

TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISYYS TIETOJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTON JÄLKEEN

Tapaustutkimus Turun terveystoimen kotisairaanhoidosta

Juha Koivisto

Satu Aaltonen

Markku I. Nurminen

Pekka Reijonen



Turun yliopisto

Työsuojelurahaston projektin
nro. 103153 loppuraportti

ESIPUHE

Tämä tutkimusraportti on syntynyt kahden Turun yliopiston tietojärjestelmälaboratorio Laboriksen ja Turun terveystoimen yhteistyönä toteuttaman tutkimus- ja kehitysprojektin tuloksena. Projektien pääasiallinen rahoittaja on ollut Työsuojelurahasto. Tutkimuksen teemana oli tietojärjestelmävälitteisen työtoiminnan yhtenäisyys tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Yhtenäisyysasiaa tarkasteltiin toisaalta siltä kannalta, miten työkäytäntöjen epäyhtenäisyydet syntyvät, sekä toisaalta siltä kannalta, mitä epäyhtenäisyydestä voi seurata työketjun myöhemmissä vaiheissa työn tekemisen ja yhteistyön sekä työn tuloksen kannalta. Lisäksi tutkimuksessa sovellettiin Laboris-yksikössä kehitettyä kolmivaiheista Kuvaus-Koulutus-Käyttö -mallia, jonka avulla epäyhtenäisiä työkäytäntöjä yhtenäistettiin tutkimuksen kohteena olleessa organisaatiossa, Turun terveystoimen kotisairaanhoidossa.

Tutkimuksessa sovellettu, alkujaan tietojärjestelmän käyttöönoton organisoimista varten kehitetty kolmivaiheinen malli osoittautui käyttökelpoiseksi myös työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessin läpiviemisessä. Mallin taustalla on näkemys tietojärjestelmän käyttöönotosta organisatorisena muutos- ja oppimisprosessina, jossa organisaation toiminta ja toimijat muuntuvat. Oppimisella tarkoitetaan tässä mm. sitä, että kukin työntekijä oppii tekemään työtehtäviään muiden työntekijöiden kanssa yhteensopivalla tavalla. Oppimisen kohteena ovat siis yksittäisen työntekijän omien tehtävien lisäksi myös toimijoiden välinen yhteistyö ja sen pelisäännöt. Mallia tulisi nyt koetella muidenkin alojen organisaatioissa.

Kiitämme kaikkia osapuolia, jotka mahdollistivat tämän tutkimuksen. Suurin kiitos kuuluu kotisairaanhoidon työntekijöille, jotka kärsivällisellä ja innostuneella osallistumisellaan takasivat tutkimuksen onnistumisen. Lisäksi kiitämme terveystoimen edustajina projektiryhmään osallistuneita Jaana Vuorenhimoa ja Ritva Kosklinia sekä Pegasos-kouluttajia Tiina Väliviitaa ja Sirpa Karppista, kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmää, Työsuojelurahastoa sekä Turun terveystoimea, joka takasi resurssit yhtenäistämisen projektin läpiviemiseen.

Turussa 30.12.2003

Juha Koivisto
Satu Aaltonen
Markku I. Nurminen
Pekka Reijonen

Sisällys

I Johdanto	1
Mistä työkäytäntöjen yhtenäisyysasiassa on kyse?	2
Tapaustutkimus kotisairaanhoidosta	4
II Työkäytäntöjen yhtenäisyys	7
Toimija-Tekniikka-Toiminta	7
Toimiyhteisö	8
Oppimisen ulottuvuuksia	10
Epäyhtenäisyyden syntymekanismeja	12
Epäyhtenäisyyden seurausten arviointi	14
Kuvaus-Koulutus-Käyttö	15
III Työkäytäntöjen yhtenäisyys: kotisairaanhoido	17
Kotisairaanhoido osana vanhusten palvelukokonaisuutta	19
Pegasos-tietojärjestelmän käyttöönotto	21
Käyttöönotto kotisairaanhoidossa	22
Kotisairaanhoidon työntekijöiden Pegasos-koulutukset	22
Pegasoksen avulla suoritettavat työtehtävät	24
Kuvaus	28
Nykytilan kuvaus: epäyhtenäisyyksien tunnistaminen	28
Epäyhtenäisyyden syntymekanismeja	46
Epäyhtenäisyyden seurauksia	48
Tavoitetilan kuvaus	50
Kuvausvaiheen arviointi	56
Koulutus	57
Koulutuksen organisointi ja sisältö	57
Koulutuspäivän kulku	58
Koulutusvaiheen arviointi	61
Käyttö	63
Vierihoido	63
Käyttövaiheen arviointi	64
IV Työkäytäntöjen yhtenäistämisen malli	67
Työkäytäntöjen yhtenäistämiskierros	67
Kuvaus	69
Koulutus	71
Käyttö	72
Yhtenäistämiskierroksen organisointi ja arviointi	73
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo	75
Lähteet	76

I

JOHDANTO

Tietokonepohjaiset tietojärjestelmät ovat viime vuosikymmenten aikana tulleet osaksi niin yksityisten yritysten kuin julkisten organisaatioiden työntekijöiden työtä. Järjestelmät ovat valmiina ostettuja, puolivalmiita - organisaation toiveiden mukaan muokattavissa olevia - tai varta vasten tiettyä organisaatiota varten räätälöityjä, nykyään useimmiten joko täysin valmiina tai puolivalmiina ostettuja. Järjestelmän hankintapäätöstä edeltää tavallisesti organisaation määrittelemä tavoitetilä, johon järjestelmän avulla pyritään. Tavoitteeksi määritellään tyypillisesti esim. kustannusten lasku tai parempi asiakastyytyväisyys. Usein käy kuitenkin niin, että tavoitteet unohtuvat, kun järjestelmä on saatu käyttöön, tai ainakaan tavoitteiden saavuttamista ei systemaattisesti arvioida. Joka tapauksessa, järjestelmä on käytössä eikä paluuta aikaan ilman järjestelmää näytä olevan.

Työntekijät, jotka suorittavat päivittäisiä työtehtäviään tietojärjestelmän avulla, havaitsevat helposti järjestelmän käyttöön liittyviä hyviä tai huonoja puolia. Työtehtävien suorittaminen on esimerkiksi nopeutunut tai on tullut lisää työtehtäviä, jotka vievät liikaa aikaa. Saattaapa olla, että jokin työtoiminto ja järjestelmä eivät yksinkertaisesti sovi yhteen. Järjestelmässä voi myös olla selviä teknisiä virheitä, jotka haittaavat työtehtävien suorittamista. Järjestelmä voi lisäksi tuntua toiminnoiltaan riittämättömältä, tai työntekijä ei yksinkertaisesti osaa käyttää järjestelmää. Yhteistyö kollegoiden kanssa on järjestelmän käyttöönoton jälkeen saattanut sujuvoitua, onpa se voinut hankaloituaakin, tai se ei ole paljontaan muuttunut.

Tietojärjestelmän käyttöön liittyvät epäkohdat voivat olla esteenä sille, ettei organisaation asettamia tavoitteita saavutetakaan. Toisaalta, järjestelmä voi toki tarjota mahdollisuuksia, joita ei osattu ennakoida ja huomioda järjestelmää valittaessa tai käyttöönotettaessa. Se, mikä yksittäisen työntekijän tai yksikön taholla tuntuu toimivalta käytännöltä järjestelmän kanssa, ei ole sitä välttämättä muiden työntekijöiden tai yksiköiden kannalta, jotka käyttävät järjestelmän samoja toimintoja, esimerkiksi hyödyntävät toimintoihin kirjattuja tietoja. Tällöin nousee esiin kysymys siitä, miten yhtenäisesti työtehtäviä tulisi järjestelmän avulla suorittaa. Millä perusteella voidaan vaatia jonkin toiminnon suhteen yhtenäisiä käytäntöjä? Toisaalta, kuinka sallittuja työntekijän oma luovuus ja järjenkäyttö ovat, kun on kyse työskentelystä tietojärjestelmän kanssa?

Keskitymme tässä työssä erityisesti tietojärjestelmävälitteisen työtoiminnan yhtenäisyyteeseen. Käytämme tämän luvun loppuosan teeman alustavaan jäsentämiseen ja tapaustutkimuksemme kohteen esittelyyn. Luvussa 2 kehittelemme teoreettista viitekehystä, jonka avulla työkäytäntöjen yhtenäisyyttä sekä epäyhtenäisten työkäytäntöjen syntymekanismia ja seurauksia voidaan tarkastella. Samassa yhteydessä pohdimme työn oppimisen ulottuvuuksia. Lisäksi hahmotamme kolmivaiheista menettelyä, jonka avulla eriytyneitä työkäytäntöjä voidaan yhtenäistää. Luvussa 3 esittelemme tapaustutkimuksen, jossa hyödynnämme kehittämäämme teoreettista viitekehystä sekä kolmivaiheista työkäytäntöjen yhtenäistämisen menettelyä. Luvussa 4 kokoamme tapaustutkimuksesta saamiimme kokemuksiin ja Turun yliopiston tietojärjestelmälaboratorio Laboriksen aikaisempiin tutkimustuloksiin ja –havaintoihin perustuvan systemaattisen mallin, jolla tietojärjestelmän avulla suoritettavaa työtoimintaa voidaan yhtenäistää.

MISTÄ TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISYYSASIASSA ON KYSE?

Tietokonepohjaisen tietojärjestelmän hankintapäätöksen perusteena lienee aina jonkinlainen usko siihen, että tietojärjestelmän avulla voidaan parantaa organisaation toimintojen keskinäistä koordinaatiota. Tällöin on tarkemmin ottaen kyse yksittäisten työntekijöiden suorittamien työtoimintojen, tietojen kirjaamisen ja kirjausten hyödyntämisen (Malone & Crowston, 1994, 8), sekä näiden välisen vuorovaikutuksen koordinoinnista. Tietojärjestelmän käyttöönotto voineekin toisaalta parantaa organisaation joidenkin toimintojen koordinaatiota, toisaalta se voi luoda uudenlaisia koordinaatio-ongelmia, joita ei osata ennakoita järjestelmän hankintapäätöstä tehtäessä ja joita ei välttämättä osata ratkoa vähäisestä tietojärjestelmäkokemuksesta johtuen (ks. Kling ym., 1996). Työkäytäntöjen epäyhtenäisyydestä juontuvat haitalliset seuraukset työketjun jossakin vaiheessa tai työn lopputuloksessa ovat osa tällaista koordinaatio-ongelmaa. Organisaation toimintojen koordinaatio nimittäin edellyttää työntekijöiltä jonkinasteista sitoutumista työtehtävien tekemiseen tietyllä tavalla ja tietyssä järjestyksessä (ks. Gasser, 1986).

Koordinaatiokysymykset ovat aina silloin läsnä, kun sillä miten työntekijä tekee työtänsä on merkitystä jonkin toisen työntekijän työtehtävien suorittamisen kannalta (Schmidt & Bannon, 1992, 10), tehdäänpä työ tietojärjestelmän tai jonkin muun työvälineen avulla. Koordinaatiossa on siis kyse toisistaan riippuvien työtoimintojen yhteensovittamisesta. Tietojärjestelmätutkimuksessa koordinaatioasiana on käsitelty mittavasti, painotus on kuitenkin ollut teknisissä seikoissa, kuten organisaatioiden toiminnan koordinoimista helpottavien ohjelmistojen kehittämisproblematiikassa tai keskenään yhteensopimattoman tietoteknisen infrastruktuurin tuottamisesta koordinaatio-ongelmissa. Tutkimukset, joissa tietotekniikka otetaan sellaisenaan, ja tarkastelun painotus on toimintapuolella, ts. työkäytäntöjen keskinäisessä koordinaatiossa, ovat olleet vähemmistönä (ks. esim. Suchman 1997; Bardram 2000; Mark 2002).

Työkäytäntöjen yhtenäisyysasia tuli yllättäen vastaamme, kun seurasimme vuosina 2000–2001 Pegasos-järjestelmän käyttöönottoa Turun terveystoimessa ja erityisesti päivystysvastaanotolla (Nurminen ym., 2002). Yhtenäisyysasia avautuu lukijalle, kun tarkastelemme lyhyesti, mitä tarkoitamme tietokonepohjaisen tietojärjestelmän käyttöönotolla.

Järjestelmätoimittajan näkökulmasta tietokonepohjaisen tietojärjestelmän käyttöönotto näyttäytyy tavallisesti ohjelman teknisenä asennuksena ja testaamisena, jonka jälkeen toimittajan ei tarvitse enää tietää ohjelman vaiheista. Järjestelmää käyttöönottavan organisaation näkökulmasta on kuitenkin kyse laajemmasta asiasta. Tapahtumaa kuvataan tutkimuskirjallisuudessa käsitteellä 'tietojärjestelmän organisatorinen käyttöönotto' (ks. esim. Kling & Allen, 1996). Näkökulmasta käsin käyttöönottoa tarkastellaan organisatorisena muutos- ja oppimisprosessina, jossa työtoiminta ja toimijat muuntuvat. Muutosta tapahtuu, olipa muutos suunniteltua tai ei. Käsityksemme mukaan tuo muutos eli työtehtävien suorittaminen järjestelmän avulla tulisi suunnitella mahdollisimman hyvin ennen järjestelmän käyttöönottoa.

Käyttöönotto alkaa organisaation näkökulmasta jonkinlaisella strategisen tason suunnittelulla ja johdon päätöksellä käyttöönoton toteuttamisesta. Tällöin määritellään niitä tavoitteita, joihin järjestelmän avulla tähdätään. Seuraavassa vaiheessa tietojärjestelmää suunnitellaan ja räätälöidään työympäristöön, jolloin määritellään niitä reunaehtoja, joiden puitteissa työkäytännöt, työnjako jne. voidaan myöhemmin toteuttaa. Kun järjestelmä on suunniteltu tai valittu, tulee työtehtävät, jotka suoritetaan uuden järjestelmän tukemana, suunnitella ja kuvata mahdollisimman huolellisesti, jotta järjestelmä sulautuisi osaksi työtoimintaa. Ensin kuvataan, miten työtehtävät suoritetaan kun järjestelmä ei vielä ole käytössä, ja tämän jälkeen kuvataan, miten työtehtävät suoritetaan uuden järjestelmän avulla. Kaksinkertaisesta kuvauksesta on se hyöty, että nähdään, mikä etu järjestelmästä on työtoiminnalle aiempiin käytäntöihin nähden ja mitä konkreettisia muutoksia eri työntekijäryhmien työtehtäviin järjestelmän käyttöönotosta aiheutuu. Seuraavassa vaiheessa työntekijät koulutetaan uusiin toimintatapoihin.

Käyttöönotto ei tämän laajemman näkökulman mukaisesti pääty suinkaan vielä siihen, kun järjestelmä on asennettu, työntekijät koulutettu ja työntekijät ovat alkaneet käyttää järjestelmää, vaan käyttöönoton voidaan katsoa jatkuvan, kunnes järjestelmän avulla suoritettavat työtoiminnot alkavat vakiintua ja rutinoitua. Mikäli työkäytännöt vakiintuvat suunnitellulla tavalla, voidaan käyttöönoton katsoa sujuneen onnistuneesti. Työkäytännöt voivat toki vakiintua muullakin tapaa kuin mitä oli alkujaan suunniteltu, mikä ei välttämättä kokonaan merkitse käyttöönoton epäonnistumista. Työntekijät saattavat keksiä alun perin suunniteltua parempia tapoja suorittaa työtehtäviään järjestelmän avulla, mikä voi toisaalta merkitä haitallista työkäytäntöjen epäyhtenäistymistä.

Tilaa, jossa työkäytännöt ovat täysin vakiintuneet, tuskin koskaan saavutetaan. Joidenkin työkäytäntöjen vakiintuessa saattavat jotkin jo aiemmin vakiintuneet työkäytännöt alkaa muuttua esimerkiksi itse tekniseen järjestelmään tulevien muutosten takia, työntekijöiden vaihtuessa tai jostain muusta syystä. Seuratessamme Pegasos-järjestelmän käyttöönottoa päivystysvastaanotolla havaitsimme, kuinka nopeasti heti järjestelmän käyttöönoton jälkeen tapahtui

muutoksia teknisessä järjestelmässä, toimijoissa ja itse työtehtävien suorittamisessa. Erityisen silmäänpistäviä olivat tiuhaan tulleet päivitykset itse järjestelmään, jotka sisälsivät pienempiä tai suurempia muutoksia järjestelmän toimintoihin. Toimijoissa tapahtuneita muutoksia olivat esimerkiksi erilaiset sijaisjärjestelyt. Muutokset järjestelmässä, muutokset toimijoissa tai muut työtoimintaan liittyvät muutokset voivat olla mekanismeja, jotka aiheuttavat muutoksia tavoissa suorittaa työtehtäviä ja epäyhtenäistävät työkäytäntöjä järjestelmän käyttäjien kesken.

Työkäytäntöjen epäyhtenäistyminen oli Turun terveystoimen tapauksessa yllätyksellistä ennen kaikkea siksi, että käyttäjät saivat kattavan ja yhtenäisen koulutuksen järjestelmän käyttöönottovaiheessa, minkä johdosta tietynasteinen työkäytäntöjen yhtenäisyys uskottiin saavutetun. Lisäksi, terveydenhuollon toimintatavat ovat muutoinkin varsin säänneltyjä, mikä antaa aiheen olettaa, että työkäytännöt olisivat kaikkiaan varsin yhtenäisiä. On kuitenkin pidettävä mielessä, että se työkäytäntöjen yhtenäisyyden aste, joka saavutetaan tietojärjestelmien käyttöönottojen yhteydessä, vaihdellee tapauksittain huomattavasti. Eri alojen organisaatioiden tietojärjestelmäkäytäntöjen yhtenäisyydestä on kuitenkin olemassa hyvin vähän tutkimustietoa. Joka tapauksessa, tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen muutos ja epäyhtenäisyys on keskeinen osa organisaation toimintojen koordinaatio-ongelmaa.

Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyden tai epäyhtenäistymisen havaitseminen herättää kysymyksen, että miksi sitoutuminen tietynasteiseen yhtenäisyyteen tietojärjestelmän käytössä on välttämätöntä. Miksi tietyt työtehtävät, jotka suoritetaan järjestelmän avulla, tulisi suorittaa ”riittävässä” määrin samalla tapaa järjestelmän käyttäjien kesken? Asiaa voidaan tarkastella kysymällä, mitä käytäntöjen epäyhtenäisyydestä voi seurata työketjun myöhemmissä vaiheissa työn tekemisen ja yhteistyön sekä työn tuloksen kannalta.

TAPAUSTUTKIMUS KOTISAIRAANHOIDOSTA

Turun kaupungin terveystoimessa otettiin vuosina 1998–2000 neljässä vaiheessa käyttöön Pegasos-terveystietojärjestelmä osana Primus-hanketta (Jalonen ym., 2000). Järjestelmän toimittaja on Novo Group Oyj. Järjestelmä kattoi vuoden 2000 lopulla perusterveydenhuollon 14 terveysasemaa, päivystyksen, äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan (23 toimipistettä), koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon (65 toimipistettä), työterveyshuollon ja kansainvälisen palvelukeskuksen terveydenhuollon osuuden, perhesuunnitteluneuvolan sekä kolme hoivahoidon osastoa ja kaksi erikoissairaanhoidon poliklinikkaa. Lisäksi järjestelmä kattoi noin 40 kotisairaanhoidon yksikköä. Tuossa vaiheessa kaikkiaan noin 600 Turun terveystoimen työntekijällä oli käytössään Pegasos-terveystietojärjestelmä. Vuoden 2002 alussa aloitettiin käyttöönottoprojekti, jossa Pegasos-järjestelmä laajennettiin kattamaan kaupungin erikoissairaanhoidon.

Luvussa 3 esitämme tapaustutkimuksen, joka koskee Turun terveystoimen kotisairaanhoidon. Tutkimus on toteutettu vuosina 2002–2003 Hanskatutkimusohjelman Hantu II -projektin ja Väärin sammutettu! -projektin puitteis-

sa. Kumpaakin projektia on rahoittanut Työsuojelurahasto ja ne on toteutettu Turun yliopiston tietojärjestelmälaboratorio Laboriksen ja Turun terveystoimen yhteistyönä. Hantu-projektin ensimmäisessä vaiheessa vuosina 2000–2001 Laboris seurasi ja arvioi Pegasos-järjestelmän käyttöönottoa Turun terveystoimen päivystysvastaanotolla. Hantun toisessa vaiheessa keskityttiin työkäytäntöjen yhtenäisyysteeman tarkasteluun. Tapaustutkimuksen kohteena oli tällöin kotisairaanhoido ja siinä keskityttiin arvioimaan erityisesti Pegasos-järjestelmän avulla suoritettavan työtoiminnan yhtenäisyyttä; kuinka yhtenäisiä työkäytännöt ovat, miten mahdolliset epäyhtenäisyydet ovat syntyneet ja mitä niistä voi seurata. Turun kotisairaanhoido oli yhtenäisyysasian kannalta erityisen kiintoisa kohde, koska se jakaantuu noin 40:een melko itsenäiseen piiriin, joissa käytetään samaa Pegasos-järjestelmää (ks. Reijonen & Sjöros, 2001) ja joissa järjestelmä otettiin vaiheittain käyttöön. Samalla avautui mahdollisuus testata, miten luvussa Kuvaus-Koulutus-Käyttö hahmotettava tietokonepohjaisen tietojärjestelmän käyttöönoton malli soveltuu työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessin jäsentämiseen ja läpiviemiseen. Yhtenäistämiprojekti toteutettiin Väärin sammutettu! -hankkeessa.

II

TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISYYS

Jotta työkäytäntöjen yhtenäisyysasiaa ylimalkaan sekä epäyhtenäisyyden syntymekanismeja ja epäyhtenäisyyden seurauksia voidaan tarkastella ja jäsentää, on oltava jonkinlainen teoreettinen viitekehys, jonka läpi työtoimintaa – tässä tapauksessa tietojärjestelmän välittämää työtoimintaa - ja organisaatiota, jota työtoiminta ylläpitää ja uusintaa, voidaan tarkastella. Tukeudumme tässä tarkoituksessa toiminnan teorian kolmielementtiseen malliin, Toimija-Tekniikka-Toiminta. Tuemme tarkastelua lisäksi Toimiyhteisön käsitteellä, jolla tarkoitamme tiettyä hanketta yhteisellä toiminnallaan toteuttavien työntekijöiden muodostamaa epävirallista yhteisöä. Yksi toimiyhteisön ulottuvuus on yhtenäiset työkäytännöt. Jäsenämme lisäksi oppimista yhtenä toimiyhteisössä toimimisen ulottuvuutena.

Esitämme tässä luvussa ensin kyseisen viitekehysten. Sen jälkeen jäsenämme viitekehysten läpi toisaalta työkäytäntöjen epäyhtenäisyyden syntymekanismien ulottuvuuksia ja toisaalta sitä, miten viitekehysten läpi voidaan tarkastella epäyhtenäisyyden mahdollisia seurauksia. Luvun lopuksi käymme lyhyesti läpi kolmivaiheisen työkäytäntöjen yhtenäistämisen mallin, jonka avulla jäsenämme tapaustutkimuksessamme työkäytäntöjen yhtenäistämistä prosessia.

TOIMIJA-TEKNIikka-TOIMINTA

Työtehtävien suorittamista ja työn organisointia voidaan kuvata suuremmalla tai pienemmällä tarkkuudella toisiaan seuraavien työtehtävien sarjana. Tällaisia toimintaprosesseja kuvattaessa on hyvä olla jonkinlainen käsitys siitä, millaisia elementtejä ja elementtien välisiä suhteita ollaan kuvaamassa. Toiminnan teorian kaksi keskeistä olettamusta ovat seuraavat (ks. Leontjev, 1978; Engeström, 1987; 2001): (1) toiminta on kohteellista (kohde muuntuu tavoitteen mukaisesti) ja (2) toiminta on välittynyttä, tässä tapauksessa tietojärjestelmän välittämää. Toiminnan teorian mukaan tavoitteellisen inhimillisen toiminnan, esimerkiksi työtoiminnan, peruselementtejä on kolme: toimija, tekniikka ja toiminta. Teorian mukaan toimija suorittaa tavoitteidensa mukaista toimintaa (työtehtäviä) erilaista tekniikkaa (työvälineitä) hyödyntäen. Tekniikalla ei ole itsellistä (käyttö-)arvoa, vaan se saa merkityksensä vasta toimijan hyödyntäessä sitä toiminnan tavoitteita palvelevia tekoja suorittaessaan. Työtoiminta on siis tekniikan välittämää. Tar-

kastelumme kolme elementtiä eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan pikeminkin vuorovaikutteisia, toinen toisiaan konstituivia elementtejä. Muutos yhdessä elementissä aiheuttaa muutoksia muissa elementeissä. Toiminnan kohteellisuus tarkoittaa sitä, että toiminnassa kohde muuttuu tulokseksi. Esimerkiksi hakattaessa halkoja kirveellä toiminnan kohteena ovat hakattavat pöllit, toiminnan tulos on pilkotut halot. Tulos on se ilmentymä, joka toimintaprosessista syntyy. Tulos tulee kuitenkin erottaa tavoitteesta, joka on toiminnan päämäärä ja ohjaa toimintaa. Halkojen hakkuun tavoitteena voi olla polttopuiden saaminen saunan lämmitystä varten.

Tarkastelemalla työtoimintaa kolmielementtisen mallin avulla syntyy helposti mielikuva, että toimijat toimivat täysin itsenäisesti, toisistaan riippumattomasti. Tarkastelusta näyttää puuttuvan esimerkiksi organisaation rakenne ja työnjako. Toteamme yksinkertaisesti, että organisaation rakenne ja työnjako ovat jatkuva saavutus, joka syntyy eri työvälinein työtehtäviään suorittavien toimijoiden välisessä vuorovaikutuksessa (vrt. Engeström, 1987). Kukin toimija ylläpitää ja uusintaa toiminnallaan organisaatiota omalta osaltaan. Kuvattaessa työprosesseja, esim. mitä työtehtäviä kukin työntekijä suorittaa, missä järjestyksessä työtehtävät suoritetaan, kuka käyttää tuotettua informaatiota tai kuka kontrolloi prosesseja ja tuloksia, kuvataan samalla organisaation rakennetta ja työnjakoa. Kun kaikkien organisaation työntekijöiden työtoiminta ja näiden keskeinen vuorovaikutus kuvataan, on organisaation rakenne kuvattu.

Kun organisaatiota tarkastellaan hienovaraisemmalla otteella, huomataan että se jakaantuu sekä virallisiin yksiköihin, osastoihin jne. että epävirallisempiin työyhteisöihin, työporukoihin jne. Edellisiä konstituivat toimijoiden vuorovaikutusta välittävät organisaation viralliset säännöt, sopimukset ja määräykset, jälkimmäisiä spontaanimmat säännöt ja sopimukset. Epäviralliset työyhteisöt voivat olla suppeampia kuin virallisiin määräyksiin perustuvat yksiköt, niiden rajat ylittäviä tai jopa päällekkäisiä niiden rajojen kanssa.

Tarkastelemme Laven ja Wengerin (1991) ja myöhemmin Wengerin (1998; 2000) edelleen kehittämän käsitteen ”community of practice”, jonka käänämme toimiyhteisöksi, avulla tällaisia työntekijöiden muodostamia epävirallisempia yhteisöjä. Toimiyhteisöjen erittelyllä on merkitystä tämän työn teeman, tietojärjestelmävälitteisen työtoiminnan yhtenäisyyden kannalta sikäli, että voidaan kysyä esimerkiksi, millaisiin toimiyhteisöihin organisaatio jakaantuu, kuinka epäyhtenäisiä tietojärjestelmäkäytännöt ovat toimiyhteisöjen kesken ja mitä siitä voi seurata, kun käytännöt ovat epäyhtenäisiä toimiyhteisöjen kesken.

TOIMIYHTEISÖ

Ihmiset muodostavat toimiyhteisöjä toimiessaan eri elämänalueilla erilaisten enemmän tai vähemmän tarkemmin määriteltyjen hankkeiden parissa. Perhe, katujaengi, pokeriporukka tai golf-kerho voi olla tällainen toimiyhteisö. Työelämässä tällaiset toimiyhteisöt voivat muodostua esimerkiksi yläasteen kieltenopettajien, asianajotoimiston juristien, supermarketin kassatyöntekijöiden, pankin paikallistoimiston virkailijoiden tai sairaalan osaston hoitajien ammatillisen toiminnan

ympärille (ks. esim. George ym., 1995; Hara, 2001; Sundusky, 2003). Toimiyhteisöt voivat olla myös edellä lueteltuja ryhmiä suppeampia tai laajempia. Wenger (1998) painottaa toimiyhteisöjen epävirallista ja spontaania luonnetta. Ne eivät tavallisesti muodostu virallisten organisaatio- tai osastorajamääritysten perusteella, vaikka niinkin ne voivat muotoutua. Toimiyhteisöjen rajat ovat muuttuvaisia ja joustavia, usein ääneenlausumattomia; organisaatioiden tai osastojen rajat ovat virallisia ja tarkasti määriteltyjä.

Toimiyhteisöjä määrittävä ja ylläpitävä tekijä on nimenomaan yhteinen, vuorovaikutteinen *toiminta* jonkin tietyn hankkeen parissa. Toimiyhteisöt ovat jatkuvia tulemia, joita kukin jäsen ylläpitää ja uusintaa omalla toiminnallaan. Toiminta sisältää sekä eksplisiittisen että hiljaisen julkilausumattoman puolen. Edellisiä voivat olla esimerkiksi yhteinen kieli, työvälineet, dokumentit, symbolit, kodifioidut menettelytavat ja julkilausutut sopimukset. Jälkimmäisiä voivat olla esimerkiksi ääneenlausumattomat sopimukset, peukalosäännöt, annettuna otetut oletukset ja jaetut maailmankuvat. Kaksi toimiyhteisöä konstituovaa sekä toisiaan edellyttävää ja täydentävää prosessia ovat osallistuminen ja reifikaatio. Osallistuminen on sananmukaisesti osallistumista toimintaan, joka ylläpitää yhteisöä. Reifikaatio on prosessi, jossa yhteinen toiminta saa aikaan ”muodon”; yhteisö tuottaa esimerkiksi jonkin menettelytavan, työvälineen tai säännön, jota jatkossa käytetään toiminnan perustana.

Wenger (1998, 73) määrittelee kolme ulottuvuutta, jotka tekevät yhteisöstä toimiyhteisön: jäsenten keskinäinen sitoutuminen yhteiseen toimintaan, yhteinen hanke sekä jaettu resurssivaranto. Toimiyhteisö ei ole vain joukko ihmisiä, joita luonnehtii jokin tietty piirre, vaan sitä luonnehtii nimenomaan toimijoiden keskinäinen sitoutuminen yhteiseen toimintaan. Yhteisön jäsenillä on yhteinen hanke, joka luo vastuuvelitteitä jäsenten kesken. Yhteisen hankkeen tavoittelu taas tuottaa toiminnan osaksi resursseja, jotka voivat olla hyvinkin heterogeeninen joukko edellä mainittujen kaltaisia eksplisiittisiä ja ääneenlausumattomia elementtejä, kuten rutiinit, työvälineet, tavat tehdä asioita, artefaktit ja käsitteet. Toimiyhteisön jäsenillä on vahvempi tai heikompi yhteenkuuluvuuden tunne. Käytännössä fyysinen läheisyys lienee usein hyvinkin vahva yhteisöä ylläpitävä tekijä.

Tarkastelemamme työkäytäntöjen yhtenäisyysasian kannalta toimiyhteisöjen erittely on mielekästä, koska yksi – mutta ei ainoa - vahvan toimiyhteisön ulottuvuus on, että työtehtävät, mukaan lukien tietojärjestelmän avulla suoritettavat työtehtävät, tehdään yhteisössä yhtenäisellä tavalla. Kun organisaatiossa kaikki samoja työtehtäviä tekevät työntekijät muodostavat tiiviin ja koherentin toimiyhteisön, työskentelevät he tällöin tietojärjestelmän avulla samalla tapaa, eikä merkittävää työkäytäntöjen epäyhtenäisyyttä ole. Tilanne on toisenlainen silloin, kun samoja töitä tekevät työntekijät ovat organisaatiossa jakaantuneet useampaan toimiyhteisöön, joissa on omanlaisensa menettelytavat ja käytännöt (ks. esim. Hara & Kling, 2002). Tällöin työkäytäntöjen epäyhtenäisyyttä on siis olemassa ja voidaan kysyä, että mitä epäyhtenäisyydestä voi seurata työketjujen myöhemmissä vaiheissa työn tekemisen, yhteistyön ja työn tuloksen kannalta.

Wenger (1998) tarkastelee toimiyhteisöjen välistä vuorovaikutusta Starin & Griesemerin (1989) kehittämän rajaobjektin käsitteen avulla. Rajaobjektit välit-

tävät toimiyhteisöjen keskeistä vuorovaikutusta. Idea on itse asiassa hyvin lähellä toiminnan teorian ideaa toiminnan välittyneisyydestä. Rajaobjekteja voivat olla esimerkiksi erilaiset artefaktit, diskurssit tai prosessit. Artefakteja ovat erilaiset työkalut, dokumentit ja mallit. Esimerkiksi lääketieteellinen sairauskertomus tai arkkitehtoninen piirustus ovat hyvin keskeisiä eri toimiyhteisöjen vuorovaikutusta välittäviä rajaobjekteja. Yhteinen kieli taas on edellytyksenä, että toimiyhteisöt voivat kommunikoida ja neuvotella keskenään. Yhteiset prosessit, kuten menettelytavat ja rutiinit, mahdollistavat toiminnan koordinoinnin yli toimiyhteisöjen rajojen. Tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen yhtenäisyysasiaa voidaan tarkastella eri toimiyhteisöjen välisenä vuorovaikutuksena siten, että mitä yhtenäisemmät ja yhteensopivammat menettely- ja toimintatavat ovat, sitä sujuvampaa toimiyhteisöjen välinen vuorovaikutus on.

