttamiseen (Brander 2003). Hyvinkään sairaanhoitoalueella myöhemmin, 2009, tehdyssä tutkimuksessa todettiin alueellisen hoitoketjun siirtäneen astman tutkimusten ja hoidon päävastuun erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, lisäävän PEF- ja spirometriatutkimuksia sekä astmahoitajakäyntejä perusterveydenhuollossa ja pienentävän kunnille koituvia erikoissairaanhoidon kustannuksia (Brander 2009). Sen sijaan kiireettömän hoidon perusteilla ei ole ollut havaittavaa vaikutusta Turun yliopistollisen keskussairaalan astma-, keuhkohtaumatauti- tai uniapnealähetteisiin; läheteistä puuttui olennaisia tietoja (esimerkiksi potilaan painoindeksi, ammatti ja tupakointi) ja puutteet olivat samat kuin ennen kiireettömän hoidon perusteiden julkaisemista (Heino ym 2010).

Tutkimustulokset hoitosuosituksen vaikutuksista ovat vaihtelevia. Esim. Carekin ym. (2009) mukaan Yhdysvalloissa hoitosuosituksen käyttöönotto on parantanut diabeetikkojen hoidon saantia ja kirjaamista sekä vähentänyt lasten astmasta johtuvaa sairaalahoidon tarvetta. Sen sijaan eri tutkimuksissa ei havaittu vaikutusta virtsainkontinenssipotilaiden hoito-ohjeiden, hoitokotien vanhusten alahengitysteiden hoito-ohjeiden tai kanadalaisten rintasyöpähoitosuosituksen käyttöönottoon. Grimshawn ym. (2004) 235 tutkimusta käsittävässä katsausartikkelissa arvioitiin hoitosuosituksen (clinical practice guidelines) käyttöönoton ja levityksen vaikutusta klinisiin käytäntöihin. Kirjoittajien mielestä näyttö oli riittämätöntä tukemaan päätöksiä, miten hoitosuosituksia kannattaa levittää ja ottaa käyttöön. Kirjoittajat olivat sitä mieltä, että päättäjien on harkittava tarkkaan, miten vähäiset hallinnolliset resurssit hyödynnetään mahdollisimman hyvin, ja punnittava hoitosuosituksen käyttöönoton aiheuttamia kustannuksia niistä saataviin hyötyihin.

Syitä siihen, miksi lääkärit eivät noudata hoitosuosituksia, on lukuisia. Cabanan ym. (1999) 76 julkaisua käsittelevässä katsausartikkelissa analysoitiin näitä syitä. Tietämättömyys eri hoitosuosistusten olemassaolosta vaihteli 1%:sta 84 %:iin, ja mediaani oli 54,5 %. 78 %:ssa tutkimuksista vähintään 10 % vastaajista oli tietämättömiä tutkimuksen kohteena olleesta hoitosuosituksesta. Hoitosuosistusten sisällön tuntemuksen puute syynä noudattamattomuuteen vaihteli 0 %:sta 89 %:iin. Mediaani oli 56,5 %. 90 %:ssa tutkimuksista vähintään 10 % vastaajista ilmoitti, ettei tunne hoitosuosituksia. Erimielisyys hoitosuosituksen kanssa (esim. kliinikolla eri tulkinta näytöstä, suositus ei sovellettavissa yksittäisiin potilaisiin, hoitosuositus liian yksinkertaistava) vaihteli 1 %:sta 91 %:iin. 95 %:ssa tutkimuksista vähintään 10 % vastaajista ilmoitti erimielisyyden olevan syy poiketa hoitosuosituksesta. Hoitosuosituksista poikkeaminen vaihteli 1 %:sta 65 %:iin ja mediaani oli 13 %. 79 %:ssa tutkimuksissa vähintään 10 % vastaajista ilmoitti osaamattomuuden olevan syynä hoitosuosituksista poikkeamiseen. Hyödyn epäily syynä hoitosuosituksista poikkeamiseen vaihteli 8 %:sta 90%:iin ja mediaani oli 26 %. 88 %:ssa tutkimuksista vähintään 10 % vastaajista ilmoitti epäilevänsä suositellun hoidon hyötyä. Vanhoissa käytännöissä pysyminen vaihteli 23 %:sta 66 %:iin. Mediaani oli 42 %. Kaikissa neljässätoista tutkimuksesta tämä ilmoitettiin syyksi hoitosuosituksesta poikkeamiseen. Ulkoiset syyt (potilaaseen, suositukseen tai työpaikkaan liittyvät syyt) oli vähintään 10 % vastaajista ilmoittanut kaikissa tutkimuksissa hoitosuosituksesta poikkeamisen syyksi.

2.3 LÄHETE-EPIKRIISIMALLI

Lähetepolikriisimalli, jossa potilaat ohjautuvat perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon muodoltaan määritellyllä läheteellä, on hoitotahojen välisen tiedonkulun kannalta tärkeimpiä väyliä (Gripenberg-Gahmberg ym. 2004). Se on muodostunut vuonna 1955 sairaalalain ja vuoden 1972 kansanterveyslain sekä vuoden 1989 erikoissairaanhoidon lain myötä nykyiselleen (Puhakka ym. 2003a). Vuonna 1990 lääkintöhallitus antoi sairaalaan lähettämistä koskevat ohjeet, joissa oli määritelty lähetteen muodolliset ominaisuudet, esim. vaatimus A4-koosta ja lähettävän tahon tunnistetiedoista. Sisällöllisiksi vaatimuksiksi esitettiin myöhemmin potilaan nykyongelman kuvaus, sairaushistoria, lähettävän lääkärin ongelmanasettelut ja kiireellisyysluokka (Saaren-Seppälä 2004). Kolme pääasiallista terveyskeskuslääkärin syytä lähettää potilas erikoissairaanhoidon konsultaatioon tai hoitoon ovat 1) tiettyä hoitoa tai hoitotoimenpidettä tai erikoissairaanhoidon vaativan hoidon arviointia varten diagnoosin ollessa selvä 2) jatkotutkimuksia ja taudinmäärittystä varten

diagnoosin ollessa epäselvä ja 3) erikoissairaanhoidon kantaa tai lausuntoa varten esim. ammattitauti-, erikoislääkitys- tai työkykyasioissa (Puhakka ym. 2003a). Coulterin ym. aineistosta tiettyä hoitotoimenpidettä varten tehtyjä läheteitä oli kaikista 35,4 %, 34,9 % oli jatkotutkimusta tai diagnosointia varten. Yleislääkäri pystyy tutkimaan ja hoitamaan itsenäisesti 92–97 % potilaistaan itse, mutta sairaalalähetteen on todettu olevan yksi merkittävimmistä kustannustekijöistä terveydenhuollossa (Puhakka ym. 2003a).

Epikriisi on tullut 1950-luvulta asti käytössä olleen lähetteen rinnalle vasta myöhemmin. 1970-luvulla alettiin käyttää sairaalakohtaisia läheteilmoituksia, joissa olevaan poistoilmoitusosaan kirjattiin tietoa hoidon kestosta ym. tilastotietoa, ja lähetteen poistoilmoitusosa korvattiin myöhemmin hoitoilmoituksella. Hoitoilmoituksen rinnalle kehitettiin epikriisi, joka sisälsi yhteenvedon potilaan hoidon sisällöstä (Saaren-Seppälä 2004). Nykyään epikriisi on laadittava sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta ja polikliinisistä hoitajaksoista silloin, kun ne päättyvät tai kun hoitovastuu siirtyy toiselle taholle. Epikriisin on sisällettävä annetun hoidon lisäksi selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Lisäksi on kuvattava mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila hoitajakson päättyessä (STM:n asetus 2009).

2.4 KONSULTAATIO, SÄHKÖINEN LÄHETE JA RAKENTEELLINEN LÄHETE-PALAUTEJÄRJESTELMÄ

Erikoissairaanhoidon voidaan nykyään konsultoida puhelimitse tai kirjallisesti. Puhelinkonsultaatio on hyvä päivystyksellisiin konsultaatioihin mutta sopii huonosti arkiseksi konsultaatiomuodoksi, sillä se keskeyttää muut toimet eikä oikeaa ihmistä aina tavoiteta (Julku-nen 2002, Tuomisto 2010). Hyvien konsultaatiomahdollisuuksien on arveltu voivan vähentää läheteitä, joista potilas ei hyödy. Tämä puolestaan voi hillitä terveydenhuollon kasvavia menoja, joista suurin osa muodostuu erikoissairaanhoidossa (Puhakka ym. 2006).

Sähköisten läheteiden tultua käyttöön myös läheteitä on voitu alkaa käsitellä konsultaatioina, joihin voidaan vastata ilman erikoislääkärin kliinistä tutkimusta. Läheteiden käsitteleminen konsultaationa siirtää portinvartijan roolin erikoissairaanhoidon, mikä madaltaa perusterveydenhuollon lääkärin kynnystä konsultoida, ja mahdollisesti välttää erikoissai-

raanhoidon käyntilaskulta (Kuusisto ja Molnar 2005). Toisaalta konsultaatiokynnyksen madaltuminen on nähty myös haitaksi, sillä se saattaa johtaa konsultaatioiden määrän kasvuun. Lisäksi on esitetty huolia potilasturvallisuudesta, sillä hoitovastuu jää konsultaatiosta ja vastauksesta huolimatta perusterveydenhuoltoon. Lähetteitä on tarkoituksenmukaista käsitellä konsultaatioina ja antaa jatkohoito-ohjeet hoitavalle taholle, mikäli potilas on aiemmin ollut erikoislääkärin arviossa eikä kliinisessä tilassa ole lähetetietojen perusteella tapahtunut olennaista muutosta tai jos lähetteen perusteella on ilmeistä, että potilas ei hyödy erikoislääkärin tutkimuksesta. Näin erikoissairaalan resurssit saadaan suunnattua optimaalisesti ja välttyään jonojen hallitsemattomalta kasvulta (Hagelberg ym. 2008).

Jorvin sairaalan kardiologisista läheteistä koostuvassa aineistossa noin kolmannekselle potilaista ja heitä hoitaville terveystieteiden lääkäreille voitiin antaa kirjalliset jatkohoito-ohjeet lähetteen perusteella, n. kolmannekselle voitiin antaa jatkohoito-ohjeet lähetteen tietojen perusteella tehtyjen lisätutkimusten (mm. sydämen kaikututkimuksen tai 24 tunnin EKG-rekisteröinnin perusteella) ja vain n. kolmannekselle potilaista kardiologin vastaanotto katsottiin tarpeelliseksi. Seuraavan vuoden aikana harvat konsultaatioina käsitellyt tapaukset saivat uuden lähetteen ja harvat ajautuivat päivystyspoliklinikalle (Partanen 2002). Läheteiden käsitteleminen tähän tapaan konsultaatioina auttaa lyhentämään poliklinikkajonoja ja on toteutettavissa ilman lisäresursseja (Kuusisto ja Molnar 2005).

Strukturoimattomissa (vapaamuotoisissa) läheteissä on mm. koulutuksesta, kokemuksesta, epävarmuuden sietokyvystä ja ammatillisista kiinnostuksen kohteista syntyviä lääkärikohdattaisia eroja. Vapaamuotoisen lähetteen kiireellisyyden arviointiin vaikuttaa ensisijaisesti lähetteen lukevalle erikoislääkärille syntyvä käsitys kyseessä olevan ongelman vakavuudesta ja hoidon tarpeesta. Läheteiden puutteet ja epä johdonmukaisuudet johtavat helposti turhaan työhön tai siihen, että potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa oikeaan aikaan.

Läheteiden kehittämiseksi ja laadun tasoittamiseksi on kehitetty rakenteellinen lähete- ja palautejärjestelmä. Rakenteellisten läheteiden on ajateltu olevan erityisen käyttökelpoinen tutkittaessa ja hoidettaessa yleisiä sairauksia ja sairauksia, joista tehdään paljon lähetteitä sekä tutkittaessa elinjärjestelmää, jonka diagnostiikka on vaikeaa. Suomessa käyttöön on otettu mm. olkapään verkkolähete, joka ohjaa lähettävän lääkärin esitietojen keruuta sekä potilaan kliinistä tutkimusta. Kehitteillä on myös selkä- ja niskasairauksien sekä tyrien rakenteellinen lähete. Rakenteellinen lähete voi mahdollistaa potilaan asettamisen suoraan

leikkausjonoon, erikoislääkärin vastaanotolle, erityiskoulutetun fysioterapeutin tutkimuksiin, tai tarvittaessa lähetteen vastaanottava ja käsittelevä erikoislääkäri voi antaa perusterveydenhuollon lääkärille jatkohoito-ohjeet ilman, että potilasta tarvitsee kutsua erikoissairaanhoidon poliklinikalle. Lisäksi hoidon kiireellisyys on helpompi arvioida strukturoidun lähetteen perusteella (Paloneva ym. 2012).

Jiwa ym. (2006) tutkivat sähköisen ja ohjaavan lähetejärjestelmän vaikutusta alavatsaoireita valittavien potilaiden lähetteen laatuun ja erikoissairaanhoidossa asetettaviin diagnooseihin. 44 terveysasemaa ja 716 lähetettä käsittäneessä aineistossa lääkärit joko käyttivät perinteistä lähetettä eivätkä saaneet lisäkoulutusta, käyttivät ohjaavaa läheteohjelmaa eivätkä saaneet lisäkoulutusta, käyttivät perinteisiä läheteitä mutta saivat lisäkoulutusta vierailevalta mahakirurgilta tai käyttivät ohjaavaa läheteohjelmaa ja saivat lisäksi edellä mainitut koulutusta. Minkään interventioryhmän lähettämällä potilailla ei ollut merkittävästi suurempaa osuutta elimellisiä diagnooseja (esim. divertikuliittejä, maligniteettejä tai tulehduksellisia suolistosairauksia) mutta ohjaavalla läheteellä tehdyt läheteet sisälsivät useammin edellytetyt tiedot. Jenkins ym. (1997) tutkivat rakenteellisen lähetteen vaikutusta lasten sivuäänien takia tehtyjen lähetteen sisältöön. Tutkimuksessa oli yhteensä 94 lähetettä. Rakenteellisten lähetteen todettiin sisältävän enemmän edellytettäviä tietoja kuin vapaamuotoisten lähetteen. Useammin mainittuja tietoja olivat aiempi sairaushistoria (66 % vs. 42 %), lääkitys (45 % vs. 0 %) ja allergiat (36 % vs. 0 %). Tästä huolimatta rakenteelliset läheteet eivät olleet sanamäärällisesti pidempiä.

Englannissa on kokeiltu epikriisien kirjoittamiseen menevän ajan säästämiseksi tietokoneen laatimia hoitopalautteita. Potilastietojärjestelmä laatii lääkärin, hoitajien ja muun hoitohenkilökunnan syöttämien tietojen (kuten diagnoosien, tilattujen tutkimusten ja tehtyjen toimenpiteiden) perusteella hoitopalautteen yleislääkäreille, ja hoitopalautetta voidaan täydentää vielä vapaamuotoisella selittävällä osuudella. Pelkästään tietokoneohjelman laatimien hoitopalautteiden laatu on todettu huonoksi. 29 %:ssa oli harhaanjohtavaa tai epätarkkaa tietoa ja vain 8 %:iin oli lisätty vapaamuotoista selittävää tekstiä. Ohjelmiston tuottamien hoitopalautteiden laatua pidettiin riittämättömänä. (Jansen ja Grant 2003)

2.5 VÄLIAIKAVIESTINTÄ

Toisin kuin muodoltaan määritellyillä läheteillä ja hoitopalautteilla sekä tavoitteiltaan määritellyillä konsultaatioilla, muiden väliaikatietojen tuottamisesta ei ole yhtenevää ohjeistusta. Väliaikatietojen puute on todettu ongelmaksi tilanteessa, jossa potilas on hoidossa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa samanaikaisesti. On arveltu, ettei nykyisillä resursseilla voida lisätä väliaikaviestintää niin paljon, että vastaanottaja kokisi sitä hyödyksi ilman, että tuottaja kokisi sitä rasitteena. Yhteisten tietojärjestelmien käyttöönotto tukenee kuitenkin väliaikatietojen saantia ja helpottanee usean terveydenhuollon tahon palveluita samaan aikaan käyttävien potilaiden hoitoa (Gripenberg-Gahmberg ym. 2004).

2.6 SÄHKÖISET POTILASTIETOJÄRJESTELMÄT JA ALUETIETOJÄRJESTELMÄT

Suomessa on 1990-luvulta alkaen otettu käyttöön sähköisiä potilastietojärjestelmiä, jotka mahdollistavat terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmien hyödyntämisen keskinäiseen tiedonvaihtoon. Tällaisesta yhteisestä tietojärjestelmästä käytetään nimitystä aluetietojärjestelmä (Kallio 2005). Muihin EU-maihin verrattuna sähköiset tietojärjestelmät ovat kattavasti käytössä mutta terveydenhuollon järjestämisvastuun pirstaleisuuden takia eivät useinkaan ole keskenään yhteensopivia. Tämän puutteen korjaamiseksi on kehitetty erilaisia alueellisia tietojärjestelmiä, joilla tiedonsiirto on mahdollista toimintayksiköiden rajojen yli (Harno ja Ihanus 2010). Aluetietojärjestelmä mahdollistaa niin sairauskertomusmerkintöjen kuin laboratorio- ja röntgentulosten siirron (Kallio 2005). Vuonna 2001 oli 63 %:ssa kunnista käytössä jokin sähköinen potilastietojärjestelmä (Harno ja Ihanus 2010), ja vuonna 2010 yli neljässä viidesosassa oli käytettävissä aluetietojärjestelmä (Hyppönen ym. 2012). Kuitenkin perusterveydenhuollon lääkäreistä vain osa (66 %) käyttää aluetietojärjestelmän mahdollistamaa tiedonhakua muista organisaatioista, ja sairaalalääkäreistä lähes 70 % ei käytä aluetietojärjestelmää vaan vanhaan tapaan papereita ja faksia (Hyppönen ym. 2012).

Aluetietojärjestelmien toteuttamismahdollisuuksia on useita. Esimerkkeinä mainittakoon viitetietojärjestelmä, jossa jokainen terveydenhuolto-organisaation taho tuottaa kertomusmerkinnät omaan kertomusjärjestelmäänsä mutta merkinnöistä muodostetaan viitteet yhteiseen aluetietojärjestelmään. Näitä viitteitä hoitavat lääkärit pääsevät selaamaan potilaan

luvalla. Tällainen järjestelmä on käytössä esimerkiksi Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa. Toinen mahdollisuus toteuttaa aluetietojärjestelmä on, että alueellisista terveystieteistä voidaan kirjautua järjestelmään tavalliseen tapaan käyttäjätunnuksella ja salasanalla ja selata erikoissairaanhoidon sairauskertomusmerkintöjä erillisellä selaimella. Tällainen on käytössä esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Kolmas tapa tuottaa aluetietojärjestelmä on, että erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa on käytössä yksi potilastietojärjestelmä, jonka kautta tietojärjestelmän käyttäjä pääsee selaamaan alueen toisten organisaatioiden sairauskertomuksia. Tällainen on käytössä mm. Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirien alueella (Kallio 2005). Kahdesta viimeksi mainitusta on käytetty nimitystä integroitu ratkaisu (Hyppönen ym. 2012).

Zwaanswijk ym. (2011) ovat tutkineet sähköisten sairauskertomusjärjestelmien vaikutusta tiedonvälitykseen. Yleislääkäreille, terveystieteiden hoitohenkilökunnalle sekä psykologeille ja psykiatreille tehdyssä kyselytutkimuksessa vastaajat totesivat muun muassa, että sähköinen tiedonvälitys parantaa tiedonvälityksen nopeutta ja hoidon tehoa, sillä muiden tahojen merkinnät ovat välittömästi käytettävissä ja tutkimusten uusimiselta voidaan välttyä. Myös hoidon laadun katsottiin parantuvan, sillä ajantasainen tieto voi estää tiedon puutteesta johtuvien hoitovirheiden syntymisen.