OPPIMISEN ULOTTUVUUKSIA

Työn oppiminen on varsin vaikeasti purettavissa oleva asia. Koulutus tai opettaminen ei suinkaan ole välttämätön edellytys työn oppimiselle (ks. Lave, 1996). Wengerin (1998, 266) mukaan koulutus ei suoranaisesti saa aikaan oppimista, mutta se voi luoda oppimista edistäviä olosuhteita. Wenger painottaa toimiyhteisöjen tärkeyttä epävirallisina organisatorisen oppimisen yksiköinä, joissa yhteisön jäsenet oppivat tekemällä ja toinen toisiltaan. Yhteisöön tuleva tulokas oppii yhteisön vanhemmilta jäseniltä tietyn ammatin pätevyyden, mutta myös vanhemmat jäsenet oppivat tulokkailta vaihtaessaan kokemuksia näiden kanssa ja reflektoidessaan omaa toimintaansa. Oppiminen on Wengerin mukaan toimiyhteisössä tapahtuva jatkuva prosessi. Samalla jäsenten identiteetti muokkautuu yhteisössä toimittaessa. Opetusta virallisemmissa opetusympäristöissä, kuten luokahuoneissa toki tarvitaan, mutta varsinainen ammatillinen oppiminen, ammattipätevyyden ylläpito ja kehittäminen sekä toimintatapojen sisäistäminen tapahtuu Wengerin mukaan ennen kaikkea toimiyhteisöissä toimittaessa (ks. myös Hara, 2001).

Oppimista voidaan tarkastella ainakin siltä kannalta, että a) mitä opitaan, b) missä opitaan, c) kuka oppii, ja d) miten tiedostettua oppiminen on. Tarkastelemme seuraavassa kyseisiä ulottuvuuksia osittain päällekkäisesti.

Näkemykset siitä, mitä ihminen tietää voidaan jakaa kahteen luokkaan: akateemista tietoa korostavaan *know-that*-tietoon ja toiminnallisuutta korostavaan *know-how*-tietoon. On väitetty, että nämä ovat sillä tavalla laadullisesti erilaisia tiedon lajeja, ettei niitä voida palauttaa jännöksettömästi toisiinsa (Kivinen & Ristelä, 2002). *Know-that* tiedon siirto vaatii tiedon ulkoistamista ja ”koodittamista” siirrettävään muotoon. Wengerin (1998, 266) mukaan tulisi aina tilannekohtaisesti tiedostaa ja harkita, milloin tiedon abstrahointi on tarpeellista ja milloin ei, koska abstrahointi voi myös vaikeuttaa asioita. Oppijoiden täytyy tehdä enemmän töitä oppiessaan abstrahoitua tietoa, koska se pitää myös ”purkaa” eli siirtää yhdestä kontekstista toiseen. Toinen vaihtoehto joissain tapauksissa on osallistumisen, toiminnan kautta oppiminen. Kolmas tiedon luokka on ymmärtävän tiedon, *know-why*, luokka. *Know-why* oppiminen samoin kuin Argyriksen ja

Schönin (Argyris & Schön, 1978; ks. myös Argyris 1990; Bateson, 1972) syvätason – eli luovaan kyseenalaistamiseen perustuva – oppiminen (double-loop learning) perustuvat toiminnan reflektioon. Reflektiivisessä oppimisessa ei ole enää kyse vain sosiaalistumisesta toimiyhteisöön vaan toimiyhteisön kriittisestä arvioinnista ja mahdollisesta muuttamisesta.

Identiteetin käsite on nähty toimiyhteisön normeja ja kulttuuria sekä yksilötason tietämistä yhdistävänä tekijänä. Wenger (1998) puhuu identiteettien käyttämisestä oppimisen välineinä tarkoittaen melko pitkälle samaa kuin Argyris syvätason oppimisteoriassa. Syvätason oppimisen vaatima itsereflektio voidaan tulkita prosessiksi, jossa toimijat tulevat tietoisiksi omasta identiteetistään ja oppivat käyttämään sitä hyväkseen oppimistilanteissa.

Työelämän oppimistilanteet jaetaan perinteisesti kolmeen luokkaan niiden virallisuusasteen mukaan: formaalit, nonformaalit ja informaalit. (Tuomisto, 1991; Jarvis, 1996; Silvennoinen, 1998). Formaaleja oppimistilanteita leimaa hierarkisuus, viranomaisten määrittelemät tutkintotavoitteet ja tutkintoon liittyvien todistusten virallinen luonne. Nonformaali koulutus tapahtuu virallisen koulujärjestelmän ulkopuolella. Koulutus on tällöin kuitenkin organisoitua, mikä erottaa sen informaalista oppimisesta. Formaalista oppimistapahtumasta poiketen opiskelija ei kuitenkaan nonformaaleissa oppimistilanteissa saa opinnoistaan virallisen koulujärjestelmän tunnustamaa todistusta. Aikuiskoulutuksen nonformaaleja muotoja ovat esimerkiksi henkilöstökoulutus, harrastusopinnot ja yleissivistävät opinnot. Informaaleja oppimistilanteita henkilö kohtaa työssään kaiken aikaa. Informaalit oppimistilanteet vaihtelevat tavoitteellisuuden ja tiedostettavuuden asteiltaan. Työtehtäviä opitaan työtä tekemällä, yrityksen ja erehdyksen kautta, mallioppimisen keinoin sekä työtovereiden ja esimiesten neuvojen avulla.

Yksilön ja yhteisön välistä jännitettä on käsitelty oppimisteorioissa kahdella tapaa. Toisaalta nähdään, että oppimisessa on kyse ensisijassa sosialisatiosta, ryhmään sulautumisesta. Toinen näkökanta määrittelee oppimisen enemmän yksilöllistymisprosessina, jossa ihminen kasvaa ja ”tulee itsekseen, tietoisemmaksi itsestään”. Rortyn (1999) mukaan sosialisatio ja yksilöllistyminen ovat kaksi peräkkäistä oppimisen prosessia. Sosialisatio tapahtuu kuitenkin aina ennen yksilöllistymisprosessia.

Sosialisatio- ja yksilöllistymiskeskusteluun liittyy läheisesti myös keskustelu oppivasta organisaatiosta. Organisaatio ei organisaationa itsessään opi mitään, vaan oppijoina ovat organisaation toimijat. Harhakuvitelma oppivasta organisaatiosta perustuu kahtiajakoon, jossa organisaatio ja sen toimijat erillistetään toisistaan. Oppimisen voidaan kuitenkin sanoa olevan organisatorista kahdessa mielessä: 1) toimijoiden tulee oppia työnsä tekemiseen liittyvät asiat riittävän yhteensopivalla tavalla ja 2) oppimisen kohteena on myös organisaatio, siis toimijoiden välinen yhteistyö ja sen pelisäännöt. Organisaation toimijoiden oppiminen merkitsee organisaation muutosta. Kimin (1993) mukaan ns. syväoppiminen toimiyhteisössä tapahtuu kaksikehäisesti jaettujen mentaalimallien avulla. Oppimisen tuloksena yhteisön maailmankuva muuntuu ja se päivittää toimintarutiinejaan.

Nykyisessä työelämäretoriikassa painotetaan yhä enemmän työntekijöiden itsemääräämisoikeutta. Autonomian lisääntyminen siirtää painopistettä ulkoisesta

kontrollista enemmän työntekijän sisäisiin kontrollimekanismeihin. Ulkoisen kontrollin väheneminen saattaa merkitä työkäytäntöjen yhtenäisyysasian osalta käytäntöjen kirjavoitumista. Säännöt eivät sinänsä itsessään – onpa niitä organisaation taholta asetettu paljon tai ei – säätele toimintaa, vaan säännön seuraaminen vaatii aina lisätyötä. Garfinkel (ks. Heritage 1984, 120-129) on esittänyt, että toimija ”törmätessään” sääntöön tekee valinnan seuratako sääntöä vai ei aivan kuin se tapahtuisi aina ensimmäistä kertaa. Tällaisissa tilanteissa toimija kuitenkin usein toiminee toimiyhteisönsä totuttujen rutiinien ja toimintatapojen mukaisesti. Usein vasta silloin kun ymmärretään sääntöjen taustalla olevat oletukset, tavoitteet ja syyt, täytetään vastuullisesti organisaation työtehtäville asettamat odotukset. Tämä merkitsee sitä, että toimija tekee valintatilanteessa ”oikean” ratkaisun, vaikka ratkaisu poikkeaisikin toimijan toimiyhteisön vallitsevista käytännöistä.

Tietojärjestelmäkoulutuksessa tulisi painottaa kokonaisuuden ymmärrystä, niin työorganisaation läpikäyvää toimintalogiikkaa ja yhteistyösuhteita sekä toiminnan taustalla olevia arvoja ja tavoitteita kuin myös opeteltavan järjestelmän rakennetta ja logiikkaa. Se, millaisessa suhteessa ns. luokkaopetus ja työssä oppiminen työkäytäntöjen yhtenäisyyttä tavoiteltaessa on, on aina tilanne- ja organisaatiokohtainen asia, eikä siihen voitane antaa mitään yleispätevää reseptiä.

EPÄYHTENÄISYYDEN SYNTYMEKANISMEJA

Tietojärjestelmäkäytäntöjen suhteen ei voida suin päin automaattisesti olettaa, että työkäytännöt ovat joskus olleet yhtenäisiä järjestelmän käyttäjien kesken, mutta ovat epäyhtenäistyneet käyttöönoton jälkeen. Se, saavutettiinkö riittävä yhtenäisyys käyttöönoton yhteydessä tai ovatko käytännöt epäyhtenäistyneet käyttöönoton jälkeen, on empiirinen kysymys. Tarkastelemme seuraavassa, millaiset mekanismit mahdollisesti voivat aiheuttaa työkäytäntöjen epäyhtenäistymistä.

Työkäytäntöjen epäyhtenäistymisen syntymekanismien tarkastelu voidaan aloittaa erittelemällä kolmen peruselementtimme, Toimija-Tekniikka-Toiminta, välisiä suhteita. Muutos yhdessä kyseisistä elementeistä merkitsee muutoksia muissa elementeissä. Työtoiminta on se asia, jonka muuttumisen ja epäyhtenäistymisen syntymekanismeista olemme kiinnostuneita. Muutokset tekniikassa, toimijoissa ja työtehtävissä aiheuttavat muutoksia työtoiminnassa.

Tekniikassa tapahtuvat muutokset koskevat joko vain osaa järjestelmän käyttäjistä tai kaikkia käyttäjiä riippuen siitä, mihin järjestelmän osaan muutoksia tehdään. Tällaisia järjestelmämuutoksia ovat tietojärjestelmän toimittajan tekemät päivitykset järjestelmään, jotka voidaan jakaa kolmeen luokkaan: suoranaisten virheiden korjaaminen, ohjelman laadullinen parantaminen ja sen toimintojen laajentaminen. Kolmijakoa voidaan luonnehtia poikkeamien kautta. Virheet ovat käytössä olevan ohjelman poikkeamia sovitusta ohjelmamäärityksistä. Parantaminen puolestaan pyrkii korjaamaan eroja tarvemääritysten ja ohjelmamääritysten välillä. Järjestelmässä tapahtuvat muutokset voivat sysätä toiminnan eri raitteille joko yksittäisten työntekijöiden, toimiyhteisöjen tai jollakin muulla tasolla. Mikäli organisaatio jakaantuu vahvoihin toimiyhteisöihin, voivat muutokset jär-

jestelmässä merkitä sitä, että kussakin yhteisössä aletaan tehdä työtehtäviä, joita aiemmin mahdollisesti tehtiin järjestelmän avulla yhtenäisesti, omalla tavalla. Samalla toimiyhteisöt vahvistuvat entisestään.

Toimijoissa tapahtuvia muutoksia, jotka ovat samalla muutoksia tai vaihdoksia paikallisen toimiyhteisön jäsenissä, voivat olla esimerkiksi erilaiset sijaisjärjestelyt ja vakituisten työntekijöiden vaihtuminen. Ei ole mitään taetta, että esimerkiksi uusi työntekijä alkaisi toimia yhtenäisellä tavalla muiden työntekijöiden kanssa. Työntekijät voivat myös kokea tietojärjestelmätyön turhauttavana, kun esimerkiksi samoja tietoja joudutaan kirjaamaan järjestelmän useaan paikkaan. Turhautuneena työtehtäviä saatetaan alkaa tehdä eri tavoin, joko oikaisten tai jättämällä kokonaan tekemättä. Joku on lisäksi saattanut jäädä kokonaan vaille koulutusta, esimerkiksi äitiysloman takia, ja tämän vuoksi suorittaa työtehtäviä järjestelmän avulla aivan omalla tavallaan. Yksittäinen toimija saattaa improvisoidessaan ja kokeillessaan erilaisia toimintamalleja tahattomasti tuottaa ratkaisuja, joista jälkepäin syntyy vaikeuksia työtovereille. Myös itse työtehtävät voivat muuttua, mistä seuraa muutoksia työkäytäntöihin.

Tarkastelumme peruselementeissä tapahtuvien muutosten lisäksi paikallisen toimiyhteisön resurssivarannossa voi tapahtua muutoksia, jotka muuttavat tietojärjestelmäkäytäntöjä. Tällaisten vaikutussuhteiden havaitseminen voi kuitenkin olla vaikeaa. Toisinaan saattaa käydä niin, että toimiyhteisössä keksitään alun perin suunniteltuja toimintamalleja ”parempia”, esimerkiksi yksinkertaisempia tapoja suorittaa työtehtävä. Tämä ei merkitse sitä, että uusi keksintö automaattisesti leviäisi muiden toimiyhteisöjen taholle, jos tällaisia toimii organisaatiossa useampia. Saattaa käydä myös niin, että syntyy tilanteita, joihin ei ole olemassa valmiita toimintaohjeita. Tällöin kussakin toimiyhteisössä saatetaan keksiä täysin oma tapa toimia.

Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyttä saattaa syntyä lisäksi teknisen järjestelmän ja organisaation työprosessien yhteensopimattomuuden seurauksena. Kun järjestelmä ei tue organisaation toimintaprosesseja luontevasti, työntekijät usein keksivät itse, miten ”taivuttaa” järjestelmä vastaamaan heidän tarpeitaan. Ilmiötä on kirjallisuudessa kutsuttu nimellä ”*work around*” (Gasser, 1986; ks. myös Hayes, 2000). Tällaisessa *work around* -tilanteessa on ”luonnollista”, että toimiyhteisössä keksitään omanlaisia tapoja tehdä työtehtäviä järjestelmän avulla.

Paikallisten toimiyhteisöjen ulkopuolelta tulevat muutosimpulssit, esimerkiksi muutokset laeissa ja asetuksissa, voivat niin ikään aiheuttaa eri tavoin muutoksia työkäytännöissä yksittäisten käyttäjien tai toimiyhteisöjen taholla.

Työkäytännöt ovat siis jatkuvassa muutoksessa, vaikka muutokset eivät välttämättä olekaan niin merkittäviä kuin silloin, kun tietojärjestelmää otetaan käyttöön. Eri tahoilta tulevat muutosimpulssit ovat omiaan epäyhtenäistämään toimintatapoja, koska ei ole mitään sisäänrakennettua mekanismia, joka takaisi sen, että muutokset toiminnassa tapahtuisivat kaikkien käyttäjien taholla yhtenäisesti. Ne voivat epäyhtenäistyä yksilötasolla, toimiyhteisöjen tasolla tai jollakin muulla tasolla.

EPÄYHTENÄISYYDEN SEURAUSTEN ARVIOINTI

Epäyhtenäisyys tietojärjestelmän välittämässä työtoiminnassa antaa enemmän tai myöhemmin ”kuulla” itsestään. Epäyhtenäisyys voi ilmetä yksittäisen työntekijän työssä lisätyönä ja erilaisina ongelmatilanteina: tieto ei löydy tutusta paikasta, löytyvä tieto on vanhentunut, tietoa ei ehkä löydy lainkaan, on käytettävä puhelinta tai muuta tekniikka apuna jne. Tämä voi merkitä työntekijän turhautumista ja työmotivaation laskua, kun aikaa kuluu ”ylimääräiseen” työhön - järjestelmä lisää työtaakkaa entisestään.

Epäyhtenäisyys ei kuitenkaan aina ole suoraan havaittavissa oleva asia. Järjestelmään kirjattuja tietoja lukemalla ei välttämättä esimerkiksi selviä, onko sinne kirjattu tieto ajan tasalla, jolloin työntekijä voi toimia vanhentuneen tiedon perusteella, tai perustuvatko järjestelmästä otettavat tilastot sovittuihin tilastointikäytäntöihin. Pahimmassa tapauksessa epäyhtenäisistä käytännöistä on haitallisia seuraamuksia työn tuloksen, esimerkiksi asiakaspalvelun kannalta.

Mikäli tietojärjestelmän välittämässä työtoiminnassa havaitaan organisaatiossa epäyhtenäisyyksiä, on syytä arvioida, mitä epäyhtenäisyyksistä voi seurata. Työkäytäntöjen yhtenäisyyteen tulisi itse asiassa kiinnittää jatkuvasti huomiota jonkin yhteisesti sovitun menettelyn avulla, koska epäyhtenäisyydet eivät välttämättä siis ole suoraan havaittavissa. Epäyhtenäisyyksien mahdollisten seurausten arviointia varten on oltava tiedossa, ketkä organisaatiossa hyödyntävät mitään järjestelmän toimintoa ja niihin kirjattavia tietoja. Epäyhtenäisyyksien suhteen on tällöin kysyttävä, mitä niistä voi seurata työntekijän eri vaiheissa työn tekemisen ja yhteistyön kannalta sekä tekemisen tuloksen kannalta.

Ensisijainen tarkastelun kohde on yksittäinen toimija. Tämä ei kuitenkaan estä laajempien kokonaisuuksien, kuten osastojen, yksiköiden tai toimiyhteisöjen toiminnan tarkastelua. Yksittäisen työntekijän toiminnan tarkastelu on itse asiassa ehdoton edellytys laajempien kokonaisuuksien tarkastelulle. Yksikin ”heikko lenkki” työprosessissa riittää estämään koko prosessin tehokkaan suorittamisen. Työn organisoinnista ja työntekijöiden keskinäisestä koordinoinnista riippuen yhden työntekijän muiden työkäytännöistä poikkeavat käytännöt saattavat ilmentyä suppeamman (yhden työntekijän yksi työtehtävä) tai laajemman (ryhmä, osasto) työprosessin sujumisessa. Tällainen sipulirenkaan omaisesti laajeneva tarkastelutapa auttaa hahmottamaan ja havaitsemaan sellaisia ongelmia, jotka eivät ilmene arvioinnin kohteena olevan toimijan työssä, vaan jossakin muussa työntekijän vaiheessa. Tarkastelutavan avulla voidaan jäsentää erikokoisia toiminnallisia yksiköitä, jolloin työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä ja niiden vaikutuksia toimintaprosessiin on helpompi tarkastella.

KUVAUS-KOULUTUS-KÄYTTÖ

Tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen yhtenäistämässä voidaan soveltaa Laboris-ryhmässä kehitettyä tietokonepohjaisen tietojärjestelmän käyttöönotto-menettelyä (ks. luku 1). Ideana on soveltaa menettelyä työtoiminnan kehittämiseen ja tässä tapauksessa työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksien oikomiseen tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Työkäytäntöjen yhtenäistämistä tarkastellaan menettelyn mukaisesti organisatorisena oppimis- ja muutosprosessina. Organisatorinen oppimisprosessi tarkoittaa tässä muun muassa sitä, että kukin työntekijä oppii tekemään työtehtäviään muiden työntekijöiden kanssa yhteensopivalla ja yhtenevällä tavalla. Oppimisen kohteena on siis myös organisaatio eli toimijoiden välinen yhteistyö ja sen pelisäännöt.

Menettelyssä työkäytäntöjen yhtenäistämistä jäsennetään kolmena toisiaan seuraavana vaiheena, jotka ovat Kuvaus, Koulutus ja Käyttö. Tällainen kehittämisprosessi voi koskea toiminnan muuttamista siten, että tekniseen järjestelmään ei tehdä muutoksia, tai siten, että myös tekniseen järjestelmään joudutaan tekemään muutoksia.

Työtoimintaa tarkastellaan menettelyssä aiemmin esittämämme kolmielementtisen mallin, Toimija-Tekniikka-Toiminta, mukaisesti. Työtoiminnan jäsentäminen kolmen T:n avulla mahdollistaa sekä toiminnan nykytilan että tavoitetilan kuvauksen halutulla tarkkuudella. Kun tähdätään työkäytäntöjen yhtenäistämiseen, on kaivettava esiin se toiminnan tavoitetilan kuvaus, joka tehtiin järjestelmää käyttöönotettaessa.

Kuvausvaiheessa kuvataan ensin toiminnan nykytila kolmen T:n avulla eli kartoitetaan ja tunnistetaan vallitsevat toimintatavat ja epäyhtenäisyydet niissä. Kuvauksen avulla ei paljastu ainoastaan, miten yksittäiset työntekijät suorittavat työtehtäviään järjestelmän avulla, vaan myös, millaisiin toimiyhteisöihin organisaatio mahdollisesti jakaantuu.

Tämän jälkeen arvioidaan epäyhtenäisyyksien mahdollisia seurauksia ja päätetään mahdollisista toimenpiteistä toiminnan yhtenäistämiseksi. Mikäli organisaatiolla on olemassa asianmukainen toiminnan tavoitetilan kuvaus, jota ei haluta muuttaa, voidaan seuraavaksi siirtyä koulutusvaiheeseen, jossa arvioinnissa saatua materiaalia voidaan hyödyntää. Olemassa olevaa tavoitekuvausta voidaan tässä vaiheessa myös tarkistaa ja siis sopia uudenlaisista toimintatavoista. Jos tavoitekuvausta taas ei ole lainkaan olemassa, on sellainen tehtävä tässä vaiheessa arviointia hyödyntäen.

Pelkän kuvauksen avulla ei haluttua tavoitetilaa kuitenkaan vielä saada aikaan. Koulutus- ja käyttövaihe käsittävät ne toimenpiteet, joiden avulla haluttu tavoitetila voidaan saavuttaa. Koulutusvaiheessa organisaation oma kouluttaja kouluttaa työntekijät uusiin toimintamalleihin. Koulutusta ei jäsennetä järjestelmän käytön, vaan työntekijöiden työtehtävien mukaisesti.

Käyttövaiheessa kunkin työntekijän on suoriuduttava työtehtävistään kuvausvaiheessa kuvatulla ja koulutuksessa opetetulla tavalla. Työntekijän on otettava järjestelmä haltuunsa siten, että sen käyttö sulautuu sovituihin toimintatapoihin.

Tällainen sulautuminen voi tapahtua ainoastaan varsinaista työtä tehdessä. Koulutustilaisuudet voivat antaa tähän milloin paremmat, milloin huonommat lähtökohdat. Sovittujen toimintatapojen juurruttamiseksi voidaan käyttää erilaisia tukitoimenpiteitä.

Tarkastelemme seuraavassa luvussa, miten työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessi jäsenyi Turun terveystoimen kotisairaanhoidossa kolmivaiheisen prosessimallimme mukaisesti.

III

TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMINEN: KOTISAIRAAHOITO

Turun terveystoimen kotisairaanhoidossa Pegasos-järjestelmän välittämän työtoiminnan yhtenäistämisen prosessi alkoi Laboris-ryhmän tutkimusprojektina, jossa tunnistettiin työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä ja tarkasteltiin niiden mahdollisia seurauksia. Myöhemmin terveystoimi tuli vahvemmin projektiin mukaan ja käynnisti työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessin.

Tarkastelemme tässä luvussa ensin kotisairaanhoidon osana vanhusten palvelukokonaisuutta sekä kuvaamme lyhyesti Pegasos-järjestelmän käyttöönottoa kotisairaanhoidossa vuosina 1998–2000 ja käyttöönoton yhteydessä sekä syksyllä 2001 toteutettua Pegasos-koulutusta. Vapaaehtoinen lisäkoulutus järjestettiin syksyllä 2001 järjestelmään tulleiden suurten muutosten takia. Luvun loppuosa jakaantuu kolmeen osaan työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessien vaiheiden, Kuvauksen, Koulutuksen ja Käytön, mukaisesti. Vaiheisiin liittyvät tehtävät ja menetelmät on kuvattu taulukossa 1.

Tarkastelumme kolmesta peruselementistä, Toimija-Tekniikka-Toiminta, toimijoita ovat kotisairaanhoidon ammattilaiset, tekniikkaa on Pegasos-järjestelmä ja toimintaa on järjestelmän avulla suoritettavat työtehtävät. Toimiyhteisöä määrittävänä ja konstituivana tekijänä tarkastelussamme on erityisesti työkäytäntöjen yhtenäisyys.

Kuvausvaiheen ensimmäisenä tehtävänä oli kuvata luvussa 2 kehitellyn viitekehityksen avulla kotisairaanhoidossa Pegasos-järjestelmän avulla suoritettavan työtoiminnan nykytila eli vallitsevat työkäytännöt ja tunnistaa epäyhtenäisyyksiä niissä sekä jäsentää epäyhtenäisyyksien syntymekanismia ja arvioida niiden mahdollisia seurauksia. Tarkasteluun valittiin ositetulla satunnaisotannalla kahdeksan kotisairaanhoidopiiriä. Otoksen osittaminen oli perusteltua, sillä tarkastelun kohteena olevien käytäntöjen mahdollisen epäyhtenäisyyden otaksuttiin olevan yhteydessä piirin hallinnolliseen ja maantieteelliseen sijaintiin. Oli siis tärkeää saada otokseen mukaan piirejä Turun terveystoimen jokaiselta suuralueelta. Hallinnolliset neljä suuraluetta jaettiin vielä kahtia terveystoimessa aiemmin käytössä olleen jaon mukaan (eteläinen 1 ja 2, läntinen 1 ja 2 jne.). Näin kotisairaanhoidon 40 piiriä jakautuivat kahdeksaan ositteeseen, joista kustakin arvottiin satunnaisesti yksi piiri tutkimuskohteeksi.

Tutkimusmenetelminä käytettiin haastattelua ja työn havainnointia. Tutkimukseen valikoituneissa piireissä haastateltiin vakituista hoitajaa, piirissä toimivaa kotisairaanhoidon lääkäriä sekä siellä työskennellyttä hoitajasijaista. Tämän lisäksi haastateltiin kaikki kotisairaanhoidon osastonhoitajat (viisi henkilöä), suuralueiden tulosvastuulliset johtajat (neljä henkilöä), terveyskeskuksen vastaava lääkäri sekä Pegasos-kouluttaja, joka oli toiminut pitkään kotisairaanhoidajana. Haastatteluja tehtiin maaliskuun ja kesäkuun välisenä aikana keväällä 2002 yhteensä 32 kappaletta.

Haastattelut olivat teemahaastatteluja, jotka toteutettiin haastateltavien työpaikoilla. Haastattelujen pituus vaihteli puolesta tunnista tuntiin. Haastatteluissa käsitellyt teemat olivat seuraavat: haastateltavan työtehtävät ja yhteistyötahot, miten käyttää tietojärjestelmää päivittäisessä työssään (mitä kirjaa järjestelmään ja miten, mitä tietoja etsii ja hyödyntää järjestelmästä), onko havainnut epäyhtenäisyyttä tietojärjestelmän käytössä, mielipiteet Pegasos-järjestelmästä yleensä sekä mahdolliset kohdatut ongelmatilanteet ja toiminta niissä. Haastattelujen ohessa työntekijöitä pyydettiin näyttämään, miten nämä suorittavat tarkastelun kohteena olleet työtehtävät järjestelmän avulla.

Kuvausvaiheen toisena tehtävänä oli sopia yhtenäisistä työkäytännöistä ja kuvata ne. Päävastuu oli tässä vaiheessa projektia terveystoimella itsellään. Vaihe toteutettiin kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmän istunnoissa, joihin tutkijat osallistuivat, sekä jatkotyöstämisenä kouluttajien toimesta, joiden kanssa tutkijat olivat jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Tutkijat tekivät jatkuvaa arviointia vaiheen etenemisestä ja toteutuksesta sekä antoivat siitä palautetta.

Koulutusvaiheessa kaikki terveystoimen kotisairaanhoidajat koulutettiin luokkaolosuhteissa uusiin, sovittuihin toimintamalleihin. Tutkijat arvioivat ja kommentoivat koulutusmateriaalia ennen koulutuksen alkua sekä olivat mukana koulustilaisuuksissa kahtena päivänä havainnoiden sekä arvioiden koulutuksen toteutusta. Kouluttaja laati koulutuksesta oman arvionsa, jonka tutkijat saivat käyttöönsä.

Käyttövaiheessa työntekijöiden tuli suoriutua työtehtävistä koulutuksessa läpikäydyltä tavalla. Kouluttaja kiersi piireissä juurruttamassa sovittuja käytäntöjä. Tämä tapahtui ”vierihoitona” työntekijöiden suorittaessa konkreettisia työtehtäviään järjestelmän avulla. Kouluttaja opasti hoitajia työtehtävien suorittamisessa näiden toiveiden mukaisesti. Tutkijat olivat mukana kolmella juurrutuskäynnillä ja havainnoivat sekä arvioivat vierihoidon toteutusta.

Tutkijat kävivät käyttövaiheessa, noin kuukausi koulutuksen jälkeen, lisäksi kahdeksassa piirissä haastattelemassa työntekijöitä ja havainnoimassa työtehtävien suorittamista. Aiemmin tarkastelluista piireistä arvottiin tarkasteluun neljä piiriä, yksi kultakin suuralueelta. Lisäksi tarkasteluun arvottiin yksi uusi piiri kultakin neljältä suuralueelta. Piirikäynneillä arvioitiin koulutuksen, vierihoidon ja työntekijöiden lähiyhteisön vaikutusta työkäytäntöjen muokkautumiseen.

Taulukko 1. Projektin vaiheiden tehtävät ja menetelmät

VAIHE	TEHTÄVÄ	MENETELMÄT
KUVAUS	Vallitsevien työkäytäntöjen kuvaus ja epäyhtenäisten käytäntöjen tunnistaminen, epäyhtenäisyyksien syntymekanismien jäsentäminen sekä niiden mahdollisten seurausten arviointi	Haastattelu Havainnointi
	Työtoiminnan tavoitekuvauksen tarkastus ja sen toteutuksen arviointi	Ryhmätyöskentely
KOULUTUS	Koulutuksen suunnittelu, toteutus sekä koulutuksen toteutuksen arviointi	Ryhmätyöskentely Luokkaopetus Havainnointi
KÄYTTÖ	Työkäytäntöjen juurruttaminen	Vierihoido
	Koulutuksen, vierihoidon ja lähihYTEISÖN vaikutus työkäytäntöjen muokkautumiseen: arviointi	Havainnointi Haastattelu

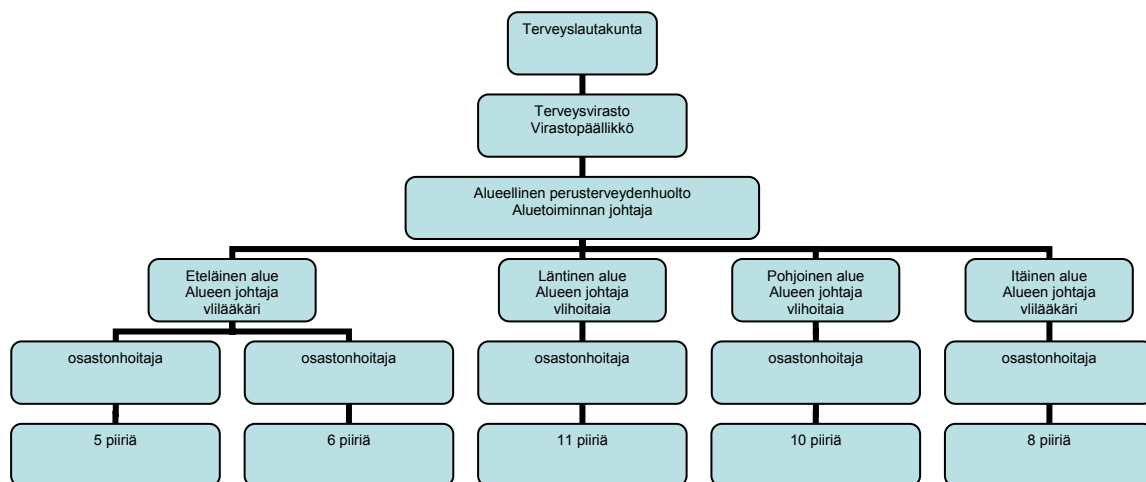
KOTISAIRAANHOITO OSANA VANHUSTEN PALVELUKOKONAISUUTTA

Valtakunnallisen vanhustyön yhtenä peruseriaatteena on viime vuosina ollut tukea vanhuksia siten, että nämä voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona. Tavoite kirjattiin Lipposen II hallituksen ohjelmaan sekä siitä johdettuihin politiikkasuosituksiin (Hallitusohjelma, 1999; STM, 2001). Tavoitteen taustalla on tieto vanhusten määrän lisääntymisestä lähivuosina sekä laitoshoidon kalleudesta. Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmän vuonna 1998 julkaisemassa vanhustenhuollon viisivuotissuunnitelmassa painotettiin laitospainotteisuuden karsimisen lisäksi ATK-järjestelmien kehittämistä siten, että ne paremmin tukevat kotihoidon ryhmätyöskentelyä sekä uusia toimintamalleja (Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä, 1998).

Turun kaupungin terveystoimen kotisairaanhoito on osa laajempaa kotona asuvien vanhusten palveluntarjontaa. Kotona asuville vanhuksille tarjottavat palvelut koostuvat sekä kotiin toimitettavista että kodin ulkopuolisista palveluista. Kotiin toimitettaviin palveluihin sisältyvät terveystoimen järjestämät kotisairaanhoidon palvelut ja sosiaalitoimen järjestämä kotipalvelu sekä niin sanotut tukipalvelut, joita ovat kunnan ja kolmannen sektorin tuottamat tai kustantamat ate-

ria-, siivous-, kuljetus-, jalkahoito-, turva-, saatto-, hygienia- ja virkistyspalvelut. Terveystoimen kotisairaanhoido on tiiviissä yhteistyössä sosiaalitoimen kotipalvelun kanssa. Potilaille, jotka ovat sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon yhteisiä asiakkaita, laaditaan yhteinen paperimuotoinen palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan niin kotisairaanhoidon kuin kotipalvelunkin tuottamat palvelut, joita potilas tarvitsee. Tämä sopimus toimii laskutuksen perustana. Kodin ulkopuolisia palveluja on luonnollisesti monia. Kotisairaanhoidon näkökulmasta ehkä oleellisimpia ovat kunnalliset ja yksityiset avo- ja erikoissairaanhoidon terveyspalvelut (kuten laboratoriot, päiväsairaalat, sairaaloiden osastot ja avosairaanhoidon päivystysvastaanotto), toiminta- ja fysioterapiapalvelut, apteekkipalvelut, vanhainkodit, palvelukeskus- ja päivätoiminnot.