Sähköisten potilastietojärjestelmien etu painettuihin potilaskertomuksiin nähden on, että lääkäriellä on mahdollisuus tarkastella muualla tuotettuja tietoja viipeettä (Kallio 2005). Tämän lisäksi aluetietojärjestelmillä voidaan saavuttaa taloudellista säästöä esimerkiksi tarpeettomien tutkimusten ja lisäarvoa tuottamattomien potilaskäyntien vähentymisenä. Satakunnassa näin syntyvien säästöjen suuruudeksi on osoitettu 6 % vuosikustannuksista (Maass ym. 2007). Lisäksi on arvioitu, että taloudellista säästöä syntyy myös siitä, että potilasviitteiden katselun kustannus on alle euron mutta saman tiedon haun ja toimituksen kustannus on 10–30 euroa (Harno ja Ihanus 2010). Peijaksen sairaalan nilkka- ja ranne-murtumapotilaista koostuvan aineiston tutkimuksessa on todettu, että hoitajalla kului murtumakontrollikäynnin järjestämiseen aikaa vain 16 % ja kontrollikäynnin kokonaiskustannukset olivat n. puolet verrattuna käyntiin, jossa ei ollut sähköistä kuvanjakelua vaan kuvat toimitettiin perinteisesti filmeillä (Harno ym. 2009). Sähköisiä tietojärjestelmiä on kritisoitu niiden keskeneräisyyden takia (Kekomäki 2009) ja aluetietojärjestelmiä puolestaan niiden hakumenettelyiden hankaluudesta (Harno ym. 2009). Vuonna 2010 tehdyssä kyselytutkimuksessa todettiin organisaatioiden välisen tiedonvaihdon olevan keskeisimpiä lääkä-

rien kokemia ongelmia tietojärjestelmissä, mikä johtaa siihen, että tietoja ei haeta vaikka se olisi mahdollista. Samassa tutkimuksessa lääkärien todettiin olevan tyytyväisempiä integroituihin aluetietojärjestelmiin kuin viitetietokantaan perustuviin aluetietojärjestelmiin mutta näissäkin vastaajista suurempi osa oli tyytymättömiä kuin tyytyväisiä tiedon saatavuuteen (Hyppönen ym. 2012).

2.7 POTILAS JA OMAINEN TIEDONSIIRTÄJÄNÄ

Sandler ym. (1989) tutkivat lääkärien ja potilaiden asenteita kotiutuksen yhteydessä annettavaan tietolomakkeeseen, joka sisältää ytimekkään tiivistelmän hoitojaksosta yleislääkärille sekä lyhyet jatko-ohjeet potilaalle ja lääkityksen. 83 % potilaista ja 92 % lääkäreistä piti lomakkeen sisältämiä tietoja erittäin hyödyllisinä tai melko hyödyllisinä ja lähes kaikki lääkärit pitivät hyvänä ajatuksena tällaisen tietolomakkeen antamista potilaalle sairaalasta kotiutuksen yhteydessä. Curranin ym. (1992) tutkimuksen mukaan vanhuspotilaalle annettun kotiutuslomakkeen (discharge note) saapuminen terveyskeskukseen kesti keskimäärin 4,9 päivää, mikäli kirjekuoressa ei ollut ohjeita, ja keskimäärin 2,96 päivää, mikäli kuoreen oli kirjoitettu ohje toimittaa kirjekuori perusterveydenhuollon lääkärielle mahdollisimman pian. Sairaalasta postitetun kotiutuslomakkeen saapuminen terveyskeskukseen kesti keskimäärin 2,1 päivää. Kotiutuslomake päättyi terveyskeskukseen 76 %:ssa kirjaamattomista kuorista, 75 %:ssa kirjatuihin, 89 %:ssa suoraan postitetuista. Sandlerin ja Mitchellin (1988) tutkimuksen mukaan potilas toimitti alustavan hoitotiivistelmän (interim discharge summary) terveyskeskukseensa nopeammin ja yhtä usein kuin voitiin toimittaa postitse. Vähäähön (2001) mukaan sairauskertomuskopio annetaan lapsipotilaan vanhemmalle harvoin (22 % saanut kopion). Nekin vanhemmat, jotka ovat saaneet kopion, vievät sen harvoin muihin hoitopaikkoihin (vain 6 %:ssa kaikista tapauksista).

2.8 HYVÄN EPIKRIISIN OMINAISUUDET

T. M. Penneyn (1989) mukaan hyvään hoitopalautteeseen sisältyvät potilaan hoidon alku- ja loppuajankohdat, diagnoosi, potilaan yleiset esitiedot ja sairaushistoria, lääkitys sairaalaantulohetkellä, tutkimukset sairaalassa, hoito ja potilaan tilan muutos, lääkitys kotiutushetkellä ja jatkohoitosuunnitelma. Näistä diagnoosi, lääkitys kotiutushetkellä ja jatkohoitohjeet ovat tärkeimmät. Komplisoitumattomassa rutiinotoimenpiteessä riittää tieto toimenpiteestä ja sen ajankohdasta, kotiutuspäivämäärästä, kotiutushetken lääkityksestä, tikkien poiston ajankohdasta sekä mahdollisesta kontrollikäynnistä ja sen ajankohdasta. Penneyn mukaan hyvä hoitopalaute on lyhyt ja sisältää ajan säästämiseksi vain yleislääkärin kannalta relevanttia tietoa. Hoitopalautteen liitteeksi voidaan antaa hoitojaksoa koskevat yksityiskohtaiset tiedot, joita yleislääkäri voi selata tarvittaessa.

Newtonin ym. (1992) tutkimuksessa seuraava prosenttiosuus yleislääkäreistä piti aina tai yleensä tärkeinä seuraavia tietoja epikriisissä: kliinisen ongelman arviointi 98 %, jatkohoitosuunnitelma 99 %, kliiniset löydökset 89 %, kuka tutki potilaan 85 %, mitä tietoa potilaalle ja omaisille on annettu 91 %, konetutkimuslöydökset 91 %, jatkokäynnin ajankohta 91 %, sairaushistorian tiivistelmä 69 %.

Badon ja Williamsin (1984) kyselytutkimuksessa selvitettiin, miten tärkeinä yleislääkärit pitivät tiettyjä tietoja hoitopalautteissa kemoterapiaa saavilla potilailla. Tiedot oli luokiteltu aihepiiriltään teknisiin ja sosiaalisiin. Tärkeinä teknisinä tietoina yleislääkäreistä piti diagnoosia 97 %, syövän vaihetta 90 %, potilaan saamia kemoterapialääkkeitä 82 %, potilaan saamaa kirurgista hoitoa 78 % ja potilaan saamaa sädehoitoa 69 %. Tärkeinä sosiaalisina tietoina yleislääkäreistä piti potilaan saamaa tietoa sairaudestaan 85 %, potilaalle kerrottua ennustetta 81 %, omaisten saamaa tietoa sairaudesta 64 %, potilaan saamaa tietoa hoidostaan 59 %, potilaan saamia ohjeita, milloin sairaalaan on syytä ottaa yhteyttä 43 % ja hoidon kannalta tärkeitä perheeseen liittyviä ongelmia 42 %. Teknisten tietojen katsottiin olevan tärkeitä ja nämä myös oli kirjattu hoitopalautteeseen hyvin. Sen sijaan sosiaaliset seikat, joista erityisesti potilaan saamaa tietoa sairaudesta ja ennusteesta pidettiin tärkeänä, oli harvoin sisällytetty palautteeseen.

Myös McConnell ym. (1999) ovat tutkineet, mitä tietoja yleislääkärit pitävät tärkeinä syöpälääkäreiden hoitopalautteissa ja mitä tietoa edellä mainitut hoitopalautteet tosiasiallisesti sisälsivät. 85–100 % yleislääkäreistä piti tärkeinä tietoina mm. diagnoosia, tutkimustuloksia, jatkosuunnitelmaa ja hoitosuositusta, ennustetta, aihetta uuteen onkologin konsultaati-

oon, erikoissairaanhoidon seuranta- ja jatkohoitokäyntejä. Potilaan sairaushistoria ja taustatiedot oli kaikista aiheista useimmiten sisällytetty hoitopalautteisiin, vaikka vastaanottava taho piti näitä vähiten tärkeinä. Sen sijaan tärkeinä tietoina pidettiin jatkohoitosuunnitelmaa, sairauden kulun ennustetta ja psykososiaalisia seikkoja, mutta näitä oli harvoin kirjattu hoitopalautteisiin. Yli 80 % lähettäneistä lääkäreistä piti tärkeinä seuraavia asioita mutta ne oli kirjattu alle puoleen epikriiseistä: tutkimuslöydökset, potilaan saama ohjaus ja tieto sairaudesta, hoitovaihtoehdot, hoidon tavoite ja potilaan ennuste sekä erityiset asiat, joita erikoislääkäri toivoo lähettäneen lääkärin tekevän. Yleisin ongelma yleislääkärin mielestä epikriiseissä oli, että ne tulivat liian myöhään, ja tämä ongelma oli myös kaikista haitallisista. Yleislääkärin mielestä liika tieto epikriiseissä ei ollut ongelma.

2.9 EPIKRIISIEN LAATU JA PUUTTEET

Westermanin ym. (1990) läheteitä ja hoitopalautteita koskevassa tutkimuksessa erikoissairaanhoidon lääkärin hoitopalautteista 78,6 % arvioitiin laadultaan hyväksi tai erinomaiseksi. Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon lääkärin arvio oli samankaltainen. Perusterveydenhuollon lääkärit pitivät hoitopalautteita opettavaisina ja myös erikoissairaanhoidon lääkärit arvioivat, että palautteista oli opetuksellista hyötyä. Palautteiden tulo kesti alasta riippuen n. 2–7 viikkoa lähetteen teosta, mutta kirjoittajat arvelivat hoitopalautteen viipeen selittyvän pikemmin sihteerien puutteella kuin lääketieteellisellä tehotomuudella. 55–60 %:n hoitopalautteista katsottiin vastaavan lähetteiden kysymyksenasetteluun hyvin. Viidenneksessä palautteista kysymykseen vastattiin kohtalaisen hyvin ja kahdeksasosassa palautteista ei käynyt ilmi, oliko kysymykseen vastattu. Arviot teknisten tietojen sisällyttämisestä hoitopalautteisiin arvioitiin erittäin hyväksi. Sen sijaan vain 20 %:ssa hoitopalautteista katsottiin huomioitavan riittävän hyvin psykososiaaliset taustatekijät. Sekä yleislääkärit (95,5 %) että erikoislääkärit (92,8 %) pitivät hoitopalautteita asiallisina. Yleislääkärit pitivät 22:sta 144:stä hoitopalautteesta jokseenkin epäkohteliaina ja kolmea täysin epäkohteliaina (discourteous). Erikoislääkärit pitivät 40:ää palautetta jokseenkin asiattomina mutta eivät yhtään täysin asiattomina.

Kauppinen ja Kontula (1998) tutkivat Helsingin yliopistollisen sairaalan sisätautien, kirurgian ja neurologian klinikoiden epikriisien laatua. Sisätautilääkärin arvion mukaan tulosyynä ilmeni epikriiseistä hyvin keskimäärin 86 %:ssa epikriiseistä, jota lukua pidettiin hyvänä. Sen sijaan tutkimustulokset ilmoitettiin hyvin vain 32–56 %:ssa ja johtopäätökset 37–77 %:ssa epikriiseistä erikoisalasta riippuen. Seurantaohjeet oli kirjattu hyvin 64 %:ssa epi-

kriiseistä ja lääkitys 63 %:ssa epikriiseistä mutta ohjeet puuttuivat kokonaan 23 %:ssa epikriiseistä. Jatkohoitopaikan osoittaminen epikriisissä onnistui 69 %:ssa tapauksista mutta 20 %:ssa jäi toteutumatta. Kymmenen eri terveyskeskuslääkärin arvion mukaan 45 % epikriiseistä oli sopivan laajoja, 21 % hieman liian suppeita, 16 % hieman liian laajoja ja 18 % aivan liian laajoja. Avohoidon seurantaohjeet ja kotilääkitys selvisi terveyskeskuslääkärien mielestä tyydyttävästi tai hyvin suurimmassa osassa epikriiseistä mutta 10–20 %:ssa ne eivät selvinneet lainkaan ja 27 %:ssa epikriiseistä jatkohito-ohjeet olivat kokonaan kirjaamatta. 53 %:ssa tapauksista sairaalan yhteyshenkilö ja erikoislääkärin allekirjoitus puuttuivat. Epikriisit tulivat hitaasti avohoidon lääkäreille. Viive oli keskimäärin 2 kuukautta ja 21 % ei tullut lainkaan tai tuli vain erikseen pyydettyä.

Gripenberg-Gahmbergin ym. (2004) mukaan erikoissairaanhoidon lääkäreistä 90 % arvioi lähettävänsä epikriisit potilaan suostumuksella potilaan lähettäneelle lääkärille ja potilaan omalle lääkärille, mutta perusterveydenhuollon lääkäreistä vain 39 % arvioi saavansa epikriisit erikoissairaanhoidon ohjaamistaan potilaista ja 44 % arvioi saavansa epikriisit potilaista, jotka on ohjattu erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon jatkohitoon. 56 % erikoissairaanhoidon lääkäreistä katsoi yleensä toimittavansa epikriisin tai muun hoitoyhteenvedon kahden päivän kuluessa hoidon päättymisestä mutta perusterveydenhuollon lääkäreistä vain 27 % katsoi saavansa epikriisin käyttöönsä riittävän nopeasti. Erikoissairaanhoidon lääkärit sisällyttivät mielestään aina epikriisiin selkeän yhteenvedon ja jatkohito-ohjeet, mutta perusterveydenhuollon lääkäreiden mielestä vain 66 %:ssa oli yhteenvedo ja vain 50 %:ssa jatkohito-ohjeet. 90 % erikoissairaanhoidon lääkäreistä liitti epikriisiin mielestään ajankohtaisen tiedon lääkityksestä mutta 67 % perusterveydenhuollon lääkäreistä piti tietoa lääkkehoidosta hyvänä. Erikoissairaanhoidon lääkärit antoivat epikriiseille kouluarvosanaksi keskimäärin 8,0, kun taas perusterveydenhuollon lääkärit keskimäärin 7,2.

Walraven ym. (2002) ovat todenneet, että vain harvoin potilaan seurantakäynnillä akuutista sairaudesta johtuvan sairaalahoitajakson jälkeen hoitopalaute on käytettävissä seuraavalla terveyskeskuskäynnillä, mikäli potilasta hoitaa terveyskeskuksessa useita lääkäreitä. 792 sisätautiosastolla olleesta potilaasta 15 %:sta oli käytettävissä hoitopalaute seuraavalla terveyskeskuskäynnillä. 85 %:lta se puuttui, ja näistä 20 %:lta palautetta ei ollut tehty, 51 %:lta palaute oli kirjoitettu mutta sitä ei ollut lähetetty, 7,5 %:lta palaute oli kirjoitettu mutta se saapui liian myöhään ja 5 %:lta palaute oli kirjoitettu ja lähetetty ajoissa mutta terveyskeskuslääkäri ei ollut saanut sitä. Ongelman korjaamiseksi esitettiin palautteen tuottamisen yksinkertaistamista käyttämällä kliinistä tietokantaa ja tietokoneohjelman tuottamaa

hoitopalautetta tai hoitopalautelomakkeita, jotka poistaisivat sanelun tarpeen. Hoitopalautteet voitaisiin myös antaa potilaille, jotka toimittaisivat ne hoitaville lääkäreilleen. Tämä voisi myös parantaa potilaan tietämystä hoidostaan ja tyytyväisyyttään.

Smith ja Khutoane (2009) tutkivat Etelä-Afrikassa syitä, miksi erikoissairaanhoidon lääkärit eivät lähetä hoitopalautteita lähettäneille lääkäreille. Yhtenä syynä olivat työtilanteeseen liittyvät seikat, kuten liian suuri työmäärä ja ajan puute ja se, että työpaikan toimintatavat eivät tue hoitopalautteiden kirjoittamista. Jotkut vastaajat myönsivät kirjoittamattomuuden syyksi yksinkertaisesti epikriisin ylenkatsomisen tai laiskuuden. Eräät eivät kokeneet epikriisin kirjoittamista tarpeelliseksi tai hyödylliseksi. Jotkut eivät kirjoittaneet epikriisejä, koska lähetteet olivat lukukelvottomia tai koska lähetteet katsottiin turhiksi.

Glintborgin ym. (2007) tutkimuksessa todettiin, että hoitopalautteisiin on kirjattu vain puolet niistä lääkkeistä, joita potilaat tosiasiallisesti käyttävät. Erityisesti puutteellisia tältä osin olivat kirurgisten potilaiden epikriisit, joista 66 %:sta puuttuivat tiedot lääkityksestä. Kaikkien potilaiden sairauskertomusmerkinnöissä oli maininta n. 80 %:sta potilaan kotona käyttämistä lääkkeistä, joten osan lääketiedoista katsottiin hukkuvan kotiutusvaiheessa.

Kripalani ym. (2007) tutkivat hoitopalautteiden laatua kirjallisuuskatsauksessa, johon sisältyi 73 artikkelia. Potilaan ensimmäisellä seurantakäynnillä perusterveydenhuollon käytävissä oli hoitopalaute vain 12–34 %:ssa tapauksista. Perusterveydenhuolto oli saanut hoitopalautteen 4 viikon kuluessa kotiutuksesta 51–77 %:ssa tapauksista, ja 25 %:ssa tapauksista hoitopalautteen puute vaikutti potilaan jatkohoitoon ja aiheutti terveyskeskuslääkärin tyytymättömyyttä. Hoitopalautteesta puuttui usein tärkeää tietoa kuten tutkimustuloksia (33–63 %:ssa), tietoa hoidosta ja sairauden kulusta (7–22 %:ssa), tieto kotiutushetken lääkityksestä (2–40 %:ssa), potilaiden ja omaisten saamat hoito-ohjeet (90–92 %:ssa) ja jatkohoitosuunnitelma (2–43 %:ssa). Tiedonkulkua nopeuttaviksi interventioiksi todettiin tietokoneiden luomat hoitotiivistelmät (computer-generated discharge summaries) ja potilaan käyttäminen tiedon välittäjänä. Standardoitujen muotoilujen todettiin parantavan asiakirjojen koettua laatua.

Tullochin ym. (1975) tutkimuksessa selvitettiin hoitopalautteiden laatua sairaaloista terveyskeskuksiin. Kahdeksantoista yleislääkärinä arvioi yhteensä 293 saamaansa palautetta ja niissä olevia tai puuttuvia tietoja. Teknisistä tiedoista puuttuivat potilaan nimi (0 %), potilaan osoite (1,0 %), potilaan ikä ja syntymäaika (32,8 %), omalääkärin nimi (6,5 %), hoitanut sairaala (10,9 %), hoitanut klinikka tai erikoisala (23,6 %) ja hoitanut erikoislääkäri

(23,2 %). Lääketieteellisistä tiedoista puuttuivat potilaan nykyoireet (20,5 %), kliiniset löydökset (20,1 %), tutkimuslöydökset (33,1 %), diagnoosi (10,9 %), sairaalassa annettu hoito (6,8 %), potilaan kotiutushetkellä saama hoito (40,3 %), potilaan sairaalassa saamat lääkkeet (80,6 %), lääkeainereaktiot (90,4 %) ja potilaan tilassa tapahtuneet muutokset (22,2 %). Jatkosuunnitelmaa ja -hoitoa koskevasta tiedosta puuttui jatkokäynti sairaalassa (22,9 %), perusterveydenhuollon toimenpiteet (70,7 %), ennuste (74,4 %), potilaan saama ohjaus (92,2 %), ja hoitanut erikoislääkäri (7,2 %). Yleislääkärit pitivät erityisen tärkeinä hoitopalautteen tietoina potilaan ja hoitaneen erikoislääkärin henkilötietoja, diagnoosia sekä tietoa lääkeainereaktioista ja potilaan kotiutushetkellä saamasta hoidosta. Vakavasti sairaiden potilaiden hoitopalautteissa erityisen tärkeänä pidettiin tietoa, onko potilas tietoinen ennusteestaan. Näiden tärkeiden asioiden toivottiin käyvän ilmi hoitopalautteesta lyhyellä silmäilyllä.

Harding (1987) tutki, miten usein hoitopalautteiden saapumisen viive ja sisällön puutteet vaikuttavat potilaiden hoitoon perusterveydenhuollossa. Yhteensä 505 potilaan terveyskeskuslääkäreille lähetettiin kyselyt hoitopalautteiden tulon viipeestä, sisällöstä ja näiden vaikutuksesta hoitoon. 28 % palautteista saapui viikossa ja 59 % kahdessa viikossa mutta 14 %:n saapumisessa kesti yli viisi viikkoa. Terveyskeskuslääkärit olivat tyytyväisiä epikriisin saapumisajankohtaan 64 %:ssa tapauksista, mutta 36 %:ssa palautteiden tulo kesti liian kauan. Terveyskeskuslääkärit olivat tyytymättömiä palautteiden sisältöön 20 %:ssa tapauksista. Pelkkä hoitopalautteen saapumisen viivästymisen katsottiin vaikuttaneen jatkohoitoon 10 %:ssa tapauksista. Jatkohoito vaikeutui 24 %:ssa tapauksista joko sisällöltään puutteellisen palautteen tai liian myöhään tulleen palautteen takia. Liian myöhään saapunut hoitopalaute vaikeutti jatkohoitoa 56 %:ssa tapauksista. Erityisen tyytymättömiä yleislääkärit olivat siihen, että hoitopalautteet eivät sisältäneet tietoa lääkehoidosta erityisesti silloin, kun lääkkeiden käyttö lopetettiin tai aloitettiin sairaalassa, eivätkä sairaalassa tehtyjen tutkimusten tuloksista tai yksityiskohtaisesta jatkosuunnitelmasta.

2.10 EHDOTUKSIA EPIKRIISIEN LAADUN PARANTAMISEKSI

Thongin ym. (2010) kyselytutkimuksessa todettiin, että suurin osa (97 %) yleislääkäreistä piti rakenteellisesti laadittua epikriisiä parempana kuin vapaasti kirjoitettua. Sitä pidettiin helppolukuisempana ja nopeampilukuisena ja sen koettiin sisältävän enemmän tietoa. Artikkelin kirjoittajien mukaan rakenteelliset hoitopalautteet olisivat helppo ja tehokas tapa parantaa tiedonkulkua.

Vähäaho (2001) tutki ns. hoitosopimuskäytäntöä tilanteissa, joissa lapsipotilas on samaan aikaan pitkäaikaishoidossa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Hoitosopimuksessa hoidon eri osapuolet sopivat osapuolten työn ja vastuun jaosta ja hoitosopimus lähetetään erinäisille muille osapuolille, kuten neuvolaan, päiväkotiin ja vanhemmille tiedoksi ja joka palautetaan kommenteilla perusterveyden vastuutahon allekirjoituksella erikoissairaanhoidon lääkärille. Tällaisen käytännön todettiin lisäävän vastavuoroisen tiedonvälityksen tarpeen tunnistamista ja epikriisien saapumista terveyskeskuksiin.

Key-Sollen ym. (2010) interventiotutkimuksessa tutkittiin koulutuksen vaikutusta pediatrian erikoistuvien lääkärin kirjoittamien hoitopalautteiden laatuun. Ryhmän, joka oli saanut luennon sekä pienryhmäharjoituksen ja jolle jaettiin epikriisin ydinasiat kertova malli, kirjoitti sisällöltään laadukkaampia hoitopalautteita kuin vertailuryhmä. Kirjoittajien mielestä kevyt koulutus voi parantaa hoitopalautteiden laatua ja voitaisiin liittää erikoistumiskoulutukseen. Kirjoittajien mielestä sähköisissä hoitopalautepohjissa pitäisi olla ohjeet keskeisestä sisällöstä tukemassa epikriisin kirjoitusta. Suomessa Kauppinen ja Kontula (1998) ovat ehdottaneet apumerkinnöin täydennettyä malliepikriisiä sairaalalääkärin perehdyttämiskansioon ja potilaiden kirjallisiin asioihin liittyviä kokouksia osaksi sairaaloiden koulutusta sekä sairaalalääkäreille ja avohoidon lääkäreille että muulle sairaalan hoitohenkilökunnalle, erityisesti osastonsihteereille ja konekirjoittajille.

Keelyn ym. (2007) mukaan vertaisarvio ja palaute epikriiseistä koettiin hyödylliseksi ja muutoksia kirjeiden sisällössä oli todettavissa vielä kuuden kuukauden päästä palautteen annosta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärin näkemyksissä epikriisien tarpeellisesta sisällöstä oli eroa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden arvioissa korostuivat palautteiden ytimekkyys ja koulutuksellisuus. Molemmat arvostivat mainintaa potilaan sairaushistoriasta ja tehdyistä tutkimuksista.

Rawal ym. (1993) vertailivat 92 yleislääkärin suhtautumista hoitopalautteisiin, joihin potilaan ajankohtaiset ongelmat ja jatkohoitosuunnitelma oli kirjattu rakenteellisen listan mukaisesti, ja hoitopalautteisiin, joihin vain nykyongelmat oli kuvattu edellä mainitulla tavalla mutta jatkohoitosuunnitelma tavanomaisen vapaamuotoisesti. 81 lääkäriä piti kokonaan rakenteellista hoitopalautea parhaana, kuusi lääkäriä vain ongelmallista sisältävää palautetta ja viisi ei osannut ottaa kantaa. Kirjoittajat arvioivat rakenteellisilla hoitopalautteilla olevan vapaamuotoisiin nähden useita etuja. Ensinnäkin ne ohjaavat kirjoittajaa ilmaisemaan ytimekkäästi potilaan ongelmat ja jatkohoito-ohjeet. Rakenteellinen hoitopalaute

auttaa lukijaa näkemään yleissilmäyksellä ydinasiat. Lisäksi rakenteelliset hoitopalautteet ovat lyhempiä ja tieto on helpommin siirrettävissä sähköisiin sairauskertomusjärjestelmiin. Rakenteellisten hoitopalautteiden kirjoittamisen nähtiin vaativan kurinalaisuutta mutta olevan vaivan arvoista, sillä ne ovat helpommin luettavissa ja tiivistävät erikoissairaanhoidon paremmin kuin vapaamuotoiset palautteet.

Walraven ym. (1999) tutkivat yleislääkärien suhtautumista tavanomaisiin sairaalalääkäreiden sanelemiin hoitopalautteisiin ja tietokoneohjelman luomaan tiivistelmään potilastietojärjestelmän tietokannan tiedoista (database summaries). Ohjelman luomat hoitopalautteet sisälsivät tavanomaista palautetta useammin maininnan diagnoosista, jatkolääkityksestä ja jatkosuunnitelmasta ja ne olivat lyhyempiä. Lisäksi 95 % näistä luotiin viikon kuluessa kotiutuksesta, mutta tavanomaisista palautteista 80 %. Tavanomaiset palautteet sisälsivät puolestaan useammin tiedon sosiaalisista taustatiedoista, sairaalaantulovaiheen diagnoosista, sairaalan sisäisistä konsultaatioista sekä potilaan toimintakyvystä kotiutusvaiheessa. Kaiken kaikkiaan yleislääkärit arvioivat sanellut hoitopalautteet ja ohjelmien luomat tiivistelmät laadultaan samanlaisiksi. Kirjoittajat näkivät tietokoneohjelmien luomat hoitotiivistelmät potentiaaliseksi keinoksi lisätä tiedonkulkua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, parantaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää tutkimusten ja hoitojen toistumista (duplication).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, AINEISTO JA MENETELMÄT

3.1 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa terveystieteiden näkemyksistä terveydenhuollon eri tahojen välisestä tiedonkulusta. Tavoitteena oli selvittää, miten tärkeänä itäsuomalaiset lääkärit pitävät tiedonkulkua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, miten edellä mainittu tiedonkulku heidän mielestään nykyisellään toteutuu, mikä on yleislääkäreiden mielestä pahin ongelma tiedonkulussa sekä millainen on yleislääkäreiden mielestä hyvä epikriisi erikoissairaanhoidosta. Tavoitteena oli myös saada selville, miten yleislääkärin ominaisuudet, kuten lääkärin ikä, sairaanhoitopiiri, koulutus, työkuva, käytössä oleva tietojärjestelmä sekä mahdollinen sähköinen lähete-palautejärjestelmä vaikuttavat lääkärin näkemyksiin tiedonkulun tärkeydestä ja laadusta.

3.2 TAUSTA-AINEISTON KERÄYS

Kirjallisuuskatsauksen artikkelihaku on tehty Medic- ja PubMed-tietokannoista. Suomenkielisinä hakusanoina Medic-haussa käytettiin seuraavia: erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto, hoitoketju, lähete, potilastietojärjestelmä, tiedonkulku, tiedonvälitys, hoidon porrastus, rakenteellinen lähete, hoidon jatkuvuus sekä lähettäminen ja konsultaatio. PubMed-haussa käytettiin hakusanoja 'referral letter', 'referral letter quality', 'discharge letter', 'discharge letter quality', 'reply letter quality', 'clinical guideline', 'epicrisis', 'communication problem', 'primary healthcare AND secondary healthcare AND communication'. Näistä hakusanoista osa on aiemmin löydettyjen artikkelien indeksisanoja. Artikkelihakua laajennettiin lukemalla relevanteiksi katsottujen artikkelien kirjallisuusviitteiden osoittamat artikkelit.

Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettiin suomen- tai englanninkieliset artikkelit, joista on saatavana sähköinen kokoteksti. Valinnassa ei käytetty objektiivisia hyväksymis- tai poissulkukriteereitä vaan artikkelien relevanssi päätettiin subjektiivisesti ja artikkelikohtaisesti. Haun jälkeen otsikoiden perusteella relevanteilta vaikuttavien artikkelien tiivistelmät ja tämän jälkeen tarvittaessa koko artikkelit tai, mikäli tiivistelmää ei ollut saatavilla, suoraan koko artikkelit luettiin ja relevanteiksi osoittautuneet artikkelit sisällytettiin kirjallisuuskatsaukseen.

3.3 KYSYSYMYSLOMAKKEIDEN SISÄLTÖ JA LÄHETTÄMINEN

Tutkimuksen kohteena olivat kaikki Itä-Suomen yliopistoon yleislääketieteeseen erikoistumaan ilmoittautuneet lääkärit sekä heidän ohjaajansa. Kysely toteutettiin lähettämällä kyselylomake (Liite 1) 141:lle yleislääketieteeseen erikoistuvalla lääkärillä, 86:lle erikoistuvia lääkäreitä kouluttavalle lääkärille ja 64:lle terveyskeskuksen koulutusvastaavalle eli yhteensä 291 Itä-Suomen alueella terveyskeskuksessa työskenteleville lääkäreille maaliskuussa 2012. Kyselylomake oli sähköinen ja kymmenkohtainen.

Kohdista kuusi oli monivalintakysymyksiä ja koskivat vastaajaa ja hänen työskentelyolosuhteitaan (sairaanhoitopiiri, jonka alueella vastaaja työskentelee, vastaajan ikä, vastaajan koulutus, vastaajan toimenkuva, onko vastaajan käytössä sähköinen lähete-palautesysteemi ja onko vastaajan sairauskertomusjärjestelmä yhteydessä vai erillään keskus- ja/tai aluesairaalan järjestelmään).

Neljä kysymystä koski perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua. Näistä kaksi oli numeerisia ja niihin vastattiin asteikolla 1–10 (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä.) Kysymykset olivat ”Miten tärkeäksi työssäsi koet hyvän tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä?” ja ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” Muut kaksi tiedonkulkua koskevaa kysymystä olivat avoimia ja vastaukset sanallisia. Kysymykset olivat ”Mikä on mielestäsi pahin ongelma tiedonkulussa?” ja ”Millainen on mielestäsi hyvä palaute erikoissairaalasta?”

3.4 SANALLISTEN VASTAUSTEN LUOKITTELU JA KÄSITTELY

Kysymykseen ’Mikä on pahin ongelma tiedonkulussa?’ saadut vastaukset olivat lyhyitä, pääasiassa muutamia virkkeen mittaisia tai luettelomaisia muutaman sanan pituisia. Lisäksi neljä vastaajaa lähetti vastauksen sähköpostilla. Syyksi tähän mainittiin yhdessä vastauksessa, että salasanalla suojattua kyselylomaketta ei saatu auki annetuilla tunnuksilla. Sähköpostilla tulleet vastaukset olivat olennaisesti muita vastauksia pidempiä, esim. pisin oli vajaan A4-sivun mittainen.

Myös kysymykseen ’Millainen on hyvä hoitopalaute erikoissairaalasta?’ saadut vastaukset olivat lyhyitä, suurin osa oli muutaman sanan mittaisia luettelomaisia tai muutaman virkkeen pituisia.

Vastauslomakkeilla saadut sanalliset vastaukset luokiteltiin vastausten sisällön mukaan, ja luokkien lukumäärä määräytyi sen mukaan, moneenko vastaukset luontevasti jakautuivat. Yksittäinen vastaus sisällytettiin luokkaan, mikäli tietty asia oli mainittu. Näin ollen vastaus saattoi tulla liitettyksi useampaan kuin yhteen luokkaan. Lisäksi kaikki sanalliset vastaukset analysoitiin kvalitatiivisesti ja aiempiin tutkimuksiin suhteutettuna odottamattomia tai muuten mielenkiintoisia vastauksia nostettiin etualalle.

3.5 NUMEERISTEN VASTAUSTEN KÄSITTELY

Eri vastaajaryhmien välisiä näkemyseroja selvitettiin laskemalla numeeristen vastausten keskiarvot vastaajaluokittain ja vertailemalla näitä. Eri vastaajaryhmien välisten keskiarvojen tilastollinen merkitsevyys testattiin Mann-Whitneyn U-testillä. Tilastollisesti testattiin vain arvosanat totetutuneelle tiedonkululle, sillä tiedonkulun tärkeydelle annettiin vain kahta ylintä arvosanaa eikä tilastollisella testauksella katsottu olevan merkitystä vastausten tulkinnassa. Merkitsevyystasoksi valittiin lääketieteellisessä tutkimuksessa yleinen 0,05. Vertailu suoritettiin vastaajien iän, koulutuksen, toimenkuvan ja sairauskertomusjärjestelmän mukaan. Vertailtavat ryhmät olivat iän mukaan alle 40-vuotiaan vs. yli 40-vuotiaat, koulutuksen mukaan erikoistuvat vs. erikoislääkärit ja muut, sairauskertomuksen mukaan keskus- tai yliopistosairaalaan kanssa yhteinen vs. erillinen järjestelmä, työnkuvan mukaan pääasiassa potilastyötä vs. kokonaan tai osittain hallintoa sekä sairaanhoitopiirin mukaan Pohjois-Savossa työskentelevät vs. muualla työskentelevät. Tilastollinen käsittely tehtiin SPSS-tilasto-ohjelman 19. versiolla.

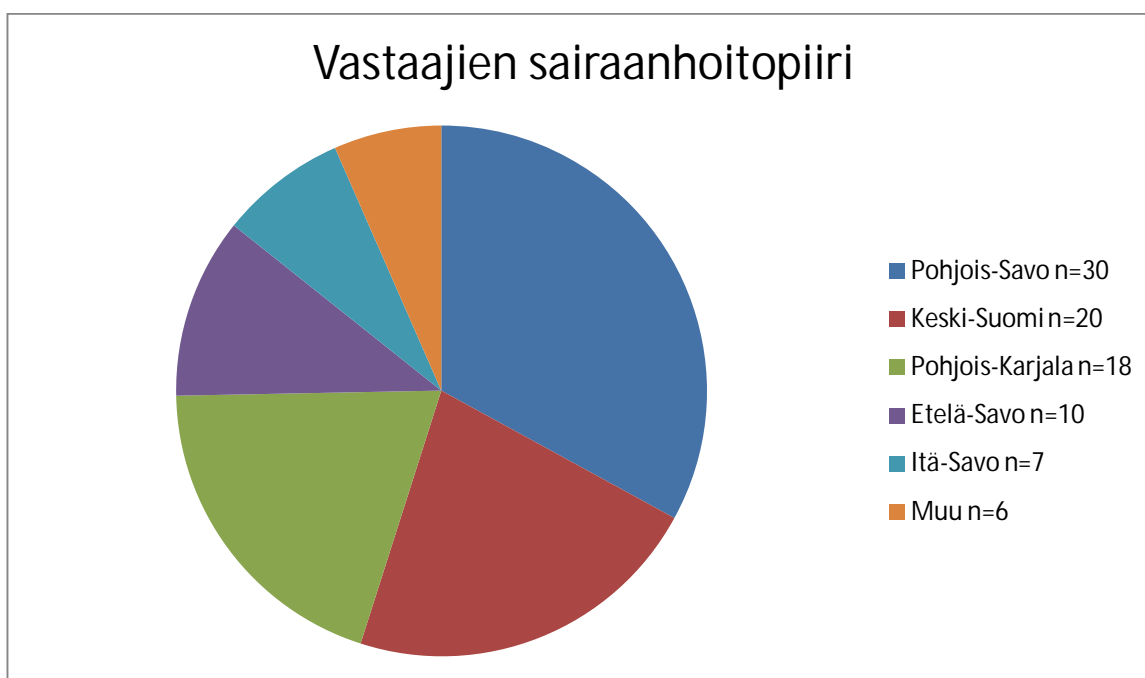
4 TULOKSET

4.1 NUMEERISET VASTAUKSET, VASTAUSTEN JAKAUMA LUOKITTAIN JA NUMEERISTEN VASTAUSTEN KÄSITTELY

Vastauksia saatiin 95 lääkäriltä eli vastaajien osuus oli 33 %. Vastaajia oli kaikista ikä-, työskentelypaikka-, koulutus-, toimenkuva- ja tietojärjestelmäluokista.

Sähköinen tietojärjestelmä oli käytössä yhtä vastaajaa lukuunottamatta kaikilla (94:llä). Vastaajien jakaumat sairaanhoitopiiriin, iän, koulutuksen, toimenkuvan ja sairaskertomusjärjestelmän mukaan on esitetty kuvissa 1-4 ja taulukossa.

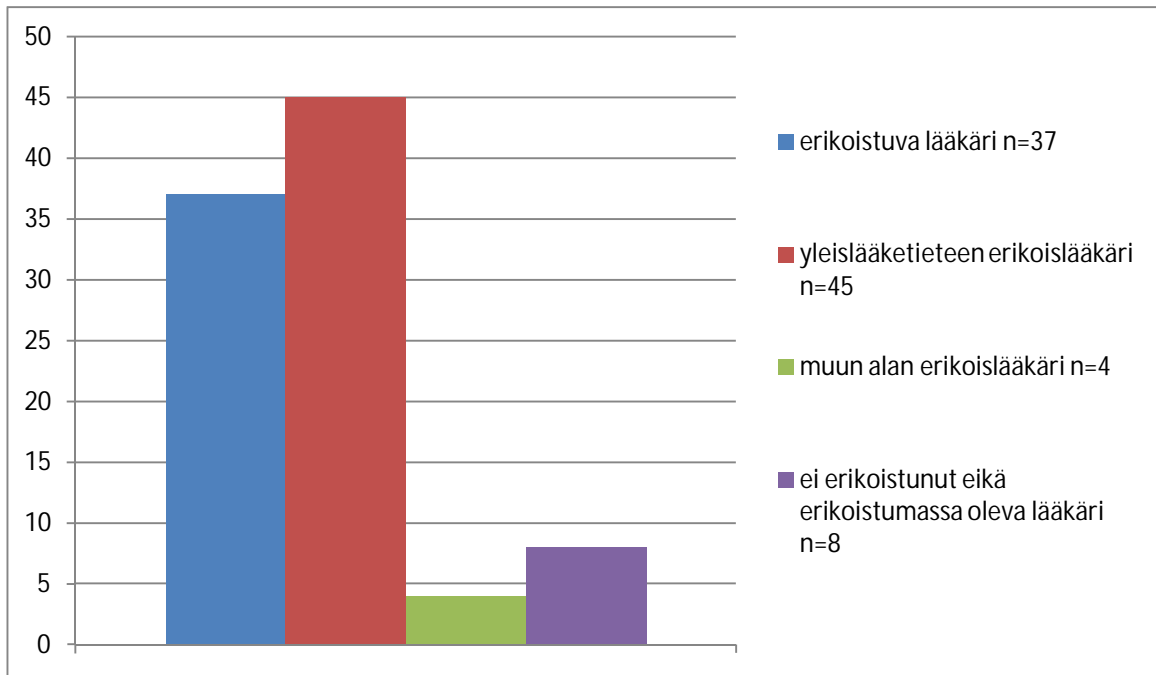
KUVA 1: Kyselyyn vastanneiden lukumäärä sairaanhoitopiiriin mukaan (n=91)