Kotisairaanhoido on Turussa hallinnollisesti osa alueellista perusterveydenhuoltoa. Alueellinen perusterveydenhuolto on organisoitu neljään alueelliseen yksikköön: eteläiseen, läntiseen, pohjoiseen sekä itäiseen. Kunkin alueen johdossa on alueen budjettivastuinen johtaja, jonka vastuulla on myös alueen kotisairaanhoidon toiminta. Kotisairaanhoidajien lähin esimies on kotisairaanhoidon osastonhoitaja, joita kaupungissa on viisi. Kunkin osastonhoitajan alaisuudessa on 5-11 piiriä. Piirejä on siis yhteensä 40. Piirit muodostuvat tietyn alueen potilaista sekä heistä huolehtivista kotisairaanhoidon työntekijöistä (Kuvio 1).



Kuvio 1. Turun kotisairaanhoidon organisaatio

Kotisairaanhoidon piirien työntekijät ovat koulutukseltaan joko terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, perushoitajia tai lähihoitajia. Piirissä työskentelee kahdesta neljään hoitajaa. Kotisairaanhoidajia on yhteensä Turussa noin 100 (Järvi & Konttila, 2002, 3). Asiakkaiden määrä vaihtelee sekä ajallisesti että alueittain. Keskimäärin Turun alueella on 45 potilasta yhtä hoitajaa kohti (Järvi & Konttila, 2002, liite 1). Hoitajien lisäksi kotisairaanhoidossa työskentelee kotisairaanhoidon

don lääkäri tai väestövastuualueiden mukaan määrittyvät omalääkärit, jotka vastaavat potilaiden lääketieteellisestä hoidosta. Lääkäri käy kotisairaanhoidon piirissä tavallisesti kerran viikossa ja on muuna aikana tavoitettavissa puhelimitse tai sähköpostin avulla. Lääkärit tekevät tarvittaessa myös kotikäyntejä.

Pääosan kotisairaanhoidon potilaista muodostavat kotonaan terveystalvaku- ja tarvitsevat vanhukset. Muita kotisairaanhoidon potilasryhmiä ovat mm. vammaiset, pitkäaikaissairaat, mielenterveyspotilaat, lyhytkirurgiset potilaat sekä moniongelmaiset. Potilasryhmien suhteellisissa osuuksissa on jonkin verran aluekohtaisia eroja johtuen kaupunginosien välisistä demografisista ja sosiaalisista eroista.

Kotisairaanhoidon palveluista pääosa tarjotaan arkisin kello 8-16, mutta myös ilta-, yö- ja viikonloppuhoitoa järjestetään tarpeen mukaan. Yöhoidosta vastaavat erityiset yöpartiot, joissa on edustaja sekä kotisairaanhoidosta että sosiaalitoimen kotipalvelusta. Viikonlopuiksi on järjestetty päivystävät terveyden- tai sairaanhoitajat. (Kotihoidon laatu, 2001) Iltaisin ja viikonloppuisin hoitajien työnjako perustuu aluejakoon, joka vastaa pääpiirteissään suuraluejakoa, ei päivävuorojen piirijakoa.

Piirien toimistoista osa sijaitsee alueellisen terveysaseman yhteydessä, osa toisten kotisairaanhoidopiirien kanssa samoissa tiloissa ja osa täysin erillään muista terveydenhuollon toimipisteistä. Näin kotisairaanhoidon hoitajien lukumäärä yhdessä toimipisteessä voi vaihdella kahdesta jopa noin kahteenkymmeneen (Järvi & Konttila, 2002, 37).

PEGASOS–TIETOJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖÖNOTTO

Turun terveystoimi on yli kahden tuhannen työntekijän organisaatio, joka on jaettu kuuteen tulosalueeseen, jotka ovat alueellinen perusterveydenhuolto, pitkäaikaissairaanhoido, kaupunginsairaala, mielenterveyskeskus, tukipalvelut ja ympäristöterveydenhuolto. Vuonna 1998 terveystoimi hankki ensisijaisesti perusterveydenhuoltoa varten Pegasos –nimisen potilastietojärjestelmän. Potilastietojärjestelmän myötä sähköinen potilaskertomus korvasi aiemmin käytetyt toimipaikkakohtaiset potilaskansiot, sähköinen ajanvarauskirja manuaaliset kirjat jne. Kokonaisuudessaan Pegasos-järjestelmä kattoi vuoden 2000 loppuun mennessä Turun terveystoimessa perusterveydenhuollon kaikki 14 terveysasemaa ja niiden alaisuudessa toimivat kotisairaanhoidon piirit, päivystyksen, äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan (23 toimipistettä), koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon (65 toimipistettä), työterveyshuollon ja kansainvälisen palvelukeskuksen terveydenhuollon osuuden, perhesuunnitteluneuvolan sekä kolme hoivahoidon osastoa ja kaksi erikoissairaanhoidon poliklinikkaa.

Kaikissa edellä mainituissa toimipisteissä on käytössä elektroninen ajanvaraus, terveys/sairauskertomus, osastohoidon järjestelmä sekä tilastointi. Järjestelmään kuuluu myös erilaisia liittymiä kuten liittymät laboratorio- ja röntgenjärjestelmiin sekä lähete-palautte -järjestelmä. Vuoden 2000 loppuun mennessä noin 600:lla Turun terveystoimen työntekijällä, ammattiryhmästä riippumatta, oli siis käytössään Pegasos-terveystietojärjestelmä. Potilaan terveystiedot ovat nyt tarvit-

taessa kaikkien Pegasoksen käyttäjien saatavilla ja tutkimustulokset, läheteet ja palautteet kulkevat sähköisessä muodossa toimipaikkojen välillä. Vuoden 2002 alusta alkaen järjestelmän käyttöönottoa jatkettiin erikoissairaanhoidon yksiköissä.

Käyttöönotto kotisairaanhoidossa

Kotisairaanhoidon piirit tulivat mukaan Pegasoksen käyttäjiksi kevään 1998 ja syksyn 2000 välisenä aikana, ensimmäisenä alueena eteläinen alue ja viimeisenä pohjoinen. Järjestelmässä ei ollut käyttöönotettaessa toiminnallisesti tyydyttävää kotisairaanhoidon osiota, joten terveystoimi päätti soveltaa järjestelmään sisällyntää osastohoidon osiota kotisairaanhoidon tarpeisiin. Osastohoidon osio on alun perin suunniteltu sairaaloiden osastoille eikä se siis kaikilta osin vastaa kotisairaanhoidon työkäytäntöjä. Ongelmia aiheuttaa mm. osastohoitoon sisältyvä ajatus työn hahmottamisesta hoitajaksoittain. Sairaalan osaston ja potilaan välisellä hoitosuhteella on aina alku ja loppu. Potilas tulee osastolle, hänelle suunnitellaan hoito, se toteutetaan, potilaan tila paranee ja hänet kirjataan ulos osastolta. Tämä kertaluonteisuuden logiikka sisältyy myös tietojärjestelmän osastohoidon osioon. Kotisairaanhoidon potilas kirjataan sairaalaan lähtiessä ulos ja kotiutettaessa uudelleen sisään kuin uutena potilaana. Kotisairaanhoidossa hoitosuhteet voivat olla hyvinkin pitkiä ja hoitosuhde jatkuu hetkittäisten keskeytysten, kuten esimerkiksi sairaalajaksojen, jälkeen uudelleen. Toinen vastaava esimerkki olkoon tilastointi, joka esimerkiksi vastaanotto-osiossa tapahtuu muun toiminnan ohella, mutta vaatii osastohoidon osiota käytettäessä erillisen tilastointiosiossa käynnin.

Tässä tutkimuksessa haastatellut kotisairaanhoidon työntekijät pitivät yhteisen tietojärjestelmän etuja kiistattomina verrattuna entisiin manuaalisiin järjestelmiin. Heikkouksiakin järjestelmästä toki löydettiin. Yhteinen potilastietojärjestelmä on kotisairaanhoidajien mukaan parantanut tiedonkulkua kotisairaanhoidon, päivystyksen ja terveysasemien kesken. Kun Pegasos on käytössä myös kaupunginsairaalan vuodeosastoilla, saadaan yhä suurempi osa potilaan hoitoketjusta saman järjestelmän piiriin.

Kotisairaanhoidon työntekijöiden Pegasos-koulutukset

Pegasos-järjestelmän käyttöönoton yhteydessä koulutus järjestettiin kaksiportaisesti. Ensin organisoitiin niin sanottujen vastuukäyttäjien koulutus. Vastuukäyttäjäksi valittiin vapaaehtoisia, jotka olivat halukkaita ottamaan vastuulleen järjestelmän ylläpidon ja neuvonnan työyksikössään. Vastuukäyttäjien tuli olla kaikkien ammattiryhmien käytettävissä. Vastuukäyttäjiksi valikoiduttiin kaikista ammattiryhmistä ja vuoden 2000 lopussa kaikista Pegasos-käyttäjistä vastuukäyttäjinä oli 10 lääkäriä, 35 hoitajaa ja seitsemän toimistotyöntekijää. Kutakin vastuukäyttäjää kohti oli keskimäärin 11 peruskäyttäjää.

Käyttöönoton yhteydessä kaikille käyttäjille suunnattuun peruskoulutukseen kuului puolen päivän mittainen Windows NT-käyttöjärjestelmäkoulutus sekä 1-3 päivän Pegasos-koulutus. Vastuukäyttäjät saivat laajemman, noin kuukauden pituisen koulutuksen järjestelmän käyttöön, jonka jälkeen he osallistuivat kouluttajina alueensa peruskäyttäjien koulutukseen. Osa vastuukäyttäjistä sai myös peruskäyttäjää laajemman kaksipäiväisen NT-käyttöjärjestelmäkoulutuksen. Käyttöönoton jälkeen kotisairaanhoidon työntekijät jakaantuivat koulutuksen osalta kolmeen ryhmään: laajan koulutuksen saaneisiin vastuukäyttäjiin (joita on noin 10 % työntekijöistä), muutaman päivän koulutuksen saaneisiin peruskäyttäjiin sekä kokonaan ilman koulutusta jääneisiin, joita olivat erityisesti sijaisina toimivat hoitajat sekä esimerkiksi äitiyslomalla käyttöönoton aikana olleet. Tässä yhteydessä tulee myös muistaa, että tietojärjestelmä otettiin kotisairaanhoidossa käyttöön melko pitkällä aikavälillä, jolloin kunakin kertana käyttöönotettava versio oli erilainen johtuen ohjelmiston jatkuvasta kehittämisestä. Tarkempi kuvaus Pegasos-tietojärjestelmän käyttöönottoon liittyvistä koulutuksista löytyy Hantuprojektin julkaisusta (Nurminen ym., 2002).

Pegasos-tietojärjestelmä on muuntunut koko sen ajan, kun se on ollut käytössä Turun terveystoimessa. Ensimmäisen käyttöönottovaiheen jälkeisinä aikoina järjestelmään tuli päivityksiä keskimäärin joka toinen kuukausi. Kaikki muutokset eivät ole kohdistuneet kotisairaanhoidajien käyttämiin osioihin, mutta myös ne ovat muuttuneet useaan otteeseen ajan kuluessa. Kiivas tahti uusien ohjelmaversioiden päivityksessä koettiin terveystoimessa ongelmaksi ja vuonna 2002 siirryttiinkin järjestelyyn, jossa ohjelmistosta otetaan käyttöön uusi versio vain kaksi kertaa vuodessa.

Järjestelmän ”eläminen” on vaikuttanut siihen, että vaiheittaisessa käyttöönotossa kullakin alueella ensimmäiseksi käyttöönotettu versio on ollut erilainen kuin muilla alueilla ensimmäisenä käyttöönotettu versio. Näin jo käyttöönotokoulutuksessa on jotkut asiat opetettu osalle kotisairaanhoidon työntekijöistä eri tavalla kuin toisille. Järjestelmän jatkuva muutos ilman, että uusien toimintatapojen keskitettyyn suunnitteluun ja tämän suunnittelun tulosten levittämiseen koulutusten avulla on kiinnitetty tarvittavaa huomiota, on ollut omiaan lisäämään toimintatapojen erilaistumista.

Syksyllä 2001, kun järjestelmä oli jo käytössä kaikissa kotisairaanhoidopiireissä, kotisairaanhoidon käyttämä osastohoidon osio sekä ajanvarausosio muuttuivat kerralla niin paljon, että kaikille halukkaille järjestettiin terveystoimen mikroluokissa kahden tunnin koulutukset näiden osioiden muutoksista. Koulutukset järjestettiin kuuden ja kymmenen hengen ryhmissä, joissa oli osanottajia samanaikaisesti eri työyksiköistä. Ajanvarauksen muutokset olivat moniresurssi- ja sarja-ajanvarauksessa. Sarja-ajanvarauksella on mahdollisuus varata potilaalle useampi aika kerrallaan. Sen suunniteltiin helpottavan juuri kotisairaanhoidon hoitajien työtä. Osastohoidon osio muuttui enemmän. Siinä muutokset kohdistuivat hoitosuunnitelmaan, kuumekurvaan, lääkekorttiin, tilastointiin, RaValaskuriin sekä hoitoilmoitukseen. Osastohoito-osiota käytettiin tässä vaiheessa Turun terveystoimessa kotisairaanhoidossa, pitkäaikaissairaanhoidossa sekä päivystyksen tarkkailussa.

Järjestettyihin osastohoito-osion ja ajanvarausosion koulutuksiin osallistui suurin osa kotisairaanhoidon työntekijöistä. Laboris toteutti koulutusten yhteydessä kyselyn, johon vastanneista kotisairaanhoidon työntekijöitä oli osastohoidon osion koulutukseen osallistuneista 95 henkeä ja ajanvarausosion koulutuksiin osallistuneista 73. Kun muistetaan, että kotisairaanhoidon henkilöstön kokonaismäärä on noin 100, oli syksyn 2001 koulutuskierron melko kattava. Osa sijaisista kuitenkin mainitsi tämän tutkimuksen haastatteluissa, ettei ollut tuolloinkaan päässyt mukaan koulutuksiin.

Tehdyissä koulutuskyselyissä noin 70 prosenttia vastanneista kotisairaanhoidon työntekijöistä oli sitä mieltä, että tietojärjestelmän tulo osaksi työtä on lisännyt heidän päivittäistä työmääräänsä. Osa työntekijöistä oli kokenut tietojärjestelmän tulon tämän takia pienenä pettymyksenä. Eräs kyselyyn vastanneista muotoili asian seuraavasti:

”Pegasos lisää työmäärää, hidastaa työtä. Piti vapauttaa meitä ihmissuhdettyöhön, on käynyt päinvastoin. Kaikki aika menee ”pömpelin” vieressä istumiseen.”

Kun kartoitettiin vastaajien kokemusta omista käyttötaidoista ja saadun koulutuksen riittävydestä, erottautui vastanneista noin kolmannes, joka kaipasi lisää koulutusta ja koki järjestelmän käytön vaikeaksi. Vastapainona tälle ryhmälle löytyi vastanneista myös joukko (noin 10 prosenttia vastanneista), joiden mielestä järjestelmän käyttö oli helppoa ja koulutusta oli saatu tarpeeksi. Näiden kahden ääripään väliin jäivät työntekijät, jotka selvisivät päivittäisistä rutiineista melko hyvin, mutta kommentoivat esimerkiksi, että

“osaan sen, minkä välttämättä tarvitsen luullakseni, mutta ilmeisesti koneella on paljon asioita, jotka helpottaisivat työtäni, jos vain osaisin ja tietäisin niiden olemassaolon...”

PEGASOKSEN AVULLA SUORITETTAVAT TYÖTEHTÄVÄT

Tarkastelumme kolmesta peruselementistä toimintaa ovat ne työtehtävät, joita tehdään Pegasos-järjestelmän avulla. Järjestelmän käyttöönottokoulutuksessa kotisairaanhoidajille annettiin ohjeistus työtehtävien suorittamista varten (Taulukko 2). Ohjeet sisälsivät sanallisia työtoimintojen kuvauksia sekä teknisiä käyttöohjeita.

Kun potilas otetaan kotisairaanhoidon piiriin, hänelle tulee tehdä Pegasos-järjestelmän HoSu-toimintoon hoitosuunnitelma. Suunnitelma on aina hoitojaksokohtainen, joten aiemmin potilaana olleen henkilön palatessa kotisairaanhoidon piiriin, hänelle tehdään uusi hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon päätavoite, ongelmat (tai tarpeet), joita varten kotisairaanhoidoa annetaan, tavoitteet näiden ongelmien suhteen sekä toimenpiteet ja keinot, joilla näihin tavoitteisiin päästään. Hoitosuunnitelma tulee tarkistaa aina, kun edellä mainittuihin tekijöihin tulee muutoksia.

Kotisairaanhoidon potilaiden kuntoa arvioidaan toimintakykyindeksin eli RaVa-indeksin avulla. RaVa-indeksi määrittellään Pegasos-järjestelmään jokai-

selle potilaalle. RaVa-indeksi määrittelee potilaan toimintakyvyn ja kuntoisuuden numeerisessa muodossa. Numeroarvo perustuu useisiin potilaan terveydentilaan ja itsenäiseen selviytymiseen liittyviin kysymyksiin, joiden vastauksista lasketaan numeerinen keskiarvo. Kun potilaan tila muuttuu, hänelle määritetään uusi RaVa-arvo. Jos toimintakyvyssä ei tapahdu muutoksia, indeksiin ei kosketa. Joillakin alueilla RaVa on tulospalkkaperusteena. Piirin potilaiden RaVa-indeksien keskiarvo lasketaan kuukausittain. Tulospalkka perustuu koko alueen piirien RaVa-keskiarvoon.

Kotisairaanhoidon potilaiden lääkitysasioita hoitavat työtehtäviensä puitteissa lääkärit, piirien hoitajat ja piireissä kiertävät sijaiset. Osaston työaseman lääkekortti on sovittu lehdeksi, jossa kotisairaanhoidajien tulisi ylläpitää listaa potilaan lääkityksestä. Kortti siis päivitetään aina tarpeen vaatiessa. Potilaskertomuksen lääkitysosio on tarkoitettu lääkärin käyttöön. Lääkitysosiin kertyy lista lääkkeistä reseptejä kirjoitettaessa.

Aamuisin hoitajat lähtevät kotikäynneille joko suoraan kotoaan tai toimiston kautta. Ohjeena heillä on järjestelmän ajanvarausosiosta tavallisesti edellisestä päivänä tulostettu käyntilista. Kotikäynniltä palattuaan hoitajat kirjaavat käyntien tapahtumat Pegasos-järjestelmään. Hoitajat ottavat esille sen päiväisen käyntilistansa ja menevät sitä kautta kunkin potilaan sairauskertomukseen. Siellä he kirjaavat yleiset huomiot hoitajille varatuille Hoi-lehdille ja erilaiset mittauslukokset niille varatuille lehdille.

Hoi-lehdelle kirjaamisen suhteen annettu sääntö on ollut, että säännöllistä, viikoittaista kotihoitoa saavasta potilaasta kirjataan koonta viikoittain, vaikkei potilaan voinnissa olisikaan tapahtunut mitään poikkeavaa; muista kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa. Aina kirjataan, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia.

Jokainen kotikäynti tulee tilastoida Pegasos-järjestelmään käynnin jälkeen. Käynnit tilastoidaan tehtyjen ajanvarausten pohjalta. Osa tilastoituvista asioista on määritelty työjärjestyksen aikatyyppeihin jo valmiiksi, osan tiedoista työntekijä määrittelee itse. Tilastoinnissa työntekijä määrittelee käyntityypin, mahdollisen apusuorittajan, potilaan luona kuluneen ajan sekä ns. vapailla raportointikoodilla potilaan luona tehdyt toimenpiteet. Annetun ohjeen mukaan käynnin pääasiallinen syy tallennetaan ensimmäisenä raportointikoodina. Sen jälkeen koodataan kaikki muut asiakkaan luona tehdyt toimenpiteet. Näin voidaan ajaa ulos tilastoja joko käyntien ensisijaisista syistä tai kaikista potilaille tehdyistä toimenpiteistä.

Kirjaamisen ja tilastoinnin jälkeen päivän potilaille varataan ajat seuraavia kotikäyntejä varten. Ajanvaraukset tehdään yleensä varattavaa aikaa edeltävän käynnin jälkeen hoitajan palattua toimistolle. Jos potilaan luona vierailaan toistuvasti ja usein, voidaan samalla kertaa varata useampikin aika. Hoitajan kotikäyntiä varten potilaalle varataan aika kotisairaanhoidopiirin ryhmäkirjalle. Sieltä potilas siirretään kotikäynnin suorittavan henkilön ”omalle resurssille”, josta käynti jälkeenpäin tilastoidaan tehdyksi. Ajanvarauskirja kertoo piirin työntekijöille, keiden luona kunakin päivänä käydään. Ajanvarauksesta tulostetaan päivittäiset käyntilistat, jotka otetaan potilaskierrokselle mukaan. Ilta- ja viikonloppupotilaita varten tehdään omat ryhmäkirjansa, koska toiminta-alue on tällöin yksittäistä piiriä suurempi.

Ajanvarausnäytössä on kaksi vapaata kenttää, jonne hoitajat voivat kirjata käyntiin liittyviä asioita. Nämä ovat nimeltään selite- ja kommenttikenttä. Nämä kentät tulostuvat hoitajien ns. käyntilistaan, jonka he ottavat potilaskierrokselle mukaan. Automaattisesti käyntilistaan tulostuvat vain potilaiden nimet ja sotut sekä kellonajat. Piirien hoitajat saavat vapaasti määrittellä, mitä asioita ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttään heidän piirissään kirjataan. Osaston potilaslistan yhteydessä on myös kolme kenttää, jotka ovat hoitajien vapaassa käytössä. Kentät on nimetty huone-, vuode- ja huomautuskentiksi.

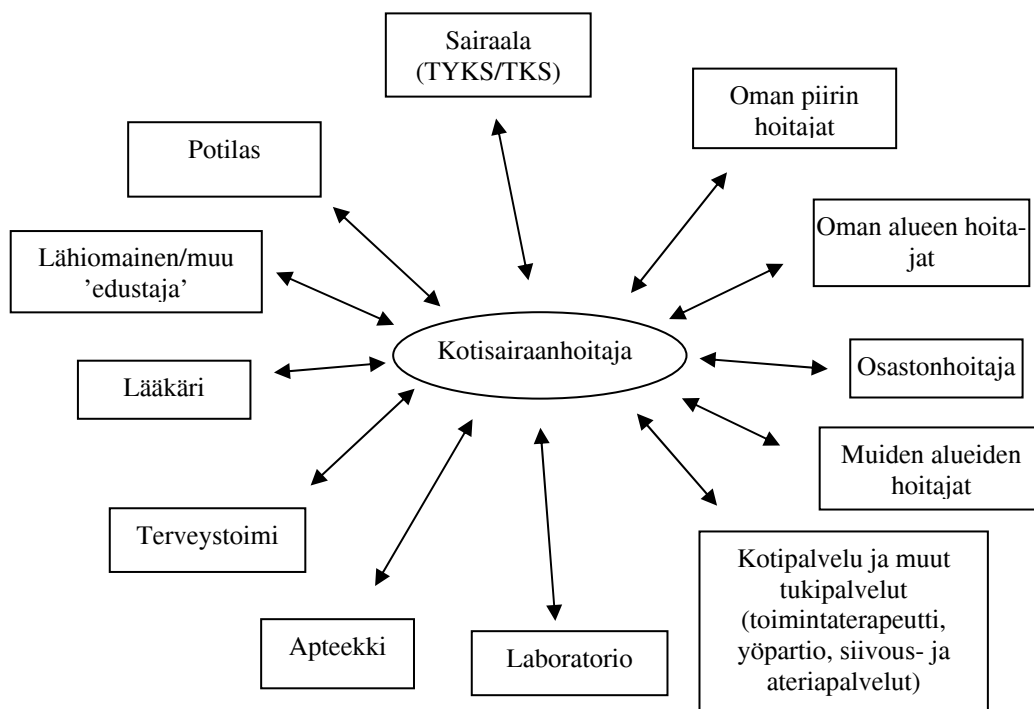
Sanallisten kirjausten sekä tilastointien lisäksi hoitajat tallentavat koneelle erilaisia mittausarvoja, varaavat koneen kautta potilailleen laboratorioaikoja sekä käyttävät sähköpostia viestitykseen esimerkiksi hoitavan lääkärin kanssa.

Taulukko 2. Käyttöönottovaiheen ohjeistus työtehtävien suorittamista varten

TYÖTEHTÄVÄ	TOIMINNAN TAVOITETILA
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon päätavoite, ongelmat (tai tarpeet) joita varten kotisairaanhoidoa annetaan, tavoitteet ongelmien suhteen sekä toimenpiteet ja keinot, joilla näihin tavoitteisiin päästään. Hoitosuunnitelma tulee aina tarkastaa, kun edellä mainittuihin tekijöihin tulee muutoksia.
Rava-indeksin laatiminen ja ylläpito	Rava-indeksin avulla arvioidaan kotisairaanhoidon potilaan toimintakykyä. Indeksini määrittelee potilaan toimintakyvyn ja kuntoisuuden numeerisessa muodossa. Numeroarvo lasketaan potilaan terveydentilaan ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvien indikaattorien keskiarvon perusteella. Kun potilaan tila muuttuu, tarkistetaan RaVa niiltä osin kuin on tarpeellista.
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Potilaan lääkitys kirjataan osaston työaseman lääkekorttiin. Lääkitystiedot tulee pitää ajan tasalla.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Säännöllistä viikoittaista hoitoa saavan potilaan tilasta kirjataan koonta viikoittain, vaikkei potilaan tilassa olisi ollut muutoksia. Harvemmin käytävistä kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa. Aina kirjataan, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia tai kun käynnillä on jotain poikkeavaa.
Kotikäyntien ja käynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Jokainen kotikäynti tilastoidaan ajanvarauksen perusteella. Työntekijä määrittelee käyntityypin, mahdollisen apusuorittajan sekä potilaan luona kuluneen ajan. Kotikäynnillä suoritettujen toimenpiteiden syötetään järjestelmään raportointikoodein. Käynnin pääasiallinen syy syötetään ensimmäisenä, tämän jälkeen syötetään kaikki muut potilaan luona tehdyt toimenpiteet.
Ajanvarausten tekeminen kotikäyntejä varten	Potilaalle varataan aika kotikäyntiä varten kotisairaanhoidopiirin ryhmäkirjalle. Varausten aikajärjestyksestä, suorittajasta tai tekotavasta ei ole määritetty tavoitetta. Ryhmäkirjalta potilaan aika siirretään kotikäynnin suorittavan henkilön "omalle resurssille", josta käynti jälkeensä tilastoidaan tehdyksi. Ajanvarauksesta tulostetaan päivittäiset käyntilistat, jotka otetaan potilaskierrokselle mukaan.
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Kentät hoitajien vapaassa käytössä.
Huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttö	Kentät hoitajien vapaassa käytössä.

Seuraavassa tarkastelemme terveydenhoitaja Liisan kuvitteellista työpäivää. Liisan piirissä työskentelee hänen lisäksi lähihoitaja Martta. He huolehtivat yhteisvastuullisesti piirin potilaista tiivistä yhteistyötä tehden.

Liisa tulee aamulla toimistolle kahdeksalta, avaa koneensa ja katsoo saapuneen sähköpostin. Yöpartio viestittää piirin potilaan, Martin, joutuneen yöllä sairaalaan. Tämän jälkeen Liisa ottaa edellisenä iltapäivänä tulostetun ns. käyntilistan sekä potilaiden luona tarvittavat välineet, lääkkeet, avaimet sekä muut mahdolliset tavarat mukaansa ja lähtee potilaskierrokselle. Käyntilistassa on päivän potilaiden nimet, sosiaaliturvatunnukset sekä hoitajien tärkeiksi katsomia asioita (kuten osoitteet, suoritettavat toimenpiteet tai puhelinnumerot). Potilaskäynnit sujuvat mutkattomasti. Amandan luona kuluu enemmän aikaa kuin oli suunniteltu. Liisa tiedottaa asiasta työparilleen Martalle. Kotikäynneiltä palattuaan Liisa pitää ruokatauon. Tauon jälkeen hän aloittaa aamupäivän tapahtumien kirjaamisen tietojärjestelmään. Kello 12–13 on puhelinpäivystys, joten osa ajasta kuluu puhelimesta potilaiden ja heidän omaistensa kanssa sekä hoitajien monien muiden yhteistyötahojen kanssa keskustellen. Kuvioon 2 on koottu kotisairaanhoitajan tärkeimmät yhteistyötahot.



Kuvio 2. Kotisairaanhoitajan yhteistyötahot (Järvi & Konttila, 2002)

Liisa kirjaa päivän käynneistä potilaiden sairauskertomuksiin hoitajille varatuille Hoi-lehdille havainnot muutoksista. Tämän jälkeen hän tilastoi käynnit tehtyjen ajanvarausten pohjalta. Tilastoidessaan Liisa ilmoittaa käyntityypin, potilaan luona kuluneen ajan sekä ns. vapailla raportointikoodeilla potilaan luona tehdyt toimenpiteet.

Tilastoinnin jälkeen Liisa varaa aamupäivän potilailleen seuraavat käyntiajat. Liisa on ollut jo pitkään piirinsä hoitajana, joten hän tuntee piirin potilaat

ja tietää, kuinka usein kunkin luona tulee käydä. Ajanvarauksen yhteydessä Liisa kirjaa ajanvarauksen selitekenttään kunkin potilaan kohdalle seuraavan käyntikerran toimenpiteet sekä potilaan osoitteen. Tämän jälkeen Liisa ja piirin toinen hoitaja Martta suunnittelevat seuraavan päivän käynnit. He ottavat kumpikin koneensa näytölle piirinsä ajanvarauksen ryhmäkirjan, jolla näkyvät kaikki seuraavan päivän ajanvaraukset. Hoitajat sopivat keskenään, miten potilaat jaetaan, ja kumpikin siirtää itselleen tulevat potilaat omalle resurssilleen eli omalle nimelle. Tämän jälkeen Liisa tulostaa käyntilistan valmiiksi seuraavaa päivää varten. Loppupäiväksi Liisa kiiruhtaa kuukausittaiseen osastokokoukseen, jossa hän tapaa muiden samaan osastoon kuuluvien piirien työntekijöitä sekä osastonhoitajan. Liisan työpäivä päättyy neljältä iltapäivällä.

KUVAUS

Nykytilan kuvaus: epäyhtenäisyyksien tunnistaminen

Tunnistimme työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä kotisairaanhoidon piireissä tehtyjen haastattelujen ja työn havainnoin avulla. Työkäytäntöjen epäyhtenäisyydet ovat poikkeamia sovitusta käytännöistä. Työkäytäntöjen poikkeamien ja siis epäyhtenäisyyksien tunnistaminen tarjosi samalla mahdollisuuden jäsentää kotisairaanhoidon toimiyhteisönä. Toimiyhteisöä määrittävänä ja konstituivana tekijänä tarkastelimme siis erityisesti työkäytäntöjen yhtenäisyyttä. Mitä yhtenäisemmät työkäytännöt, sitä vahvempi toimiyhteisö. Pidimme lisäksi silmällä työpäivän rakennetta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta yhteisön yhtenäisyyden määrinä.

Työpäivän rakenne ja työtehtävien ajoitus olivat hyvin samanlaisia kaikissa tarkastelluissa piireissä, minkä perusteella koko kotisairaanhoidon näyttäisi olevan melko yhtenäinen toimiyhteisö. Aamupäivisin hoitajat tekevät kotikäyntejä potilaiden luona. Kello 12–13 on yhteisesti sovittu puhelinpäivystysaika, jolloin hoitajien pitää olla toimistolta tavoitettavissa. Iltapäivät kuluvat tietojen kirjaamiseen, ajanvarausten tekoon, yhteydenpitoon muihin toimijoihin sekä erilaisiin kokouksiin. Joissakin piireissä potilaskäyntejä tehdään myös iltapäivisin, mutta haastattelujen perusteella nämä tapaukset ovat enemmänkin poikkeuksia.

Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksien analyysi osoitti osaltaan kuitenkin, että kukin neljästä suuralueesta muodosti sisäisesti selvästi vahvemman toimiyhteisön kuin kaupungin kotisairaanhoidon kokonaisuutena. Työkäytäntöjen eroavuuksien lisäksi hoitajien yhteenkuuluvuus jäsenyi paremminkin suuralueeseen kuulumisen mukaisesti kuin koko kotisairaanhoidon mukaisesti. Tämä selittynee osaltaan sillä, että kukin suuralue toimii oman osastonhoitajan alaisuudessa.

Suuralueiden sisältä paljastui kuitenkin niitäkin vahvempia toimiyhteisöjä. Kotisairaanhoidopiirien sijainnilla suhteessa toisiinsa tuntui olevan selvä vaikutus tällaisten toimiyhteisöjen muodostumiseen. Yhdellä tarkastelluista suuralueista on poikkeuksellisesti kaksi osastonhoitajaa, joista kummankin alaisuudessa olevien piirien toimistot sijaitsevat samassa tilassa, jossa hoitajien väliset kontaktit ja vuorovaikutus on päivittäistä. Näiden piirien toimintatavat olivat muodostuneet keskenään melko yhtenäisiksi. Toimiyhteisön vahvuus siis perustui näissä

yhteisöissä yhteisen osastonhoitajan lisäksi paljolti myös fyysiseen läheisyyteen. Tällaisia toimiyhteisöjä voidaan kutsua hoitajien lähiyhteisöiksi. Näissä yhteisöissä yhteenkuuluvuuden tunne oli vahvimmillaan. Koko kotisairaanhoidossa oli kaikkiaan yksitoista tällaista vähintään kahden piirin muodostamaa, samoissa tiloissa toimivaa lähiyhteisöä. Muut piirit sijaitsivat maantieteellisesti erillään toisistaan ja niistä oli luontaisesti muodostunut omat hoitajien lähiyhteisönsä.