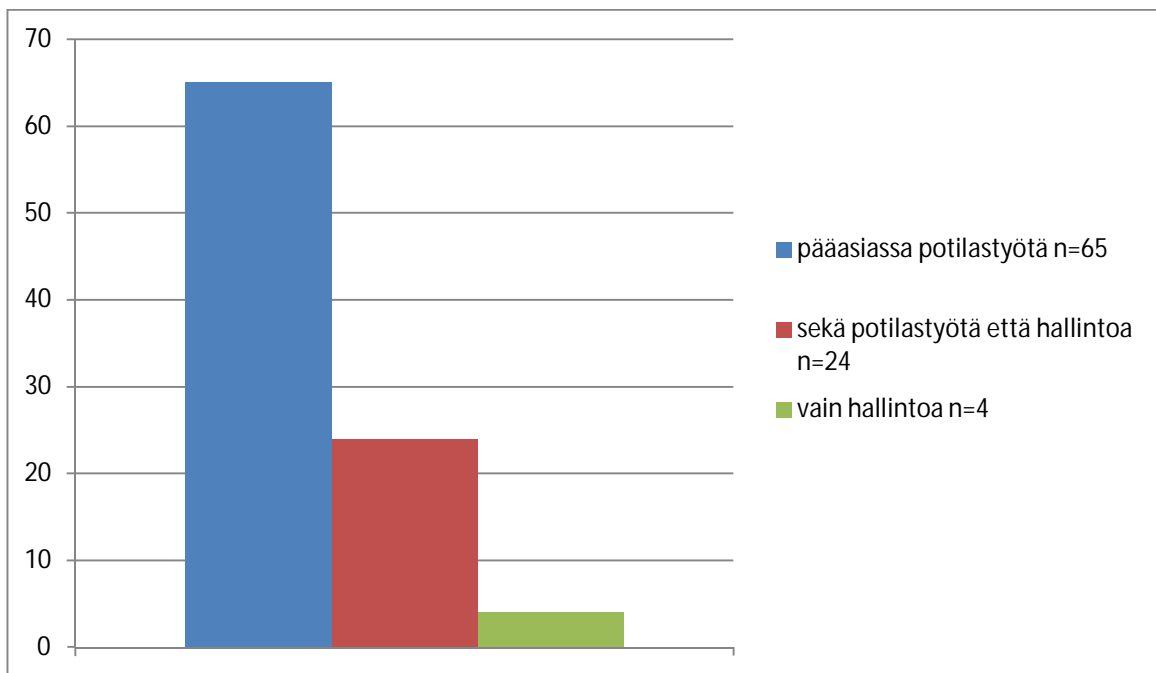
TAULUKKO 1: Vastaajien ikäjakauma (n=95)

ikä (vuotta)	vastaajien määrä (kpl)	vastaajien osuus (%)
< 30	14	15
30-39	22	23
40-49	18	19
50-59	32	34
60-	9	9
yht	95	100

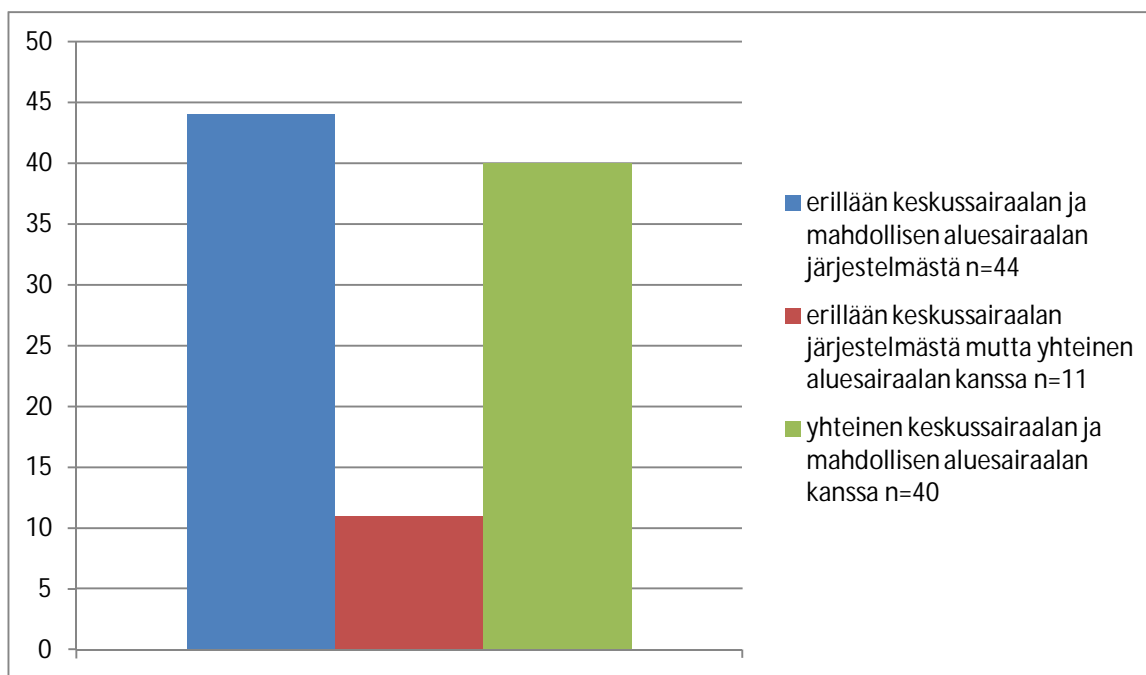
KUVA 2: Vastaajien lukumäärä koulutuksen mukaan (n=94)



KUVA 3 Vastaajien lukumäärä toimenkuvan mukaan (n=93)



KUVA 4 Vastaajien lukumäärä sairauskertomusjärjestelmän mukaan (n=93)



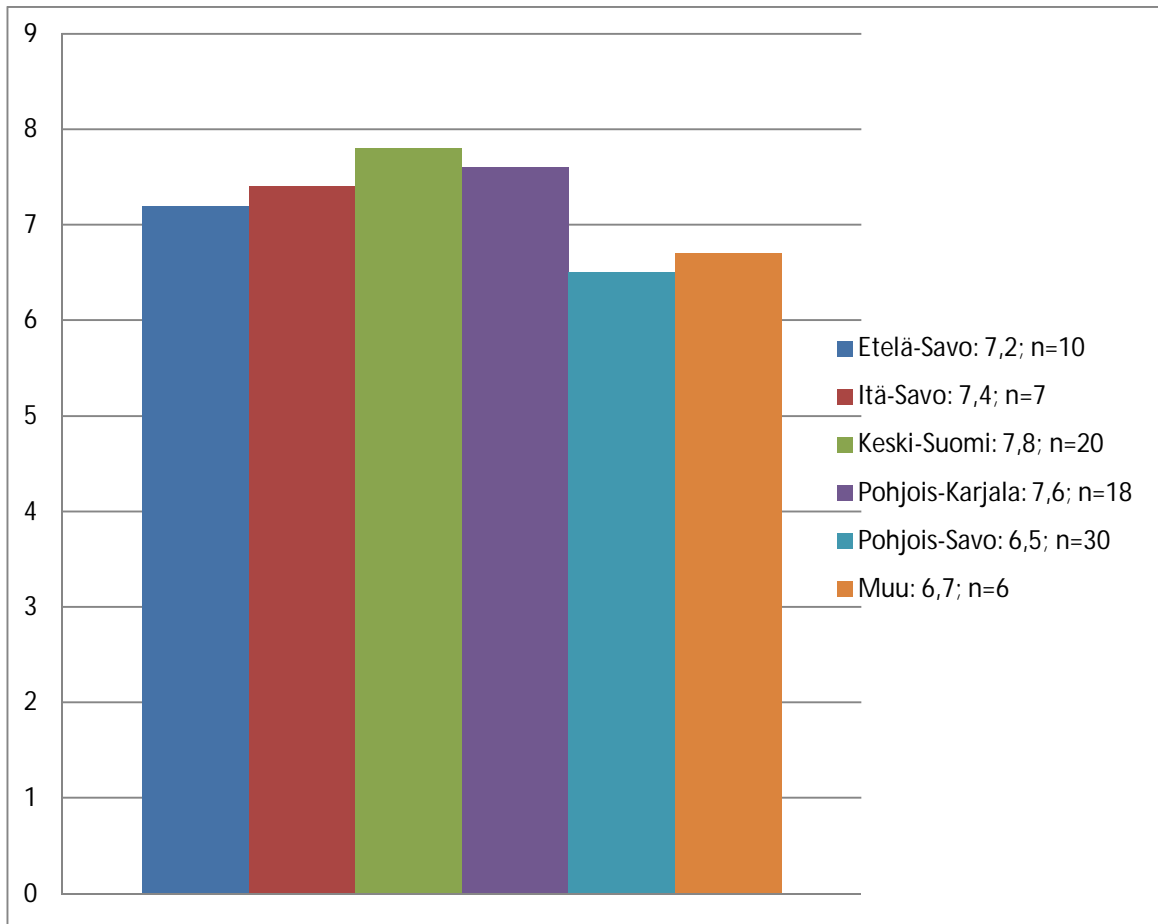
4.2 HYVÄN TIEDONKULUN TÄRKEYS JA TOTEUTUMINEN

Numeerisissa vastauksissa kaikki vastaajat kaikista ikäryhmistä, kaikista sairaanhoitopiireistä, kaikilla koulutusasteilla ja toimenkuvilla sekä riippumatta sähköisestä tietojärjestelmästä ja sairaaloiden kanssa yhteisestä sairauskertomusjärjestelmästä antoivat tiedonkulun tärkeydelle arvosanaksi 9 tai 10.

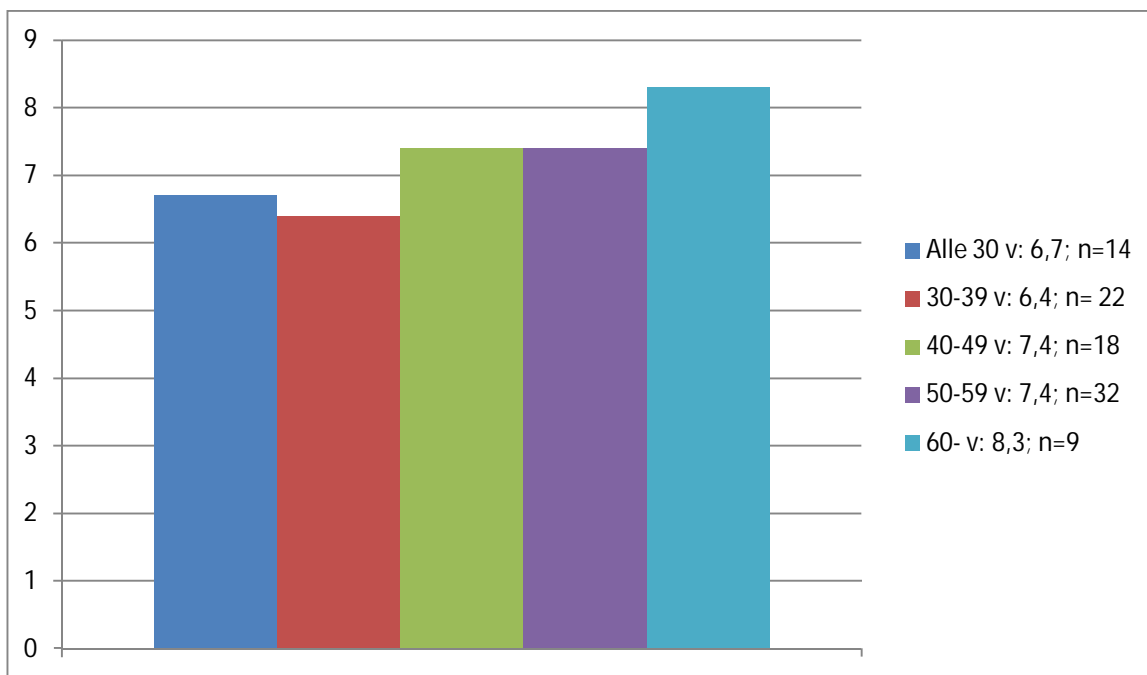
Toteutuneelle tiedonkululle annetuissa arvosanoissa oli huomattavasti enemmän vaihtelua. Pohjoissavolaiset ja muualla kuin vastausvaihtoehdoissa annetuissa sairaanhoitopiireissä työskentelevät lääkärit arvioivat toteutuneen tiedonkulun hieman huonommaksi kuin lääkärit Etelä-Savossa, Itä-Savossa, Keski-Suomessa, Pohjois-Karjalassa ($p=0,0039$) (kuva 5). Lääkärien nuoremmat ikäluokat arvioivat tiedonkulkua hieman huonommaksi kuin vanhemmat ($p=0,003$) (kuva 6). Ne vastaajat, joiden sairauskertomusjärjestelmä on yhteinen keskussairaalan/yliopistosairaalan kanssa, antoivat korkeampia arvosanoja toteutuneelle tiedonkululle kuin ne vastaajat, joiden sairauskertomus on erillään keskussairaala-/yliopistosairaala (p=0,001) (kuva 8). Erikoistuvat lääkärit antoivat huonompia arvosanoja toteutuneelle tiedonkululle kuin yleislääketieteen tai muun alan erikoislääkärit ja muut kuin erikoistumassa olevat tai erikoistuneet lääkärit ($p=0,000$) (kuva 7). Vastaajat

antoivat suunnilleen samoja arvosanoja tiedonkululle riippumatta siitä, kuuluuko heidän työkuvaansa potilastyötä, vain hallintoa vai molempia (kuva 9).

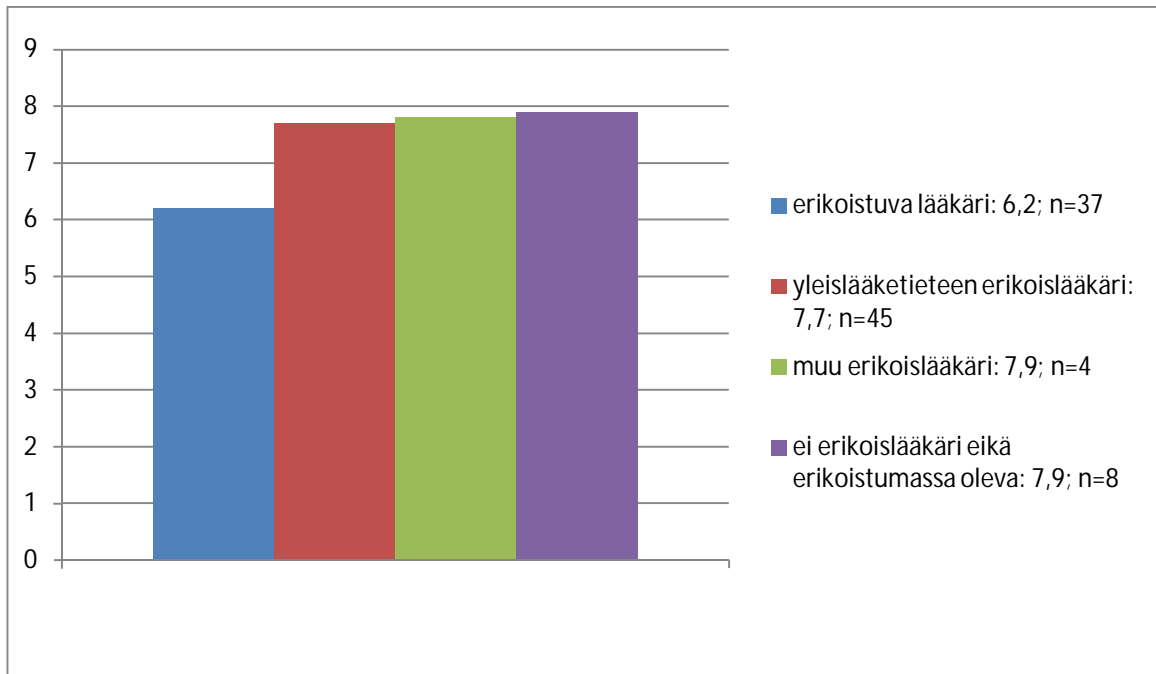
KUVA 5: Vastaukset sairaanhoitopiireittäin kysymykseen ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä, n=94)



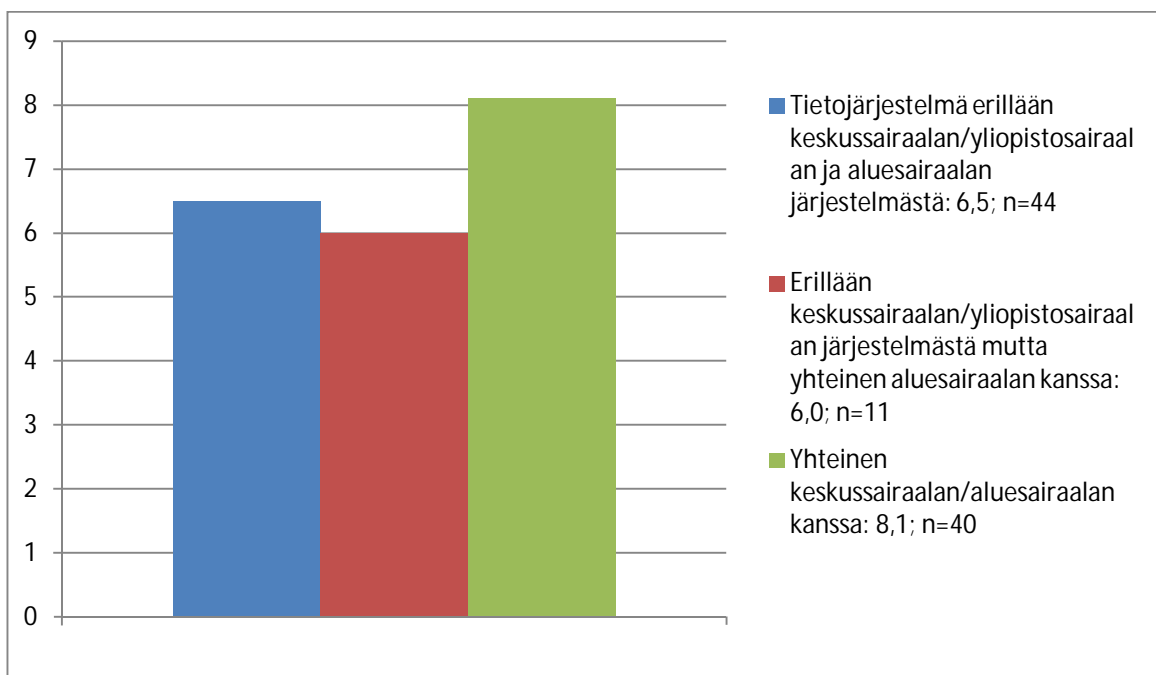
KUVA 6: Vastaukset ikäryhmittäin kysymykseen ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä, n=94)



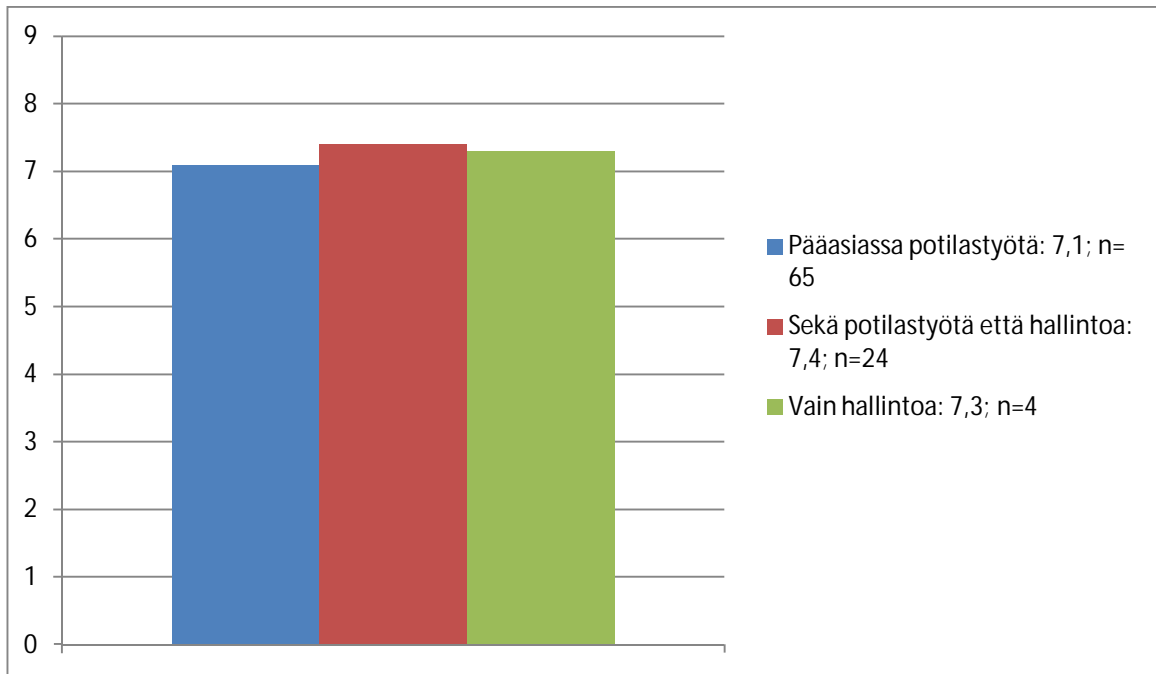
KUVA 7: Vastaukset koulutusryhmittäin kysymykseen ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä, n=94)



KUVA 8: Vastaukset tietojärjestelmän mukaan kysymykseen ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä, n=94)



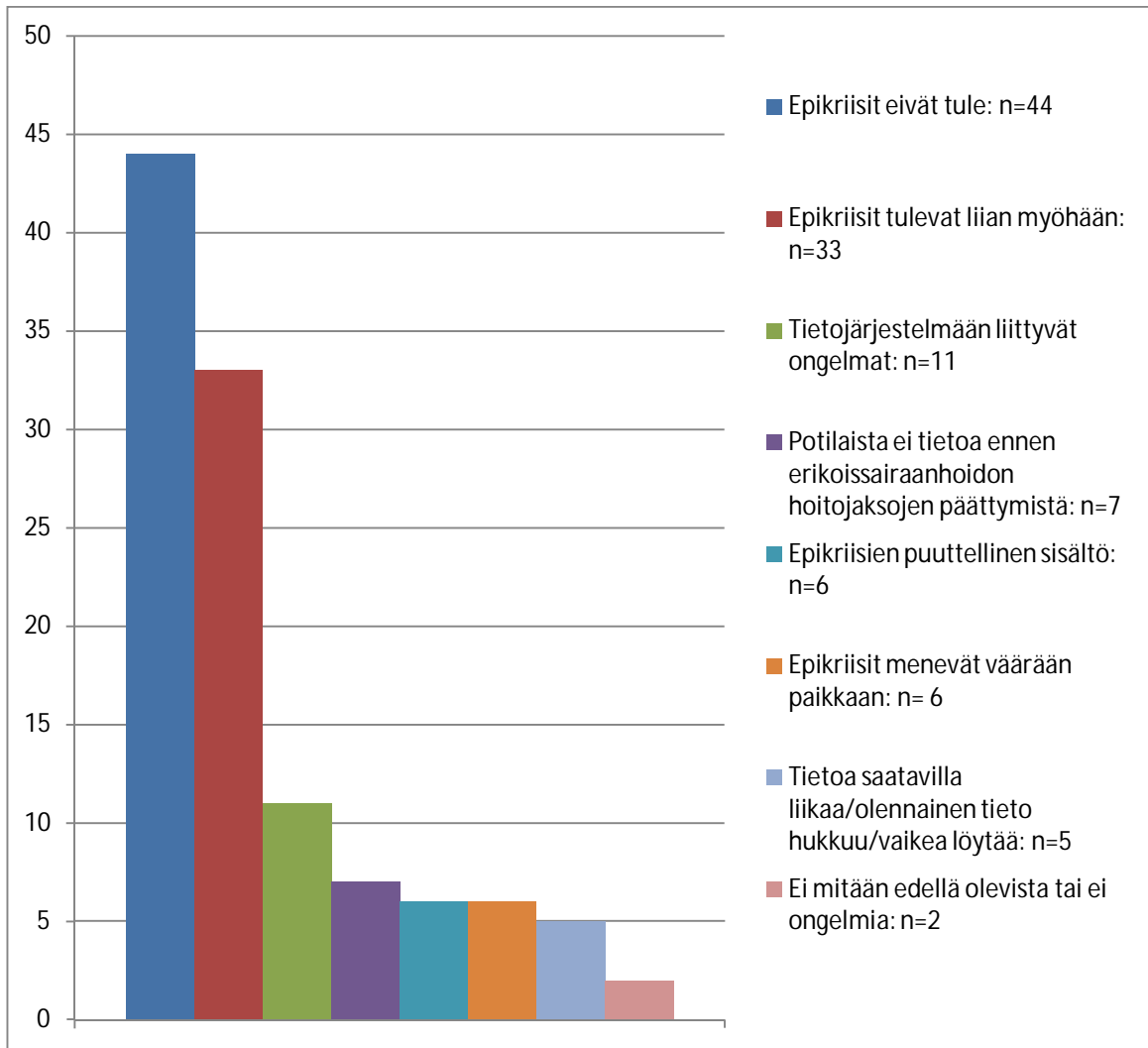
KUVA 9: Vastaukset työnkuvan mukaan kysymykseen ”Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu?” (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä, n=94)



4.3 SANALLISET VASTAUKSET, ”MIKÄ ON PAHIN ONGELMA TIEDONKULUSSA?”

Tiedonkulun pahinta ongelmaa koskevassa kysymyksessä vastauksissa toistuivat samat aiheet. Muita vastauksia huomattavasti yleisempiä olivat, että epikriisit eivät tule ollenkaan tai tulevat liian myöhään. Melko yleinen aihe vastauksissa olivat tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat. Harvemmin toistuneita aiheita olivat, että potilaista ei tule palautetta ennen erikoissairaanhoidon hoitajakson päättymistä, epikriisien sisältö on puutteellinen, epikriisit menevät väärään paikkaan tai erikoissairaanhoidosta tulevaa tietoa on liikaa tarjolla ja olennainen tieto hukkuu. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ongelmia ei ole tai ei maininnut mitään edellä olevista aiheista. Eri aiheiden esiintymisten jakauma on esitetty kuvassa 10.

KUVA 10: Tiedonkulun pahinta ongelmaa koskevissa vastauksissa esiintyneet aiheet (vastauksien lukumäärä n=92)



4.3.1 Epikriisit eivät tule, tulevat liian myöhään tai väärään paikkaan

Tiedonkulun pahinta ongelmaa koskevassa kysymyksessä 92:sta vastauksesta pahimmaksi ongelmaksi 44 vastaajaa eli 48 % oli maininnut epikriisien kokonaan tulematta jäämisen. Epikriisien tulemisen liian myöhään mainitsi 33 vastaajaa eli 36 %. Usein nämä molemmat oli mainittu samassa vastauksessa. Puuttuva epikriisi mainittiin useassa vastauksessa erityisen haitalliseksi/kiusalliseksi, mikäli potilas oli siirretty jatkohoitoon terveyskeskuksen vuodeosastolle tai potilas oli tullut kontrollikäynnille terveyskeskukseen mutta epikriisi ei ollut käytettävissä. Yksi tai kaksi vastaajaa mainitsi erityisesti silmätaudeilta, lastentaudeilta, kirurgialta, korva-nenä-kurkkutaudeilta, nuorilta sairaalalääkäreiltä ja yliopistosaira-

loista tulevan harvoin hoitopalautteita. Tyypillinen vastaus aineistossa on vastaus nurmeo 18: ”joko palautteita ei toimiteta lainkaan, tai ne tulevat liian pitkällä viiveellä”. Seitsemän vastaajaa (8 %) mainitsi ongelmaksi, että erikoissairaanhoidosta ei lähetetä palautetta perusterveydenhuoltoon, jos hoitajakso on kesken. Kuusi vastaajaa eli 7 % vastaajista ilmoitti, että epikriisi lähetetään erikoissairaanhoidosta mutta se lähetetään muualle kuin terveyskeskukseen esimerkiksi potilaan kotiin eikä päädy terveyskeskukseen tai epikriisi menee tietojärjestelmässä vanhan lähetteen yhteyteen eikä löydy tai se tulee vain paperisena eikä siksi osata etsiä. Väärään paikkaan koettiin epikriisien menevän myös silloin, kun lähetteen on tehnyt ”keikkalääkäri” (jolla tässä tapauksessa tarkoitettaneen lyhyessä työsuhteessa olevaa lääkäriä). Yhden vastaajan mielestä palautteita ei tule ollenkaan, mikäli lähete on tehty ennen sähköistä lähete-palauttejärjestelmää paperisena.

4.3.2 Tietojärjestelmien aiheuttamat ongelmat

Tietojärjestelmiin liittyvät seikat olivat pahin ongelma 11 vastaajan eli 12 %:n mielestä. Syitä olivat mm. käyttökatkokset ja eri tietojärjestelmä tai että tietosuoja estää näkemästä tarvittavia tietoja tai tietojärjestelmän lääkelista ei pysy ajan tasalla. Yleisiä tietojärjestelmien moitteita olivat myös, että keskussairaalojen merkinnät eivät ole käytettävissä joko käyttökatkoksen tai tuntemattoman/mainitsemattoman syyn takia, esimerkiksi vastauksessa numero 6 ”[-]Joskus ei pääse keskussairaalan tietoja katsomaan atk- ongelmien takia ja asia jää hoitamatta/pitää palata asiaan uudestaan.” ja vastaus 80 ”Erikoissairaanhoidon tekstit eivät tule sähköisen järjestelmän kautta, noin 1/4 tapauksissa.” Toisaalta 6 vastaajaa mainitsi, että nimenomaan sähköinen tietojärjestelmä on parantanut tiedonkulkua (esim. vastaus 85 ”Käytössä effica, jatkossa samalla alustalla, jolloin tietojenkatselu helpottuu.” ja vastaus 56 (”Yhteiseen sairauskertomusjärjestelmään siirryttyämme pahoja ongelmia ei oikeastaan ole. [-] Yhteinen sairauskertomusjärjestelmä keskussairaalan kanssa on loistava!”). Erillistä tietojärjestelmää kritisoitiin mm. vastauksissa 2 (”eri järjestelmä”) ja 22 (”Yhteisen tietojärjestelmän puute”), toisaalta integroidut järjestelmät saivat kiitosta. Osa tietojärjestelmiä koskevista vastauksista liittyi palautteen menoon väärään paikkaan tietojärjestelmän sisällä tai epikriisiin jäämiseen tulematta tietojärjestelmästä johtuvasta syystä. Muutamat vastaajat mainitsivat tietosuojan pahimmaksi tiedonkulun ongelmaksi. Esim. vastaus 61: ”Byrokraattinen suostumuspolitiikka. Vaikka potilas olisi kertaalleen sanonut että kaikki saa kulkea tk:n ja esh:n välillä aina, niin vähän väliä joku suostumus pitää klikata uusiksi”, vastaus 84 ”Tietosuojan vääränlainen tulkinta, tarpeellinenkaan tieto ei kulje” ja vastaus 8: ”Jos palautetta ei oel [sic] tullut näemme tekstin koneelta edellyttäen että pot

antaa/on kerran antanut siihen luvan.Eipä ole kukaan vielä kieltäytynyt”. Yksi vastaaja kritisoi potilastietojärjestelmän aluehakua. Vastaus 81: ”Mediatriesta on työlästä hakea tietoa vaikka se siellä onkin, liikaa eri kansioita ja vain avaamalla löydät jos et heti tiedä mistä hakea.”

4.3.3 Epikriisien puutteellinen sisältö

Palautteiden puutteellinen sisältö oli mainittu pahimmaksi tiedonkulun ongelmaksi 6 vastauksessa eli 7 %:ssa, ja näistä viidessä oli mainittu puuttuva jatkohoitosuunnitelma ja niin ikään viidessä oli mainittu puuttuva lääkitys. Vastauksissa ei mainittu erikseen, tarkoitetaanko erityisesti polikliinisiä hoitajaksoja. Yksi vastaaja toivoi erityisesti vakavien sairauksien selvittelyistä välipalautetta ja kaksi mainitsi erikseen syöpäpotilaat. Viisi vastaajaa (5 %) mainitsi, että tietoa tulee nykyään erikoissairaanhoidosta niin paljon, että olennainen tieto hukkuu tietotulvaan tai tiedon läpikäymiseen kuluu kohtuuttomasti aikaa.

4.3.4 Muut vastaukset

Kaksi vastaajaa, jotka kokivat puuttuvat epikriisit ongelmaksi, olivat myös harmissaan tämän vaikutuksesta oppimiseen. Esimerkiksi vastauksessa 94 sanotaan ”Oppimisprosessi koki pahan kolauksen, kun enää ei tule palautetta siitä mitä eteenpäin lähetetyille potilaille tapahtuu”. Yksi vastaaja piti ongelmallisena tilannetta, että potilas ohjataan kontrolliin terveyskeskukseen mutta potilasta ei ohjeisteta, että tämän on itse oltava yhteydessä terveysasemaan. Yksi vastaaja piti ongelmana sitä, että potilaat eivät enää saa mukaansa potilas-korttia, johon lähiviikkojen tai -kuukausien suunnitelma on kirjattu. Yhden vastaajan mielestä epikriisit tulevat kyllä mutta lähettäjä ei muista, keitä on lähettänyt eikä siksi osaa etsiä palautteita. Toisen vastaajan mielestä epikriisien saamista helpottaisi ”lista”, josta lääkäri näkee lähettämänsä potilaat, jotta osaisi myös etsiä epikriisit. Viiden vastaajan mielestä liiallinen tieto hankaloitti tarpeellisen tiedon löytämistä. Esimerkiksi vastaukset 58 ”olennainen tieto hautautuu massaan”, 65 ”[-] Neuvolalle tärkeät asiat hukkuvat tarpeettomaan sälään” ja 79 ” Nykyisin tulee turhia epikriisi palautteita, jotka täytyy avata ja niissä ei kuitenkaan ole mitään, mikä vaatisi puuttumista asioihin. Aikaa ne vievät. Lomalta tullessa efficaviestipiikki pullottaa ja aih. turhaa stressiä.”

Seitsemän vastaajan mielestä pahin tiedonkulun ongelma on, että erikoissairaanhoidosta ei lähetetä väliaikatietoja ennen hoitajakson päättymistä. Esimerkiksi vastaus 25 ”väliaikatietoja ei tule”, vastaus 74 ”ESH:n 'hoidossa' olevista potilaista (esim. syöpäsairaat) tietoja ei

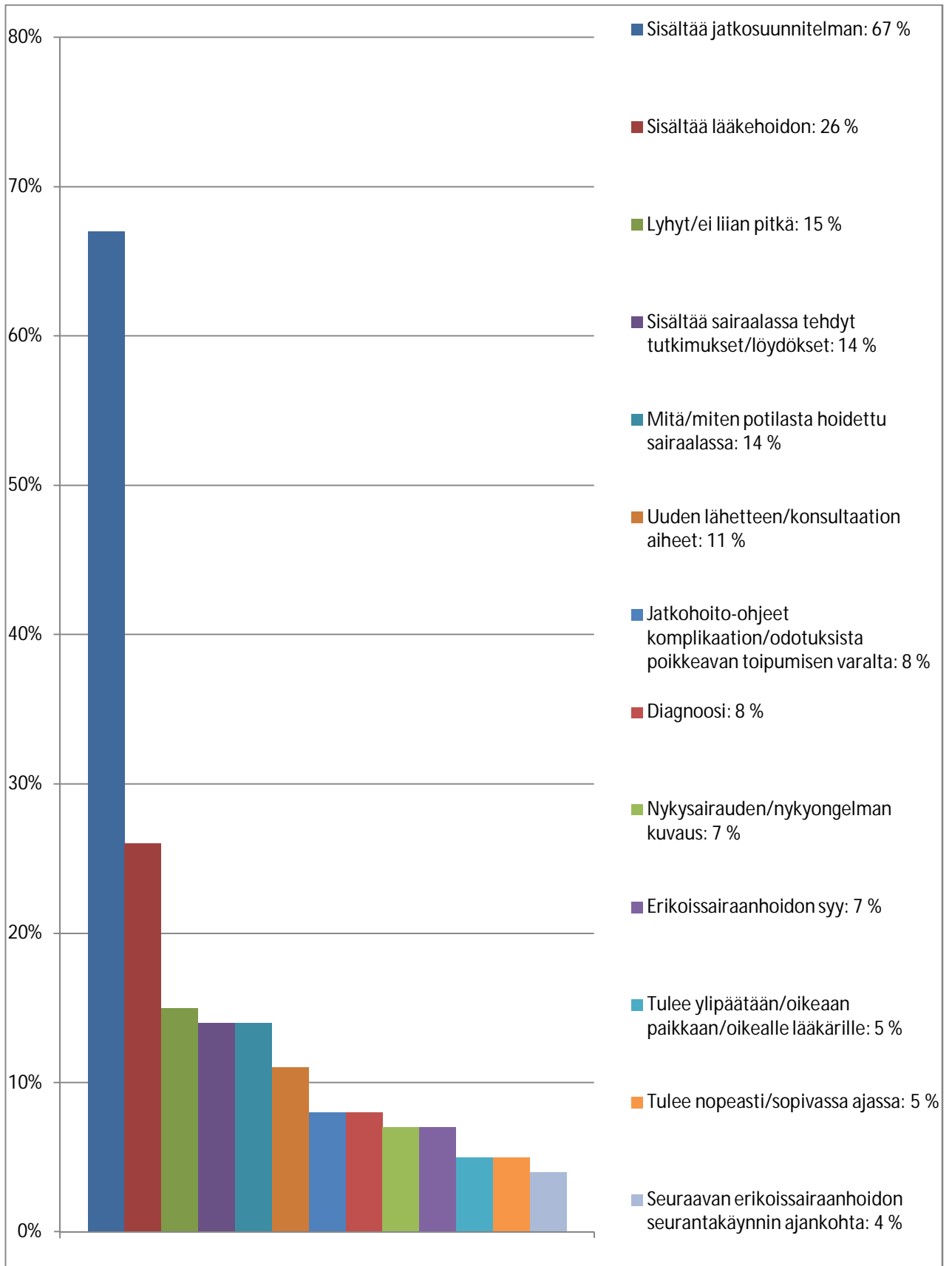
juuri tipu kesken hoitojen, vaikka potilaat tk:ssakin asioivat.” ja vastaus 63 ”KYS:ssa kontrolleissa käyvistä potilaista ei tule välipalautteita” ja vastaus 91 ”[-] Jos hoito on kesken KSks:ssa ei tule välitietoja, vaikka olisi tärkeää tietää terveyskeskuksessa missä mennään, esim. uusien lääkkeiden aloituksista.”

4.4 SANALLISET VASTAUKSET, ”MILLAINEN ON MIELESTÄSI HYVÄ PALAUTE ERIKOISSAIRAALASTA?”

Suuri osa hyvää palautetta koskevista vastauksista sisälsi maininnan epikriisin pituudesta, tulemisesta oikeaan paikkaan, oikeaan aikaan sekä mainintoja epikriisiin sisällytettävistä tiedoista mutta vastaukset olivat sisällöltään tiedonkulun puutteita koskevia vastauksia monimuotoisempia eivätkä olleet luokiteltavissa yhtä selkeisiin tai harvoin luokkiin. Luokat ovat osittain päällekkäisiä, esim. ’sisältää jatkosuunnitelman’ ja ’jatkohoit-ohjeet komplikaatioiden/odotuksista poikkeavan toipumisen varalta’. Tällaiseen jaotteluun päädyttiin, sillä muutama yleisin aihe hallitsi vastauksia ja luokittelusta haluttiin mahdollisimman informatiivinen. Vastausten aiheiden runsaan kirjon takia luokiksi kelpuutettiin vain ne, joita oli vastattu yli kolme kertaa.

Yleisimmät hyvää hoitopalautetta koskevat aiheet olivat, että hoitopalautteen tulee sisältää jatkosuunnitelma (67 % vastauksista) ja lääkehoito (26 % vastauksista). Seuraavaksi yleisimmät aiheet (11-25 % vastauksista) olivat, että hyvä epikriisi on lyhyt tai ei liian pitkä, sisältää sairaalassa tehdyt tutkimukset/löydökset, sisältää tiedon, mitä tautia hoidettu sairaalassa/miten potilasta hoidettu sairaalassa, sisältää uuden lähetteen/konsultaation aiheet. Edellä olevia harvinaisempia mutta useissa vastauksissa toistuvia (4–8 % vastauksista) aiheita olivat jatkohoit-ohjeet komplikaatioiden/odotuksista poikkeavan toipumisen varalta, diagnoosi, nykysairauden/nykyongelman kuvaus, syy erikoissairaanhoidossa annettuun hoitoon, tuleminen ylipäätään/oikeaan paikkaan/oikealle lääkärille, tuleminen nopeasti/sopivassa ajassa ja tieto seuraavan erikoissairaanhoidon seurantakäynnin ajankohdasta.