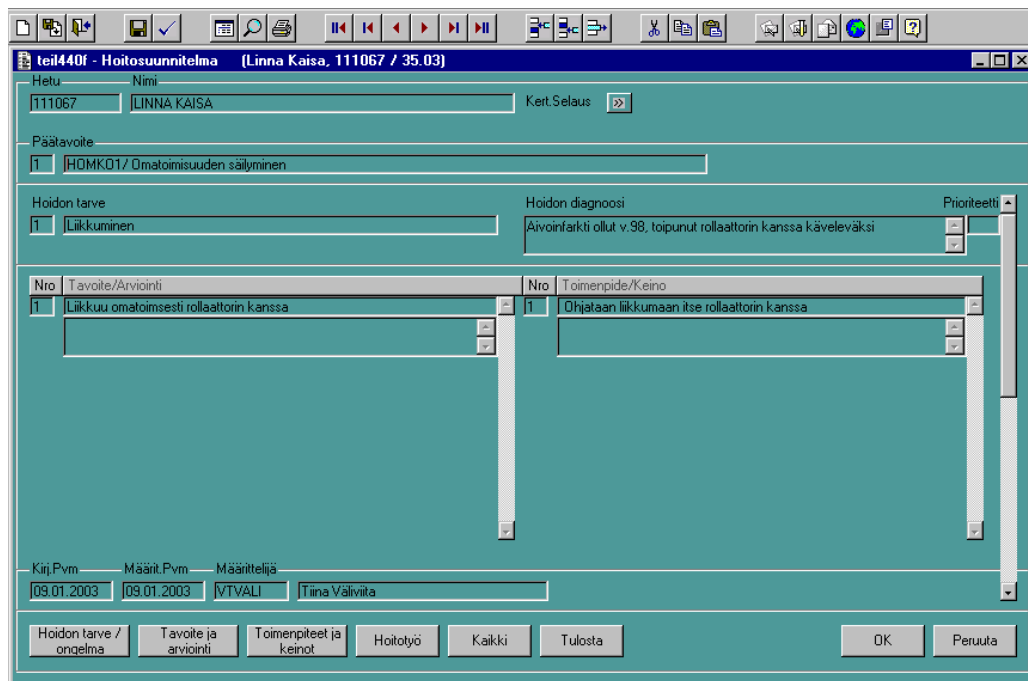
Paneudumme seuraavassa tarkemmin työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiin Pegasos-toiminnoittain.

Hoitosuunnitelma

Pegasoksen mittavan päivityksen myötä syksyllä 2001 järjestelmän osasto-osion HoSu-toiminto muuttui haastateltujen hoitajien mukaan aiempaan versioon verrattuna monimutkaisemmaksi; useita lokeroita, vierityspalkkeja, klikkauksia, uusia näyttöjä jne. Tarkastelluissa piireissä kerrottiin lähes poikkeuksetta, että aiempaa versiota pidettiin ajan tasalla, mutta päivityksen myötä hoitosuunnitelmien ylläpito oli jäänyt. Hoitajat kokivat HoSu-toiminnon liian monimutkaiseksi ja aikaa vieväksi. Toiminnosta toivottiin yksinkertaisempaa siten, että suunnitelma näkyisi yhdellä näytöllä. Tarkastelussa löytyi kuitenkin yksi lähiyhteisö, jossa hoitosuunnitelmia ylläpidettiin HoSu-toiminnossa.

Yksi osastonhoitajista oli käynyt läpi piiriensä hoitosuunnitelmia ja oli löytänyt muutaman mielestään hyvin tehdyn suunnitelman. Toinen osastonhoitaja oli luvannut piireilleen, jotka muodostivat ilmeisen vahvan lähiyhteisön, ylimääräistä aikaa, jotta suunnitelmat saadaan kuntoon. HoSu-toimintoa aiottiin käyttää kuitenkin toisin kuin oli alkujaan opetettu, siten että suunnitelma saadaan yhdelle näytölle näkyviin.

Vakituiset hoitajat eivät nähneet huolellisestikaan tehdyistä hoitosuunnitelmista itselleen paljoa hyötyä päivittäisessä työskentelyssä oman piirin potilaiden kanssa, koska potilaat tulevat nopeasti tutuiksi. Päivystyksissä, joissa työskennellään vieraampien potilaiden kanssa ilta-, yö- ja viikonloppukäynneillä, niistä kuitenkin uskottiin olevan hyötyä. Vakituiset hoitajat uskoivat hoitosuunnitelmista olevan niin ikään hyötyä sijaisille, kun nämä kohtaavat tuntemattomia potilaita. Sijaiset eivät kuitenkaan olleet katselleet HoSuja, vaan olivat luottaneet enemmän Hoi-lehtien kirjauksiin ja ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttiin, joista oli selvinnyt, mitä potilaan luona tehdään. Sijaiset olivat tietoisia siitä, että hoitosuunnitelmat eivät olleet ajan tasalla. Hoi-lehdistä ja ajanvarauksen selite- ja kommenttikentistä oli tullut jonkinlaisia HoSu-toiminnon korvikkeita, koska HoSu-toimintoa ei koettu tarkoituksenmukaisena nykyisessä muodossaan.



Kuva 1. Hoitosuunnitelma -näyttö

Kaksi kotisairaanhoidon lääkäriä kertoi katselleensa hoitosuunnitelmia. Osa lääkäreistä ei tiennyt HoSu-toiminnon olemassaolosta. Osastonhoitajat ja aluejohtajat eivät hyödyntäneet hoitosuunnitelmia työssään.

HoSu-toimintoon syksyllä 2001 tullut päivitys on esimerkki siitä, miten muutos tekniikassa on impulssi, josta seuraa epäyhtenäisyyksiä työkäytäntöihin. Hoitosuunnitelmia oli päivityksen jälkeen ylläpidetty enemmän tai vähemmän huolellisesti. Useimmissa lähiyhteisöissä niiden ylläpito oli jäänyt kokonaan. Se, että kyseisessä toiminnossa ei ole hoitosuunnitelmia ylläpidetty, johtunee paljolti siitä, että hoitajat eivät näe hoitosuunnitelmista suoranaista hyötyä työtoimintaansa ja tällöin suunnitelmien aikaavievä ylläpito ei tunnu mielekkäältä. HoSu-toiminto ei ”keskustele” järjestelmän muiden toimintojen kanssa, vaan on irrallinen toiminto. Hoitosuunnitelmaan sisältyviä asioita, kuten potilaan luona suoritettavat toimenpiteet, kirjataan lisäksi ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttiin, ja jälleen kotikäyntien jälkeen Hoi-lehdelle potilaan luona suoritettuina toimenpiteinä. Kyseisiä toimintoja onkin alettu käyttää HoSu-toimintoa korvaavina toimintoina.

Miten kotisairaanhoidon toimiyhteisön sitten tulisi menetellä kyseisen HoSu-toiminnon kanssa? Mikäli hoitosuunnitelmat pidettäisiin ajan tasalla, saisi kuka tahansa järjestelmän piirissä toimiva ammattilainen niistä helposti kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Ajatellaan esimerkiksi Liisaa, joka menee aamulla sijaiseksi itselleen täysin tuntemattomaan kotisairaanhoidopiiriin. Kumpikin piirin vakituisista hoitajista on joutunut äkillisesti pidemmälle sairauslomalle. Ajan tasalla olevista suunnitelmista Liisa saisi nopeasti kokonaiskuvan kustakin potilaasta ja näille suunnitellusta hoidosta, mutta kun ne eivät ole ajan tasalla, selai-

lee Liisa Hoi-lehdelle tehtyjä kirjauksia aiemmista käynneistä. Ajanvarauksen selite- ja kommenttikentistä Liisa näkee potilaiden luona suoritettavat toimenpiteet. Liisa saa kuitenkin suoritettua kotikäynnit ilman hoitosuunnitelmia, mutta kokonaiskuva potilaiden tilanteesta jää vajavaiseksi.

Sama tilanne on Tertulla, joka tekee viikonloppupäivystyksiä omaa piiriään laajemmalla alueella. Kohdatessaan tuntemattomia potilaita Terttu turvautuu samoihin keinoihin kuin Liisa, mutta yllätyksekseen Terttu havaitsee, ettei potilaiden Hoi-lehdille olekaan tehty kirjauksia pitkään aikaan, kuten Liisan omassa piirissä on tapana. Ajanvarauksen selite- ja kommenttikentistä kuitenkin löytyy potilaiden luona suoritettavat toimenpiteet. Ajan tasalla olevat hoitosuunnitelmat olisivat olleet hyödyksi potilaiden kokonaistilanteen hahmottamisessa. Myös päivystyksen tai minkä tahansa järjestelmän piirissä olevan toimipisteen kannalta hoitosuunnitelmien ajantasaisuus on hyvä asia, kun kotisairaanhoidon potilas tulee käynnille. Tämä toki edellyttää, että muissa yksiköissä hoitosuunnitelmien olemassaolosta ollaan tietoisia ja että niitä osataan lukea ja hyödyntää. Pidemmällä tähtäimellä järjestelmää tulisi kehittää kuitenkin niin, että hoitosuunnitelmatoiminto keskustelisi järjestelmän muiden toimintojen kanssa, jolloin samoja asioita ei tarvitsisi kirjata moninkertaisesti.

RaVa-indeksi

Toimintakykyindeksiä eli RaVaa pidettiin haastattelujen perusteella yllä kaikissa tarkastelluissa piireissä. Piirin vakituinen hoitaja laatii potilaan RaVan. Mittaristo, jolla arvio potilaan toimintakyvystä tehdään, on siinä määrin yksiselitteinen, ettei mittariston käytön suhteen voi syntyä kovin merkittäviä epäyhtenäisyyksiä. Lääkärit ja aluejohtajat eivät juurikaan ole tekemisissä RaVa-indeksien kanssa. Myöskään sijaiset eivät katso tai huolehdi RaVoista. Osastonhoitajat hyödyntävät RaVoja SAS (suunnittele-arvioi-sijoita) -kokouksissa, joissa käsitellään vanhus-ten sijoittamista eri hoitopaikkoihin.

RaVa oli kolmella kotisairaanhoidon alueella tulospalkkamittarina. Tulospalkkaa saadaan, kun alueen RaVa-keskiarvo ylittää tietyn luvun eli kun alueen potilaat ovat riittävän huonokuntoisia. Tosin yhdelläkään alueella ei kerrottu tulospalkkaa saatavan RaVan perusteella. Piirin hoitaja laskee piirin RaVa-keskiarvon kuukausittain ja toimittaa sen osastonhoitajalle, joka laskee alueen keskiarvon.

Haastatteluissa keskusteltiin jossain määrin siitä, mitä RaVa itse asiassa mittaa. Se, että potilaan kunto heikkenee ja indeksi siis nousee, ei välttämättä tarkoita sitä, että kotisairaanhoidajilla olisi enemmän tehtävää kyseisen potilaan luona kuin aiemmin. Potilaan kunnan heikkenemisen uskottiin lisäävän enemmänkin kotipalvelun työtaakkaa. Työkäytäntöjen yhtenäisyysteeman kannalta RaVan tarkastelulla ei jatkossa ole merkitystä, koska niitä ylläpidettiin yhtenäisellä tavalla.

teil016f - RAVA (Linna Kaisa, 111067 / 35.03)

Hetu 111067 Nimi LINNA KAISA

Pvm 13.01.2003 Pisteet 0,1802 Yhteensä 1,9817 Pohjaluku -0,1840

Näkö Lisätieto

/ Normaali (silmälasien kanssa tai ilma) Heikko, myös apuvälineitä käyttäen

/ Sokea

Kuulo Lisätieto

/ Normaali, kuulee normaalin puheen Älentunut, apuväline käytössä tai k

/ Kuuro

Puhe Lisätieto

/ Normaali, tuottaa selvää, ymmärrett Epäselvä, puuromainen, sammaltav

/ Afasia, sanojen merkitys väärä, ei lö

Liike Lisätieto

/ Normaali, kävelee omatoimisesti ilm Epävarma, horjahtelua, tarvitsee tu

/ Telinekävelijä, tarvitsee liikkumisee Itsenäinen pyörätuolilla, omatoimine

/ Talutettava, ei löydä kohteita, ei py Kaatuilu, apuvälineistä huolimatta k

Virtsa Lisätieto

/ Normaali, tunnistaa virtsaamistarpee Kastelu, ei tunnista virtsaamisen tar

/ Katetri, virtsaa katetrin kautta

OK Peruuta

Kuva 2. RaVan määrittely -näyttö

Lääkekortti

Osaston työaseman lääkekorttiin liittyen oli ilmennyt, että korttiin kirjatun lääkeannostuksen osalta annostusajankohta häviää kahden viikon kuluttua kirjaamisesta. Tämä oli johtanut siihen, että hoitajat eivät pitäneet lääkekorttia ajan tasalla. Haastatellut hoitajat kertoivat, että heidän aikansa ei kaiken muun kirjauksen lisäksi riitä siihen, että annostuksia kirjattaisiin yhä uudelleen. Tarkastelussa löytyi yksi hoitajien lähiyhteisö, jossa lääkekorttia ylläpidettiin, mutta kuitenkin siten, että lääkkeen annostuksen määrä kirjattiin, mutta ei sitä, mihin aikaan lääke annetaan. Yksikään lääkäri ei kertonut katselleensa osaston työaseman lääkekorttia, osa ei edes tiennyt kortin olemassaolosta.

Potilaskertomuksen lääkitysosioista, jossa lääkärit kirjoittavat ja uusivat reseptejä, ei myöskään löytynyt potilaskohtaista voimassaolevaa lääkitystä, koska lääkärit eivät olleet poistaneet listoista lääkkeitä, jotka eivät enää olleet käytössä. Oli syntynyt tilanne, ettei Pegasos-ohjelmassa ollut lehteä, jossa olisi varmuudella kotisairaanhoidon potilaan voimassaoleva lääkitys ja jonka olemassaolon kaikki potilasta hoitavat ammattilaiset tietäisivät.

Koska osaston työaseman lääkekortti, siis tekniikka, ei toiminut tarkoituksenmukaisesti, oli syntynyt erilaisia käytäntöjä voimassaolevan lääkelistan yllä-

pitämiseksi. Kaikissa piireissä kerrottiin, että potilaan kotona olevasta dosetista löytyy varmuudella voimassaoleva lääkitys. Viidessä tarkastelluista piireistä oli toimistolla manuaalinen lääkekortti, jota pidettiin ajan tasalla. Haastattelujen perusteella manuaalisten korttien käyttö ei ollut aluetasolla sovittu käytäntö. Kahdessa piirissä, jotka olivat samalta suuralueelta ja jotka muodostivat muutaman muun piirin kanssa lähiyhteisön, hoitajat pitivät ajantasaista listaa lääkityksestä Hoi-lehdellä. Yhdessä lähiyhteisössä lääkitys kirjattiin vihkoon. Joissakin lähiyhteisöissä lääkitystietoja, esim. marevan-lääkityksestä, kirjattiin myös osaston potilaiden huone-, vuode- ja huomautuskenttiin. Tieto piirin lääkärin määräämistä tai päivystyksessä määrättyistä lääkkeistä tuli hoitajille monin eri tavoin: suullisesti, Pegasos-postilla, Yle-sivun tekstin kautta, manuaalisena reseptinä jne.

Lääke (Vahvuus) Valm.muoto (Annos)	Tarv.	Tauko	Annostus							Lisätieto	Alk. pvm	P. pvm
			AAMU	AP	PÄIVÄ	IP	ILTA	YÖ				
<input type="checkbox"/> Digoxin semi (0.125 mg 1x1) tabl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	0	0	0	0	aterian j	13.01.2003	
<input type="checkbox"/> Furesis comp (40/50 mg 1x2) tabl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	1	0	0	0	0	ei ateria	13.01.2003	
<input type="checkbox"/> Tarivid (200 mg 1x2) tabl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	0	1	0	0		13.01.2003	19.01.2003

Kuva 3. Osastohoito-osion lääkekortti

Kotisairaanhoidon potilaiden lääkitystietoja kirjattiin siis useaan eri paikkaan. Kirjaamiskäytännöt olivat muotoutuneet omanlaisikseen lähiyhteisöissä. Piirien vakituiset hoitajat tavallisesti muistavat potilaiden lääkityksen, mutta lääkärit ja sijaiset eivät muista. Käytäntöjen monimuotoisuus sen suhteen, minne potilaiden ajantasainen lääkitys kirjataan, on epäilemättä potilasturvallisuutta vaarantava tekijä. Yksittäisissä piireissä lääkitysasioiden hoito saattaa sujua hyvin, mutta poikkeustilanteissa, kun sijainen tai muu hoitaja kohtaa uudessa piirissä itselleen tuntemattoman potilaan, ei lääkitystä välttämättä löydykään. Myöskään lääkäri ei löydä ajantasaista listaa lääkityksestä, kun potilas tulee vastaanotolle esimerkiksi päivystykseen tai terveysasemalle. Seuraava kuvitteellinen tarina kertoo, mitä esimerkiksi voi tapahtua, kun lääkäriellä ei ole ajantasaista tietoa potilaan lääkityksestä.

Amandalla on perjantai-illasta alkaen päänsärkyä. Särky voimistuu yön ja seuraavan päivän aikana. Lauantai-iltapäivällä hän päättää lähteä päivystykseen. Päivystyksessä lääkäri ottaa Amandan vastaan, kyselee voinnista sekä Amandan käytössä olevasta lääkityksestä. Amanda ei muista kovin hyvin lääkitystään.

Lääkäri etsii lääkitystä koneelta. Hän ottaa esille Pegasos-järjestelmästä tiedot Amandan voimassaolevasta lääkityksestä, jonka mukaan tälle on määrätty Pynki-liiniä¹ verenpaineeseen kaksi tablettia päivässä ja Triklitiiniä sydämen vajaatoimintaan. Lääkäri vaihtaa Triklitiinin Poksematoliksi. Asia, jota lääkäri ei tiedä, on että jokin aika sitten Amanda oli joutunut sisätautiosastolle viikoksi ja siellä hoitava lääkäri oli korvannut Pynkiliinin Tynkiliinillä. Osastolla Pegasos ei ollut vielä käytössä, joten tieto lääkemuutoksesta oli tullut kotisairaanhoidon hoitajille vain reseptinä, jonka mukaisesti hoitaja oli kirjannut lääkemuutoksen Hoi-lehdelle, ei siis osaston työaseman lääkekorttiin, ja tehnyt muutoksen kotona olevaan dosettiin. Päivystävä lääkäri ei kuitenkaan ole tietoinen osaston työaseman lääkekortin olemassaolosta, josta ei siis osaa katsoa lääkitystä – eikä se siellä olekaan ajan tasalla, puhumattakaan, että tämä osaisi etsiä lääkitystä Hoi-lehdeltä.

Amanda saa uuden reseptin. Hän nauttii lääkkeensä kotona ja käy nukkumaan. Saatuaan vihdoin unen päästä kiinni hän herää kahdelta yöllä hikoiluun, tärinään ja epätasaiseen sydämen sykkeeseen. Olo käy niin tuskaiseksi, että hän joutuu soittamaan ambulanssin, ja hänet viedään ensiapuun. Päivystyksen lääkärin määräämä Poksematol ei sopinut yhteen Tynkliinin kanssa ja seurauksena oli terveydelle vaarallinen reaktio.

Hoi-lehti

Hoi-lehdelle tehtävien kirjausten tarkoituksena on ylläpitää ajantasaista tietoa potilaan tilasta ja potilaan luona tehdyistä toimenpiteistä. Tietojen tulisi olla kaikkien potilasta hoitavien ammattilaisten saatavilla. Hoi-lehdelle tehdään myös potilaan tulokartoitus. Hoi-lehdelle tehtäviä kirjauksia koskevat säännöt olivat hoitajien tiedossa, tosin kaikki eivät tieneet, koskivatko säännöt koko kaupunkia vai olivatko ne oman alueen sääntöjä.

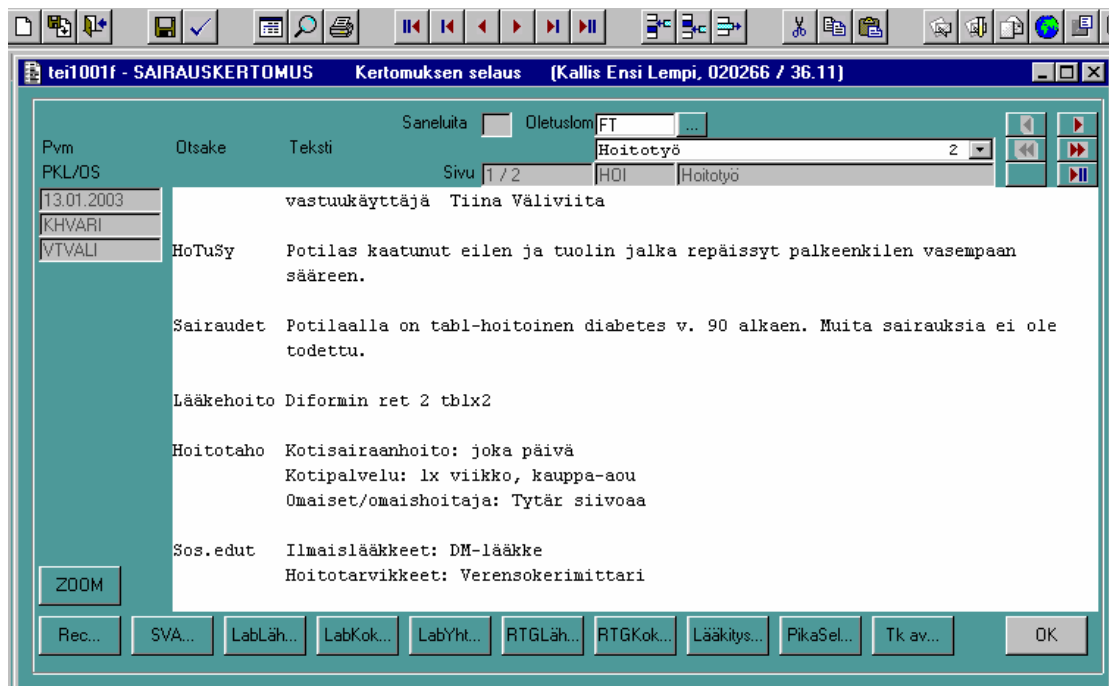
Kaikissa tarkastelluissa piireissä oli kirjattu aina, kun potilaan voinnissa oli tapahtunut muutoksia, eli kyseistä kirjaamissääntöä oli noudatettu. Kolmessa tarkastelluista piireistä noudatettiin viikoittaisen kirjaamisen sääntöä, jonka mukaan säännöllistä viikoittaista hoitoa saavan potilaan tilasta tulisi kirjata koonta kerran viikossa, vaikkei potilaan tilassa olisikaan ollut mitään poikkeavaa. Yhdessä piirissä oli kehkeytnyt käytäntö, jonka mukaan pyrittiin kirjaamaan kerran kahdessa viikossa; yhdessä käytäntö, jonka mukaan kirjattiin ainakin kerran kuukaudessa. Muissa piireissä viikoittaisen kirjaamisen säännöstä ei pidetty kiinni, toisaalta ei ollut kehkeytnyt omaakaan kirjaamiskäytäntöä, ja oli saattanut mennä yli kuukausikin ennen kuin oli kirjattu.

Hoi-lehdelle kirjaamisen käytännöissä oli syntynyt siis variaatiota sen suhteen, kuinka usein kirjataan. Variaatiota oli syntynyt mitä ilmeisimmin sen takia, että hoitajat kokevat kirjaamisen turhaksi silloin, kun potilaan tilassa ei ole muutoksia tapahtunut. Samojen toimenpiteiden toistuva kirjaaminen ei tunnu mielekkäältä ehkä myös siksi, että kotikäynneillä suoritettut toimenpiteet koodataan järjestelmään päivittäin myös vapain raportointikoodein. Kirjaamisen tapa ja laatu

¹ Lääkkeiden nimet esimerkkiä varten keksittyjä.

vaihtelee haastattelujen perusteella myös ilmeisen paljon sekä piireittäin että hoitajittain. Kirjausten sisältöä ei kuitenkaan haastattelujen yhteydessä tarkemmin eritelty.

Lisäksi ainakin kahdessa piirissä (sama suuralue) potilaan lääkitys kirjattiin Hoi-lehdelle. Hoi-lehdestä oli tullut jonkinlainen Pegasoksen hoitosuunnitelman korvike, koska hoitosuunnitelmia ei ylläpidetty. Sijaiset olivat turvautuneet Hoi-lehtiin uusiin potilaisiin tutustuessaan. Kaikki kotisairaanhoidon potilaita hoitavat ammattilaiset, hoitajat ja lääkärit, olivat lukeneet Hoi-lehdille tehtyjä kirjauksia.



Kuva 4. Sairauskertomuksen Hoi-lehti

Hoi-lehdiltä tulisi kenen tahansa potilasta hoitavan ammattilaisen tarvittaessa löytää ajantasainen tieto potilaan tilasta ja tämän luona tehdyistä toimenpiteistä, mikäli ammattilaisella on oikeus potilaan tietojia katsoa. Mikäli ajantasaista tietoa ei löydy, kun esimerkiksi sijainen tai viikonloppupäivystystä tekevä hoitaja on menossa kotikäynnille vieraan potilaan luo, hoitovirheiden mahdollisuus kasvaa. Tätä mahdollisuutta ei kavenna lainkaan se, että hoitosuunnitelmatkaan eivät ole ajan tasalla. Jokunen haastateltu sijainen kertoikin joutuneensa epävarmoihin tilanteisiin, kun Hoi-lehdeltä ei löytynyt kirjauksia pitkältä aikaväliltä.

Tilastointi

Kotisairaanhoidajat raportoivat potilaskäynnillä suoritettut toimenpiteet Pegasos-järjestelmään ns. vapaita raportointikoodeja käyttäen (Taulukko 3). Annetun oh-

jeen mukaan kaikki toiminnot raportoidaan ja ensimmäiseksi syötetään ns. kotikäynnin ensisijainen syy.

Vapaat raportointikoodit määriteltiin Pegasoksen käyttöönoton yhteydessä 1998. Raportointikoodit pohjautuvat Turun yliopistossa tehtyyn pro gradututkimukseen, jossa selvitettiin kotisairaanhoidajien työn sisältöä ja työajan käyttöä (Tuomisto, 1998). Käyttöönoton yhteydessä tutkielmassa nimetyt työtehtävät koodattiin vapaiksi raportointikoodeiksi aluksi osastohoitajan ja yhden pääkäyttäjän toimesta. Vuonna 2001, kun Pegasos oli levinnyt jo kaikille perusterveydenhuollon sektoreille, perustettiin kaikki asianosaiset sektorit kattava työryhmä, joka kehitti koodiston nykyiseen muotoonsa.

Kuva 5. Tilastoituvien tietojen tallennus -näyttö

Taulukko 3. Kotisairaanhoidon käyttämät vapaat raportointikoodit

KL01 Injektiot	KH20 Avanteen hoito (sekä suoli-, että virtsa-avanteet)	KO10 Seksuaalineuvonta
KL02 Lääkkeiden jako	KH21 Dialyysihoito	KO18 Päihdeneuvonta
KL03 Lääkkeiden anto	KH22 Happihoito	KV01 Diabetespotilaan vuositarkastus
KL06 Silmätipat	KT01 Verinäyte	KV02 Astmapotilaan vuositarkastus
KL07 Muu lääkehoito	KT02 Muu näytteenotto	KM02 Exit
KL08 Infuusihoito	KT05 PEF- mittaus	KP04 Perheväkivalta
KH01 RR –seuranta	KT06 Muistitesti	KX01 Kodinhoito
KH02 Ompeleiden poisto	KT11 EPDS-seula/masennustesti	KX02 Ruokailu
KH03 Korvahuuhtelu	KK01 Keskustelu, kuuntelu, tukeminen	KX03 Muut asiat
KH04 Silmähuuhtelu	KK02 Potilaan seuranta	KF01 Liikkumisessa avustaminen
KH05 Haavan hoito muut	KK03 Kielelliset vähemmistöt	KF02 Pukeutumisessa avustaminen
KH06 Säärihaavan hoito	KK04 Seurantakäynti	KF03 Peseytymisessä avustaminen
KH08 Sidokset	KS01 Todistukset ja selvitykset	KF04 WC –toiminta
KH12 Katetrointi	KS03 Arviointikäynti	
KH15 Ventipress- hoito	KO01 Neuvonta ja ohjaus	
KH17 Ihon hoito	KO02 Hoitotarvikejako	
KH18 Vatsan toimitus		
KH19 Trakeakanyylin hoito		

Raportointikoodeilla kuvataan todellisuuden tapahtumia pelkistetyssä muodossa. Haastattelujen perusteella osa hoitajista otti koodit sellaisenaan eikä suuremmin kyseenalaistanut sitä, onko niiden avulla syntyvä kuva hoitajien toiminoista riittävä ja tarpeeksi yksiselitteinen käyttötarkoitustaan varten. Harvalla haastatelluista hoitajista näet oli käsitystä siitä, miten vapaista raportointikoodeista syntyviä tilastoja käytetään. Joillakin alueilla hoitajille oli annettu palautetta kertyneistä koodeista ja yritetty siten saavuttaa yhtenäisyyttä tilastointiin. Palautetta antamalla on pyritty myös tekemään kotisairaanhoidon työtä näkyvämmäksi ja näin kehittämään työtä. Useimmille haastatelluista ei kuitenkaan ollut annettu minkäänlaista palautetta koodeista. Tämä on yksi mahdollinen epäyhtenäistymiseen johtava tekijä, sillä tilastointiin sitouduttaisiin epäilemättä vahvemmin, jos työn hyödyllisyys itselle ja toisille ymmärrettäisiin.

Onko mahdollisesti niin, että työntekijä kokee raportointikoodien kuvaavan sitä, mikä heidän työssään yleisesti (tai työnjohdon mielestä) katsotaan olevan tärkeää? Keskittyykö hoitaja tällöin ensisijaisesti niihin töihin, joille on olemassa oma raportointikoodi? Tällöin monien ydintoimintoja tukevien näennäisesti ehkä merkityksettömien tukitoimintojen rooli pienenee hoitajan työnkuvassa. Tällä voi olla hoitotyön kokonaislaadun kannalta suurikin merkitys.

Koska tilastotietojen käytöstä on monenlaisia osittain virheellisiäkin mielikuvia, saattavat tilastointikäytännöt muokkautua näiden mielikuvien mukaan. Haastatelussa tuli esiin, että tilastoituvien tietojen kertymää oletetaan käytettävän työntekijöiden ajankäytön ja ahkeruuden mittana. Jotkut saattavat kokea painetta tuottaa järjestelmään paljon koodeja, jotta kukaan ei pääsisi epäilemään työntekijöiden ahkeruutta. Toisessa ääripäässä ovat toisaalta työntekijät, joilla saattaa olla jopa vaikeuksia motivoitua tallentamaan kaikkia toimiaan, sillä ei ole tietoa, käyttääkö kertyvää tietoa kukaan.

Noin puolet haastatelluista hoitajista (vakituiset ja sijaiset) oli sitä mieltä, että koodien syöttöjärjestyksellä ei ole väliä, puolet taas uskoivat, että käynnin ensisijainen syy tulee syöttää ensimmäisenä. Koodien lukumäärästä oli lähestul-

koon yksimielinen käsitys. Eräs sijainen oli sitä mieltä, että koodeja saa laittaa enintään kolme. Kaikki muut, jotka asiasta mainitsivat, kertoivat laittavansa niin paljon koodeja kuin on tarpeen, jotta kaikki potilaan luona suoritettut toiminnot tulevat raportoiduiksi.

Epäyhtenäisyyden taustalla voidaan haastattelujen perusteella sanoa olevan pääasiassa tiedon puute oikeasta toimintatavasta. Epäily siitä, onko tilastointi mielekästä päivittäisen hoitotyön kannalta, lisää oletettavasti myös vaihtelua toimintatavoissa. Järjestelmä on suunniteltu niin, että se ei syöttövaiheessa tee eroa ensisijaisen toimenpiteen ja muiden toimenpiteiden välille. Se ei erikseen pyydä “ensisijaista toimenpidettä” ja sen jälkeen “muita toimenpiteitä”, vaan kukin raportointikoodi syötetään saman toiminnon kautta.

Kertyneiden tilastotietojen käyttö vaihteli alueittain. Aluejohtajien kesken ei ollut sovittu yhtenäisiä käytäntöjä sille, miten tilastoja käytetään. Yhdellä alueella tavattu konkreettinen sovellus oli niiden käyttö tulospalkan laskemisperusteena. Kotisairaanhoidon tilastojen hyväksikäyttö onkin pitkälti aluekohtaista ja ensisijaisesti osastonhoitajien työtä. Keskitetysti koko kotisairaanhoidosta otetaan käyntitilastot.

Osastonhoitajat kertoivat käyttäneensä tilastoja mm. hoitajien käyntimäärien ja hoidon kattavuuden seurantaan, kannustuspalkan laskuperustana (esim. suoniverinäytteiden määrä), ensisijaisten toimenpiteiden (ensimmäinen raportointikoodi) seurantaan, vuosikertomusta varten tarvittavien tietojen etsimiseen sekä työn kuormittavuuden ja määrän arviointiin. Koko kaupungin tasolla oli koottu tilastoja, joista oli katsottu kotisairaanhoidajien työn sisältöjä.

Esimerkki raportointikäytäntöjen epäyhtenäisyyden mahdollisista seurauksista voi olla seuraavanlainen. Piireissä K ja L on erilaiset tavat syöttää ns. vapaita raportointikoodeja järjestelmään. Piirin K hoitajilla on käsitys, että syötettävien koodien maksimimäärä on kolme. He muistavat annetun ohjeen, että käynnin ns. ensisijainen syy syötetään ensimmäiseksi. He eivät kuitenkaan tiedä, miksi näin tulee tehdä. Piirin L hoitajat taas ovat siinä uskossa, että koodeja syötetään niin paljon kuin on tarpeen, jotta kaikki potilaan luona suoritettut toimenpiteet tulevat raportoiduiksi. Koodien järjestyksellä ei heidän käsityksen mukaan ole merkitystä.

Piirien H, I, K ja L osastonhoitaja Leena ajaa tilastoihin kertyvistä käyntien ensisijaisista syistä yhteenvedon kerran vuodessa. Sen avulla hän profiloi eri piirejä ja katsoo, missä piireissä on enemmän ja missä vähemmän hoitoa tarvitsevia potilaita, eli missä hoitajien työ on raskaampaa, missä kevyempää. Näin hän pystyy suunnittelemaan resurssien sijoittelua tulevana vuonna. Nyt käy kuitenkin niin, että koska piirissä L koodit on syötetty mielivaltaisessa järjestyksessä, ei käyntien pääasiallisia syitä kuvaava aineisto annakaan relevanttia kuvaa sen piirin potilaista ja hoitajien työnkuvasta. Esimerkiksi koodilla KK01 kuvattava “keskustelu, kuuntelu, tukeminen” näkyy piirin L tilastoissa useammin kuin piirin K tilastoissa, koska se on harvalla käynnillä todella ensisijainen syy, ja näin ollen piirin K tilastoinnissa jollain muulla kuin ensimmäisellä sijalla.

Toisella kerralla osastonhoitaja Leena on kiinnostunut siitä, kuinka paljon hänen alueensa kotisairaanhoidajat tekevät käynneillä myös kodinhoitoon liittyviä töitä (raportointikoodi KX01 “kodinhoito”). Hän ajaa tilastotietokannasta ulos

kaikki KX01:lla raportoidut käynnit. Tulos on kuitenkin virheellinen, sillä piirissä K on syötetty aina vain kolme koodia ja kodinhoito on usein jäänyt syöttämättä, sillä sitä ei ole pidetty niin oleellisena raportoida. Leena ei kuitenkaan tiedä, että eri piireissä on erilaiset käytännöt kirjata vapaita raportointikoodeja, joten hän ei myöskään voi tietää, että tilastotietokanta on tästä syystä virheellinen.

Epäyhtenäisillä tilastointikäytännöillä voi olla haitallisia vaikutuksia kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Epäyhtenäiset käytännöt johtavat nimittäin väriin johtopäätöksiin tilastoja käytettäessä. Kertyvien tilastojen perusteella tehdään kuntatason ja terveystoimen sisäisiä päätöksiä, jotka vaikuttavat mahdollisesti yksittäisten kotisairaanhoidopiirien, alueiden tai koko kunnan kotisairaanhoidon resursointiin. Jos tilastot ovat vääristyneitä, ovat myös niiden perusteella tehtävät toimenpiteet ”virheellisiä”.

Ajanvaraus

Kotikäyntien ajat varataan kunkin kotisairaanhoidopiirin yhteiselle ajanvarauspohjalle, jota kutsutaan ryhmäkirjaksi. Ryhmäkirjalta ajanvaraukset siirretään sen hoitajan ”ajanvarauskirjalle”, jonka on tarkoitus mennä potilasta hoitamaan. Potilaskäynnille tulostetaan mukaan aina sen päivän ajanvarauslista, jota kutsutaan ”käyntilistaksi”. Ajanvarauksen yhteydessä potilaan kohdalle voi selite- ja kommenttikenttiin kirjata vapaamuotoisesti käyntiin liittyviä asioita. Nämä kentät tulostuvat myös paperille, kun käyntilista tulostetaan.

Ajanvarausten tekotavan suhteen ei ollut annettu ohjeita muutoin kuin teknisen suorituksen osalta. Erilaiset käytännöt ajanvarausten osalta liittyivät *rytmiin, työnjakoon* ja siihen, *mitä asioita* varauksen yhteydessä tulevasta käynnistä kirjataan.

Rytmiin liittyviä eroja löytyi tarkastelussa useasta ajanvarausprosessin vaiheesta: varausten tekovaiheesta, käyntikohteiden jakamisvaiheesta sekä käyntilistojen tulostamisvaiheesta. Varaukset ryhmäkirjalle tehtiin tavallisimmin seuraavan viikon vastaavalle päivälle (maanantaisin varattiin seuraavan maanantain ajat, tiistaina seuraavan tiistain ajat jne.). Joissakin piireissä tehtiin varaukset joko koko seuraavaksi viikoksi tai vain seuraavaa käyntikertaa varten (esim. ma-ke-pe -potilaille tehtiin maanantain käynnin jälkeen varaus joko seuraavan viikon ma-ke-pe -päiville tai saman viikon keskiviikoksi). Potilaille, joiden luona vierailaan harvemmin, varataan aika yleensä aina seuraavaksi kerraksi (esim. kerran kuussa vierailtavat ns. seuranta-potilaat). Haastateltujen sijaisten mukaan joissakin piireissä potilaille, joiden luona vierailaan päivittäin, tehdään varauksia pidemmäksikin aikaa kuin viikoksi eteenpäin. Myös vuosilomien ajaksi vakituiset hoitajat voivat tehdä ajanvarauksia pidemmälle ajalle. Viikon aikajännettä perusteltiin useassa haastattelussa sillä, että näin pystytään mahdollisimman hyvin välttämään peruutuksista johtuva aikojen muuttelu.

Asiakkaan hakuehdot TTH aakkostunnus

Asiakas: 290444-A020 LINNA PILVI >>

Lähiosoite: NISSE KÄVONKATU 3

Postiosoite: 20610 TURKU 61

Asuinkunta: 053 TURKU

Ammatti: SAIRAANHOITAJA

Puhelin: 02-3698745/salainen

Työpuhelin: 2589631

Lähiomainen: AVIOM. LINNA PEKKA OS. SAMA >>

Lisätieto: verivarotoi., alb. tulkki

Vv-alue: AI2TS2 Varissuon t.a., solu 2

Poikkeava vv: Kyllä

Perusv. väestö: Ei Väestörekisterissä

TK-maksupvm: 15.09.1999 Lkm: 1

Maksu: Selite:

Pvm: 13.01.2003 Maanantai Jakso: 08:00 - 16:00

Resurssi: KHVARR KSH.V:suo ryhmäkirja

Aikatyyppi: TKOTI KSH:n kotikäynti

Suorituspaikka: KHVARI ksh, varissuo

Klo: 08:00 - 08:30 Pituus: 00:30

Selite: NISSE KÄVONKATU 3

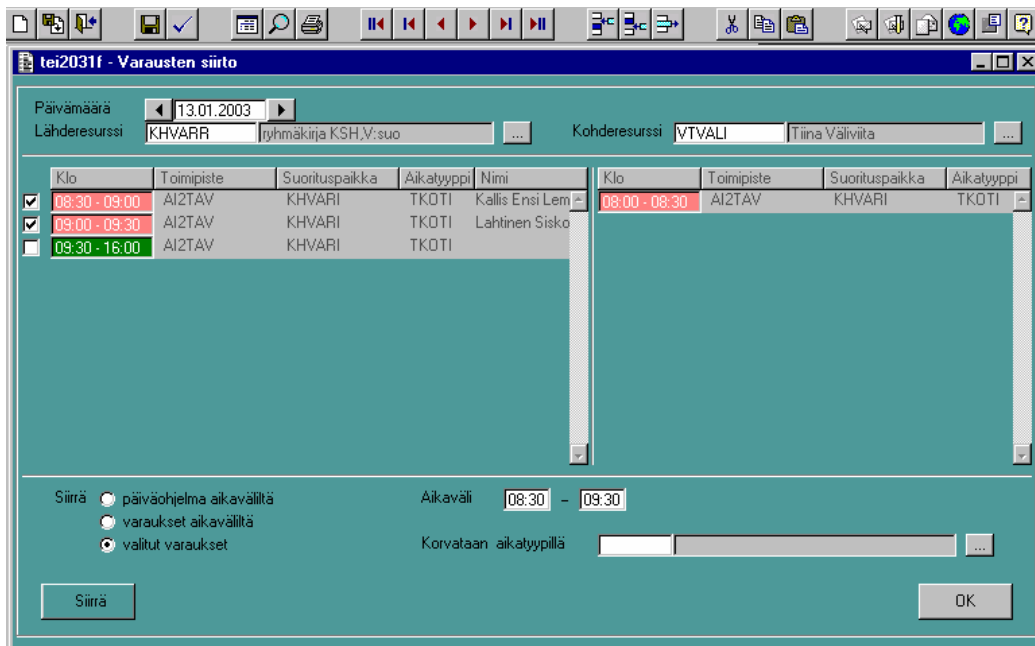
Kommentti: HH, vie lakanaa ja atulat. Huom jalcojen turvotus

OK Peruuta

Kuva 6. Ajanvarauksen teko -näyttö

Tavallisimmin potilaat siirrettiin ryhmäkirjalta hoitajien omille varauskirjoille käyntiä edeltävänä iltapäivänä. Joissakin piireissä potilaat jaettiin tilanteen mukaan joko edellisenä iltapäivänä tai vasta samana aamuna. Yhdessä piirissä potilaat siirrettiin ryhmäkirjalta hoitajien resursseille vasta käyntien jälkeen iltapäivällä.

Käyntilistat tulostettiin tavallisimmin potilaiden jaon yhteydessä käyntejä edeltävänä iltapäivänä – joskus käyntipäivän aamuna. Yhdessä tarkastelluista piireistä käyntilistat tulostettiin ryhmäkirjalta ennen potilaiden siirtoa hoitajien resursseille. Joissakin piireissä käyntilistat otettiin ulos kahdeksi päiväksi kerrallaan.



Kuva 7. Ajanvarausten siirto -näyttö

Piirien välillä oli eroja myös siltä osin, miten ajanvaraukseen liittyvät *työt* oli *jaettu* hoitajien kesken. Uusien varausten teosta oli joissakin piireissä sovittu, että tietty hoitaja tekee varaukset tietyille viikonpäiville. Joissakin piireissä kukin hoitaja varaa uudet ajat potilaille, joiden luona on sinä päivänä vieraillut. Myös käyntikohteiden jakamisessa oli erilaisia käytäntöjä eri piireissä. Joko kukin hoitaja nappasi ryhmäkirjalta yhteisen suunnitelman mukaan itselleen potilaat tai sitten työparista toinen jakoi. Jakaja saattoi olla joko se, kumpi ehti tai kumpi oli ”ylemmässä” asemassa (tämä tapa yhdessä piirissä).

Koska ajanvarausten rytmityksestä tai työnjaosta ei ollut annettu ohjeita, olivat toimintatavat muotoutuneet melko pitkälti kunkin lähiyhteisön omien tarpeiden mukaisesti.

Piirien välillä oli lisäksi eroja sen suhteen, *mitä* tietoja selite- ja kommenttikenttiin *kirjattiin*. Tavallisimmin kirjattuja tietoja olivat potilaan osoite, lyhenteillä merkittynä potilaan luona suoritettavat toimenpiteet sekä tiedot avaimista. Tämän lisäksi joissakin piireissä kirjattiin puhelinnumero, ovikoodi, mukaan otettavat tavarat sekä vapaamuotoisia kommentteja ja ohjeita (ajo-ohjeita, potilaaseen liittyviä kommentteja jne.).

Ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttien käyttö on esimerkki siitä, miten puutteet siinä, miten tietojärjestelmä tukee työprosesseja, voi johtaa erilaisiin itse keksittyihin tapoihin (work arounds) ”taivuttaa” järjestelmä vastaamaan käyttäjän tarpeita. Osasto-osion on nimensä mukaisesti sairaalan osastoa varten, joten siinä ei ole esimerkiksi kotikäyntejä varten tarvittavia tietoja ja niitä tukevia toimintoja. Tietojärjestelmässä olevat erilaiset vapaat kentät antavat mahdollisuuden tällaiselle lähiyhteisön tarpeita palvelevalle ”taivuttamiselle”. Tästä syystä löydetyt erot ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttiin kirjattavissa asioissa johtuvat pitkälti eroista lähiyhteisöjen toiminnassa. Esimerkiksi se, että joissakin piireissä

potilaiden osoitteita ei kirjoitettu ajanvaraukseen, johtui siitä, että niissä piireissä oli vähän työvoiman vaihtuvuutta. Vakituiset hoitajat olivat yleensä itse paikalla ja muistivat ulkoa potilaiden osoitteet. Tällöin osoitteiden kirjoittaminen olisi tuonut vain lisätyötä eikä merkittävää hyötyä. Näissäkin piireissä todennäköisesti kuitenkin tulee tilanteita, jolloin sijaisia tarvitaan, ja tällöin puuttuvista osoitetiedoista on haittaa toiminnalle.

Selitteiden käyttöön liittyy muutamia ongelmia. Selitteet ja kommentit tulee kirjoittaa aina ajanvarauksen yhteydessä uudelleen, ellei kopioi pohjaksi vanhoja tietoja tai käytä sarja-ajanvarausta, mutta tällöin vaarana on, että ajanvarauksiin unohtuu jo vanhentuneita kommentteja. Vanhojen selitteiden kopiointia käytettiin tarkastelluissa piireissä, mutta kukaan haastatelluista ei ilmoittanut käyttävänsä sarja-ajanvarausta. Haastateltavat uskoivat kuitenkin joidenkin hoitajien käyttävän sitä. Toimenpiteistä käytetyt lyhenteet olivat haastateltavien mukaan olleet yleensä selkeitä ja ymmärrettäviä. Uusille sijaisille oli kuitenkin joskus käynyt niin, etteivät olleet ymmärtäneet jotain merkintää. Puhelimen avulla oli kuitenkin ollut mahdollista saada yhteys työpariin ja kysyä tältä epäselvää asiaa.

Tietoa siitä, kuinka usein kunkin potilaan luona tulee käydä, ei haastateltavien mukaan löydy Pegasoksesta mistään tietystä paikasta. Vakituksilla hoitajilla asia oli omassa muistissa, mutta esimerkiksi sijaiset olivat etsineet tietoa selailemalla aiempia käyntejä tai kyselleet työpariltaan.

Hoitajat käyttävät ajanvarauksia ja ajanvarauksista tulostettavia käyntilistojaa oman työnsä suunnitteluun sekä muistilistana siitä, mitä, missä ja milloin pitää tehdä. Osastonhoitajat seuraavat ajanvarauskirjoja, jotta tietäisivät piirien työmäärän kunakin ajankohtana. Tämän tiedon perusteella he tekevät päätöksiä henkilöstön siirroista ja sijaisten hankkimisesta. He seuraavat myös ilta- ja viikonloppuosastojen ajanvarauskirjoja voidakseen arvioida, onko mahdollista ottaa lisää ilta- tai viikonloppupotilaita. Osastonhoitajat katsovat ajanvarauskirjoja lisäksi suunnitellessaan yhteisten kokousten ajankohtia. Aluejohtajat seuraavat ajanvarausten avulla työntekijöiden työmääriä sekä lääkärien jonotilannetta.

Seuraava esimerkki havainnollistaa, millaisia ongelmia erilaiset ajanvarauskäytännöt saattavat aiheuttaa sijaiselle. Tuula on toiminut pitkään kotisairaanhoidtajana piirissä K. Eräänä päivänä naapuripiirissä L on toinen vakituksista hoitajista sairaana, ja Tuula siirretään iltapäiväksi paikkaamaan tilannetta. Piirin L toinen hoitaja on käynyt aamupäivällä kaikki kiireiset käynnit. Tuulan saapuessa toimistolle hän on vielä kierroksellaan. Sairastuneen hoitajan edellisenä iltapäivänä tulostettu käyntilista on pöydällä ja siitä on vedetty yli kiireelliset käynnit, jotka piirin toinen hoitaja on aamulla siirtänyt itselleen. Tuula ottaa käyntilistan, joka kertoo hänelle kenen luo hänen pitää mennä ja mitä varten. Käyntilistasta hän katsoo jo toimistolla, mitä kunkin potilaan luona tulee tehdä ja mitä välineitä kierrokselle tarvitaan mukaan.

Amandan luo päästyään Tuula kohtaa kuitenkin ongelman, sillä hän ei pääsekään asuntoon sisälle. Amanda on näet niin huonossa kunnossa, että hän ei itse pysty tulemaan ovelle. Käyntilistassa ei kuitenkaan ollut mainintaa, että asunnon avain on kotisairaanhoidopiirin toimistolla. Tuulan omassa piirissä tiedot avaimista, jos sellainen potilaan luokse mentäessä tarvitaan, on aina ajanvarauksen selitteissä, josta se tulostuu käyntilistaan. Piirissä L taasen on tapana merkitä tieto

avaimista osaston potilaslistan huone-kenttään. Tuulan ei auta tässä tilanteessa tehdä muuta kuin hakea toimistolta avain ja palata uudelleen Amandan luo. Työ-aikaa tuhraantui turhaan. Tuula on kuitenkin huojentunut, sillä tapahtuneesta ei koitunut mitään hoidollisia haittoja, kuten olisi voinut käydä tilanteessa, jossa Amanda olisi odottanut vaikka insuliinipistostaan, joka tulee antaa tarkalleen tiettyyn kellonaikaan.

Kierroksensa jälkeen Tuula aloittaa hoitotyön kirjaamisen toimistolla. Tiedot kirjattuaan ja tilastoinnit tehtyään hän ryhtyy varaamaan päivän potilailleen aikoja seuraavia kertoja varten. Tehtävä ei ole kuitenkaan helppo, sillä Tuula ei ennestään tunne piirin asiakkaita eikä tietoa viikoittaisten vierailukertojen määrästä ole kirjattuna järjestelmään mihinkään tiettyyn paikkaan. Tuula joutuu etsimään tietoja edellisistä käynneistä ja kysymään piirin vakituiselta hoitajalta neuvoa. Ajanvarausten tekeminen olisi sijaisille helpompaa, jos koko kotisairaanhoidossa olisi yhteisesti sovittu paikka tälle tiedolle.

Huone-, vuode- ja huomautuskentät

Pegasoksen osaston työaseman potilaslistassa on potilaiden nimien yhteydessä huone-, vuode- ja huomautuskentät (Kuva 8), joiden käytöstä ei ollut annettu koko kotisairaanhoitoa koskevia sääntöjä. Kentät olivat siis piirien vapaassa käytössä. Kenttien käyttö vaihtelikin huomattavasti piireissä. Yksittäisten piirien muodostamissa lähiyhteisöissä kenttien käyttö oli melko vakiintunutta, mutta joissakin piireissä eri potilaita koskevia tietoja oli eri tavoin kyseisissä kentissä. Joissakin piireissä saatettiin ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttiin kirjata lisäksi tietoja, jotka toisissa piireissä kirjattiin huone-, vuode- ja huomautuskenttiin.

Huomautuskenttään oli kirjattu esimerkiksi seuraavia tietoja: avaimet, ovikoodit, laboratorio- ja röntgenajat, sisätautipoliklinikkakontrollit, vanhainkoti-intervallijaksot, apteekkisopimukset, tieto omaishoidontuesta, marevanhoidot, turvapuhelimet sekä tiedot kestokatetrasta ja verieristyksestä. Aivan jokaisessa piirissä huomautuskenttä ei kuitenkaan ollut käytössä.

Huone- ja vuodekenttiin kirjattiin tavallisimmin tiedot avaimista ja ovikoodista. Muita kyseisiin kenttiin kirjattuja tietoja olivat apuvälineet, turvapuhelimet, tiedot kertamaksupotilaista ja apteekkisopimukset. Joissakin piireissä kyseiset kentät eivät olleet lainkaan käytössä.

Huone	Vuode	Asiakas	Syntymäaika	T.kyky	Huomautus	KerS	Lääk	HoS	T.ky
12	2	LINNA KAISA	11.10.1967	0,1076					
9	1	KAMIL DILAVER	14.05.1971	0,2744					
		AURANEN AURALIINA PAULIINA	12.03.2000						
		JOKI AURA	01.01.1922						
		LEINO LEILA LAILA	06.07.1906	0,1076					
		RITARI TUTTI TAPIO TAPANI	01.01.1911						
		UPPO NALLE	18.04.1960		UUUUUUUUUUUU				
		TALVI TIMO	31.01.1967	0,1831	tttttttttttt				
		BERGSTROM SYLVI, MARIA	07.11.1917	0,1401					

Kuva 8. Hoitoyksikön asiakkaat -näyttö

Huone-, vuode- ja huomautuskenttiin kirjattujen tietojen on tarkoitus palvella pääasiassa kotikäyntejä tekevien vakituisten hoitajien ja sijaisten työn koordinoimista. Myös osastonhoitajat joutuvat toisinaan tarkastamaan tietoja kyseisistä kentistä. Muut perus- tai erikoissairaanhoidon ammattilaiset eivät kentiin kirjattuja tietoja työssään tarvitse. Kenttien käytön epäyhtenäisyydellä voi sikäli olla harmillista vaikutusta hoitajien työn kannalta, että kun hoitaja joutuu työskentelemään itselleen vieraiden piirien potilaiden kanssa, joissa käytännöt ovat erilaiset kuin omassa lähiyhteisössä, saattaa jonkin tiedon hakuun kulua aikaa. Ehkäpä tieto potilaan avaimista ei olekaan tutussa kentässä, jolloin sitä on etsittävä muista mahdollisista kentistä. Ongelmallisempi tilanne on silloin, kun kentistä ei löydy lainkaan jotain tietoa, joka on totuttu omassa piirissä kirjaamaan tiettyyn kenttään. Sijaiset, jotka kiertävät useammassa piireissä, joutuvat törmäämään jatkuvasti piirien vaihtuessa uusiin käytäntöihin. Mitä laajemmalla alueella sijainen kiertää, sitä erilaisempiin käytäntöihin tämä törmää. Sijaisia ja ilta-, yö- ja viikonloppupäivystyksiä tekeviä hoitajia ajatellen sekä ajanvarauksen selite- ja kommentti- kenttien että huone-, vuode- ja huomautuskenttien käytön jonkinasteinen yhtenäisyys on perusteltua.

Taulukkoon 4 on koottu yhteenveto tunnistetuista työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksistä eri työtehtävien osalta.

Taulukko 4. Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä työtehtävittäin

TYÖTEHTÄVÄ	TYÖKÄYTÄNTÖJEN EPÄYHTENÄISYYKSIÄ
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Hoitosuunnitelmien ylläpito HoSu-toiminnossa oli lopetettu lähes kokonaan. Ne olivat ajan tasalla yhdessä tarkastelluista piireistä. Hoitosuunnitelmia oli laadittu joissakin piireissä Hoi-lehdelle.
Rava-indeksin laatiminen ja ylläpito	Rava-indeksiä ylläpidettiin kaikissa piireissä yhtenäisesti.
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Osaston työaseman lääkekortin ylläpito oli lopetettu yhtä piiriä lukuun ottamatta. Jokainen piiri kertoi, että potilaiden kotona olevassa dosetissa on ajantasainen lääkitys. Lääkitystietoja kirjattiin lisäksi manuaalisiin kortteihin, Hoi-lehdelle, vihkoon sekä huone-, vuode- ja huomautuskenttiin.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Kaikissa piireissä oli kirjattu aina, kun potilaan voinnissa oli tapahtunut muutoksia tai kotikäynnillä oli ollut jotain poikkeavaa. Kolmessa piirissä noudatettiin viikoittaisen kirjaamisen sääntöä, muissa kirjaamiskerrat olivat harventuneet. Osassa piireistä oli keksitty oma sääntö, jonka mukaan kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa, osassa ei ollut omaa sääntöä, ja oli saattanut kulua yli kuukausikin, kunnes oli kirjattu.
Kotikäyntien ja käynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Puolet haastatelluista syöti vapaat raportointikoodit ohjeistuksen mukaisessa järjestyksessä. Puolet syöti koodit mielivaltaisessa järjestyksessä. Koodeja syötettiin yleisimmin niin paljon kuin oli tehtyjä toimenpiteitä. Yksi haastatelluista sijaisista syöti enintään kolme koodia.
Ajanvarausten tekeminen kotikäyntejä varten	Ajanvaraukset tehtiin yleisimmin seuraavan viikon vastaavalle päivälle kotikäynnin jälkeen. Joissakin piireissä oli tapana varata kerralla kaikki kyseisen potilaan seuraavan viikon käynnit tai joissakin varattiin aika vain seuraavaa käyntikertaa varten. Päivittäin vierailtaville potilaille varattiin joissain piireissä aika pidemmäksi aikaa kuin viikoksi kerrallaan. Ns. seurantapotilaille varattiin aika kaikissa piireissä seuraavaksi kerraksi, vaikka käyntiväli olisikin esim. kuukausi. Ajanvaraukset siirrettiin yleisimmin ryhmäkirjalta hoitajien omiin ajanvarauslistoihin käyntiä edeltävänä iltapäivänä, joskus samana aamuna. Yhdessä piirissä siirto tehtiin vasta kotikäyntien jälkeen. Käyntilistat tulostettiin yleisimmin käyntejä edeltävänä iltapäivänä, joskus käyntipäivän aamuna. Joissakin piireissä käyntilistat otettiin ulos kahdeksi päiväksi kerrallaan.
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Yleisimmin selite- ja kommenttikenttiin merkittiin tieto potilaan osoitteesta, lyhenteillä tehtävät toimenpiteet sekä tieto avaimista. Osoitetta ei kuitenkaan kaikissa piireissä kirjoitettu selitteisiin. Muita kenttiin kirjattuja asioita olivat puhelinnumero, ovikoodi sekä erilaiset kommentit ja ohjeet.
Huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttö	Huone-, vuode ja huomautuskenttien käyttö vaihteli huomattavasti piireittäin. Yksittäisissä piireissä käyttö oli melko vakiintunutta. Huomautuskenttään oli kirjattu esimerkiksi seuraavia tietoja: avaimet, ovikoodit, laboratorio- ja röntgenajat, sisätautipoliklinikkakontrollit, vanhainkoti-intervallijaksot, apteekkisopimukset, tieto omaishoidontuesta, marevanhoidot, turvpuhelimet sekä tiedot kestokatetrasta ja verieristyksestä. Aivan jokaisessa piirissä huomautuskenttä ei kuitenkaan ollut käytössä. Huone- ja vuodekenttiin kirjattiin tavallisimmin tiedot avaimista ja ovikooodeista. Muita kyseisiin kenttiin kirjattuja tietoja olivat apuvälineet, turvpuhelimet, tiedot kertamaksupotilaista ja apteekkisopimukset. Joissakin piireissä kyseiset kentät eivät olleet lainkaan käytössä.

Epäyhtenäisyyden syntymekanismia

Jäsensimme edellä työtoimintaa ja työkäytäntöjen epäyhtenäisyyttä viitekehysten läpi, jonka perustimme toiminnan teorian kolmeen peruselementtiin Toimija-Tekniikka-Toiminta sekä Toimiyhteisön käsitteeseen. Kolmen peruselementin avulla rajasimme tarkastelun Pegasos-järjestelmään, kotisairaanhoidon toimijoihin ja kotisairaanhoidossa järjestelmän avulla suoritettaviin työtehtäviin. Toimiyhteisöä konstituivana tekijänä tarkastelimme erityisesti työkäytäntöjen yhtenäisyyttä. Kotisairaanhoidon oli jakaantunut pienempiin työtekijäryhmiin, joita kutsumme hoitajien lähiyhteisöiksi.

Työkäytäntöjen suhteen tuskin koskaan saavutetaan täysin vakiintunutta tilaa, koska muutokset esimerkiksi tarkastelemissamme peruselementeissä merkitsevät muutoksia työkäytännöissä. Työtoimintaa konstituivien elementtien luokat eivät tule kuitenkaan tyhjentävästi kuvatuksi tarkastelemiemme peruselementtien avulla, vaan työtoimintaa konstituivat muunkinlaiset elementit, esim. Wengerin kuvaama toimiyhteisön resurssivaranto. Kolmen peruselementin avulla työtoiminta saadaan rajatuksi analyttisesti hallittavaksi ”yksiköksi”, mutta tällainen rajaus voi olla analyysiä rajoittava tekijä esimerkiksi silloin, kun etsitään työkäytäntöjen muutosta aiheuttavia impulsseja. Tällaisia muutosimpulsseja voivat olla paikallisessa toimiyhteisössä ja sen resurssivarannossa tapahtuvat muutokset. Resurssivarannonkin suhteen on kuitenkin paremminkin vältettävä a priori luettelointa varannon elementtien suhteen. Se, mitä resurssivarantoon erilaisissa toimiyhteisöissä kuuluu, on enemmänkin empiirinen kysymys. Epäyhtenäisyyden kannalta keskeistä on kuitenkin ennen kaikkea se, että eri suunnilta tulevat muutosimpulsit muuttavat työkäytäntöjä. Ongelmallista tässä on se, että käytännöt muuttuvat omanlaisikseen eri toimiyhteisöissä tai jollakin muulla tasolla. Muutos tulisi saada kulkemaan samaan suuntaan kaikkien käyttäjien taholla.

Työkäytäntöjen epäyhtenäistymiseen johtaneita tekijöitä Turun kotisairaanhoidon tapauksessa olivat ainakin seuraavat: järjestelmäpäivitykset, teknisen järjestelmän ja työprosessien huono yhteensopivuus, järjestelmän toimintojen käyttöön liittyvien ohjeiden ja työprosessien huono yhteensopivuus sekä ohjeistuksen puuttuminen (Taulukko 5).

Järjestelmämuutokset koskevat koko kotisairaanhoidon ja ne voivat olla työkäytäntöjen epäyhtenäistymiseen johtavia muutosimpulsseja. Järjestelmän hoitosuunnitelma-toiminnon muututtua syksyllä 2001 toiminnon käyttö lopetettiin lähes tyystin ja järjestelmän muita toimintoja oli alettu käyttää HoSu-toiminnon korvikkeena. Osaston työaseman lääkekortti taas ei ollut sellainen kuin oli haluttu, joten lääkitystietoja oli alettu kirjaamaan järjestelmän eri paikkoihin. Epäyhtenäisyyttä syntyi tällöin siksi, että järjestelmän toiminnon ominaisuudet ja työprosessit sopivat huonosti yhteen.

Ohjeistuksen ja työprosessien huono yhteensopivuus näkyi muun muassa Hoi-lehdelle kirjaamisen vähenemisenä. Hoitajien lähiyhteisöissä oli keksitty omia sääntöjä sen suhteen, kuinka usein Hoi-lehdelle tulisi kirjata. Epäyhtenäisiä käytäntöjä oli syntynyt myös siten, että lähiyhteisöissä oli yksinkertaisesti erilaisista tietoa siitä, mikä on oikea vahvistettu toimintatapa. Näin oli tapahtunut esi-

merkiksi sen suhteen, miten vapaita raportointikoodeja kirjataan järjestelmään. Jostakin syystä koko kotisairaanhoidolle annettu ohjeistus raportointikoodien kirjauksesta ei ollut saavuttanut kaikkia hoitajien lähiyhteisöjä. Erilaisia käytäntöjä oli syntynyt käyttöönoton jälkeen lisäksi siksi, että järjestelmän tiettyjen toimintojen suhteen ei ollut annettu lainkaan ohjeistusta.

Muutokset muissa työvälineissä ja teknisissä elementeissä kuin teknisessä järjestelmässä voivat niin ikään muuttaa tietojärjestelmäkäytäntöjä. Kotisairaanhoidon tapauksessa tällaiset muutokset koskevat tavallisesti koko kotisairaanhoidon. Muutosimpulsseja voi tulla myös paikallisten toimiyhteisöjen ulkopuolelta esimerkiksi lainsäädännöllisinä muutoksina. Tällaisia muutosimpulsseja ei tarkastelussa tavattu.

Mikäli organisaatiossa on useita vahvoja toimiyhteisöjä, on vaarana, että työkäytännöt lähtevät heti tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen epäyhtenäistymään. Näin saattaa tapahtua, koska toimintatavat ovat erilaisia eri yhteisöissä ja tietojärjestelmäkäytännöt saattavat mukautua jo vakiintuneisiin toimintatapoihin. Tämän takia luokkahuoneissa kaikille yhtenäisesti annettava koulutus ei välttämättä ole riittävä takaamaan yhtenäisten käytäntöjen syntymistä, vaan tarvitaan esimerkiksi menettelyjä, jossa kouluttajat kiertävät työpisteissä juurruttamassa sovittuja käytäntöjä.

Taulukko 5. Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyden syntymekanismeja

TYÖTEHTÄVÄ	EPÄYHTENÄISYYDEN SYNTYMEKANISMEJA
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Pegasos järjestelmän päivityksen myötä syksyllä 2001 HoSu-toiminto muuttui huomattavasti; muun muassa klikkauksia vaativia lokeroita ja vierityspalkkeja tuli lisää. Hoitajat olivat kokeneet uuden version monimutkaiseksi ja aikaavieväksi, mistä johtuen hoitosuunnitelmien ylläpito HoSu-toiminnossa oli lopetettu.
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Teknisen järjestelmän ja työprosessien huono yhteensopivuus: lääkekorttiin kirjattun lääkeannostuksen osalta se, mihin aikaan vuorokautta lääkettä annetaan, häviää kahden viikon kuluttua kirjaamisesta. Tämä oli johtanut siihen, että hoitajat eivät ylläpitäneet kortteja. Hoitajat pitivät annostusten toistuvaa kirjaamista liian aikaavievänä ajatellen muiden työtehtävien tekemistä.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Ohjeistuksen ja työprosessien huono yhteensopivuus: hoitajat kokivat turhauttavana kirjata samoja tehtyjä toimenpiteitä toistuvasti, kun potilaan tilassa ei ole tapahtunut muutoksia. Kirjaaminen vie lisäksi aikaa muilta työtehtäviltä. Tehdyt toimenpiteet syötetään järjestelmään lisäksi raportointikoodeina..
Kotikäynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Annetut ohjeet eivät olleet tavoittaneet kaikkia työntekijöitä.
Ajanvarausten tekeminen kotikäyntejä varten	Ohjeistuksen puuttuminen.
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Ohjeistuksen puuttuminen.
Huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttö	Ohjeistuksen puuttuminen.

Epäyhtenäisyyden seurauksia

Epäyhtenäisten työkäytäntöjen seurauksia arvioitaessa on punnittava, mitä epäyhtenäisistä käytännöistä voi seurata työketjun eri vaiheissa työn tekemisen ja yhteistyön kannalta sekä tekemisen tuloksen kannalta. Se, kuinka haitallisia epäyhtenäisyyden seuraukset ovat, on havaittavissa vasta työprosessin kuluessa tai sen päätyttyä (Taulukko 6).

Osa epäyhtenäisyyksistä vaikuttaa ensi silmäyksellä sellaisilta, että ne näyttäisivät lähinnä rasittavan ja tuottavan lisätöitä ammattilaiselle, joka hyödyntää järjestelmään epäyhtenäisesti kirjattuja tietoja, mutta jotka eivät vaikuta suoraan toiminnan tulokseen ja laatuun. Epäsuotuisat vaikutukset toiminnan lopputulokseenkin ovat toki mahdollisia. Tällaisia ensituntumalta varsin harmittomilta vaikuttavia epäyhtenäisyyksiä löytyi tarkastelustamme lähinnä kotikäyntien ajanvarauksen tekemiseen, ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttien sekä huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttöön liittyen. Esimerkiksi sijainen saattaa kuluttaa työaikaa etsiessään tietoja edellä mainituista kentistä, mutta tavallisesti kyllä löytää tiedon jostakin järjestelmän osiosta. Työtä voidaan kuitenkin sujuvoittaa ja helpottaa tällaisiakin epäyhtenäisyyksiä oikomalla. Tarvittavaa tietoa ei sitä paitsi joka kerta välttämättä löydykään, vaikka se jossakin järjestelmän kentässä olisi-kin.

Samaan epäyhtenäisyyksien luokkaan voidaan periaatteessa lukea epäyhtenäisyydet lääkitystietojen kirjaamisessa, tosin huonossa tapauksessa tällaisten epäyhtenäisyyksien vaikutukset hoidon laatuun ja lopputulokseen voivat olla tuhoisia: potilas voi saada lääkityksensä väärin tai ei ehkä saa lainkaan hänelle määrättyä lääkitystä. Pegasos-järjestelmässä ei ollut yhtä tiettyä paikkaa, josta potilaan voimassaoleva lääkitys varmuudella löytyisi. Hoitajien lähiyhteisöissä lääkitystietoja kirjattiin manuaalisiin kortteihin ja/tai järjestelmän eri paikkoihin. Niin ikään samaan luokkaan voidaan lukea epäyhtenäisyydet Hoi-lehdelle kirjaamisen ja HoSun käytön suhteen. Pegasos-järjestelmän versiossa, jossa HoSu ja Hoi-lehti ovat toisistaan irrallisia toimintoja, kirjataan potilasta koskevia samoja tietoja useaan paikkaan ja tällaisia tietoa tarvitseva löytää niitä kyllä, mutta etsimiseen saattaa kulua turhaan aikaa, mitä ei kuluisi jos käytännöt olisivat yhtenäisiä.