KUVA 11: Hyvän hoitopalautteen ominaisuuksia koskevissa vastauksissa esiintyneitä aiheita (vastaajien lukumäärä n=91)



4.4.1 Viive epikriisin saapumiseen ja epikriisin pituus

91 vastaajasta viisi (5 %) mainitsi hyvän epikriisin ominaisuudeksi, että se tulee ylipäättään, tulee oikeaan paikkaan tai tulee oikealle lääkärille. 9 vastaajaa (10 %) mainitsi, että hyvä epikriisi tulee nopeasti. Sopivaa aikaa ei ollut mainittu yhdessäkään. Esimerkiksi epikriisiä toivottiin ”heti kun potilas on käynyt vastaanotolla” (vastaus nro 3), ”tulee kohtuullisessa ajassa” (vastaus nro 21) tai ”tulee mahd pian käynnin jälkeen” (vastaus 25).

14 vastaajaa (15 %) mainitsi epikriisin pituuden. Kaikki näistä mainitsivat, että hyvä epikriisi on lyhyt (käytettyjä sanoja mm. lyhyt, jämpä, napakka, ytimekäs, ei liian pitkä). Yksi vastaaja vastasi, että hyvä epikriisi on sopivan pituinen, ’ei liian pitkä eikä pätkä’. Pelkätään pitkiä (nykyistä pidempiä) epikriisejä kukaan ei vastannut toivovansa. Kaksi vastaajaa mainitsi hyvän epikriisin olevan ”kattava”.

4.4.2 Epikriisin sisältö

Suurin osa vastaajista oli maininnut asian tai asioita, jotka katsovat hyvän epikriisin sisältävän. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hyvä epikriisi sisältää tiedot potilaan hoidon jatkosuunnitelmasta. Erityisesti oli mainittu tietoa siitä, mitä terveyskeskuksessa tulee jatkossa tutkia, miten potilasta seurataan ja miten hoidetaan. Muutamat toivoivat lisäksi, että jatkohoidolle on esitetty perusteet epikriisissä. Esimerkiksi yksi vastaaja on sitä mieltä, että ”[j]os jotain keskeisiä lääkealoituksia/lopetuksia tehty, näistä toki jonkinlainen perustelu olisi eduksi” ja toisen mielestä ”[j]atkohoitoa ohjaava, päätökset perusteleva.” Perusteita toivoneista vastaajista ainoastaan yksi mainitsee syyn toiveelle: ”[Perustelujen mainitseminen] helpottaa tavoittamaan suunnitelman ajatus ja seurannan toteutumisessa.”

Jotkut vastaajat toivoivat tarkkoja jatkohoito-ohjeita siltä varalta, että potilas ei toivu odotetusti tai hoito komplisoituu. Esim. eräs vastaaja haluaisi epikriisistä selviävän, ”[m]iten toimitaan, jos ongelma ei korjaannu saaduin ohjein” ja toinen vastaaja toivoo saavansa hoitopalautteesta ”selvät ohjeet, miten toimitaan, jos esim potilaan crp ei laske toivotusti”. Eräs vastaaja toivoo, että loppupalautte ”sisältää [-] jatkohoitosuunnitelman ja ohjeet (enakoitavissa olevien) yllättävien tilanteiden (komplikaatioiden) varalle”.

26 % vastaajista katsoi, että tieto lääkähoidosta sisältyy hyvään epikriisiin. Tietoa lääkityksestä toivottiin epikriisiin lisäksi myös tietojärjestelmän lääkelehdelle. Esimerkiksi eräässä vastauksessa toivotaan: ”[I]isäksi päivitetty lääkelista, myös lääkityslehdelle tehdyt päivi-

tykset!” Useissa vastauksissa mainittiin lisäksi, että epikriisissä on oltava perustelut lääke-
muutoksille.

Kolmentoista vastaajan mielestä hyvästä epikriisistä käy ilmi, miten potilasta tutkittiin sairaalassa ja/tai mitä löydöksiä tutkimuksissa ilmeni. Kaksitoista vastaajaa oli sitä mieltä, että hyvä epikriisi sisältää tiedon, mitä/miten sairaalassa on hoidettu. Kymmenen vastaajaa mainitsivat, että hyvässä epikriisissä on tieto, mitkä ovat uuden konsultaation/lähetteen aiheet. Esimerkiksi yhdessä vastauksessa toivotaan, että ”palautteessa on selkeä jatkosuunnitelma - ohjeet, miten perusterveydenhuollossa hoitoa jatketaan (lääkitys, kontrollikoheet ja -välit) ja milloin on syytä tehdä uusi konsultaatio/lähetete.” Kuusi vastaajaa toivoi mainintaa, miten terveyskeskuksessa (avohoidossa tai tk-vuodeosastolla) toimitaan, mikäli ilmenee ongelmia tai potilas ei toivu odotetulla tavalla. Kuusi vastaajaa toivoi epikriisissä olevan maininta erikoissairaanhoidossa annetun hoidon syystä. Niin ikään kuusi vastaajaa katsoi hyvän epikriisin sisältävän tiedon potilaan sairaudesta ja nykyongelmasta. Neljä vastaajaa toivoi epikriisiin mainintaa, milloin potilaalle on sovittu erikoissairaanhoidon seuraava seurantakäynti. Diagnoosin mainintaa epikriisissä toivoi seitsemän vastaajaa. Yksittäisissä vastauksissa esiintyivät potilaan oireet, potilaan lähtötilanne ja potilaan ennuste. Yksi vastaaja toivoi myös mainintaa, onko erikoissairaanhoidossa tehty potilaasta elvyttämättömyyspäätös (DNR-päätös) tai onko potilas rajattu tehohoidon tai invasiivisen hoidon ulkopuolelle. Yksi vastaaja toivoi mainittavan tahon, johon ongelmatilanteissa ollaan yhteydessä.

4.4.3 Muut vastaukset

Kuusi vastaajaa toivoi jatkohoidon selkeää työnjakoa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ts. mitä terveyskeskuksessa oletetaan tehtävän ja mitä erikoissairaanhoidossa aiotaan tehdä. Neljän vastaajan mielestä epikriisit ovat nykyisellään hyviä tai niissä ei ole moitittavaa. Kahden mielestä epikriiseissä ei saa viitata muihin sairauskertomusmerkintöihin, sillä nämä eivät ole aina terveyskeskuslääkärin käytettävissä (Vastaus 35: ”Alussa lyhyesti potilaan sairaudesta tiivistelmä eikä vain viittaus edelliseen tekstiin, jota ehkä ei ole ollenkaan terv.keskukseen lähetetty.”). Toisaalta yksi vastaaja toivoi, että ”ks. ed” -merkintää käytetään soveltuvasti. Kaksi toivoi, että epikriisit ovat asiallisia. Kaksi vastaajaa toivoi, että jatkohoito-ohjeita laadittaessa huomioidaan terveyskeskuksen käytettävissä olevat resurssit. Yksi vastaaja toivoi epikriisin liitteeksi kaikkia erikoissairaanhoidon merkintöjä. Yksi vastaaja toivoi epikriisejä kirjoitettaessa huomioitavan, että myös potilas tai

potilaan omaiset saattavat lukea niitä. Kaksi vastaajaa toivoi epikriisin lähetettävän terveyskeskuksen lisäksi myös potilaalle. Yksi vastaaja toivoi, että epikriisiä ei osoiteta ”omalle lääkärille”, sillä tällaista ei aina ole nimetty ja silloin palaute ei ohjaudu kenellekään. Yksi toivoi, että potilaalle annetaan tieto, että tämän on itse oltava yhteydessä terveyskeskukseen, mikäli on tarvetta jatkohoidolle tai –seurannalle terveyskeskuksessa. Kaksi toivoi vastausta lähetteessä esitettyyn kysymykseen/ongelmaan. Yksi vastaaja toivoi mahdollisuutta saada mahdollisimman pian lähetteen teosta alkuhoito-ohjeet terveyskeskukseen, jotta terveyskeskuksessa voitaisiin aloittaa hoito jo ennen erikoissairaanhoidon käyntiä. Yksi vastaaja mainitsi, että hyvä epikriisi on sähköinen, toinen vastasi, että se voi olla sähköinen tai paperinen. Yksi vastaaja toivoi palautetta lähetteen sisältämistä tiedoista ja lähetteen tarpeellisuudesta. Yhden vastaajan mielestä erikoissairaanhoidon pitäisi tuottaa ja terveyskeskus ostaisi tiettyjä tuotteita, joista sitten annettaisiin palaute.

5 POHDINTA

5.1 HYVÄN TIEDONKULUN TÄRKEYS JA TOTEUTUMINEN

Numeerisissa vastauksissa hyvää tiedonkulkua pidettiin odotetusti tärkeänä. Numeerista vertailutasoa ei löytynyt kirjallisuudesta. Tulos on kuitenkin sopusoinnussa aiemmin esitettyjen näkemysten kanssa (esim. Gripenberg-Gahmberg ym. 2004). Selviä eroja eri vastaajaryhmien välillä ei tästä kysymyksestä tullut.

Tiedonkulun toteutumista koskevissa arvosanoissa oli huomattavasti enemmän vaihtelua. Kaikkien vastausten keskiarvo oli noin 7, joten lääkärien voitaneen katsoa pitävän tiedonkulkua nykyisellään hyvänä tai vähintään tyydyttävänä. Gripenberg-Gahmbergin ym. (2004) tutkimuksessa perusterveydenhuollon lääkärit antoivat toteutuneelle tiedonkululle arvosanaksi 7,5 asteikolla 4–10. Meidän aineistomme arvoa voitaneen pitää hieman parempana mutta eri asteikko hankaloittaa tulosten vertaamista. Muutoinkin kysymyksen yleisluontoisuuden ja tutkimusten paikallisen, ajallisen ja kohderyhmien erojen takia mahdollisen muutoksen syitä on vaikea spekuloida. Lähinnä voitaneen selvän vastanäytön puutteessa ajatella, että suomalaisten lääkärien näkemykset tiedonkulun laadusta ovat samansuuntaisia, sillä myös terveydenhuollon lainsäädäntö ja toimintatavat, organisaatio, tietojärjestelmät ja lääkärit ovat enemmän tai vähemmän samankaltaisia kaikkialla Suomessa.

Pohjoissavolaiset näyttävät olevan muiden alueiden lääkäreitä tyytymättömämpiä tiedonkulkuun. Alueellinen ero saattaa johtua siitä, että Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin keskus-sairaala toimii yliopistosairaala KYS, jonka tietojärjestelmä on eri kuin alueen terveyskeskuksissa. Hyppönen ym. (2012) ovat havainneet, että aluetietojärjestelmistä ns. integroidun järjestelmän käyttäjät ovat tyytyväisimpiä tiedonkulkuun. Näin oli myös meidän aineistossamme.

Nuoret ikäryhmät antoivat keskimäärin huonompia arvosanoja toteutuneelle tiedonkululle kuin vanhemmat vastaajat. Samoin erikoistuvat lääkärit antoivat alempia arvosanoja kuin yleislääketieteen tai muun alan erikoislääkärit. Nämä ryhmät havaittiin aineiston analysointivaiheessa pitkälti samoiksi: alle 40-vuotiaat vastaajat olivat suurimmaksi osaksi erikoistuvia lääkäreitä ja toistaalta yli 40-vuotiaat valtaosaltaan erikoistuneita. Erot molemmissa tapauksissa voivat selittyä sillä, että nuoret ja erikoistumassa olevat lääkärit kaipaavat vähäisemmän kokemuksensa ja ammattitaitonsa takia enemmän jatkohoito-ohjeita erikoissai-

raanhoidosta kuin vanhemmat ja erikoistuneet. Ainakin nuorten lääkärin vähäisemmän ammattitaidon on arveltu olevan syynä tarpeeltaan epävarmojen läheteiden suurempaan määrään (Puhakka ym. 2003a). Toisaalta voi myös olla, että vanhat lääkärit vertaavat nykyistä tiedonkulkua vanhempaan aikaan, jossa tapauksessa heidän vastauksensa heijastavat tiedonkulun laadun muutosta pidemmällä aikavälillä. Muutamit vastaajat nimittäin toivat avoimissa vastauksissa esille, että tiedonkulku on parantunut viime aikoina. Harno ja Ihanus (2010) ovat todenneet, että 80 % terveydenhuollon tietoteknologiasta on tullut käyttöön vuosina 1995–2005 mutta 80 % terveydenhuollon ammattilaisista on saanut koulutuksensa sitä ennen.

Riippumatta siitä, oliko terveyskeskuslääkärin työ pääasiassa potilastyötä, potilastyötä ja hallintoa vai molempia, vastaajat arvioivat toteutuneen tiedonkulun suunnilleen yhtä hyväksi. Pääasiassa potilastyötä tekevien marginaalisesti huonompi arvio verrattuna muihin ryhmiin saattaa selittyä sillä, että tiedonkulun puutteet ja ongelmat hankaloittavat nimenomaan potilaan jatkohoitoa terveyskeskuksessa, kuten muutamissa avoimissa vastauksissa käy ilmi, ja tämä näkyy vastauksissa tyytymättömyytenä tiedonkulkuun ja sen laatu arvioidaan huonommaksi.

Suurin ero vastaajaryhmien välillä oli sen mukaan, onko käytettävissä sähköinen lähete-palautesysteemi. Jos tällainen oli käytettävissä, arvio tiedonkulusta oli keskimäärin 7,2. Ainut vastaaja, jolla sähköistä lähete-palautejärjestelmää ei ollut käytettävissä, antoi toteutuneelle tiedonkululle arvosanaksi 3. Vastaajat, joiden sairauskertomusjärjestelmä oli erillään keskus- tai yliopistosairaalan järjestelmästä, antoivat toteutuneelle tiedonkululle huomattavan arvosanan kuin vastaajat, joilla sairauskertomusjärjestelmä oli yhteinen keskus-sairaalan kanssa. Ero oli suunnilleen sama riippumatta siitä, oliko aluesairaalan kanssa yhteinen vai eri järjestelmä. Nämä eroavaisuudet olivat odotettavia, sillä sähköisten lähete-palautejärjestelmien on arveltu (Zwaanswijk 2011) ja aluetietojärjestelmien (Harno ja Ihanus 2010, Hyppönen ym. 2012) on todettu parantavan tiedonkulkua eri organisaatioiden välillä. Eron säilyminen riippumatta aluesairaalan kanssa samasta järjestelmästä voi johtua siitä, että tietoja yliopisto- tai keskussairaaloissa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista pidetään tarpeellisempina kuin aluesairaalan vastaavia tai yliopisto- ja keskussairaaloissa tapahtuva hoito on volyymiltään ratkaisevasti suurempaa ja siksi korostuu tiedonkulun arvosanoissa.

5.2 PAHIN ONGELMA TIEDONKULUSSA

Vastaukset kysymykseen pahimmasta ongelmasta tiedonkulussa olivat suurimmaksi osaksi keskittyneet muutamaa aiheeseen. Yleisimmin mainittuja vastauksia olivat epikriisien tulemattomuus tai tulon viive. Suurimmaksi ongelmaksi mainittiin usein myös tietojärjestelmien ongelmat tai yhteisen tietojärjestelmän puute, vanhentuneet sähköiset lääkelistat ja väärään paikkaan menevät epikriisit.

Aineiston suurin yksittäinen moitteiden aihe oli, että epikriisit eivät tule tai tulevat hitaasti. Sama ongelma on havaittu aiemmin, esim. Gripenberg-Gahmbergin ym. (2004) ja Kripalanin (2007) tutkimuksissa. Useat vastaajat mainitsivat pahimmaksi ongelmaksi epikriisien sisällölliset puutteet erityisesti jatkosuunnitelman ja lääkityksen osalta. Epikriisien tuloa ja sisältöä koskevien vastausten määrä vahvistaa käsitystä, että epikriisi on edelleen tiedonkulun tärkeimpiä väyliä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, kuten Gripenberg-Gahmberg ym. (2004) ovat todenneet ja toisaalta että sähköiset aluetietojärjestelmät eivät korvaa epikriisiä palautteena. Maininta, että tieto lääkityksestä puuttuu, oli yleinen, mikä kuvastanee ajantasaisen lääkityksen tiedon merkitystä jatkohoidon kannalta ja sopii aiempiin havaintoihin, että tieto lääkityksestä puuttuu usein epikriiseistä (esim. Glinborg 2007). Jotkut vastaajat esittivät näkemyksiään puuttuvien tai viipyvien epikriisien syistä, mutta nämä näkemykset olivat vaihtelevia (kunkin tietyn syyn maininnut vain yksi tai kaksi vastaajaa) eivätkä kuvastane ongelmien todellisia syitä. Yhdessä vastauksessa tiedonkulun pahimmaksi ongelmaksi ilmoitettiin, että epikriisi menee potilaalle kotiin eikä päädy terveyskeskukseen. Syy lähettää epikriisi potilaalle kotiin erikoissairaanhoidosta lienee sekä olla tiedoksi potilaalle sairaalassa tehdyistä tutkimuksista ja hoidoista että olla vietäväksi potilaan mukana jatkohoitopaikkaan. Vähäähon (2001) tutkimuksessa kuitenkin on todettu, että ainakin lapsipotilaiden vanhemmille toimitetut epikriisit päätyvät harvoin jatkohoitopaikkaan. Toisaalta epikriisin lähettäminen potilaan kotiin ei sulje pois sen lähettämistä myös terveyskeskukseen, vaan jakelun molempiin voisi ajatella lisäävän epikriisin todennäköisyyttä olla jatkohoidosta vastaavan lääkärin käytettävissä seuraavalla terveyskeskuskäynnillä.

Jotkut vastaajat olivat maininneet tiedonkulun pahimmaksi ongelmaksi seikkoja, joiden voidaan katsoa aiheutuvan hoitopalautteen vastaanottavasta organisaatiosta. Tällaisia syitä ovat mm. maininnat, että epikriisi tulee vain paperisena eikä sitä siksi osata etsiä, lähetteen on tehnyt keikkalääkäri tai epikriisiin saajaksi on osoitettu ”omalääkäri” eikä palaute siksi

saavu kenellekään lääkärille talossa. Ei voitane olettaa, että erikoissairaanhoidosta osataan lähettää hoitopalaute juuri oikealle yleislääkärille, joka vastaanottavan organisaation sisällä huolehtii potilaan jatkohoidosta, tai että paperisena lähetetyt palautteet eivät tule luetuksi. Sen sijaan voitaneen kohtuudella edellyttää, että erikoissairaanhoidosta tulevien epikriisit tulevat luetuiksi esim. laittamalla ne jatkohoidosta vastaavan tai tarvittavassa jonkun muun lääkärin postilaatikkoon tai tarkistamalla järjestelmällisesti jatkohoitokäyntien yhteydessä myös paperikansio, mikäli sähköistä palautetta ei ole käytettävissä vastaanoton yhteydessä.

Lukumääräisesti epikriisin tuloa tai sisältöä koskevien vastausten jälkeen yleisimmin vastaukset liittyivät tietojärjestelmiin. Lukumäärää selittänevät sähköisten järjestelmien nykyisin laaja käyttöönottoaste (esim. Harno ja Ihanus 2008), eli merkittävä osa ongelmista liittyy tietojärjestelmiin, sillä ne ovat hallitsevassa osassa lääkärin työtä ja tiedonkulkua, ja toisaalta yleinen tyytymättömyys sähköisiin järjestelmiin (Hyppönen ym. 2012). Tietojärjestelmien kritiikki kohdistui pääasiassa keskussairaalan kanssa erilliseen järjestelmään, tietosuojaan ja tietojärjestelmien sähköiseen lääkelistaan. Toisaalta integroidut järjestelmät saivat kiitosta.

Tyytymättömyyttä erillisiin tietojärjestelmiin verrattuna yhteisiin sähköisiin tietojärjestelmiin selittänee se, että jos järjestelmän kautta ei päästä suoraan erikoissairaanhoidon merkintöihin, menetetään yksi sähköisten järjestelmien kenties suurimmista hyödyistä eli mahdollisuus merkintöjen viipeettömään tarkasteluun (ks. esim. Kallio 2005). Jo aiemmin Hyppönen ym. (2012) ovat todenneet, että erillisiin potilastietojärjestelmiin ollaan tyytymättömämpiä kuin integroituihin. Mitä suurempi osa terveyskeskuksen ja erikoissairaalan välisestä tiedonkulusta on sähköistä, sitä riippuvaisempia terveyskeskuslääkärit ovat järjestelmän ja yhteyden toiminnasta ts. käyttökatkokset ja toimintahäiriöt järjestelmässä vaikeuttavat enemmän tiedonkulkua ja kliinistä työtä. Kolmas usein mainittu tietojärjestelmiin liittyvä seikka oli tietosuoja. Jos oletetaan, että pääsääntöisesti potilaat sallivat tietojen katselun, tietosuoja koskeva kritiikki voidaan katsoa myös ohjelmiston suunnittelun ongelmaksi eli saadusta katseluluvasta huolimatta tietojärjestelmät eivät anna hoitavan lääkärin tarkastella muiden organisaatioiden merkintöjä tai saatu lupa joudutaan antamaan ohjelmalle tiedoksi useammin kuin kerran. Yhdessä vastauksessa kritisoi suoraan potilastietojärjestelmää aluetietohaun hankaluudesta. Hyppönen ym. (2012) ovat todenneet, että noin kolmannes terveyskeskuslääkäreistä ei käytä aluetietohakua sen hankalakäyttöisyyden takia, vaikka sellainen olisi käytettävissä. Maksimaalisen hyödyn saamiseksi järjestelmiä olisi kehitettävä niin, että aluetietohaku on mahdollisimman yksinkertaista ja nopeaa, jotta

lääkärit käyttäisivät toimintoa mutta aikaa kuluisi mahdollisimman vähän. Yksi tietojärjestelmiin liittyvistä kritiikin aiheista oli se, että ohjelman lääkelista ei ole ajan tasalla. Eri kysymyksiin tulleiden päällekkäisyyksien takia tämä aihe on käsitelty luvussa 5.3.