Vapaiden raportointikoodien kirjaamisen epäyhtenäisyydet ovat esimerkki siitä, miten ”virheellisestä” tiedosta tai tiedon puutteesta johtuen kirjaamiskäytännöt ovat erilaisia ja miten epäyhtenäisyydet suoraan vaikuttavat tilastotietoihin niitä vääristäen. Tällä taas voi olla vaikutuksia läpi terveydenhuollon, kun tilastojen perusteella tehdään esimerkiksi resurssointia koskevia päätöksiä. Tällaisia epäyhtenäisyyksiä ei siis voi lainkaan havaita kirjauksia lukemalla.

Tarkastelussamme havaitut epäyhtenäisyydet eri työtehtävien kohdalla olivat lähinnä tuottaneet lisätöitä hoitajille ja etenkin sijaisille, kun tietoja oli jouduttu etsimään järjestelmän eri paikoista tai kun oli jouduttu käyttämään muita välineitä ja varajärjestelyjä, esim. puhelinta, tietojen selvittämiseen. Epäyhtenäisyyksien olemassaolo voi ja oli kotisairaanhoidonkin tapauksessa vähentänyt työntekijöiden tai lähiyhteisöjen välistä luottamusta, mikä ei ole lainkaan eduksi yhteistyön koordinoinnin kannalta. Usko järjestelmän hyödyllisyyteen oli jossain

määrin hiipunut työtaakan lisääntyessä, kun tietoja joudutaan etsimään ja kun joudutaan pitämään yllä varajärjestelyjä. Pahimmillaan tietojärjestelmä voi nousta jopa työnteon esteeksi. Potilaiden kannalta epäyhtenäisyydet voivat pahimmassa tapauksessa vaarantaa hoidon laadun ja jatkuvuuden sekä tasa-arvoisen palvelun. Toisaalta, voidaan kysyä, että voiko joillakin epäyhtenäisyyksillä olla positiivisia seurauksia. Näin luultavasti tiettyyn rajaan asti onkin ajatellen esimerkiksi työntekijöiden työviihtyvyyttä tai paikallisella tasolla tuotettavan palvelun joustavuutta. Kuitenkin, epäyhtenäisyyksien seurauksia voidaan lähinnä vain ennakoida – vähäpätöiseltä ja harmittomalta tuntuva epäyhtenäisyys voi tuottaa hyvinkin harmillisia seurauksia. Osa seurauksista näkyy toki melko suoraan esimerkiksi töiden lisääntymisenä. Mitä suurempi on epäyhtenäisesti kirjattujen tietojen hyödyntäjien määrä, sitä suuremmaksi kasvaa riski, että epäyhtenäisyydestä seuraa jotakin haitallista.

Tietojärjestelmäkäytäntöjen suhteen kotisairaanhoidajien tulisi tietää, missä ja ketkä mahdollisesti voivat käyttää työssään sitä tietoa, jota he järjestelmään kirjaavat. Eri toimintoihin kirjattujen tietojen käyttäjäkunta taas vaihtelee toiminnoinnain. Esimerkiksi kotikäyntejä varten tehdyistä ajanvarauksista eivät kotisairaanhoidajien lisäksi ole kiinnostuneita lähinnä kuin osastonhoitajat. Hoi-lehdelle tehtyjä kirjauksia taas saatetaan hyödyntää missä tahansa terveystoimen yksikössä, jossa järjestelmä on käytössä.

Taulukko 6. Esimerkkejä epäyhtenäisten työkäytäntöjen mahdollisista seurauksista

TYÖTEHTÄVÄ	EPÄYHTENÄISYYDEN MAHDOLLISIA SEURAUKSIA
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Ajan tasalla olevia hoitosuunnitelmia tarvitaan erityisesti, kun hoitaja kohtaa itselleen vieraan potilaan. Hoitosuunnitelmasta selviää potilaalle suunniteltu hoito ja potilaan kokonaistilanne hahmottuu. Mikäli HoSut eivät ole ajan tasalla, hoitajien työaika kuluu, kun HoSuun kirjattavia tietoja etsitään järjestelmän muista toiminnoista, ja riskitilanteet potilaiden hoidon suhteen lisääntyvät.
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito	Erilaiset käytännöt lääkitystietojen kirjauksen suhteen lisäävät tietoja tarvitsevien työtaakkaa ja vaarantavat potilasturvallisuuden.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Hoitovirheiden mahdollisuus kasvaa ja työntekijöiden keskeinen luottamus heikenee, mikäli ajantasaista tietoa potilaan tilasta ei ole saatavilla. Työtaakka lisääntyy, kun potilasta koskevia tietoja joudutaan etsimään.
Kotikäynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Ohjeen mukaisesti syötetyistä raportointikoodeista voidaan muodostaa tilastoja, joiden avulla on mahdollista saada karkea yleiskuva kotisairaanhoidon työn sisällöistä eri alueilla ja eri ajankohtina. Jos koodit syötetään sattumanvaraisessa järjestyksessä, ei syntyvä tilasto enää kuvaa sitä, mitä sen on tarkoitus kuvata. Vääristyneet tilastot voivat johtaa perusteettomaan resurssien jakoon.
Ajanvarausten tekemisen kotikäyntejä varten	Epäyhtenäisyys ajanvarauskäytännöissä saattaa aiheuttaa epävarmuutta sijaisille varsinkin siitä syystä, että tietoa siitä, kuinka usein kunkin potilaan luona tulee käydä, ei löydy Pegasoksesta mistään tietystä paikasta. Tällöin sijainen ei voi kotikäynnin jälkeen olla aivan varma, onko potilaalle varattu jo seuraava aika ja milloin se on.
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Osoitteen puuttuminen aiheuttaa sijaisille lisätyötä, kun he joutuvat etsimään osoitetietoja. Lisätyötä ja mahdollisia riskitilanteita voi syntyä lisäksi, kun vieraassa piirissä työskentelevä hoitaja on omassa piirissään tottunut löytämään jonkin tietyn tiedon tietystä paikasta ja toisessa piirissä se onkin muussa paikassa.
Huone-, vuode- ja huomaus kenttien käyttö	Hoitajan törmätessä itselleen vieraassa piirissä uudensuuntaisiin käytäntöihin työaika kuluu tietojen etsintään, samalla riskitilanteet hoidon suhteen kasvavat.

Tavoitetilan kuvaus

Kuvauksen organisointi

Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksien tunnistamisen ja kartoituksen jälkeen Laboris-ryhmä järjesti syksyllä 2002 yhdessä terveystoimen kanssa työkokouksen, jonka tarkoituksena oli suunnitella työkäytäntöjen yhtenäistämisen toimenpiteitä. Kokouksessa oli Laboriksen tutkijoiden lisäksi läsnä kotisairaanhoidtajia, kotisairaanhoidon osastonhoitajat, aluejohtajat, yksi kotisairaanhoidon lääkäri sekä kaksi Pegasos-kouluttajaa.

Kokouksen aluksi Laboriksen tutkijat esittelivät tunnistettuja epäyhtenäisyyksiä, jonka jälkeen avattiin keskustelu epäyhtenäisyyksien merkityksen arvioimiseksi. Terveystoimen edustajia pyydettiin huutoäänestämään se tärkeysjärjestys, jossa toiminnoista keskusteltaisiin. Keskeisimmiksi toiminnoiksi äänestettiin hoitosuunnitelma ja lääkekorppi, seuraavaksi tärkeimmäksi Hoi-lehti. Keskustelu jäsenyksi sen pohjalta, että mitä epäyhtenäisistä käytännöistä voi seurata niiden eri toimijoiden kannalta, jotka toimintoja käyttävät. Lopulta keskustelussa oli arvioitu epäyhtenäisyyksien mahdollisia seurauksia kaikkien edellä tarkasteltujen

työtehtävien suhteen. Kokouksessa keskusteltiin myös mahdollisista yhtenäisistä käytännöistä eri työtehtävien suhteen, mutta päätöksiä yhtenäistämisestä ei tehty, vaan asian jatkotyöstäminen siirrettiin kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmälle.

Kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmä perustettiin kotisairaanhoidon toiminnan kehittämistä varten ja yhdeksi kehittämisalueeksi otettiin Pegasos-järjestelmän avulla suoritettavan työtoiminnan vähentäminen ja selkeyttäminen sekä yhtenäistäminen. Yksi keskeinen Laboriksen tutkijoiden tekemä havaintohan oli, että kotisairaanhoidajat kirjasivat samoja tietoja moninkertaisesti Pegasos-järjestelmän eri toimintoihin. Kehittämistyöryhmässä oli kotisairaanhoidon edustus, osastonhoitaja ja hoitaja, kultakin neljältä suuralueelta. Lisäksi ryhmään kuului yksi lääkäri. Ryhmän perustamisen myötä terveystoimi otti suuremman vastuun yhtenäistämiprojektissa, joka oli alkanut tutkijavetoisesti. Laboriksen tutkijat osallistuivat ryhmän toimintaan siltä osin kuin siinä käsiteltiin Pegasoksen avulla suoritettavan työtoiminnan ”karsimista” sekä työkäytäntöjen yhtenäistämistä. Ryhmää veti vanhustenhuollon kehittämispäällikkö, joka oli irrotettu kotisairaanhoidon osastonhoitajan tehtävästä. Ryhmä oli kokoontunut elokuuhun 2003 mennessä seitsemän kertaa. Kokoontumiset kestivät kulloinkin noin kaksi tuntia.

Kehittämistyöryhmä jäseni yhtenäisyysasiaa tarkastelemalla, missä kaikissa yksiköissä kotisairaanhoidon kirjauksia voidaan tarvita ja lukea sekä mitä epäyhtenäisistä käytännöistä voi seurata. Asiaa tarkasteltiin työtilanteina ja –ketjuina, joissa epäyhtenäisyyksistä mahdollisesti seuraa harmia työn tekemisen tai sen tuloksen kannalta. Yhtenäisyysasian tärkeydestä kaikki osallistujat olivat melko yksimielisiä, mutta niin pitkälle työryhmä ei päässyt, että yhtenäisistä käytännöistä olisi yksityiskohtaisesti sovittu. Työryhmä päätti työkäytäntöjen yhtenäistämisen päälinjoista, jonka pohjalta vanhustenhuollon kehittämispäällikkö ja Pegasos-kouluttajat työstivät työtoiminnan tavoitekuvauksen, jota kaikkien tulisi jatkossa noudattaa.

Kotisairaanhoidajien työajan käyttö

Kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmä toteutti tietokonetyöskentelyn vähentämiseen ja työkäytäntöjen yhtenäistämiseen tähtäävän työn pohjaksi kotisairaanhoidajien työajan käyttöä koskevan selvityksen. Tarkoituksena oli selvittää, kuinka paljon kotisairaanhoidajat käyttävät työajastaan ns. välilliseen hoitotyöhön ja erityisesti työskentelyyn tietokoneen kanssa. Laboriksen tutkijat vastasivat selvityksen käytännön toteutuksesta keväällä 2003.

Selvityksen (Mähönen, 2003) mukaan hoitajien työvuoron pituus vaihtelee hieman sen mukaan, onko kyseessä päivä-, ilta- vai yövuoro. Päivä- ja iltavuorot olivat keskimäärin noin kahdeksan tunnin mittaisia, yövuorot taas lähes kymmenen tuntia.

Välittömään hoitotyöhön eli potilaskäynteihin ja vastaanoton pitämiseen toimistolla käytettiin keskimäärin aikaa runsaat kolme tuntia päivässä. Kun tarkastellaan kaikkien vuorojen keskiarvoja, muodostuu tuo aika lähes kokonaisuudessaan potilaiden luokse tehtävistä kotikäynneistä. Vastaanottoa pidettiin kes-

kimäärin 7 minuuttia päivässä. Piiri- ja aluekohtainen vaihtelu oli suurta, sillä osassa piireistä ei ole lainkaan vastaanottoa, toisissa taas vastaanotot kestävät aina tunnin.

Välittömään hoitotyöhön kiinteästi liittyviin matkoihin kuuluu päivävuoroissa keskimäärin 35 minuuttia. Ilta- ja yövuoroissa matkoihin kuluva aika on selvästi suurempi, koska hoidettavat potilaat sijoittuvat normaalia päiväpiiriä laajemmalle alueelle. Arkipäivien päivävuorossa ruokatauon pituus on noin puoli tuntia.

Toteutuneen hoidon kirjaamiseen kuuluu hoitajilta keskimäärin 53 minuuttia työvuorostaan. Kirjaaminen toteutetaan lähes kokonaan tietokoneella (47 minuuttia). Suulliseen raportointiin hoitajien kesken kuuluu noin 20 minuuttia kunkin hoitajan päivittäisestä työajasta. Hoidon suunnitteluun puolestaan hoitajat ilmoittivat käyttävänsä keskimäärin noin puoli tuntia päivässä, lääkärin kanssa kommunikointiin vartin ja yhteydenpitoon omaisiin sekä muihin yhteistyötahoihin toisen vartin.

Viikonpäivittäin oli jonkin verran vaihtelua työajan käytössä. Arkipäivistä perjantai erosi hieman muista päivistä. Silloin tehtävän välillisen hoitotyön määrä oli jonkin verran pienempi kuin muina arkipäivinä. Välilliseen hoitotyöhön sisältyviä tietokoneita tehtiin myös muita arkipäiviä vähemmän. Kokoukset sijoituivat alkuviikon päivävuoroihin, samoin kuin pääosin koulutuksetkin. Viikonloppuisin työskentely painottui selkeästi kotikäyntien tekoon. Välillisen hoitotyön – sekä tietokonetyöskentelyn että muun työn – osuus oli arkipäiviin verrattuna huomattavasti pienempi.

Selvityksen mukaan kotisairaanhoitajien välittömän hoitotyön ja välillisen hoitotyön osuuksissa ei ole tapahtunut oleellista muutosta siirryttäessä paperisista potilastiedoista sähköisiin. Arkipäivien päivävuoroissa kokonaistyöajasta kuuluu 38 prosenttia välilliseen hoitotyöhön vastaavien osuuksien ollessa iltavuoroissa 28 ja yövuoroissa 18 prosenttia. Ennen nyt käytössä olevaa Pegasos-järjestelmää välillisen hoitotyön osuus oli päivävuoroissa 36 prosenttia, illalla 27 ja yöllä 18 prosenttia (Tuomisto, 1998).

Kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmässä uudelleen esiin nostettu tavoite, jonka mukaan Pegasos-järjestelmän käytön tulisi vähentää välilliseen hoitotyöhön käytettävää aikaa ja lisätä välittömään hoitotyöhön käytettävää aikaa, ei siis toistaiseksi ollut toteutunut. Tosin selvityksestä ei ilmene, miten potilasmäärät ovat muuttuneet vuonna 1997 tehdyn selvityksen (Tuomisto, 1998) jälkeen, eli onko tietojärjestelmän käyttö mahdollistanut useampien potilaiden tietojen kirjaamisen samassa ajassa kuin aiemmin pienemmän potilasmäärän. Työpäivän rakenne on myös yksi nykyistä työaikajakaumaa ylläpitävä tekijä. Arkipäivien päivävuoro on melko selkeästi rakentunut aamun kotikäynteihin ja iltapäivällä tapahtuvaan työn kirjaamiseen ja suunnitteluun. Toki ajoittain joudutaan tekemään kotikäyntejä myös iltapäivisin.

Sekä työaikaselvityksen että tekemiemme haastattelujen perusteella tiedetään myös, että kaikkia tietojärjestelmän toimintoja ei piireissä käytetty suunnitellulla tavalla. Sitä, miten hoitosuunnitelmien ja lääkekortin ”oikeaoppinen” käyttö vaikuttaisi välilliseen hoitotyöhön kuluvaan aikaan, ei voida varmuudella tietää. Osittain tietysti koko tavoitteen asettelua voidaan kritisoida siitä, että se

luo mielikuvaa, että välillinen hoitotyö olisi jotenkin toisarvoista potilaan hoidon kannalta verrattuna potilaan luona käytettävään aikaan. Toki niin sanotuista turhista tai päällekkäisistä kirjauksista on syytä päästä eroon, ja saada tuo aika käytettyä niin, että se palvelee paremmin potilaan hoitoa.

Kuvauksen sisältö

Toiminnan tavoitekuvauksen tekeminen oli vaikeaa osaltaan siksi, että ne Pegasos-järjestelmän toiminnot, joita kotisairaanhoidajat käyttävät, ovat toisistaan irrallisia toimintoja eivätkä ne ”keskustele” keskenään. Ongelmaksi osoittautui, mistä toiminnosta lähteä vähentämään kirjaamista ja mitä toisaalta yhtenäistää.

Jos esimerkiksi HoSu-toiminto keskustelisi järjestelmän muiden toimintojen kanssa, voitaisiin ratkaista monta ongelmaa samalla kertaa. Kun hoitosuunnitelmat olisivat asianmukaisesti laaditut, ei hoitotyöstä tarvitsisi erikseen tehdä kirjauksia Hoi-lehdelle muutoin kuin silloin kun jotain poikkeavaa on sattunut potilaan luona. Tekniikka voisi nimittäin mahdollistaa sen, että kotikäynnin tehtyään hoitaja vain klikkaisi rastin tehdystä kotikäynnistä, jolloin järjestelmä automaattisesti kirjaisi hoitotoimenpiteet tehdyiksi. Sama päitisi soveltuvin osin kotikäynneillä tehdyistä toimenpiteistä vapaiden raportointikoodien avulla tehtävien koodausten osalta. Myös ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttiin kirjautuisi hoitosuunnitelmasta automaattisesti potilaan luona tehtävät toimenpiteet. Mutta järjestelmä ei siis mahdollistanut kuvatuslaista menettelyä, joskin Pegasosta hyödyntävien kaupunkien ja Novo Group Oyj:n yhteinen työryhmä suunnitteli samanaikaisesti kotisairaanhoidon projektin kanssa järjestelmämuutoksia, jotka ovat kuvatusla suuntaisia. Työkäytäntöjen yhtenäistämistä työstettäessä oli siis samalla pidettävä silmällä, millaisia uusia järjestelmäversioita lähitulevaisuudessa oli mahdollisesti tulossa.

Kehittämistyöryhmässä mukana olleet kotisairaanhoidajat toivat esiin näkemyksen, että jotkut hoitajat olivat haluttomia käyttämään tiettyjä järjestelmän toimintoja. Vakituiset hoitajat tavallisesti muistivat esimerkiksi piirin potilaiden luona tehtävät toimenpiteet ja jopa potilaiden lääkityksen. Haastattelujen perusteella erityisen vaikeaa tuntui olevan motivoitua hoitosuunnitelmien ylläpitämiseen. Tämä taas osoitti, miten tärkeää koulutusvaiheessa on tähdentää käytäntöjen yhtenäisyysasiaa ja sitä, että potilaita koskevia tietoja hyödyntävät muutkin kuin oman piirin hoitajat.

Kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmä päätti lopulta keskittää työkäytäntöjen yhtenäistämisen kolmeen työtehtävään: hoitosuunnitelman laatiminen ja ylläpito, Hoi-lehdelle kirjaaminen ja lääkitystietojen ylläpito. Kyseisiä työtehtäviä pidettiin yhtenäisyysasian kannalta keskeisimpänä ja koulutukseen varatun ajan – päivä per hoitaja – perusteella yhtenäistäminen keskitettiin pääasiassa niihin.

Kotisairaanhoidon kehittämispäällikön ja Pegasos-kouluttajien jatkaessa toiminnan tavoitekuvauksen laatimista eivät Laboriksen tutkijat enää olleet istunnoissa mukana. Tutkijat laativat kuitenkin aineistoa kuvauksen avuksi, esim. taulukon 7 kysymyspatteriston. Tutkijat kävivät lopulta toiminnan tavoitekuvaukset läpi kouluttajien kanssa.

Tavoitekuvausten suhteen päädyttiin lopulta lähelle samoja käytäntöjä, joihin oli päädytty ja koulutettu jo järjestelmän käyttöönottovaiheessa (Taulukko 8). Tulevasta koulutuksesta oli näin tulossa etupäässä kertauskoulutus.

Hoitosuunnitelman osalta uusi käytäntö poikkeaa vanhasta siten, että nyt suunnitelma laadittaisiin niin, että kaikki suunnitelman osiot saadaan ainakin osittain näkyviin yhdelle lehdelle, mitä olikin kotisairaanhoidajien taholla toivottu. Tämä tapahtuu teknisin ja sisällöllisin keinoin. Nyt hoitosuunnitelmassa on valmiina otsakkeet aamu-, ilta- yö- ja viikonloppuhoitoa varten, jotka ennen piti kirjoittaa itse. Koulutuksessa toimintaa ohjeistettiin siten, että kustakin työvuo- rosta, jolloin asiakkaan luona vierailaan, muodostetaan oma hoidon tarpeensa. Sovittiin, että pyritään rajoittamaan näin määritellyt hoidon tarpeet kolmeen, jotta ne saadaan näkymään samalla hoitosuunnitelman etusivulla. Hoidon diagnoosi, hoidollinen tavoite sekä asiakkaan luona tehtävät toimenpiteet kirjataan näiden valmiiden otsakkeiden alle. Aiemmin oli myös mahdollista rakentaa hoitosuunnitelma diagnoosipohjaisten hoidon tarpeiden ympärille. Nyt ohjeistetulla tavalla käytettynä hoitosuunnitelma kuvaa enemmän hoitotyön organisointia kuin potilaan terveydentilaa ja sen muutoksia. Nyt suunnitelmaan kirjattaisiin lisäksi teko- ja tarkastuspäivä, minkä tarkoituksena on lisätä suunnitelmaa hyödyntävän luot- tamusta siihen, että suunnitelma on ajan tasalla.

Hoi-lehdelle kirjaamisen osalta pitäydettiin vanhassa käytännössä sen suh- teen, kuinka usein lehdelle tulee kirjata. Aina kirjataan, kun potilaan luona on jo- tain poikkeavaa. Viikoittaista hoitoa saavista potilaista kirjataan lisäksi lyhyt koonta kerran viikossa. Harvemmin hoitoa saavista tulee kirjata koonta 1-2 ker- taan kuukaudessa. Koonnan kirjaamisen aikaväliä ei harvennettu, vaikka tämä monen potilaan kohdalla olisikin ollut paikallaan. On kuitenkin potilaita, esim. diabetes-potilaat, joiden tilasta on tärkeää olla kirjaus vähintään kerran viikossa. Koulutuksessa päätettiin painottaa erityisesti sitä, milloin kirjataan, miten kirja- taan ja millaisia kirjauksia voi jättää pois. Myös kirjauksen kuittaamisen tärkeys päätettiin ottaa esille. Uutena asiana Hoi-lehdelle laadittiin joitain väliotsakkeita.

Lääkitystietojen kirjaamisen osalta pitäydettiin samassa käytännössä kuin jo käyttöönottovaiheessa. Kunkin potilaan ajantasainen lääkitys tulee löytyä osaston työaseman lääkekortista. Nyt koulutuksessa tulnaisiin kuitenkin korostetusti pai- nottamaan, kuinka lääkeannostukset saa pysymään lääkekortissa halutun ajan. Tämä oli käyttöönottovaiheessa opetettu, mutta sen mukaisesti ei kuitenkaan jos- tain syystä ollut toimittu. Osastonhoitajille ja vastuukäyttäjille oli jälkikäteen asi- asta vielä jaettu ohjeet, jotta nämä jakaisivat ne piireihinsä. Lisäksi opeteltaisiin lääkityssiiirtoja lääkärien lääkitysosiosta ja vanhasta hoitojaksosta.

Tavoitekuvausta ei lopulta laadittu työtilanteiden tai –prosessien kuvauksi- na esimerkiksi taulukoina tai kaavioina, joissa työnjako ja yhteistyösuhteet tulisi- vat ilmi, vaikka työkäytäntöjä tällaisten jäsenysten avulla tarkasteltiinkin käy- tännöistä päätettäessä. Kouluttaja laati sovitut käytännöt kuitenkin kirjallisiksi Pegasoksen käyttöohjeiksi koulutusta varten.

Taulukko 7. Kysymyksiä tavoitekuvauksen avuksi

Hoitosuunnitelma

Synty: Milloin syntyy? Kenen toimesta?
Miten HoSu käytännössä tehdään?
Miltä asiallinen HoSu näyttää/pitäisi näyttää?

Päivittäminen: Milloin muutetaan/korvataan uudella? Kenen vastuulla?

Käyttötavat: Kuka käyttää, miten ja milloin?

Xtra: Kirjataanko hoitokäyntien ajankohdat hoitosuunnitelmaan? Mistä näkee, milloin hoitosuunnitelma on tarkistettu? Miten hoitosuunnitelman asiallinen laadinta voi vähentää Hoi-lehdelle kirjaamisen määrää? Kuka ja miten hoitosuunnitelman asiallisesta ylläpidosta hyötyy? (vai onko kyseessä lisätyö)

Hoi-lehdelle kirjaaminen

Synty: Kirjausten tyypit? Milloin syntyy? Kenen toimesta?
Miten kirjaukset käytännössä tehdään?
Miltä asialliset kirjatukset näyttävät/niiden pitäisi näyttää?

Päivittäminen: Ei muutoksia vaan aina uusi esiintymä. Kenen vastuulla?

Käyttötavat: Kuka käyttää, miten ja milloin?

Xtra: Mikä on tiivistelmän tarkoitus ja kuinka usein se pitää tehdä? Hoi-lehden ja tilastoinnin välinen työnjako? Miten kirjaaminen voidaan pitää minimissään siten, että potilaan saaman palvelun taso pidetään maksimissaan (tai ainakin laissa säädettyllä tasolla).

Lääkekortti

Synty: Milloin syntyy? Kenen toimesta?
Miten lääkekorttia käytännössä luodaan?
Miltä kunnollinen lääkekortin näyttää/pitäisi näyttää?

Päivittäminen: Milloin muutetaan/korvataan uudella? Kenen vastuulla?

Käyttötavat: Kuka käyttää, miten ja milloin?

Xtra: Milloin tehdään ja kenen vastuulla on 'hoitojaksojen' luominen? Miten anostukset saadaan teknisesti pysymään kortissa? Missä muualla potilaan lääketietoja ylläpidetään tai niitä on löydettävissä? Kuka ja miten lääkekortin asiallisesta ylläpidosta hyötyy? Vähentääkö/lisääkö lääkekortin asiallinen ylläpito jollakin tavalla muuta resurssien käyttöä?

Taulukko 8. Toiminnan tavoitetilan kuvaus

TYÖTEHTÄVÄ	TOIMINNAN TAVOITETILA
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Hoitosuunnitelman laatimisen uusi käytäntö poikkeaa vanhasta siten, että nyt se laaditaan niin, että se saadaan näkyviin yhdelle näytölle. Tämä tapahtuu määrittelemällä hoitokäynti (aamukäynti, iltakäynti jne.) hoidon tarpeeksi ja rajoittamalla hoidon tarpeiden määrä kolmeen. Nyt hoitosuunnitelmassa on valmiina otsakkeet aamu-, ilta- ja yöhoitoa varten, jotka ennen piti kirjoittaa itse ja joista tuli kustakin oma lehtensä. Hoidon päätavoite kirjataan sille varatulle omalle riville. Hoidon diagnoosi, hoidollinen tavoite sekä potilaan luona tehtävät toimenpiteet kirjataan valmiiden otsakkeiden alle. Nyt suunnitelmaan kirjataan myös teko- ja tarkastuspäivä.
Rava-indeksin laatiminen ja ylläpito	Ei muutoksia ohjeistuksen. Numeroarvo lasketaan potilaan terveydentilaan ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvien indikaattorien keskiarvon perusteella. Kun potilaan tila muuttuu, tarkistetaan RaVa niiltä osin kuin on tarpeellista eli potilaalle määritellään uusi Rava-arvo
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Ei muutoksia ohjeistukseen: Potilaan lääkitys kirjataan osaston työaseman lääkekorttiin. Lääkitystiedot tulee pitää ajan tasalla.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Ei muutoksia ohjeistukseen: Säännöllistä viikoittaista hoitoa saavan potilaan tilasta kirjataan koonta viikoittain, vaikkei potilaan tilassa olisi ollut muutoksia. Harvemmin hoidettavista kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa. Aina kirjataan, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia tai käynnillä on jotain poikkeavaa. Lehdelle laadittiin joitain uusia väliotsakkeita.
Kotikäyntien ja käynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Ei muutoksia ohjeistukseen: Jokainen kotikäynti tilastoidaan ajanvarauksen perusteella. Työntekijä määrittelee käyntityypin, mahdollisen apusuorittajan sekä potilaan luona kuluneen ajan. Kotikäynnillä suoritettut toimenpiteet syötetään järjestelmään raportointikoodein. Käynnin pääasiallinen syy syötetään ensimmäisenä, tämän jälkeen syötetään kaikki muut potilaan luona tehdyt toimenpiteet.
Ajanvarausten tekeminen kotikäyntejä varten	Ei muutoksia ohjeistukseen: Potilaalle varataan aika kotikäyntiä varten kotisairaanhoidopiirin ryhmäkirjalle. Varausten aikajärjestyksestä, suorittajasta tai tekotavasta ei ole määritetty tavoitetilaa. Ryhmäkirjalta potilaan aika siirretään kotikäynnin suorittavan henkilön ”omalle resurssille”, josta käynti jälkeenpäin tilastoidaan tehdyksi. Ajanvarauksesta tulostetaan päivittäiset käyntilistat, jotka otetaan potilaskierrokselle mukaan.
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Ei muutoksia ohjeistukseen: Kentät hoitajien vapaassa käytössä.
Huone-, vuode- ja huomauskenttien käyttö	Ei muutoksia ohjeistukseen: Kentät hoitajien vapaassa käytössä.

Kuvausvaiheen arviointi

Työtoiminnan kuvausvaihe oli sikäli kaksijakoinen, että se lähti liikkeelle enemmänkin tutkijoiden tutkimusprojektina, jossa oli tarkoitus jäsentää yhtenäisyysteemaa ja tunnistaa työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä. Epäyhtenäisiä käytäntöjä löydettiinkin runsaasti. Niiden mahdollisia seurauksia arvioitiin myös monipuolisesti. Tutkijoiden tunnistamat epäyhtenäisyydet tulivat asianmukaisesti tiedotettua kotisairaanhoidon käyttöön. Myöhemmin terveystoimi otti suuremman vas-

tuun projektissa, kun alettiin laatia työkäytäntöjen yhtenäistämiseen tähtäävää toiminnan tavoitekuvausta. Koko kuvausvaihe tapahtui kuitenkin runsaan vuoden aikana, mikä on työkäytäntöjen yhtenäistämiprojektin jäntevyyden kannalta liian pitkä aika. Vuoden aikana saattaa lisäksi tekniseen järjestelmään tulla muutoksia, mikä voi tehdä yhtenäistämissuunnitelmat tyhjiksi.

Työtoiminnan yhtenäistämisen ja tavoitekuvauksen laatimisen suhteen kotisairaanhoidon kehittämistyöryhmälle oli varattu selvästi liian vähän työaika. Runsaasti yli puolet ryhmän aikaresurssista käytettiin kotisairaanhoidajien työajan käyttöä koskevan selvityksen suunnitteluun, joka tehtiin työkäytäntöjen yhtenäistämisen pohjaksi. Varsinaiseen työtoiminnan yhtenäistämiseen tähtäävä työ jäi näin muutaman työtunnin varaan. Toinen huono puoli ryhmän työskentelyssä oli kokoontuminen vain kerran kuukaudessa, jolloin aiemmalla kerralla käsitellyt asiat tuntuivat unohtuneen. Tiiviimpi työtahti olisi jäntevöittänyt ja tehostanut ryhmän työskentelyä.

Työryhmän koostumus oli sikäli hyvä, että siinä oli mukana myös kenttätöitä tekeviä kotisairaanhoidajia. Tosin toimintatapojen viimeistelyvaiheessa kenttätöntekijät eivät enää olleet mukana, mitä voidaan pitää huonona asiana; töntekijöiden mielipide jäi kuulematta.

Toiminnan tavoitetilan kuvauksen heikkoutena voidaan pitää sitä, että tavoitekuvausta ei kirjaimellisesti ottaen koskaan tehty siinä mielessä, että työtilanteita ja –prosesseja olisi kuvattu esimerkiksi kaavioina tai taulukoina. Toimintatavoista toki sovittiin suullisella tasolla ja niistä tehtiin tekniset Pegasos-käyttöohjeet, mutta paperimuodossa olleet työtoiminnan kuvaukset olisivat olleet jatkossa hyvää koulutusmateriaalia. Tutkijoiden laatimat toiminnan nykytilan kuvaukset paikkasivat tätä puutetta jossain määrin. Muutoin sovitut toimintatavat kattoivat keskeisimmät Pegasoksen avulla tehtävät työtehtävät. Sovitut toimintatavat eivät paljonkaan poikenneet jo järjestelmän käyttöönottovaiheessa sovitusta, mikä ei sinänsä merkitse kuvauksen epäonnistumista. Erilaisia mahdollisuuksia mietittiin, mutta mielekkäät muutokset olisivat olleet mahdollisia etupäässä siten, että itse tekniseen järjestelmään olisi tehty muutoksia.

KOULUTUS

Koulutuksen organisointi ja sisältö

Pegasos-koulutuspäivän suunnitteluun osallistui kaksi terveystoimen Pegasos-kouluttajaa sekä kotisairaanhoidon kehittämispäällikkö. Tutkijat arvioivat laadittua koulutusmateriaalia ja antoivat siitä palautetta. Toinen kouluttajista vei koulutuksen läpi luokkaopetuksena. Koulutus toteutettiin lokakuussa 2003. Kotisairaanhoido oli alkusyksystä saanut lisätyövoimaa, joten uudet hoitajat saivat saman tien koulutuksen järjestelmän käyttöön. Kotisairaanhoido asetti koulutukselle kolme pääasiallista tavoitetta:

- yhtenäistää Pegasos-järjestelmän välittämää työtoimintaa

- tehostaa työajan käyttöä
- kouluttaa uudet hoitajat Pegasoksen käyttöön

Koulutukseen saatiin resursseja siten, että jokaiselle kotisairaanhoidajalle pystyttiin antamaan päivän mittainen koulutus. Koulutuspäiviä kertyi kaikkiaan yksitoista. Koulutusryhmissä oli 7-11 koulutettavaa. Myös joitain sijaisia kävi koulutuksessa. Koulutus tapahtui terveystoimen ATK-luokassa, jossa kullakin koulutettavalla oli käytössään Pegasos-järjestelmä. Kouluttajana toimi pitkäaikaissairaanhoidon osaston Pegasos-vastuukäyttäjä. Kouluttaja valittiin pitkäaikaissairaanhoidosta, koska se on yksi niistä keskeisistä yksiköistä, joissa kotisairaanhoidossa kirjattuja tietoja tarvitaan ja hyödynnetään.