Keelyn ym. (2007) tutkimuksessa yleislääkärit arvostivat epikriisiä oppimisen takia. Meidän aineistossamme oppimisen mainitsi kaksi vastaajaa. Vaikka epikriisin pääasiallinen tarkoitus on tiedon välittäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, myös oppimista voidaan pitää tärkeänä aspektina epikriiseissä. Kuitenkin meidän vastauksissamme oppimista koskevissa vastauksissa ongelma oli nimenomaan epikriisien tulemattomuus, joten näiden perusteella erityistä tarvetta tämän huomioimiseksi ei ole epikriisejä laadittaessa vaan riittäisi, että epikriisit ovat perusterveydenhuollon lääkäreiden saatavilla.

Kolme vastaajaa mainitsi pahimmaksi ongelmaksi tiedonkulussa liiallisen tiedon tulon, jolloin potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto hukkuu tietotulvaan. Liiallisen tiedon aiheuttamia ongelmia ei ole kuvattu kirjallisuuskatsauksen artikkeleissa. McConnellin ym. (1999) mukaan yleislääkärit eivät koe yksittäisissä epikriiseissä olevaa liian suurta tietomäärää ongelmaksi. Meidänkään aineistossamme ei tullut esille suoranaisesti tällaista näkemystä, vaan liiallinen tieto oli luonnehdittu yleisluontoisesti (esim. ”tarpeeton säälä”, ”tarpeeton massa”) tai epikriisien sisältö nähtiin kokonaisuutena tarpeettomaksi.

Nopea pääsy kattavaan tietomäärään lienee yksi keskeisistä sähköisten potilastietojärjestelmien eduista ja tavoitteista, mutta kääntöpuolena oleellinen tieto voi hukkuu. Kuitenkin vastausten lukumäärän ja sisällön perusteella tämä on puuttuvaan tietoon (esim. epikriiseihin) nähden toissijainen ongelma ja pikemmin tietojärjestelmiin liittyvä ongelma kuin tietoiseen palautteen antamiseen esim. epikriisien tai muun tiedon lähettämispäätökseen verrattuna. Eräässä vastauksessa, jossa liiallinen tietomäärä erikoissairaanhoidosta katsottiin pahimmaksi tiedonkulun ongelmaksi, kuvastui pikemmin vastaanottavan lääkärin suhtautuminen palautteisiin kuin todellista tiedon ylimäärää. Vastaus 79: ”Nykyisin tulee turhia epikriisi palautteita, jotka täytyy avata ja niissä ei kuitenkaan ole mitään, mikä vaatisi puuttumista asioihin. Aikaa ne vievät. Lomalta tullessa efficaciestipiikki pullottaa ja aiheuttaa stressiä.” Tässä vastauksessa erikoissairaanhoidosta tulleita epikriisejä ei ole nähty itsessään tärkeinä tiivistelminä potilalle tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista vaan tarpeettomana ajankäyttönä, mikäli epikriiseissä ei ole edellytetty konkreettisia toimia potilaan jatkohoidoksi tai -seurannaksi. Toisaalta myös erikoissairaanhoidon lääkäreiden saat-

taa olla hyvin vaikea arvioida, mikä loppupalaute on potilaan jatkohoidon kannalta terveyskeskuksessa tarpeellinen ja mikä turha.

Seitsemän vastaajaa mainitsi suurimmaksi tiedonkulun ongelmaksi puutteellisen väliaikaviestinnän. Gripenberg-Gahmberg ym. (2004) ovat esittäneet, että väliaikaviestintää ei todennäköisesti voida tehostaa niin, että rasite erikoissairaanhoidon lääkäreille on siedettävä. Mikäli näin on, erillisiä välipalautteita ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa vaan ratkaisuksi jää joko perusterveydenhuollon lääkärin perehtyminen erikoissairaanhoidon merkintöihin aluetietojärjestelmän kautta, kun tietoa tarvitaan, tai erikoissairaanhoidon väliarvioiden automaattinen toimittaminen terveyskeskukseen ilman erillisten välipalautteiden laatimista. Aluetietojärjestelmiin siirtyminen tai väliarvioiden automaattinen lähettäminen terveyskeskuksiin voisi parantaa terveyskeskuslääkäreiden saamaa tietoa ja parantaa keskussairaalan polikliinisilla tutkimus- tai hoitajaksoilla olevien potilaiden hoitoa perusterveydenhuollossa.

5.3 HYVÄ EPIKRIISI

Aineistomme vastausten perusteella hyvä epikriisi saapuu potilaan lähettämälle taholle ylipäätään sekä tulee oikealle lääkärille, oikeaan paikkaan ja nopeasti. Nämä ovat luonnollisesti tärkeitä asioita, sillä epikriisien laadukaskin sisältö on toissijaista eikä hyödytä potilaan hoidossa, mikäli epikriisi ei ole käytettävissä, kun potilas tulee perusterveydenhuoltoon sairaalahoitajakson jälkeen. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että epikriisi on harvoin käytettävissä ensimmäisellä sairaalahoitajakson jälkeisellä käynnillä (Kripalani 2007, Walraven 2002) ja toisaalta epikriisin tulon viivästymisen on todettu vaikuttavan kielteisesti potilaan jatkohoitoon terveyskeskuksessa (Harding 1987). Lukumäärällisesti edellä mainitut asiat eivät korostuneet vaan ne oli mainittu suhteellisen harvoin hyvän epikriisin sisältöä koskevissa vastauksissa. Toisaalta useat mainitsivat pahinta tiedonkulun ongelmaa koskevassa kysymyksessä, että epikriisien viivästymisen tai tulematta jääminen on pahin ongelma tiedonkulussa. Vaikka monet vastaajat pitivät lyhyttä viivettä potilaan käynnistä epikriisin tuloon hyvän palautteen ominaisuutena, kukaan vastaajista ei maininnut sopivaa aikaa täsmällisesti vaan toiveet olivat yleisluontoisia. Sopivasta tai kohtuullisesta viipeestä potilaan kotiutuksen ja epikriisin saapumisen perusterveydenhuollon lääkärille välillä ei ole yksimielisyyttä. Penneyn (1989) mukaan ei ole syytä, miksi tässä saisi kulua yli seitsemän päivää. Englantilainen yleislääkäriyhdistys on suosittanut, että lähettä-

vän lääkärin pitäisi saada yhteydenotto (communication) kahden viikon kuluessa lähetteen teosta 80 %:ssa tapauksista (The Royal College of General Practitioners, 1992).

Hyvä epikriisi meidän aineistomme vastauksien perusteella on sopivan pituinen. Monet mainitsivat epikriisin pituuden, ja huomattavasti useammin toivottiin lyhyttä tai ytimekästä epikriisiä kuin pitkää. Näin on havainnut mm. Keely ym. (2007). McConnellin ym. (1999) tutkimuksessakaan yleislääkärit eivät pitäneet epikriiseissä olevaa liiallista tietoa ongelmana. Kuitenkaan kukaan vastaajistamme ei ilmoittanut sopivaa pituutta epikriisille. Kauppinen ja Kontula (1998) ovat esittäneet, että yhden sivun mittainen palaute riittää lähes aina. Lyhyiden epikriisien toiveiden lukumääräinen korostuminen kertonee, että terveyskeskuslääkärin tarvitsemat olennaiset tiedot ovat tiivistettävissä lyhyeksi epikriisiksi ja toisaalta että nykyisellään epikriisit ovat todennäköisemmin liian pitkiä kuin liian lyhyitä.

Epikriisien viittaukset aiempiin merkintöihin oli maininnut muutama vastaaja. Vastausten vähäisen lukumäärän vuoksi yleistystä on vaikea tehdä suuntaan tai toiseen, mutta voitaneen olettaa, että viitatessa aiempiin merkintöihin on keskeistä, ovatko erikoissairaanhoidon merkinnät terveyskeskuslääkärin käytettävissä aluetietojärjestelmän kautta ja toisaalta miten aluetietojärjestelmä on toteutettu so. miten helppoa tai vaivalloista viitattuihin merkintöihin perehtyminen on.

Monet hyvän epikriisin sisältöä koskevat asiat on todettu yleislääkärien mielestä tärkeiksi jo aiemmissa julkaisuissa (esim. Penney 1989 ja Newton ym. 1992). Näitä ovat mm. tieto, miksi potilas on otettu sairaalahoitoon, miten potilasta tutkittiin sairaalassa ja mitä löydöksiä tutkimuksissa ilmeni, miten potilasta sairaalassa hoidettiin, diagnoosi, jatkosuunnitelma ja lääkitys. Perusterveydenhuollon lääkärille tarve tietää hoidon syystä korostune erityisesti tilanteessa, jossa potilas on ohjautunut erikoissairaanhoidon muutoin kuin terveyskeskuslääkärin läheteellä (ks. esim. Saaren-Seppälä 2004). Lääkityksestä toivottiin paitsi sitä, että se on lueteltu epikriisissä, myös sitä, että sähköisen tietojärjestelmän lääkelista on päivitetty. Tavoite kirjata nykyllä lääkitys sekä epikriisiin että potilastietojärjestelmän lääkelehdelle voisi lisätä ajantasaisen lääkityslistan päätymistä terveyskeskukseen, missä on aiemmin todettu puutteita (esim. Glinborg ym 2007), ja hoitopalautteiden lääkitystiedon puutteiden on todettu vaikeuttavan jatkohoitoa (Harding 1987). Toisaalta runsaat puutteet potilastietojärjestelmän lääkelistassa vähentävät sen käyttökelpoisuutta, jos lääkelistan tietojen paikkansapitävyyteen ei voi luottaa vaan lääkitys on joka tapauksessa varmistettava epikriisistä tai muista kertomusmerkinnöistä, jota ajatusta kuvastanee vastaus nro 96 pahin-

ta tiedonkulun ongelmaa koskevassa kysymyksessä: ”Lääkitys. Effican lääkelehteen ei ole luottamista. Lääkelistan oikeellisuuteen ei panosteta riittävästi pth:ssa, eikä esh:ssa.”

Muutamat asiat tulivat meidän aineistossamme esiin useissa vastauksissa mutta niitä on käsitelty harvoin tai ei lainkaan kirjallisuudessa ja ovat sikäli mielenkiintoisia. Tällaisia asioita ovat saman erikoissairaanhoidon klinikan uuden konsultaation aiheet, selkeä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjako ja milloin erikoissairaanhoidon on sovittu ensimmäinen seurantakäynti. Useat vastaukset koskivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa. Toive uuden konsultaation aiheista oli suhteellisen yleinen siihen nähden, että meidän kirjallisuuskatsauksemme julkaisuissa tämä on esitetty ainoastaan McConnellin ym (1999) onkologian epikriisejä koskevassa tutkimuksessa. Konsultatio (ja lähete) ovat keskeinen työkalu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (esim. Gripenberg-Gahmberg ym. 2004), joten uuden konsultaation aiheiden ilmoittamista voidaan pitää keskeisenä PTH-ESH-työnjaon rajaamisena, jollaiset vastaukset aineistossamme olivat yleisiä. Ennustetta toivoi vain yksi vastaaja, vaikka sen on todettu olevan vain harvoin epikriiseissä (Tulloch ym. 1975), ja tässäkin vastauksessa toive liittyi uuteen konsultaatioon. Mahdollisesti perusterveydenhuollon lääkärit eivät pidä potilaan ennustetta hoitopäätöksiin olennaisesti vaikuttavana tekijänä, arvelevat osaavansa itse arvioida potilaan ennusteen riittävän tarkasti tai ennusteen maininta epikriiseissä on niin harvinaista, että lääkärit eivät osaa pitää sitä epikriisiin kuuluvana keskeisenä sisältönä vaikka siitä saattaisi olla apua hoitopäätöksissä. Paitsi uuden konsultaation aiheita, vastauksissa toivottiin myös jatkohoito-ohjeita siihen tilanteeseen, että potilas ei toivu odotetulla tavalla tai potilaan tila komplisoituu. Kukaan vastaajista ei esitä perustetta toiveelle. Jatkohoito-ohjeita erityistilanteita varten toivottaneen samankaltaisista syistä kuin jatkokonsultaation aiheita eli tukemaan perusterveydenhuollon lääkärin hoitopäätöksiä tilanteissa, joissa potilas on sairautensa vuoksi ollut erikoissairaanhoidon lääkärin hoidossa ja komplikaatiot tai yllättävät tilanteet liittyvät tällaiseen sairauteen eli terveyskeskuslääkäri joutuu toimimaan alueella tai lähellä aluetta, joissa erikoisalakohtainen ammattitaito on tarpeen. Näin erityistilanteita varten valmiiksi annettujen jatkohoito-ohjeiden voidaan ajatella helpottavan tai mahdollistavan itsenäisen hoidon terveyskeskuksessa erikoissairaanhoidojakson jälkeen ja myös vähentävän jatkokonsultaatioiden ja -lähetteiden tarvetta. Yksi vastaaja (nro 75) oli sitä mieltä, että epikriiseissä ”tulisi myös selkeästi ilmaista, mikäli potilas jatkossa ei kuulu invasiivisen/teho/tarkkailuhoidon piiriin tai on tehty DNR-päätös”. Tämä auttaisi osaltaan terveyskeskuslääkärää arvioimaan uuden konsultaation tai lähetteen tarvetta ja pidättäyty-

mään uudesta lähetteestä tai jatkokonsultaatiosta tilanteessa, jossa potilas ei hyödy erikoissairaanhoidosta, mikä puolestaan voisi vähentää perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon työmäärää ja mahdollisesti säästää sairaanhoidon kustannuksia. Vastaaaja nro 59 toivoo hoito-ohjeita jo ennen erikoissairaanhoidon käynnin toteutumista: ”lähetteessä voi kysyä alkuhoito-ohjeet ja vastaus tulee seur. pvNä [sic].” Tämä mahdollistaisi hoidon aloituksen erikoissairaanhoidon lääkärin ohjein jo ennen ESH-käyntiä mutta väistämättä tällainen alkuhoito-ohje olisi erillinen hoitojakson lopuksi kirjoitettavasta epikriisistä, jolloin erikoissairaanhoidon lääkärille aiheutuisi lisätyötä lähete-palauteprosessissa. Toisaalta tällainen käytäntö saattaisi vaatia muutoksia tai päivityksiä nykyisin käytössä oleviin potilastietojärjestelmiin

Vain muutamat mainitsivat asiallisuuden hyvän epikriisin ominaisuudeksi. Joko asiallisuus ei ole epikriisejä saavien lääkärin mielestä tärkeä tai, todennäköisemmin, asiattomat palautteet ovat harvinaisia ja siksi niitä ei erityisesti toivota eikä asiattomia palautteita pidetä ongelmana. Jälkimmäiseen vaihtoehtoon viittaavat Westermanin (1990) saamat tulokset.

Eräässä vastauksessa (nro 30) toivotaan palautetta lähetteen tarpeellisuudesta ”sähköinen palaute, jossa näkyy myös lähetteen tiedot, lähetteen tarpeellisuus.” Puhakka ym (2003b) ovat todenneet, että erityisesti nuorten lääkärin tekemien aiheettomien lähetteiden määrää tulisi yrittää pyrkiä vähentämään koulutuksella. Vaikka palaute on ensisijaisesti potilaan hoitoa koskeva asiakirja, sillä voidaan ajatella olevan koulutuksellista potentiaalia, sillä hoitavalla lääkärillä on mahdollisuus saada tietystä potilastapauksesta palautetta lähetteen aiheellisuudesta lähetteen vastaanottaneelta lääkäriltä. Toisaalta yksityiskohtaisen palautteen antaminen lähetteistä aiheuttaa lisätyötä erikoissairaanhoidon lääkäreille ja toisaalta yksinkertaisen palautteen (esim. aiheellinen/aiheeton lähete) ei välttämättä paranna jatkolähetteiden laatua ilman perusteita aiheettomuuden syistä. Myös on huomattava, että nykyiselläänkin erikoissairaanhoidon lääkärit voivat palauttaa lähetteen, mikäli se on syystä tai toisesta katsottu aiheettomaksi (esim. tarvittavia esitutkimuksia ei ole tehty tai hoitosuosituksia ei noudateta) tai mikäli muusta syystä potilaan ei katsota hyötyvän lähettämisestä.

Useat vastaajat toivoivat erikoissairaanhoidon hoitopäätöksille kuten lääkityksen muutoksille ja tehdyille hoitotoimenpiteille perusteita. Jos erikoissairaanhoidossa määrättyjen lääkkehoidojen tai suositeltujen seurantatutkimusten perusteet ovat tiedossa (esim. oireenmukainen/ennustetta parantava lääkitys, tietyn potilaan tapauksessa tärkeä seurantatutki-

mus/kaikille määrättävä rutiinitutkimus), perusterveydenhuollon lääkärin voi olla helpompaa poiketa niistä, mikäli sellaiselle on tarvetta esim. lääkkeiden haittavaikutusten tai tutkimuksen alueellisen saatavuuden takia. Munday ym. (1997) ovat todenneet, että suurin osa yleislääkäreistä toivoo hoitopalautteisiin maininnan lääkehoidon muutoksen syistä, mikäli esimerkiksi lääkkeen annosta, lääkeainetta tai lääkevalmistetta on muutettu tai uusi lääke aloitettu tai vanha lopetettu.

5.4 TUTKIMUKSEN HEIKKOUEDET JA VAHVUUDET SEKÄ JATKOTUTKIMUKSEN AIHEITA

Vastausosuus oli kohtalainen kyselytutkimukseksi. 96 kyselylomakkeen saaneista 291 lääkäristä vastasi. Kaikki vastaajat eivät vastanneet kaikkiin kysymyslomakkeen kohtiin, vaan jotkut vastaajat jättivät ilmeisesti tahattomasti itseään koskevia yksittäisiä tietoja antamatta (esim. ikä, sairaanhoitopiiri, koulutus tms.) Näiden määrä oli kuitenkin vähäinen, yksittäisiä. Vastausten voidaan katsoa edustavan kohtalaisesti tutkimuksen perusjoukkoa, mutta toisaalta tämä joukko on valikoitunut eikä siis edusta hyvin kaikkia samalla alueella työskenteleviä terveyskeskuslääkäreitä tai varsinkaan kaikkia suomalaisia terveyskeskuslääkäreitä. Numeerinen arvosteluasteikko oli 1-10. Tämä vaikeutti vertailua aiempaan suomalaiseen vastaavanlaiseen tutkimukseen, jossa mittarina oli käytetty kouluarvosanaa 4-10. Tuloksia tarkastellessamme huomasimme, että kyselylomakkeen kohta 6 on huonosti muotoiltu, sillä kysymys on ”miten *hyvin* mielestäsi...” mutta vastausasteikoksi on annettu sama kuin hyvän tiedonkulun tärkeyttä koskevassa kysymyksessä eli ”0 ei ollenkaan *tärkeä*, 10 erittäin *tärkeä*”. Käsittelimme vastauksia ikään kuin vastausasteikko olisi ollut ”0 ei ollenkaan hyvin, 10 erittäin hyvin”. Oletimme vastaajien ymmärtäneen kysymyksen täten, sillä kysymyslomakkeen asteikko ei ole kysymykseen nähden mielekäs.

Kahteen eri avoimeen kysymykseen annettiin samantyyppisiä vastauksia. Esimerkiksi pahimpana ongelmana pidettiin sitä, että epikriisit eivät tule tai tulevat hitaasti, ja hyvän epikriisin katsottiin tulevan ylipäättään ja nopeasti. Toisenlaisella kysymyksenasettelulla olisi voitu saada monipuolisempia vastauksia. Toisaalta samankaltaiset vastaukset kahteen kysymykseen vahvistavat niistä tehtäviä johtopäätöksiä. Tiedonkulun pahinta ongelmaa koskevassa kysymyksessä huomattava osa vastaajista piti pahinta ongelmaa epikriisin sisältöön tai saapumiseen liittyvänä, joten toinen, hyvää epikriisiä koskeva kysymys saattoi ohjata vastaajia käsittelemään epikriisien ongelmia myös ensimmäisessä kysymyksessä. Toisaalta useat vastaukset erityisesti hyvää epikriisiä koskevassa kysymyksessä olivat

yleisluontoisia sekä keskenään samankaltaisia esim. tyypillinen vastaus (nro 12) ”Lyhyt, napakka, mutta silti olennaiset tiedot ja jatkohoitosuunnitelmat sisältävä.” Epäyksityiskoh-
taisuuden takia suurella osalla vastauksista ei ole arvoa kvalitatiivisessa analyysissä. Tämä
olisi voitu välttää tarkemmalla kysymyksenasettelulla esim. ”kuinka pitkä/monenko sivun
pituinen on mielestäsi hyvä epikriisi” tai ”mitä ohjeita palautteen jatkohoitokappaleessa
pidät tarpeellisina?” tai eliminoimalla kysymyksenasettelulla yleisiksi ja jo dokumen-
toiduiksi arvioidut vastaukset esim. ”mitä muuta tietoa kuin hoidon syyn, esitiedot, nykyti-
lan, lääkityksen, diagnoosin ja jatkosuunnitelman jne. hyvän epikriisin tulee mielestäsi
sisältää?”

Jatkotutkimuksen aiheita voisivat olla otannallinen kyselytutkimus, joka suunnattaisiin
muillekin kuin erikoistuville yleislääkäreille ja heidän ohjaajilleen. Tämä mahdollistaisi
johtopäätösten teon kaikista itäsuomalaisista terveyskeskuslääkäreistä. Vastaavasti jatko-
tutkimus voitaisiin kohdistaa koko Suomen alueella toimiville yleislääketieteeseen erikois-
tuville lääkäreille ja heidän ohjaajilleen, mikä mahdollistaisi numeeristen tulosten alueelli-
sen vertailun. Lisäksi jatkotutkimuksen aihe voisi olla kvalitatiivinen mutta tarkemmin
muotoiltu kyselytutkimus hyvästä palautteesta ja tiedonkulun ongelmista, esim. ”millaisia
tilanteita varten/millaisille potilasryhmille/mitä diagnooseja saaneille potilaille toivotte
yksityiskohtaisempia jatkohoitohjeita” tai nyt esiin nousseiden epikriisien sisältöä kos-
kevien ajatusten hyödyllisyydestä, esim. ”haluaisitko saada/millaista palautetta haluaisit
saada säännönmukaisesti lähetteen aiheellisuudesta/tarpeellisuudesta?” tai ”koetko tarvit-
sevasi/miten usein koet tarvitsevasi hoito-ohjeita erikoislääkäriltä heti lähetteenteon jäl-
keen ennen erikoissairaanhoidon käynnin toteutumista?” Tällaisen tutkimuksen avulla voi-
taisiin saada tarkempaa kvalitatiivista tietoa em. aiheista. Lisäksi jatkotutkimuksessa voi-
taisiin määrittää numeerinen arvo tässä ja aiemmissa tutkimuksissa esiintyneille käsitteille
(vastauksille) esim. epikriisien sopivalle pituudelle (”monenko sivun mittainen on hy-
vä/ihanteellinen epikriisi?” ja epikriisien saapumisen suurimmalle hyväksytylle viipeelle
(”mikä on sopiva/suurin hyväksyttävä viive potilaan kotiutumisesta epikriisin saapumi-
seen?”). Myös voitaisiin tutkia, millaiset lääkärit tyypillisesti laativat epikriisejä erikoissai-
raanhoidossa. Voi olla, että epikriisin laatijat ovat sairaaloissa pääsääntöisesti nuoria eri-
koistuvia, lääketieteen opiskelijoita tai harjoittelijoita tai pitkään vain sairaalassa työsken-
nelleitä erikoislääkäreitä, jotka eivät tiedosta epikriisien merkitystä terveyskeskuslääkäreil-
le tai terveyskeskuslääkäreiden kannalta olennaisia epikriiseihin sisällytettäviä asioita, ja siksi
näissä on puutteita.

6 YHTEENVETO

Aineistomme perusteella kaikissa vastaajaryhmissä itäsuomalaiset yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit ja heidän ohjaajansa arvostavat hyvin paljon toimivaa tiedonkulkua. Tutkimus tuotti uudeksi tiedoksi numeerisen tason tiedonkulun koetulle tärkeydelle. Toteutunut tiedonkulku arvioidaan tyydyttäväksi tai hyväksi. Tämä tulos on samansuuntainen kuin aiemmin Suomessa tehdyssä vastaavanlaisessa tutkimuksessa. Numeerisissa vastauksissa erot vastaajaryhmien välillä olivat pieniä. Toteutuneelle tiedonkululle antoivat keskimäärin paremman arvosanan vanhemmat ja erikoistuneet kuin nuoret ja erikoistuvat lääkärit, mikä saattaa johtua suuremmasta tiedon tarpeesta tai heijastaa tiedonkulussa tapahtunutta muutosta parempaan. Pohjoissavolaiset olivat muiden alueiden lääkäreitä tyytymättömämpiä tiedonkulkuun, mikä saattaa johtua keskussairaalan kanssa erillisestä potilastietojärjestelmästä. Vastaajien toimenkuvalla (potilastyötä/hallintoa/molempia) ei ollut suurta vaikutusta arvioon. Ainut vastaaja, jolla ei ollut sähköistä lähete-palautejärjestelmää käytettävissä, arvioi tiedonkulun muita huomattavasti huonommaksi. Vastaajat, joiden potilastietojärjestelmä oli yhteinen keskussairaalan kanssa, olivat tyytyväisempiä tiedonkulkuun kuin vastaajat, joiden kertomus oli keskussairaalaan erillään.

Pahimpia ongelmia tiedonkulussa olivat valtaosan vastaajista mielestä puuttuvat epikriisit, hitaasti tulevat epikriisit ja väärään paikkaan tulevat epikriisit sekä potilastietojärjestelmiin liittyvät seikat kuten tietosuojat, käyttökatkokset ja toimintaongelmat, ajan tasalla pysymättömän sähköinen lääkityslista sekä epikriisien sisällölliset puutteet ja puuttuvan väliaikaviestinnän. Nämä ongelmat on jo aiemmin kuvattu kotimaisissa tai ulkomaisissa tutkimuksissa tai molemmissa, joten niiden kvalitatiivinen arvo on vähäinen. Uutena vastauksena muutamat mainitsivat liiallisen tiedon aiheuttaman ylimääräisen vaivan tai ajanhukan taikka olennaisen tiedon hukuttamisen.

Hyvää erikoissairaanhoidon palautetta koskevien vastaustemme perusteella hyvä epikriisi tulee ylipäättään, nopeasti ja oikeaan paikkaan ja oikealle lääkärille. Hyvä epikriisi on sopivan pituinen (mieluummin lyhyt kuin pitkä) ja asiallinen. Sisältöä koskevista vastauksista aiemmin on kuvattu kvantitatiivisissa tai kvalitatiivisissa tutkimuksissa tieto hoidon syystä, mitä ja miten potilasta tutkittiin sekä miten hoidettiin, diagnoosi, mitkä ovat uuden konsultaation aiheet, lääkitys kotiutuessa. Aiemmin kuvaamattomia luonnehdintoja ja siten uutta kvalitatiivista tietoa olivat päätösten ja lääkemuutosten perustelut sekä jatkohoito-ohjeet tilanteisiin, joissa potilas ei toivu toiveiden mukaisesti tai hoito komplisoituu sekä mahdol-

lisuus saada palaute lähetteen tarpeellisuudesta, mahdollisuus nopeisiin hoito-ohjeisiin lähetteen perusteella ennen erikoissairaanhoidon käynnin toteutumista ja tieto potilaalle tehdystä hoidon rajauksesta elvytyksen, tehohoidon tai invasiivisen hoidon ulkopuolelle.

Tutkimuksessa heränneitä kysymyksiä ja jatkotutkimuksen aiheita ovat epikriisin sopiva pituus ja viive sen saamiseen erikoissairaanhoidosta, kvantitatiiviset tutkimukset suuremilla joukoilla tilastollisen testauksen mahdollistamiseksi ja tarkemman kvalitatiivisen tutkimuksen tiettyjen, nyt esiin nousseiden havaintojen jatkokartoittamiseksi.

7 LÄHTEET

Bado W, Williams C. Usefulness of letters from hospitals to general practitioners. *BMJ* 1984;288:1813-4

Brander PE. Astman alueellisen hoitoketjun vaikutukset erikoissairaanhoidossa käyneiden potilaiden hoitoon. *Suom Lääkäril* 2003;15:1803-10

Brander PE, Salinto S. Astman hoitoketju toimii edelleen hyvin. *Suom Lääkäril* 2009;64:712-8

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC, Rubin H. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA* 1999;282:1458-67

Carek PJ, Dickerson LM, Boggan H, Diaz V. A Limited Effect on performance Indicators From Resident-initiated Chart Audits and Clinical Guideline. *Education Fam Med* 2009;41(4):249-54

Curran P, Gilmore DH, Beringer TRO. Communication of discharge information for elderly patients in hospital. *Ulster Medical Journal* 1992;61:56-58

Glintborg B, Andersen SE, Dalhoff K. Insufficient communication about medication use at the interface between hospital and primary care *Qual Saf Health Care* 2007;16:34–9

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L ym. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies *Health Technol Assess* 2004;8(6)

Gripenberg-Gahmberg M, Lindberg O, Strandberg T, Salonen T. Kliininen tiedonvälitys perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärien välillä. *Suom Lääkäril* 2004;1-2:63-7

Hagelberg N, Hietaharju A, Maunu P, Haanpää M. Hoitotakuu toteutuu kipupoliklinikalla säätelemällä potilasvirtoja. *Suom Lääkäril* 2008;47:4111-6

Harding J. Stude of discharge communications from hospital doctors to an inner London general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1987;37:494-5

Harno K. Kokemuksia etäkonsultaatiosta Peijaksen sairaalassa. *Suom Lääkäril* 1998;53:1961–3.

Harno K, Ihanus ML. Kilautanko kaverille vai hyödynnänkö alueellista potilastiedon välityspalvelua? *Suom Lääkäril* 2010;3:182-6

Harno K, Nykänen P, Ohtonen J, Seppälä A. Health Information Exchange in Regional eHealth Networks Implications for initiatives in advancing shared care. *International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*, 2009:42-45

- Harno K, Paavola T; Böckerman M. Sähköinen lähete ja konsultaatio hoitoprosessin järjeistämässä. *Suom Lääkäril* 1999;12:1585-9
- Harno K, Ruotsalainen P, Nykänen P, Kopra K. Health Information Exchange and Care Integration. *Int J on Advances in Life Sciences* 2009;1:46–57
- Heino M, Leinonen M, Saaresranta T. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden vaikutus keuhkosairauksien lähetteisiin. *Suom Lääkäril* 2010;23:2106-10
- Heinämäki R, Voipio-Pulkki LM, Mäenpää T, Kaila M. Kiireettömän erikoissairaanhoidon perusteet. *Suom Lääkäril* 2007;43:4019-23
- Holmberg-Marttila D, Valvanne J. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. *Suom Lääkäril* 2011;32:2227
- Hyppönen H, Winblad I, Reponen J, Lääveri T, Vänskä J. Lääkärien kokemukset alueellisesta potilastiedon vaihdosta. Raportti 5/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampereen yliopistopaino 2012
- Jansen J, Grant I. Communication with general practitioners after accident and emergency attendance: computer generated letters are often deficient. *Emerg Med J* 2003;20:256–257
- Jiwa M, Skinner P, Coker AO, Shaw L, Campbell MJ, Thompson J. Implementing referral guidelines: lessons from a negative outcome cluster randomised factorial trial in general practice. *BMC Family Practice* 2006;7:65
- Julkunen H, Pohjola-Sintonen S, Harno K. Kokemuksia sähköisestä konsultoinnista. *Duodecim* 2002;118:2516–17
- Kallio A. Aluetietojärjestelmä – klinikon riemu vai riesa. *Suom Lääkäril* 2005;34:3290
- Kauppinen R, Kontula K. Epikriisi hoitoyhteisön tiedonsiirron välineenä - ovatko tarkoitus ja laatu unohtuneet? *Suom Lääkäril* 1998;32:3689-93
- Keely E, Myers K, Dojeiji S, Campbell C. Peer assessment of outpatient consultation letters – feasibility and satisfaction. *BMC Medical Education* 2007;7:13
- Kekomäki M. Tietojärjestelmät ja niiden integroitavuus arvioitava ennen käyttöönottoa. *Suom Lääkäril* 2009;64:1643
- Key-Solle M, Paulk E, Bradford K, Skinner AC, Lewis MC, Shomaker K. Improving the Quality of Discharge Communication With an Educational Intervention. *Pediatrics* 2010;126:734-40
- Kuusisto H, Molnar G. Irti jonosta ilman lisäresursseja. *Suom Lääkäril* 2005;12-13:1443-6
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA* 2007;297:831-41
- Lindén A. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido – Fuusio, yhteistoiminta vai kilpailu? *Suom Lääkäril* 2001;15-16:1773-7

- Linden T. Hoidonporrastus ja terveystieteiden keskuksessa järjestetyt erikoislääkäripalvelut. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1998
- Maass M, Asikainen P, Mäenpää T, Wanne O, Suominen T. Aluetietojärjestelmä tuo tehoa ja säästöjä. *Suom Lääkäril* 2007;27-31:2673-8
- McConnell D, Butow P, Tattersall M. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *British Journal of Cancer* 1999;80:427-437
- Mäntyselkä P. Kollega, palautteesi on tärkeä. *Duodecim* 2012;128:1524-5
- Munday A, Kelly B, Forrester J, Timoney A, McGovern E. Do general practitioners and community pharmacists want information on the reasons for drug therapy changes implemented by secondary care? *Br J of Gen Pract* 1997;47:563-6
- Newton J, Eccles M, Hutchinson A. Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain? *BMJ* 1992;304:821-4
- Nuutinen M. Hoitoketju. *Duodecim* 2000;116:1821-8
- Palomäki A, Erhola M, Jaatinen P ym. Hoito-ohjelmat terveystieteiden keskuksien arkityössä. *Suom Lääkäril* 2004;30-32:2823-6
- Paloneva J, Oikari M, Ylinen J, Ingalsuo M, Kunnamo I, Kiviranta I. Olkapääpotilaan verkkolähete – ohjaava konsultaatiopyyntö. *Duodecim* 2012;128:1585-91
- Partanen J. Parantajasta opettajaksi. *Duodecim* 2002;118:1429-31
- Penney TM. Dictate a discharge summary *Br Med J* 1989;298:1084-5
- Puhakka M, Ryyänänen OP, Palomäki P, Anttonen V, Jukola R, Takala J. Terveystieteiden keskuksista kirjoitettujen läheteiden tarpeellisuus. *Suom Lääkäril* 2003;23:2556-61
- Puhakka M, Ryyänänen OP, Palomäki P, Anttonen V, Jukola R, Takala J. Sairaalaan lähettämisen aiheet ja perusteet. *Suom Lääkäril* 2003;23:2562-6
- Puhakka M, Ryyänänen OP, Palomäki P, Anttonen V, Jukola R, Takala J. Lähete erikoissairaanhoidon. *Suom Lääkäril* 2006;49-50:5205-9
- Rawal J, Barnett P, Lloyd BW. Use of structured letters to improve communication between hospital doctors and general practitioners. *BMJ* 1993;307:1044
- The Royal College of General Practitioners. The european study of referrals from primary to secondary care. Occasional Paper 56. Lontoo 1992
- Ryyänänen OP, Puhakka M, Myllymäki P ym. Sairaalaan lähettämisen arviointi Bayesin verkkomallilla; *Suomen Lääkärilehti* 2006;51-52:5353-8
- Saaren-Seppälä T. Yhteisen potilaan hoito. Väitöskirja. Tampereen yliopisto 2004
- Sandler DA, Heaton C, Garner ST, Mitchell JRA. Patients' and general practitioners' satisfaction with information given on discharge from hospital: audit of a new information card

Br Med J 1989;299:1511-3

Sandler DA, Mitchell JRA. Interim discharge summaries: How are they best delivered to general practitioners? Br Med J 1988;295:1523-1525

Schneeweiss R, Ellsbury K, Hart LG, Geyman JP. The economic impact and multiplier effect of a family practice clinic on an academic medical center. JAMA 1989;262:2684

Smith S, Khutoane G. Why doctors do not answer referral letters; SA Fam Pract 2009;1:64-7

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, 30.3.2009

Thong J F, Mok P, Loke D. A quality assurance survey to improve communication between ENT specialists and general practitioners Singapore Med J 2010;10:796

Tulloch A, Fowler G, McMullan J, Spence J. Hospital discharge reports: content and design. BMJ 1975;4:443-6

Tuomisto L. Lähetet erikoissairaanhoidon – siirtykö oleellinen tieto? Suom Lääkäril 2010;50-2:4157

Vähäaho T. Miksi tieto ei terveydenhuollossa kulje? Suom Lääkäril 2001;30-32:3071-6

Vänskä H, Rynänen OP, Roine RP, Setälä L. ICP-ohjausjärjestelmän vaikuttavuus hoitoprosessissa. Suom Lääkäril 2010;40:3227-24

Walraven C, Laupacis A, Seth R, Wells G. Dictated versus database-generated discharge summaries: a randomized clinical trial. Can Med Assoc J 1999;160:319-26

Walraven C, Seth R, Laupacis A. Dissemination of discharge summaries. Canadian Family Physician 2002;48:737-41

Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. Br J of Gen Pract

Zwaanswijk M, Verheij R, Wiesman F, Friele R. , Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study. BMC Health Services Research 2011;11:256

LIITE 1 KYSELYLOMAKE

KYSTIEPAL (Kysely tiedon kulusta ja palautteesta)

Lomake: KYSTIEPAL

1. Sairaanhoidopiiri, jonka alueella työskentelen						
	Etelä-Savo	Itä-Savo	Keski-Suomi	Pohjois-Karjala	Pohjois-Savo	joku muu
Sairaanhoidopiiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ikäluokkani						
	alle 30 vuotta	30-39 vuotta	40-49 vuotta	50-59 vuotta	60- vuotta	
Ikäluokka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Koulutukseltani olen						
	erikoistuva lääkäri	yleislääketieteen erikoislääkäri	muun alan erikoislääkäri	ei erikoistunut eikä erikoistumassa oleva lääkäri		
Koulutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
4. Toimenkuvani on seuraava						
	pääasiassa potilastyötä	sekä potilastyötä että hallintoa	vain hallintoa			
Toimenkuva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
5. Miten tärkeäksi työssäsä koet hyvän tiedonkulun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä? Asteikko 0-10 (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä)						
<input type="text"/>						
6. Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä toteutuu? Asteikko 0-10 (0 ei ollenkaan tärkeä, 10 erittäin tärkeä)						
<input type="text"/>						
7. Onko käytössäsi sähköinen lähete-palautte systeemi?						
	ei	kyllä				
Sähkösystemi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				
8. Onko sairauskertomusjärjestelmä						
Sairauskertomusjärjestelmä	<input type="radio"/>	erillään keskussairaalan/ylöpistosairaalan ja mahdollisesti lähellä olevan aluesairaalan järjestelmässä				
	<input type="radio"/>	erillään keskussairaalan/ylöpistosairaalan järjestelmästä, mutta yhteinen aluesairaalan kanssa				
	<input type="radio"/>	yhteinen keskussairaalan kanssa				
9. Mikä on mielestäsi pahin ongelma tiedonkulussa?						
<input type="text"/>						
10. Millainen on mielestäsi hyvä palaute erikoissairaalaista?						
<input type="text"/>						
Osittainen tallennus						
<input type="checkbox"/> Tahdon tallentaa täyttämäni tiedot ja jatkaa myöhemmin linkistä, joka lähetetään antamaani osoitteeseen.						
Sähköpostiosoite <input type="text"/>						
Tietojen lähetyks						
<input type="button" value="Tallenna"/>						

Järjestelmänä Eduix E-lomake 3.1, www.e-lomake.fi