Koulutuspäivä rakentui kolmen kuvausvaiheessa päätetyn teeman ympärille, jotka olivat lääkekortin laatiminen ja ylläpito, hoitosuunnitelman laatiminen ja ylläpito sekä Hoi-lehdelle kirjaaminen. Koulutuspäivään sisällytettiin lisäksi pienempiä kokonaisuuksia, joita olivat mm. potilaan sisäänkirjaus, riskitietojen kirjaus, hintakoodin muuttaminen ja Pegasos-postin tulostaminen. Myös muita Pegasos-asioita otettiin esille koulutettavien toiveiden mukaan sikäli kuin aikaa niille jäi. Koulutuspäivän loppuun oli sijoitettu harjoitustehtävä, jossa päivän aikana opeteltuja asioita harjoiteltiin.

Kouluttaja tiedotti terveystoimen sijaishankintaan, mitä asioita koulutuksessa käsitellään ja mitä ovat nykykäytännöt sekä mistä päivitetyt Pegasos-ohjeet löytyvät. Lisäksi kouluttaja tiedotti päivystysvastaanoton vastuukäyttäjälle, mistä kotisairaanhoidon potilaan hoitosuunnitelman ja lääkekortin löytää.

Koulutuspäivän kulku

Koulutuspäivä alkoi johdannolla, jossa tähdennettiin työkäytäntöjen yhtenäisyyden merkitystä työn tekemisen ja yhteistyön sekä saumattoman hoitoketjun kannalta. Yhtenäisyysasiaa lähestyttiin kuvaamalla, missä kaikissa osastoissa ja yksiköissä voidaan tarvita ja lukea kotisairaanhoidossa tehtyä hoitosuunnitelmaa, lääkekorttia ja Hoi-lehdelle tehtyjä kirjauksia. Yhtenäisyyden merkitystä teroitettiin lisäksi piiriin tulevan vieraan hoitajan, esim. sijaisen kannalta.

Koulutettaville jaettiin tutkijoiden laatima työkäytäntöjen yhtenäisyyttä painottava moniste, jossa kuvattiin esimerkkien avulla kolmen koulutuksen keskeisen toiminnon osalta epäyhtenäisiä käytäntöjä ja niiden mahdollisia seuraamuksia. Koulutettavat lukivat monisteen ennen kolmen toiminnon käsittelyä (Taulukko 9). Osan toimintojen ohjeistuksesta koulutettavat tulostivat itse kouluttajan opastamana kotisairaanhoidon Pegasos-ohjekansiosta, jossa ohjeistusta pidetään ajan tasalla. Tällä pyrittiin opettamaan käyttäjille oikea reitti koulutusmateriaaleihin, jotta he pystyisivät myöhemmin päivittämään tietojaan omaaloitteisesti. Osa ohjeista jaettiin monisteena päivän kuluessa (ks. Kuva 9).

Työtoimintojen opettelu aloitettiin uuden potilaan sisäänkirjauksella. Tämän jälkeen kolmesta työtoiminnoista lääkekortin laatiminen ja ylläpito käytiin läpi ensimmäisenä. Sen jälkeen laadittiin hoitosuunnitelma. Hoi-lehdelle kirjaaminen käytiin läpi viimeisenä, koska sen hoitajat ovat hallinneet parhaiten. Uu-

den potilaan tullessa piiriin hoitajat kuitenkin tavallisesti tekevät ensin tulokartoituksen Hoi-lehdelle, laativat tämän jälkeen lääkekortin ja tekevät sitten hoitosuunnitelman.

Työtehtävät käytiin läpi kunkin toiminnon kohdalla siten, että kouluttaja esitti mallisuorituksen, jonka koulutettavat tekivät perässä omalla koneellaan. Tässä ei ollut vaikeuksia havainnoiduissa koulutusryhmissä. Samanaikaisesti tähdennettiin yhtenäisten käytäntöjen tärkeyttä ja motivoitiin hoitajia yhtenäisyyteen kertaamalla, missä kaikkialla kirjattuja tietoja voidaan tarvita ja lukea. Pienempiä työtoimintoja käytiin läpi aina sopivin väliajoin, esim. ennen kahvitaukoa. Lisäksi käytiin läpi koulutettavien toiveiden mukaan esim. sähköpostin käyttöä, sarja-ajanvarausta, ajanvarausten siirtoa ja laboratoriolähetteen tekoa.

Tässä tutkimuksessa tarkastelluista työtehtävistä kouluttaja oli joissakin koulutusryhmissä lisäksi ottanut esille hoitotyön kirjaamisen raportointikoodien avulla ja muistuttanut, että ensin tulee koodata kotikäynnin pääasiallinen syy ja sitten muut syyt. Lisäksi kouluttaja muistutti joillekin ryhmille, että vapaassa käytössä olleiden huomautuskenttien käyttö on edelleen piirien päätettävissä.

Kouluttaja koetti tuoda koulutuksessa esiin myös näkemyksen, että kun kehitetään kirjaamista, kehitetään samalla hoidon laatua. Ensi alkuun kirjaaminen työllistää enemmän, kun tietoja päivitetään ajan tasalle, mutta ajan kuluessa kirjaaminen tarkentuu ja vähenee.

Kouluttajan arvion mukaan koulutettavien Pegasos-taidoissa oli yllättävän suuria eroja. Koulutuksessa oli edetty hitaampien tahdissa, mutta siitä huolimatta etenemistä ei kukaan ollut pitänyt liian hitaana.

Kun kaikki toiminnot oli käyty läpi, koulutettavat tekivät päivän lopuksi viidestä osatehtävästä koostuvan harjoituksen. Osatehtävät olivat potilaan sisäänkirjaus, potilaan riskitietojen kirjaus, potilaan lääkekortin laatiminen, potilaan tulokartoituksen kirjaaminen Hoi-lehdelle sekä potilaan hoitosuunnitelman laatiminen. Osa havainnoitujen ryhmien koulutettavista suoriutui tehtävästä vajaassa tunnissa, osalta jäi tehtävä kesken noin tunnin työskentelyn jälkeen, jolloin kouluttaja lopuksi esitti harjoitustehtävän mallisuorituksen.

Taulukko 9. Eriytyneitä työkäytäntöjä ja niiden seurauksia

Miten työkäytäntöjen eroavuudet näkyvät ja tuntuvat?

LÄÄKEKORTTI

Näin näyttää olevan

Piirissä A osaston työaseman lääkekorttia pidetään yllä annetun ohjeen mukaan: jokaisesta piirin potilaasta laaditaan lääkekortti ja muutokset lääkityksessä kirjataan siihen välittömästi. Ongelmia tuottaa kuitenkin se, että annostukset häviävät kortista joka toinen viikko itsestään. Potilaan uloskirjauksen yhteydessä koko kortti häviää. Piirin hoitajat pitävät kortteja kuitenkin ahkerasti yllä, vaikka aikaa ylläpitoon kuluukin tolkkuttomasti.

Piirissä B on kyseisistä ongelmista johtuen luovuttu lääkekortin käytöstä, lääkitys kirjataan aika ajoin Hoi-lehdelle.

Myös piireissä C ja D on luovuttu kortin käytöstä. Piirissä C lääkitys kirjataan manuaalisiin kortteihin, piirissä D vihkoon.

Ja tältä se tuntuu

Liisa kiertää sijaisena koko kaupungin kotisairaanhoidon piireissä. Piirissä A Liisa löytää potilaiden lääkitykset helposti ja vaivattomasti lääkekortista, myös HoSut ja kirjaukset Hoi-lehdellä ovat asianmukaisia. Liisa on luottavainen. Piirissä Liisa huomaa, että osalle potilaista on tehty lääkekortti, mutta ne ovat ilmeisen vanhentuneita, osalle ei ole lainkaan tehty. Hän kuitenkin huomaa lääkitystiedot väärässä paikassa, Hoi-lehdellä, eikä luota niihin.

Piireissä C ja D Liisa ei löydä lääkitystä lainkaan Pegasoksesta. Asia selviää kuitenkin muilta hoitajilta, jotka kertovat missä lääkitys on kirjattuna. Päivystyksen lääkäri on tyytyväinen, kun piirin A potilaan lääkitys löytyy osaston työaseman lääkekortista, lääkärin oma lääkitysosio kun ei näytä olevan ajan tasalla. Piirien B, C ja D potilaiden lääkitystä lääkäri ei kuitenkaan löydä, hän ei hoksaa etsiä lääkitystä Hoi-lehdeltä, soitto piiriin selvittää asiaa. Samoin kun piirien B, C ja D potilaat joutuvat muille osastoille, esim. pitkäaikaishoitoon, lääkitystä ei löydy. Vanhukset eivät itsekään helposti muista lääkitystään. Ongelmatilanteita syntyy, hoitovirheenkin mahdollisuus kasvaa.

Yhtenäiset käytännöt lääkekortin ylläpidossa takaisivat, että potilaan lääkitys löytyisi missä tahansa potilas liikkuukin Pegasoksen kattamalla alueella, ja että kuka tahansa ammattilainen, jolla on oikeus katsoa lääkekorttia, löytäisi halutessaan tiedot.

Hoitoyksikkö	Nimi	Alkamispvm	Lähtöpvm				
SIS24	TKS, sisät.sairaala os 24	12.02.2003	08.04.2003	1	12.02.2003	08.04.2003	
H0IV13	Kurjenlinna os. 13	18.02.2003	17.03.2003	1	18.02.2003	17.03.2003	
H0IV12	Kurjenlinna os. 12	24.03.2003	07.04.2003	2	26.03.2003	07.04.2003	
H0KURK	Kurjenkunnas	24.03.2003	07.04.2003	1	24.03.2003	26.03.2003	
H0IV11	Kurjenlinna os. 11	03.04.2003	03.04.2003	1	03.04.2003	03.04.2003	

Valitse haluamasi lääke /lääkkeet, jotka haluat siirtää nykyisen hoitajakson lääkekortille laittamalla "pukki" lääkkeen nimen edessä olevaan neliöön.

Lääkkeiden valinnan jälkeen jatka painamalla **Kopiointi-painiketta**, joka löytyy aivan sivun vasemmasta alanurkasta - kelaa sivuhissillä sivu alas !

Lääke (Vahvuus) Valm.muoto		Tarv.	Tauko	Annostus						Lisätieto	Alkaen pvm	Päät. pvm
				AAMU	AP	PÄIVÄ	IP	ILTA	YÖ			
<input checked="" type="checkbox"/>	Aktipar (100/25 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	1	0	0			03.04.2003
<input type="checkbox"/>	Para-tabs (500 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	1	1	0			03.04.2003
<input type="checkbox"/>	Rivatril (0.5 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0	0	0	0	runsaan		03.04.2003
<input type="checkbox"/>	Sana-sol novum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10ml	0	0	0	0	0			03.04.2003
<input type="checkbox"/>	Tenox (10 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	0	0	1	0	juuri enn		03.04.2003

Kuva 9. Esimerkki koulutusta varten laaditusta Pegasos-ohjeistuksesta.

Koulutusvaiheen arviointi

Annettu Pegasos-koulutus voidaan lukea nonformaalin koulutuksen luokkaan. Pegasos-järjestelmä oli kaikille koulutuksessa olleille jo entuudestaan tuttu, joten koulutuksessa oli enemmänkin kyse yhteistyön oppimisesta ja siitä, miten koulutettavat saadaan toimimaan sovittujen käytäntöjen mukaisesti kuin järjestelmän käytön oppimisesta. Suurin osa koulutettavista oli ollut mukana koulutuksessa jo järjestelmän käyttöönottovaiheessa, mutta mukana oli myös niitä, jotka eivät olleet saaneet minkäänlaista Pegasos-koulutusta. Nämä olivat kuitenkin oppineet työskentelemään järjestelmän kanssa omassa lähiyhteisössään (informaali oppiminen).

Haastattelujen perusteella, jotka tehtiin noin kuukausi koulutuksen jälkeen kahdeksassa piirissä, kotisairaanhoitajilla tuntui olevan selkeä kuva siitä, missä terveystoimen muissa yksiköissä heidän kirjaamia tietoja on mahdollista lukea. Hoitajilla oli myös ilmeisen realistinen kuva siitä, että heidän kirjauksiaan ei juurikaan ole luettu päivystysvastaanotolla tai osastoilla. Kotisairaanhoidon lääkärit olivat hoitajien mukaan lukeneet niitä jonkin verran.

Haastattelujen perusteella ja myös kouluttajan arvion mukaan kaikki koulutettavat ymmärsivät yhtenäisten toimintatapojen merkityksen. Haastatteluista välittyi vaikutelma, että hoitajat kokevat jossain määrin turhauttavaksi yhtenäisten käytäntöjen noudattamisen, koska he eivät usko, että heidän kirjauksiaan luettai-

siin muissa yksiköissä. Toisaalta, joissakin koulutusryhmissä oli syntynyt kiivaitakin keskusteluja siitä, että pitääkö yhtenäisiä käytäntöjä noudattaa vain muita työntekijöitä varten.

Haastatellut hoitajat pitivät koulutusta poikkeuksetta hyödyllisenä. Koulutus nähtiin ennen kaikkea kertauksena ja muistinvirikistyksenä. Koulutuksen nähtiin selkeyttävän ja helpottavan kirjaamiskäytäntöjä. Läpikäydyt asiat olivat pääasiassa tuttuja koulutettaville. Osalle hoitosuunnitelman tekeminen tuntui vaikealta. Sitä pidettiin edelleen sekä teknisesti että sisällöllisesti vaikeana. Aiempi koulutus oli unohtunut eikä suunnitelmia ollut tehty. Potilaan kotisairaanhoidon päätavoitteen ja annettavan konkreettisen hoidon tavoitteiden määrittely tuotti joillekin ongelmia, osa piti niitä keinotekoisina itsestäänselvyyksinä. Lääkekortin osalta uutena asiana tuli kaikille se, miten muodostamalla ”hoitajaksot” lääkeannostukset saa pysymään kortissa halutun ajan. Hoi-lehdelle kirjaaminen oli kaikille lähinnä vanhan kertaamista. Pieninä uusina asioina usealle tuli esimerkiksi hintakoodin vaihto ja riskitietojen kirjaaminen.

Kouluttajaa pidettiin pääasiassa hyvänä. Tämä oli selittänyt asiat käytännönläheisesti, yksinkertaisesti ja selkeästi. Erityisen hyvänä pidettiin sitä, että kouluttaja oli itsekin käytännön hoitotyötä tekevä. Opetuksen tempo oli ollut sopiva ja keskustelulle oli jäänyt aikaa. Huonona puolena pidettiin kuitenkin sitä, että kouluttaja ei tiennyt kovinkaan paljon kotisairaanhoidosta.

Koulutusryhmien koostumuksen suhteen haastatellut pitivät hyvänä sitä, että ryhmissä oli hoitajia jokaiselta neljältä alueelta. Ryhmissä oli syntynyt keskustelua työkäytäntöjen erilaisuudesta ja osa olikin ihmetellyt, miten käytännöt olivat niin erilaisia eri alueiden piireissä.

Haastattelujen perusteella kouluttaja oli ottanut esille tiettyjä asioita vain joissakin ryhmissä, esim. kotikäynneillä tehdyistä toimenpiteistä järjestelmään syötettävät raportointikoodit ja syöttämistä koskevat säännöt. Tämä olisi ollut tarpeellista ottaa esille jokaisessa ryhmässä, koska sovittua sääntöä ei kaikissa piireissä ollut noudatettu.

Kouluttajan tekemän kyselyn perusteella vastaavanlaisia kertauskoulutuksia toivottiin jatkossakin sekä koulutusta uusiin Pegasos-asioihin. Koko päivän kestävään koulutukseen oltiin hyvin tyytyväisiä, mutta tulevaisuudessa puolenkin päivän koulutukset olisivat hoitajien mukaan parempia kuin ei lainkaan koulutusta.

Koulutettavilta ja kouluttajalta itseltään saadun palautteen perusteella annettu Pegasos-koulutus oli siis varsin onnistunut. Keskittyminen kolmeen pääteemaan vaikutti määrällisesti sopivalta kokonaisuudelta yhden päivän mittaiselle koulutukselle. Lisäksi ehdittiin käydä läpi muitakin pienempiä kokonaisuuksia. Yhtenäisyysteema oli sopivassa määrin mukana päivän edetessä. Koulutuksessa läpikäydyt asiat tulivat ymmärretyiksi ja opituiksi valtaosalle koulutettavista, tosin epätasaisuutta lienee jäänyt sen suhteen, miten esim. hoitosuunnitelma osataan laatia tai miten muodostamalla ”hoitajaksot” lääkitys saadaan pysymään lääkekorteissa halutun ajan.

KÄYTTÖ

Koulutuksen jälkeisessä käyttövaiheessa tutkijat olivat mukana kolmena iltapäivänä seuraamassa kouluttajan tekemiä vierihoidokäyntejä. Lisäksi tutkijat tekivät noin kuukausi koulutuksen jälkeen haastatteluja kahdeksassa piirissä. Yksi tutkijoiden tarkastelemista piiritoimistoista sijaitsi fyysisesti täysin erillään muista piireistä. Muut piirit sijaitsivat samoissa tiloissa yhden tai useamman piirin kanssa. Piirejä oli samoissa tiloissa 2-6 ja ne muodostivat hoitajien omia lähiyhteisöjä. Haastatteluja tehtiin kahdeksan kappaletta. Kahdessa haastattelussa oli mukana piirin molemmat työntekijät, muissa yksi. Haastattelujen perusteella samoissa tiloissa olevien piirien kesken keskusteltiin Pegasos-käytännöistä ja kyseltiin neuvoja. Käytäntöjen uskottiin olevan melko yhtenäisiä, mutta lähiyhteisöjen sisälläkin oli yksittäisissä piireissä omia käytäntöjään. Myös yksilötasolla oli omanlaisia käytäntöjä.

Vierihoido

Vierihoidon tarkoituksena oli varmistaa, että hoitajat suoriutuvat työtehtävistään koulutuksessa läpikäydyltä tavalla. Vierihoido voidaan tämän projektin tapauksessa luokitella nonformaaliin koulutukseen kuuluvaksi. Kouluttaja kävi kaikkiaan 12 piirissä juurruttamassa koulutuksessa läpikäytyjä käytäntöjä. Rajallisen aikaresurssin puitteissa kouluttajalla ei ollut mahdollisuutta käydä kaikissa piireissä, mutta tämä pyrki käymään jokaisella neljällä alueella. Kouluttaja valitsi vierihoidopiirit satunnaisesti. Yhtenä valintakriteerinä oli kuitenkin, että kouluttaja ei käy kaikissa niissä piireissä, joissa tutkijoiden oli tarkoitus tehdä myöhemmin haastatteluja. Vierihoidopiireistä viisi oli lopulta sellaisia, joissa tutkijat kävivät haastattelemassa.

Vierihoidotilanteet vaihtelivat suuresti eri käynneillä. Osa oli nopeita visiittejä, joissa lyhyesti keskusteltiin siitä, miten työtehtävien suorittaminen onnistuu Pegasoksen avulla. Joillakin käynneillä kouluttaja kävi työntekijän kanssa kolmekin tuntia läpi hoitosuunnitelmien tekoa. Hoitosuunnitelman tekemisessä haluttiin selvästi eniten tukea. Myös lääkekortteja tehtiin käynneillä. Myös muita toimintoja käytiin läpi jonkin verran. Joillakin käynneillä kouluttaja kävi toimintoja läpi yhden työntekijän kanssa, joillakin niitä selvitettiin porukalla. Kouluttaja sopi käynneistä aina etukäteen piirien kanssa, koska yllätyskäyntien tapauksessa hoitajat olisivat saattaneet kokea vierailun tarkastuskäynniksi.

Käyttövaiheen arviointi

Kouluttaja teki vierihoitokäyntejä lokakuun aikana niinä päivinä, jolloin hän ei antanut luokkakoulutusta, joten osa käynneistä tuli melko lyhyellä viiveellä vierailun piirin koulutuspäivän jälkeen. Näissä tapauksissa hoitajat eivät olleet ehtineet kovinkaan paljon kokeilla koulutuksessa käsiteltyjä käytäntöjä, joten nämä eivät osanneet kysyä kouluttajalta apua. Koulutuksen ja vierihoidon väliin tulisi-kin jättää riittävästi aikaa, jotta työntekijät ehtivät kokeilla koulutuksessa käsiteltyjä asioita. Kotisairaanhoidon tapauksessa kouluttajalle oli varattu luokkakoulutuksen ja vierihoidon toteutukseen aikaa kokonaisuudessaan kuukausi, mikä oli vierihoidon ajatellen varsin lyhyt aika.

Vierihoidon koettiin pääasiassa hyödylliseksi niissä piireissä, joissa kouluttaja kävi. Se, mitä käynneillä tehtiin, määrittyi työntekijöiden toiveiden mukaisesti. Kolmessa piirissä vierihoitokäynnit jäivät lyhyiksi visiiteiksi, koska hoitajat hallitsivat omasta mielestään varsin hyvin koulutuksessa käsitellyt asiat. Se, että vierihoidossa tehtiin hoitosuunnitelmia ja lääkekortteja oikeille potilaille, koettiin selkeyttävänä. Jotkut asiat selkenivät vasta vierihoidon aikana. Tarvetta vierihoidolle siis tuntui olevan koulutuksen jälkeen, etenkin hoitosuunnitelmien teon suhteen. Ne haastatellut, joiden luona kouluttaja ei ollut käynyt, eivät nähneet vierihoidon tarpeelliseksi. Tämä voi kertoa siitä, että Pegasos-asiat hallittiin melko hyvin.

Kahdessa tarkastelluista piireistä hoitosuunnitelmia oli yritetty pitää ajan tasalla HoSu-toiminnossa ennen koulutusta, mutta käytännössä niitä ei kaikille potilaille ollut ehditty päivittää. Yhdessä piirissä hoitosuunnitelma oli aina laadittu uudelle potilaalle, mutta niitä ei sen jälkeen ollut päivitetty. Muissa piireissä suunnitelmia ei ollut tehty. Koulutuksen jälkeen kaikissa piireissä oli alettu laatia hoitosuunnitelmia HoSu-toimintoon. Yhdessä piirissä oli tehty yksi hoitosuunnitelma noin kuukausi koulutuksen jälkeen, muissa useampia. Yhdessäkään piirissä ei kuitenkaan vielä ollut jokaiselle potilaalle ajan tasalla olevaa suunnitelmaa. Suunnitelmia oli tehty, kun aikaa niille oli jäänyt.

Kaikki haastatellut kertoivat koulutuksen selkeyttäneen hoitosuunnitelman tekoa. Osalle sen laatiminen tuotti kuitenkin vielä vaikeuksia. Yksi hoitaja oli laatinut kolmea suunnitelmaa koko aamupäivän. HoSu-toimintoa pidettiin edelleen teknisesti kömpelönä. Myös hoidon tavoitteiden määrittelyä pidettiin jossain määrin keinotekoisena ja turhana. Lisäksi epäiltiin sitä, että ehtivätkö esimerkiksi sijaiset lukemaan suunnitelmia tai katsotaanko niitä muissa yksiköissä. Vaikka hoitosuunnitelmien laatimiselle oli olemassa selvää vastarintaa, jokaisessa piirissä oli kuitenkin asetettu tavoitteeksi, että suunnitelmat laaditaan ja niitä pidetään ajan tasalla. Sitä, että suunnitelmia ei vielä ollut kovinkaan paljon tehty, perusteltiin työn kiireellisyydellä.

Hoi-lehdelle kirjaamisen osalta tarkastelluissa piireissä oli jo ennen koulutusta melko täsmällisesti noudatettu kirjaamissääntöjä, joten koulutus ei tuonut sen suhteen merkittävää uutta. Joillekin haastatelluille potilaan tulokartoituksen tekeminen Hoi-lehdelle oli kuitenkin uusi asia. Joissakin piireissä oli lisäksi jonkin verran ylikirjaamista, kirjattiin enemmän kuin oli tarpeellista. Lehdelle oli

myös kirjattu joissakin piireissä hoitosuunnitelmaan tulevia asioita, koska HoSu-toimintoa ei käytetty, sekä lääkitystiedot, koska osaston työaseman lääkekorttia ei käytetty. HoSun ja Hoi-lehden välistä ”työnjakoa” ei täysin ymmärretty. Kun hoitosuunnitelma on laadittu asiallisesti, ei Hoi-lehdelle tarvitse kirjata päivittäisiä rutiinitoimenpiteitä.

Kahdessa tarkastelluista piireistä pidettiin yllä osaston työaseman lääkekortteja ennen koulutusta. Piirit toimivat samoissa tiloissa ja olivat osana kuuden piirin muodostamaa lähiyhteisöä. Kummassakaan piirissä ei kuitenkaan ollut osattu muodostaa ”hoitajaksoja”, joilla lääkeannostukset saa pysymään kortissa halutun ajan. Toisessa annostuksia oli kirjattu aina uudelleen, kun ne olivat hävinneet, toisessa annostuksia ei pidetty yllä, mutta muutoin lääkitys pidettiin kortissa ajan tasalla. Muissa tarkastelluista kahdeksasta piiristä lääkekortteja ei ollut käytetty.

”Hoitajaksojen” muodostaminen oli tullut koulutuksessa kaikille haastateluille uutena asiana. Asia oli opetettu jo käyttöönottovaiheessa, mutta jostain syystä sitä ei ollut sisäistetty. Osalle haastelluista jaksojen muodostaminen oli epäselvää vielä koulutuksen jälkeenkin. Yksi haastateltu ei muistanut asiaa käsitellyn lainkaan koulutuksessa. Piireissä oli lisäksi epäselvyyttä sen osalta, kenen vastuulla hoitajaksojen laatiminen on. Yhdessä piirissä, joka toimi täysin muista piireistä erillään omana lähiyhteisönään, oli päätetty, että kumpikin piirin hoitajista pitää huolta, että hoitajaksot ovat kortissa olemassa.

Jokaisessa tarkastellussa piirissä oli ryhdytty toimenpiteisiin lääkekorttien osalta. Osassa kortti oli laadittu jo jokaiselle potilaalle, joissakin vain muutamalle. Korttien laatimisen suhteen ei ollut vastarintaa, ne nähtiin tärkeäksi asiaksi. Jokunen piiri piti kuitenkin rinnalla vielä manuaalisia kortteja.

Pegasokseen syötettävien raportointikoodien kirjaamissääntöä kouluttaja ei ollut ottanut esille jokaisessa koulutusryhmässä. Tarkastelluissa piireissä oli jo ennen koulutusta koodit syötetty säännön mukaan siten, että kotikäynnin pääasiallinen syy syötetään ensin. Kahdessa piirissä oli syötetty kuitenkin vain kolme toimenpidettä, vaikka säännön mukaan kaikki toimenpiteet tulisi syöttää.

Työkäytännöt olivat koulutuksessa käsiteltyjen työtehtäväkokonaisuuksien osalta siis lähteneet yhtenäistymään (Taulukko 10). Se, että hoitosuunnitelmat tai lääkekortit eivät olleet vielä täysin ajan tasalla kaikilla potilailla, voi johtua kotisairaanhoidajien työn kiireellisyydestä. Hoitosuunnitelmien osalta kyse saattoi lisäksi olla haluttomuudesta ylläpitää niitä, mutta suunnitelmien laatiminen ei toisaalta kaikkien kohdalla ollut vielä sujuvaa. Myös lääkekortin käyttö oli osittain ontuvaa. Vasta pidemmän ajan kokeilun ja harjoittelun jälkeen hoitosuunnitelmien ja lääkekorttien laatiminen alkanee sujuvoitumaan. Ensi alkuun niiden laatiminen vie huomattavasti työaikaa, mutta sujuvoituessaan järjestelmään kirjaamiseen käytettävä aika vähentyy siitä, mitä se oli ollut ennen koulutusta. Tämän tai työkäytäntöjen yhtenäistymisen luotettavampi arviointi on kuitenkin mahdollista vasta pidemmällä aikavälillä.

Kotisairaanhoidon yli satapäinen henkilökunta on Pegasos-taidoiltaan niin kirjava joukko, että työkäytäntöjen yhtenäistämiprosessissa oli muistinvirkistykseen lisäksi kyse yhtä lailla Pegasos-taitojen oppimisesta, yhteistyön oppimisesta, halujen taivuttelusta sekä vanhan poisoppimisesta.

Taulukko 10. Työkäytännöt koulutuksen jälkeen

TYÖTEHTÄVÄ	TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTYMINEN
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Kaikissa piireissä oli alettu laatia hoitosuunnitelmia HoSu-toimintoon. Yhdessä piirissä oli tehty vain yksi hoitosuunnitelma noin kuukausi koulutuksen jälkeen, muissa useampia. Yhdessäkään piirissä ei kuitenkaan vielä ollut jokaisella potilaalla ajan tasalla olevaa suunnitelmaa. Niitä oli tehty, kun aikaa niille oli jäänyt. Jokaisessa piirissä oli asetettu tavoitteeksi laatia jokaiselle potilaalle hoitosuunnitelma ja pitää niitä ajan tasalla. Suunnitelmien laatimiselle oli kuitenkin olemassa jossain määrin vastarintaa.
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Jokaisessa piirissä oli ryhdytty toimenpiteisiin lääkekorttien osalta. Osassa kortti oli laadittu jo jokaiselle potilaalle, jossakin vain muutamalle. Korttien laatimisen suhteen ei ollut vastarintaa, ne nähtiin tärkeäksi asiaksi. Hoitojaksojen muodostaminen oli vielä epäselvää joillekin hoitajille. Myöskään siitä ei ollut päätetty, kuka piireissä huolehtii ”hoitojaksojen” muodostamisesta.
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Hoi-lehdelle kirjaamisen osalta tarkastelluissa piireissä oli jo ennen koulutusta melko täsmällisesti noudatettu kirjaamissääntöjä, joten koulutus ei tuonut sen suhteen merkittävää uutta. Jollekin potilaan tulokartoituksen tekeminen Hoi-lehdelle oli kuitenkin uutta.
Kotikäynneillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Jokaisessa tarkastellussa piirissä oli jo ennen koulutusta noudatettu sääntöä, jonka mukaan käynnin pääasiallinen syy kirjataan ensin. Kahdessa piirissä syötettiin vain kolme toimenpidettä, muissa kaikki.

IV

TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMISEN MALLI

Tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen epäyhtenäistyminen järjestelmän käyttöönoton jälkeen lienee hyvin yleinen ilmiö. Toisaalta, riittävää käytäntöjen yhtenäisyyttä ei useinkaan saavuteta edes järjestelmän käyttöönottovaiheessa. Yksittäiset työntekijät, jotka hyödyntävät järjestelmään kirjattuja tietoja, havaitsevat kirjaamiseen liittyviä epäyhtenäisyyksiä ja sietävät niitä enemmän tai vähemmän. Aina epäyhtenäisyydet eivät kuitenkaan ole suoraan havaittavissa. Osa epäyhtenäisyyksistä lienee sikäli melko harmittomia, että niistä ei useinkaan seuraa mitään haitallista. Jotkut taas hankaloittavat työn tekemistä välittömämmin ja voivat pahimmassa tapauksessa johtaa harmillisiin seurauksiin työn tuloksen kannalta. Mitä suurempi on järjestelmään epäyhtenäisesti kirjattujen tietojen hyödyntäjien joukko, sitä suuremmaksi kasvaa epäyhtenäisyyden harmillisten seuraamusten mahdollisuus.

Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksien kartoittamisen ja niiden mahdollisten seurausten arvioinnin soisi olevan tapahtuma, joka aika ajoin suoritetaan organisaatiossa kuin organisaatiossa. Jäsennämme tässä luvussa vielä kertaalleen kolmivaiheisen mallin, jonka avulla epäyhtenäisyyksien kartoittaminen ja niiden tarvittava oikominen voidaan organisaatiossa suorittaa.

TYÖKÄYTÄNTÖJEN YHTENÄISTÄMISKIERROS

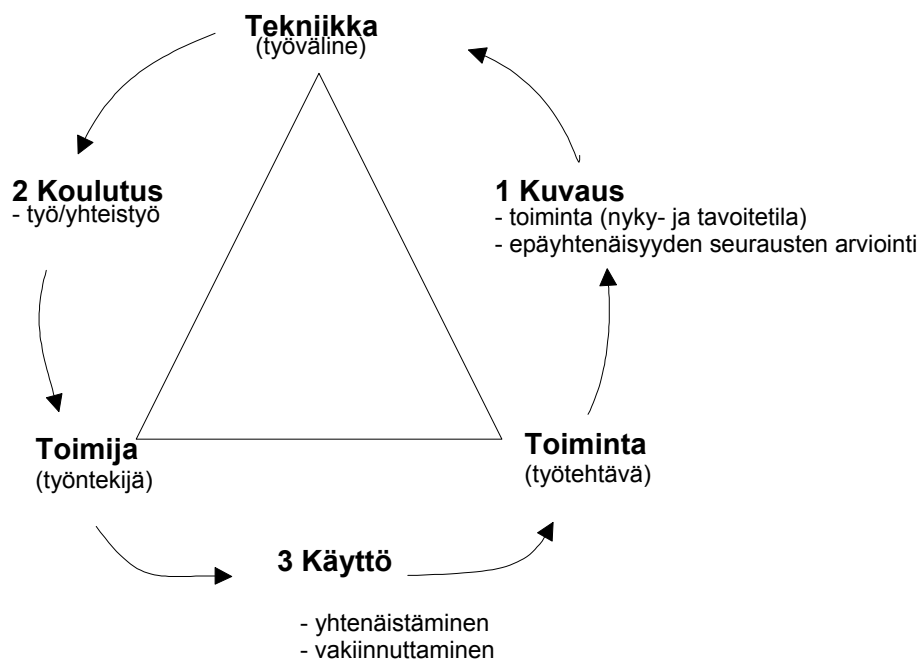
Sovellamme työtoiminnan yhtenäistämisen prosessin jäsentämiseen Laborisryhmässä kehitettyä tietokonepohjaisen tietojärjestelmän käyttöönoton menettelyä (ks. luku 1). Menettely on esitetty systemaattisesti raportissa *Nurminen Markku, Reijonen Pekka ja Vuorenheimo Jaana (2002) Tietojärjestelmän organisatorinen käyttöönotto: kokemuksia ja suuntaviivoja*. Käymme menettelyn vaiheet läpi siten, että ne on muunnettu työkäytäntöjen yhtenäistämiskierroksen toteuttamiseen soveltuvaksi (Kuvio 3). Ideana on siis soveltaa menettelyä työtoiminnan kehittämiseen ja tässä tapauksessa työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksien oikomiseen tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen.

Työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessi on organisatorinen oppimis- ja muutosprosessi. Tällainen yhtenäistämisen prosessi voi koskea toiminnan muuttamista

siten, että tekniseen järjestelmään ei tehdä muutoksia, tai siten, että myös tekni- seen järjestelmään joudutaan tekemään muutoksia. Organisatorinen oppimispro- sessi tarkoittaa tässä muun muassa sitä, että kukin työntekijä oppii tekemään työ- tehtäviään muiden työntekijöiden kanssa yhteensopivalla tavalla. Oppimisen kohteena on siis myös organisaatio eli toimijoiden välinen yhteistyö ja sen peli- säännöt.

Nyt läpikäytävässä menettelyssä työtoimintaa tarkastellaan aiemmin esittä- mämme kolmielementtisen mallin, Toimija-Tekniikka-Toiminta, mukaisesti. Työtoiminnan jäsentäminen kolmen T:n avulla mahdollistaa sekä toiminnan ny- kytilan että tavoitetilan kuvauksen halutulla tarkkuudella. Kun tähdätään työkäy- täntöjen yhtenäistämiseen, on kaivettava esiin se toiminnan tavoitetilan kuvaus, joka tehtiin järjestelmää käyttöönotettaessa.

Seuraavaksi toiminnan nykytila kuvataan kolmen T:n avulla eli kartoitetaan ja tunnistetaan vallitsevat työkäytännöt ja niiden epäyhtenäisyydet. Kuvauksen avulla ei paljastu ainoastaan, miten yksittäiset työntekijät suorittavat työtehtävi- ään järjestelmän avulla, vaan myös se, millaisiin toimiyhteisöihin organisaatio mahdollisesti jakaantuu. Tämän jälkeen arvioidaan epäyhtenäisyyksien mahdolli- sia seurauksia ja päätetään toimenpiteistä toiminnan yhtenäistämiseksi. Toimin- nan tavoitekuvausta voidaan tässä vaiheessa tarvittaessa tarkistaa ja siis sopia uudenlaisista toimintatavoista. Mikäli tällaista tavoitekuvausta ei ole lainkaan olemassa, on sellainen tehtävä tässä vaiheessa.



Kuvio 3. 3T3K-malli tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen yhtenäistämiseksi. Toimija, Tekniikka ja Toiminta ovat ne organisatoriset peruselementit, joiden avulla organisaatiota kuva- taan. Kuvaus, Koulutus ja Käyttö ovat ne vaiheet, jotka työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessissa on käytävä läpi.

Pelkän kuvauksen avulla ei haluttua tavoitetilaa kuitenkaan vielä saada aikaan. Toiminnan yhtenäistämisen prosessi voidaan jäsentää kolmena toisiaan seuraavana vaiheena, jotka ovat Kuvaus, Koulutus ja Käyttö. Koulutus- ja käyttövaihe käsittävät ne toimenpiteet, joiden avulla haluttu tavoitetilaa voidaan saavuttaa. Käymme seuraavassa tarkemmin läpi nämä yhtenäistämisen prosessin kolme vaihetta.

Kuvaus

Tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen yhtenäistämisen prosessin kuvausvaiheen ensimmäinen tehtävä on kuvata kolmen T:n avulla toiminnan nykytila. Kuvaus kertoo, kuka suorittaa mitkäkin työtehtävät sekä miten ja milloin kukin suorittaa työtehtävänsä. Nykytilan kuvaus voi tapahtua esimerkiksi haastatteluiden, kyselyn tai erilaisten ryhmäistuntojen avulla. Vallitsevien käytäntöjen kartoittamisen metodilla ei sinänsä ole merkitystä, kunhan lopputulos kuvaa kattavasti tietojärjestelmän välittämän työtoiminnan nykytilan.

Kun toiminnan nykytila on kuvattu, verrataan sitä toiminnan tavoitetilaa kuvaukseen. Suoritetaanko työtoiminnot käyttöönoton aikana tai muulloin tämän jälkeen suunnitellulla tavalla? Ovatko työkäytännöt kenties epäyhtenäistyneet? Tai onko yhtenäisyyttä koskaan saavutettu? Nykytilan kuvaus paljastaa työkäytäntöjen epäyhtenäisyydet ja vertailu tavoitekuvaukseen kertoo, miten vallitsevat käytännöt poikkeavat mallisuorituksesta. Epäyhtenäisiä käytäntöjä on voinut syntyä esimerkiksi ohjelmistopäivitysten tai työntekijävaihdosten seurauksena.

Mikäli organisaatiolla on sellainen hyväksytyksi todettu tavoitetilaa kuvaus olemassa, jota ei haluta muuttaa, voidaan epäyhtenäisyyksien tunnistamisen jälkeen siirtyä suoraan koulutusvaiheeseen, jossa työntekijät koulutetaan tavoitekuvausten mukaisesti toimintatapoihin. Suositeltavaa kuitenkin on, että tätä ennen arvioidaan epäyhtenäisten työkäytäntöjen mahdollisia seurauksia. Epäyhtenäisyyksien ja näiden mahdollisten seuraamusten läpikäyminen koulutuksessa tekee työntekijälle näkyväksi, mitä mallisuorituksesta poikkeaminen voi merkitä jossakin muussa työketjun vaiheessa kuin tämän omassa työsuorituksessa. Mikäli tavoitekuvausta ei ole lainkaan olemassa tai olemassa olevaa kuvausta halutaan korjata, on epäyhtenäisyyksien mahdollisten seurausten arvioiminen entistäkin tärkeämpää.

Epäyhtenäisten työkäytäntöjen mahdollisia seurauksia voidaan arvioida sillä kannalla, mitä niistä voi seurata työketjujen myöhemmissä vaiheissa työn tekemisen ja yhteistyön sekä tekemisen tuloksen kannalta. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että järjestelmään epäyhtenäisesti kirjattujen tietojen hyödyntäjien työtoiminnalle voi seurata harmia, kun tietoja ei löydykään tutusta paikasta. Pahimmassa tapauksessa epäyhtenäisyydestä seuraa harmia työn tuloksen kannalta. Useimmiten epäyhtenäisyydet tuottavat lähinnä turhaa työtä, kun tietoja joudutaan etsimään tai niiden ajantasaisuutta tarkastamaan.

Ensisijainen tarkastelun kohde on yksittäinen toimija. Tämä ei kuitenkaan estä laajempien kokonaisuuksien, kuten osastojen, yksiköiden tai toimiyhteisöjen toiminnan tarkastelua. Yksittäisen työntekijän toiminnan tarkastelu on itse asias-

sa ehdoton edellytys laajempien kokonaisuuksien tarkastelulle. Yksikin ”heikko lenkki” työprosessissa riittää estämään koko prosessin tehokkaan suorittamisen. Työn organisoinnista ja työntekijöiden keskinäisestä koordinoinnista riippuen yhden työntekijän muiden työkäytännöistä poikkeavat käytännöt saattavat ilmentyä suppeamman (yhden työntekijän yksi työtehtävä) tai laajemman (ryhmä, osasto) työprosessin sujumisessa. Tällainen sipulirenkaan omaisesti laajeneva tarkastelutapa auttaa hahmottamaan ja havaitsemaan sellaisia ongelmia, jotka eivät ilmene arvioinnin kohteena olevan toimijan työssä, vaan jossakin muussa työketjun vaiheessa. Tarkastelutavan avulla voidaan jäsentää erikokoisia toiminnallisia yksiköitä, jolloin työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä ja niiden vaikutuksia toimintaprosessiin ja toiminnan lopputulokseen on helpompi tarkastella.

Arviointia suoritettaessa on koko ajan oltava tarkasti selvillä siitä, millä ”sipulirenkaan” tasolla arviointia kulloinkin ollaan suorittamassa. Tämä on tärkeää, sillä sekä toiminta että sen tavoitteet (tyyppi, määrä, laatu) muuttuvat siirryttäessä tasolta toiselle. Koska tietojärjestelmän hyötykäyttöön vaikuttavat tekijät ovat erilaisia eri tasoilla, ei voida helposti osoittaa mitään ”universaaleja” lainalaisuuksia siitä, mitkä tekijät ovat tärkeitä missäkin ryhmässä tai organisatorisella tasolla.

Sen parhaita arvioijia, miten epäyhtenäisyydet vaikuttavat työn suorittamiseen, ovat luonnollisesti työntekijät itse. Työntekijöillä on epäyhtenäisyyden seurauksista konkreettisia kokemuksia. Sen arvioiminen, miten epäyhtenäisyydet vaikuttavat työtoiminnan lopputulokseen, tapahtuu vertaamalla toiminnan saavutettua tulosta toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin. Arviointi on periaatteessa yksinkertaista, mikäli toiminnan tulos ja laatu on kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti todettavissa (arvioitavissa tai mitattavissa) olevia muuttujia käyttäen. Toiminnan tavoitteet ja laatu on nykyisin yhä useammin kirjattu jonkin tyyppiseen laatukäsikirjaan, joka hyvässä tapauksessa voi toimia toiminnan arvioinnin perustana. Usein riittävän tarkkoja ja yksiselitteisiä tulos- ja laatukriteerejä ei kuitenkaan ole käytettävissä, missä tapauksessa ne on määriteltävä ennen arviointia.

Mikäli organisaatiolla ei ole lainkaan toiminnan tavoitekuvausta tai se haluaa muuttaa nykytilan kuvauksen ja epäyhtenäisyyksien arvioinnin perusteella olemassa olevaa tavoitekuvausta, on seuraava kuvausvaiheen tehtävä tavoitekuvauksen luominen. Tavoitekuvauksen luominen ei välttämättä kuitenkaan ole helppo tehtävä varsinkaan silloin, jos organisaatio jakaantuu useisiin vahvoihin toimiyhteisöihin. Yhtenäisistä toimintatavoista sopiminen merkitsee lähiyhteisön omista paikallisista käytännöistä luopumista. Sopiminen voi merkitä ristikkäisten intressien yhteensovittamista ja valtataistelua.

Kuvauksen tulee kertoa, kuka suorittaa mitkään työtehtävät, milloin mitkään työtehtävät suoritetaan ja miten mitkään työtehtävät suoritetaan. Kuvaus sisältää paitsi toiminnan, myös toimijat ja käytettävän työvälineen – tässä tapauksessa tietojärjestelmän - sekä näiden kaikkien keskinäiset suhteet. Kuvaus tapahtuu roolien tasolla. Roolit eivät ole henkilöitä eivätkä usein edes ammatteja. Rooli on joukko työtehtäviä, joista roolinhaltija on vastuussa.

Kuvausten tulisi olla sellaisia, että ne ovat kaikille ymmärrettävässä muodossa. Erilaiset prosessikaaviot, sanalliset kuvaukset ja taulukot voivat mahdollisesti olla toimivia kuvaustapoja. Kuvauksen tulisi olla helposti muokattavissa

koulutusmateriaaliksi. Kuvauksen aikaansaaminen edellyttää sekä kuvattavan toiminnan ja sitä koskevien sääntöjen että tietokonepohjaisten järjestelmien mahdollisuuksien mahdollisimman hyvää tuntemusta. Tällaista kaksoiskompetenssia harvoin on yhdellä henkilöllä, minkä takia kuvauksen tekemiseen tarvitaan ryhmä, jossa kaikki asianosaiset roolit ovat edustettuina. Kuvaus on toki helpompi, mikäli olemassa olevaa tavoitekuvausta halutaan korjata vain paikoin.

Tavoitekuvaus voi olla pelkästään sellainen, että kuvattu toiminta voidaan toteuttaa ilman muutoksia jo olemassa olevaan tekniseen järjestelmään. Tilanne muuttuu entistä monimutkaisemmaksi silloin, kun suunniteltu toiminnan tavoite-tila edellyttää muutoksia itse tekniseen järjestelmään. Käytännössä tämä merkitsee sitä, että asiakas joutuu ohjelmiston toimittajan kanssa neuvottelemalla etsimään yhteisymmärrystä järjestelmän muutostarpeiden sisällöstä ja ajoituksesta. Muutosten läpivieminen järjestelmään vaatii määrittelyä, suunnittelua, toteutusta ja testaamista ennen kuin järjestelmä voidaan toimittaa jälleen käytettäväksi. Mikäli samalla järjestelmällä on useampia käyttäjäorganisaatioita, voivat neuvotellut muutostarpeista ja niiden läpivieminen olla kaksin verroin hankalampia.

Käytännössä yhtenäistämisen prosessin suuruusluokka voi vaihdella suuresti organisaation koosta ja epäyhtenäisyyksien merkityksestä riippuen. Toisinaan yhtenäistäminen voi koskea vain jonkin yksittäisen toiminnon hyödyntämistä, jolloin kuvaus ja muut prosessin vaiheet ovat pienempimuotoisia.

Koulutus

Kuvausvaiheessa saatiin esitetyksi toiminnan nykytila, ts. vallitsevat työkäytännöt epäyhtenäisyyksineen. Kuvausvaiheen päätyttyä organisaatiolla tulisi olla myös toiminnan tavoitekuvaus, ts. se miten kunkin työntekijän tulisi suorittaa työtehtävät järjestelmän avulla. Tavoiteltava toiminta ei voi kuitenkaan toteutua, elleivät toimijat ole asianmukaisesti koulutettu tavoitetilan asettamien vaatimusten mukaisesti. Osaamisen vaatimukset voidaan johtaa rooleille osoitetuista työtehtävistä ja tietojärjestelmän käytöstä niiden apuna. Koulutus tulisi antaa kaikille saman roolin haltijoille yhteisesti tai ainakin yhtenäisesti, jotta välttyttäisiin tulevaisuudessa jälleen mahdollisilta haitallisilta epäyhtenäisiltä toimintatavoilta.

Mikäli organisaatio on jakaantunut samoja työtehtäviä suorittavien työntekijöiden osalta useampaan lähiyhteisöön, ja työkäytännöt ovat siis vakiintuneet omanlaisikseen kussakin yhteisössä, on ensiarvoisen tärkeää huolehtia siitä, etteivät tietojärjestelmäkäytännöt pääse koulutuksen jälkeen jälleen epäyhtenäistymään lähiyhteisöittäin. Tietojärjestelmän välittämiä työkäytäntöjä yhtenäistettäessä ei useinkaan ole kyse siitä, etteivätkö työntekijät osaisi käyttää järjestelmää. Kyse voi olla enemmänkin siitä, miten työntekijät saadaan toimimaan yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Työntekijöiden omissa lähiyhteisöissään kehittämät työkäytännöt voivat toki olla ”nokkelampia” kuin yhteisesti sovitut käytännöt, mutta ongelma onkin juuri siinä, että ne poikkeavat yhteisesti sovitusta ja voivat aiheuttaa haitallisia seuraamuksia. Työkäytäntöjen yhtenäistämisen on kyse ennen kaikkea yhteistyön oppimisesta: miten minun työsuoritukseni on riip-

puvainen muiden työsuorituksista ja miten minun työsuoritukseni vaikuttaa edelleen työketjun myöhempiin vaiheisiin.

Koulutusmenetelmänä käyttökelpoinen on muutoskeskeinen jäsentäminen. Ensin vahvistetaan, miten työtehtävät suoritettiin aiemmin (epäyhtenäisyydet) ja sitten osoitetaan, miten ne on tarkoitus tehdä muutoksen jälkeen. Aikaisempien käytäntöjen kertaaminen nostaa esiin vallinneet poikkeavuudet. Samalla tarjoutuu mahdollisuus tähdentää toimintatapojen yhtenäisyyden merkitystä käyttäen tarvittaessa esimerkkeinä niitä ongelmia, joita poikkeamat aikaisemmin aiheuttivat. Tätä varten on olemassa hyvää koulutusmateriaalia, mikäli kuvausvaiheen arviointitehtävä on suoritettu asianmukaisesti. Koulutusta ei siis jäsennetä järjestelmän käytön, vaan toimijoiden työtehtävien mukaisesti. Jokaisen läpikäytävän muutoksen ennen-jälkeen –pari esittää työtilanteita ja toimintaketjuja.

Tyypillistä on, että kun toimintaa kehitetään silloin, kun järjestelmä on jo käytössä, kehittämisprosessin tuomat toiminnalliset muutokset ovat vähäisempiä kuin järjestelmää käyttöönotettaessa. Tällöin myös koulutuksen tarve on vähäisempi kuin silloin, kun järjestelmää otettiin käyttöön. Tämä ei tarkoita sitä, että koulutus voitaisiin jättää kokonaan järjestämättä tai ajatella, että se hoituu jotenkin ilman erityistä huomiota. Suorastaan tuhoisaa on, jos muutoksen läpiviemiseen ei ymmärretä varata koulutukseen tarvittavia resursseja. Koulutusta varten pitää olla olemassa kouluttajia, joita voivat olla esimerkiksi organisaation vastuukäyttäjät, sekä asianmukaisesti varustettuja koulutustiloja. Koulutettavilla pitää olla riittävästi aikaa harjoitteluun.

Käyttö

Kun työntekijät on koulutettu tavoitekuvausten mukaisiin toimintatapoihin, alkaa käyttövaihe. Yhtenäistämisprosessi ei tässä vaiheessa suinkaan vielä ole ohi, vaan vuorossa on prosessin tuiki tärkeä käyttövaihe. Työkäytäntöjen yhtenäistämisprosessin käyttövaihe on strategisesti erittäin tärkeä, koska koulutuksen jälkeen työntekijät helposti palaavat omassa lähiyhteisössään vanhoihin tuttuihin toimintatapoihin. Odotettavissa ei siis ole tila, jossa käyttäjät itsestään selvästi työskentelevät järjestelmän avulla koulutuksessa annettujen toimintaohjeiden mukaisesti. Koulutustilaisuudet voivat antaa yhtenäisten käytäntöjen muotoutumiselle milloin paremmat, milloin huonommat lähtökohdat.

Käyttövaiheessa työntekijän tulisi ottaa järjestelmä haltuunsa siten, että sen käyttö sulautuu sovituihin toimintatapoihin. Tällainen sulautuminen voi tapahtua ainoastaan varsinaista työtä tehdessä. Varsinainen harjaantuminen jää jokaisen työntekijän omaksi huoleksi. Oppimissubjektina ovat tällöin organisaation yksittäiset jäsenet. Yhtenäisyysvaatimuksen nimissä on perusteltua siis odottaa, että käytön aikana tapahtuva oppiminen tapahtuu riittävän yhtenäisellä tavalla kaikkien samoja työtehtäviä suorittavien työntekijöiden taholla. On mitä ilmeisintä, että käytäntöjen yhtenäisyys aikaa myöten ihan itsestään rapautuu, ellei asiaan kiinnitetä jatkuvaa huomiota.

Käyttövaihetta silmällä pitäen on tärkeää suunnitella tarvittavia toimenpiteitä yhtenäisten käytäntöjen juurruttamiseksi ja varata tätä varten tarvittavia resurs-

seja. Yksi menetelmä koulutuksessa opettujien toimintatapojen juurruttamiseen voi olla kouluttajien kiertäminen eri yksiköissä ja asioiden läpikäyminen konkreettisesti työtä tehtäessä järjestelmän kanssa. Tällaisen vierihoidon ajoittaminen on harkittava tarkkaan. Vierihoidon ei kannata järjestää välittömästi koulutustilaisuuksien jälkeen, koska työntekijöille on voinut jäädä liian lyhyt aika uusiin toimintatapoihin paneutumiseen. Toisaalta liian myöhään järjestettynä se voi olla tuloksetonta, koska työkäytännöt ovat voineet jo vakiintua lähiyhteisöissä omanlaisikseen ja sovitusta poikkeaviksi ja työntekijät voivat olla tällöin haluttomia niitä muuttamaan.

Työkäytäntöjen yhtenäisyysasian kannalta hyödyllisiä ovat lisäksi jonkinlaiset toistuvat ryhmäistunnot, joissa voidaan käydä lävitse sekä yksilötason että yhteistyön käytäntöjä. On myös tärkeää tavoittaa ne paikalliset asiantuntijat, ”gurut”, joiden puoleen käyttäjät muita useammin kääntyvät neuvoja saadakseen, sillä poikkeavien toimintatapojen on joskus voitu todeta leviävän myös näitä kanavia pitkin. Intranetin välityksellä voidaan niin ikään saada rakennetuksi osaaamista tukevia järjestelyitä. Tieto sovitusta käytännöistä pitää nimittäin olla helposti saatavilla heti, kun toimijat kokevat epävarmuutta oikeista menettelytavoista. Jonkinlainen jatkuvan koulutuksen järjestelmä edesauttaisi sitä, että työntekijöiden harrastus osaamisen hankkimiseen olisi jatkuvasti vireä ja sovittuja toimintatapoja noudatettaisiin.

Yhtenäistämiskierroksen organisointi ja arviointi

Toimintatapojen yhtenäistämiseen tähtäävä kehittämisprosessi on määriteltävä ajallisesti rajalliseksi, jotta työmäärä ja tarvittavat resurssit voidaan määritellä. Ennen prosessin aloittamista tulisi laatia projektisuunnitelma, joka sisältää ainakin seuraavat asiat: tavoitteet, resurssit (toimijat, talous ja aikataulu), arviot riskeistä, tehtävät ja menetelmät, tulokset sekä tulosten arviointi ja mittarit. Prosessin vaiheille, Kuvaukselle, Koulutukselle ja Käytölle, voidaan kullekin määritellä selvät tulokset, ja kokonaisuutena ne sisältävät käsityksemme mukaan kaiken sen, mitä toiminnan yhtenäistämisen prosessin tuleekin sisältää.

Yhtenäistämisen prosessi on muotoiltava siten, että sen edistymistä voidaan luotettavalla tavalla seurata ja ryhtyä mahdollisten tavoitteista poikkeamien aiheuttamiin korjaustoimenpiteisiin myös prosessin aikana. Yhtenäistämisen prosessin kolme vaihetta (Kuvaus, Koulutus ja Käyttö) on pystyttävä arvioimaan paitsi kunkin vaiheen lopussa, myös niiden ollessa meneillään.

Kuvausvaiheen arviointi vaihtelee sen mukaan, millaisesta kuvauskierroksesta on kysymys. Vallitsevien työkäytäntöjen eli nykytilan kuvausta, epäyhtenäisyyksien seurausten arviointia sekä tavoitetilan kuvausta voidaan kutakin arvioida erikseen. Toimintatapojen yhtenäistämiseen tähtäävien kuvausten on katettava kaikki asiaankuuluvat työtehtävät ja kenen tahansa kyseessä olevia työtehtäviä tekevän työntekijän on pystyttävä suorittamaan työtehtävät näiden kuvausten perusteella. Mikäli kuvaus sisältää muutoksia myös itse tekniseen järjestelmään, kuvausta on arvioitava myös järjestelmän suunnittelijan näkökulmasta: onko toiminta, siinä käsiteltävät tiedot ja näiden tietojen käsittelysäännöt esitetty

sellaisella tavalla, että niiden perusteella voidaan luoda tarvittavat tietokannat ja kuvata niissä olevien tietojen käsittelysäännöt. Tällöin tarvitaan järjestelmän suunnittelijan ja kuvauksen tekijöiden tiivistä yhteistyötä.

Toiminnan yhtenäistämisprosessissa annettavan koulutuksen tarkoituksena on yksinkertaisesti se, että sen läpikäytyään toimijat osaavat ja haluavat suorittaa työtehtävänsä järjestelmän avulla kuvauksessa esitetyllä tavalla. Koulutuksen suhteen on hyvä pitää mielessä, että koulutuksen kohteena on nimenomaan työtoiminta, ei pelkkä tietojärjestelmä, vaikka järjestelmäänkin olisi tullut muutoksia kuvausvaiheen aikana. Lisäksi koulutuksessa on huomioitava yhteistyösuhteiden esiintuominen, koska tietojärjestelmä on myös yhteistyön väline. Koulutuksen arviointikriteerinä on ennen kaikkea toimijoiden oppiminen. Onko koulutuksen määrä riittävä ja metodit sopivia, jotta osaaminen saavutetaan työtehtävistä suoriutumisen osalta? Toimijoiden itse arvioima osaamisen taso kertoo riittävällä tarkkuudella koulutuksen riittävydestä ja hyvyydestä, vaikkei hyvä itse arvioitu osaaminen olekaan taie esimerkiksi toiminnan tehokkuudesta. Kaikkien toimijoiden on saatava riittävä määrä koulutusta ja harjoitusta, mikä tarkoittaa sitä, että eri toimijoille on tarjottava tarpeen vaatiessa erilaisia koulutusmääriä.

Käyttövaiheen arvioinnissa on kysymys siitä, missä määrin vaiheessa käytettävät tukitoimenpiteet edesauttavat työkäytäntöjen muokkautumista sellaisiksi kuin oli kuvausvaiheessa sovittu ja koulutuksessa käyty läpi. Tässä ei useinkaan ole kysymys järjestelmän käytön oppimisesta tai osaamisesta, vaan enemmänkin yhteistyön osaaminen ja halusta toimia sovitulla tavalla.

Koko työkäytäntöjen yhtenäistämisprosessia arvioidaan siltä kannalta, että saavutettiin prosessin tuloksena tavoiteltu työkäytäntöjen yhtenäisyys. Tämä ei ole arvioitavissa hetimiten käytön alkaessa koulutuksen jälkeen, vaan jollakin viiveellä riippuen siitä, kuinka laajasta yhtenäistämiskierroksesta on ollut kyse.

KUVA-, KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

- Kuva 1. Hoitosuunnitelma -näyttö
- Kuva 2. Ravan määrittely -näyttö
- Kuva 3. Osastohoito-osion lääkekortti
- Kuva 4. Sairauskertomuksen Hoi -lehti
- Kuva 5. Tilastoituvien tietojen tallennus -näyttö
- Kuva 6. Ajanvarauksen teko -näyttö
- Kuva 7. Ajanvarausten siirto -näyttö
- Kuva 8. Hoitoyksikön asiakkaat -näyttö
- Kuva 9. Esimerkki koulutusta varten laaditusta Pegasos-ohjeistuksesta

- Kuvio 1. Turun kotisairaanhoidon organisaatio
- Kuvio 2. Kotisairaanhoidajan yhteistyötahot
- Kuvio 3. 3T3K-malli tietojärjestelmävälitteisten työkäytäntöjen yhtenäistämiseksi

- Taulukko 1. Projektin vaiheiden tehtävät ja menetelmät
- Taulukko 2. Käyttöönottovaiheen ohjeistus työtehtävien suorittamista varten
- Taulukko 3. Kotisairaanhoidon käyttämät vapaat raportointikoodit
- Taulukko 4. Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä työtehtävittäin
- Taulukko 5. Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyden syntymekanismeja
- Taulukko 6. Esimerkkejä epäyhtenäisten työkäytäntöjen mahdollisista seurauksista
- Taulukko 7. Kysymyksiä tavoitekuvauksen avuksi
- Taulukko 8. Toiminnan tavoitetilan kuvaus
- Taulukko 9. Eriytyneitä työkäytäntöjä ja niiden seurauksia
- Taulukko 10. Työkäytännöt koulutuksen jälkeen

LÄHTEET

- Aaltonen S, Nurminen M.I, Reijonen P and Vuorenheimo J. (2002). User-driven implementation of information systems. Teoksessa: Bødker K., Pedersen M.K., Nørbjerg J., Simonsen J. and Vendelø M.T. (toim.), Proceedings of the 25th Information Systems Research Seminar in Scandinavia. August 10-13, 2002, Bautahøj, Denmark.
- Argyris C. (1990). Overcoming Organizational Defenses: Facilitating Organizational Learning. Boston: Allyn and Bacon.
- Argyris, C. & Schön, D. (1974). Theory in practice: increasing professional effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bardram, J.E. (2000). Temporal Coordination. On Time and Coordination of Collaborative Activities at a Surgical Department. Computer Supported Cooperative Work. Vol. 9, No. 2, s. 157-187.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. New York: Ballantine Books.
- Kim D.H. (1993). The Link between Individual and Organizational Learning. Sloan Management Review, Vol. 35, No 1, s. 37-50.
- Blackler, F. (1995). Knowledge, Knowledge Work and Organizations. Organization Studies. Vol. 16, No. 6, s. 1021-1046.
- Engeström, Y. (1987). Learning by expanding. An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit.
- Engeström, Y. (1993). Organisaation oppiminen uuden luomisena. Teoksessa Seppo Kontiainen ja Kari E. Nurmi, Muutos ja interventio. Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitos, Tutkimuksia 139. Helsinki: Yliopistopaino, 3-28.
- Engeström, Y. (2001). Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualizations. Journal of Education and Work. Vol. 14, No. 1, s. 133-156.
- Gasser, L. (1986). The Integration of Computing and Routine Work. ACM Transactions on Office Information Systems. Vol. 4, No 3 July 1986, s. 205-225.
- George, J.F., Iacono, S. & Kling, R. (1995). Learning in Context: Extensively Computerized Work Groups as Communities of Practice. Accounting, Management, and Information Technology. Vol. 5, No. ¾, s. 185-202.
- Hallitusohjelma (1999). Hallitusohjelma 15.4.1999.
- Hara, N. (2001). Formal and Informal Learning: Incorporating Communities of Practice into Professional Development. Paper presented at the American educational Research Association Annual Meeting, April 10-14, 2001, Seattle, WA. Osoitteessa <http://www.slis.indiana.edu/csi/WP/WP02-04B.html>, 9.10.2002.
- Hara, N. & Kling, R. (2002). IT Supports for Communities of Practice: An Empirically-based Framework. CSI Working Paper. No. WP-02-02. Center for Social Informatics SLIS, Indiana University, Bloomington. Osoitteessa <http://www.slis.indiana.edu/WP/WP02-02B.html>, 8.10.2002.

- Hayes, N. (2000). Work-arounds and Boundary Crossing in a High Tech Optronics Company: The Role of Co-operative Workflow Technologies. *Computer Supported Cooperative Work*. Vol. 9, Nos. 3-4, s. 435-455.
- Heritage, J. (1984) *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Jalonen, K., Kaakinen, J., Nurminen, M. I., Reijonen, P. & Torvinen, V. (2000). Pegasos-järjestelmän tukeman työn arviointi Turun terveystoimessa (Evaluation of the work practices supported by the Pegasos EPR system in Turku Health center). Työsuojelurahaston projekti 99156. 07.03.2000 (unpublished case research report, 79 pages, only in Finnish).
- Järvi, S. & Konttila, J. (2002). Tietämyksenhallinta ja yhteistoiminnallinen työ mobiilissa kotisairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma, Turun yliopisto, toukokuu 2002.
- Järvinen A., Koivisto T. & Poikela E. (2000). *Oppiminen työssä ja työyhteisössä*. Porvoo: WSOY.
- Kivinen, O. & Ristelä, P. (2002). Even Higher Learning Takes Place by Doing: from postmodern critique to pragmatic action. *Studies in Higher Education*. Vol. 27, No. 4.
- Kling, R. & Allen, J.P. (1996). Can computer science solve organizational problems? The case for organizational informatics. Teoksessa Rob Kling (toim.) *Computerization and Controversy* (2nd edition). New York: Academic Press, s. 261-276.
- Kling, R., Kraemer, K.L., Allen, J.P., Bakos, Y., Gurbaxani, V. & Elliot, M. (1996). *Transforming Coordination: The Promise and Problems of Information Technology in Coordination*. Osoitteessa <http://www.slis.indiana.edu/kling/pubs/CTCT97B.htm>, 20.11.2002.
- Kotihoidon laatu 2001. Käsikirjoitus Turun kaupungin kotihoidon laatuksikirjaksi.
- Lave, J. (1996). Teaching, as Learning, in Practice. *Mind, Culture, and Activity*. Vol. 3, No. 3, s. 149-164.
- Lave, J. & Wenger, E. (1991). *Situated learning; Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leontjev, A. N. (1978). *Activity, consciousness, and personality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Malone, T.W. & Crowston (1994). The Interdisciplinary Study of Coordination. *ACM Computing Surveys*. Vol. 26, No. 1, s. 87-119.
- Mark, G. (2002). Conventions and Commitments in Distributed CSCW Groups. *Computer Supported Cooperative Work*. Vol. 11, Nos 3-4. s. 349-387.
- Mähönen, M. (2003). Tietojärjestelmä kotisairaanhoidajan työvälineenä. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, Informaatioteknologian laitos, tietojärjestelmätieteen koulutusohjelma.
- Nurminen, M. I. (1990). Transaction Types and Information Systems. Teoksessa Gro Bjercknes, Bo Dahlbom et al (toim.) *Organizational Competence in System Development*. Lund: Studentlitteratur, 149-172.

- Nurminen, M. I., Reijonen, P. & Vuorenheimo, J. (2002). Tietojärjestelmän organisatorinen käyttöönotto: kokemuksia ja suuntaviivoja. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja, Sarja A, Nro 1/2002. Turku: Turun kaupungin terveystoimi.
- Reijonen, P. & Sjöros, A. (2001). Toimintatapojen vakiintuminen tietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuksen päivät (SoTeTiTe-2001), Kajaani 3-5.6.2001.
- Rorty, R. (1999). *Philosophy and Social Hope*. Harmondsworth: Penguin.
- Sandusky, R.J. (2003). Infrastructure Management as Cooperative Work: Implications for Systems Design. *Computer Supported Cooperative Work*. Vol. 12. No. 1, s. 97-122.12,
- Schmidt, K. & Bannon, L. (1992). Taking CSCW Seriously: Supporting Articulation Work. *Computer Supported Cooperative Work*. Vol. 1, No. 1, s. 7-40.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä (1998). Turun sosiaali- ja terveystoimi, johtoryhmä 9.12.1998.
- Star, S. L. & Griesemer, J. (1989). Institutional Ecology, "Translation," and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939. *Social Studies of Science*, 19, 387-420.
- Suchman, L. (1997). Centers of Coordination: A case and some themes. Teoksessa Resnick, L. B., Säljö, R., Pontecorvo, C., & Burge, B. (toim.) *Discourse, Tools, and Reasoning: Essays on Situated Cognition*. Berlin: Springer-Verlag, pp. 41-62.
- Tuomisto, R. (1998). Kotisairaanhoidossa työskentelevän hoitajan työn sisältö ja työajan käyttö. Pro gradu -tutkielma, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos, Marraskuu 1997. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja N:o 2:1998.
- Wenger, E. (1998). *Communities of Practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wenger, E. (2000). *Communities of Practice and Social Learning Systems*. Organization. Vol. 7, No. 2, s. 225-246,

Työtehtävä	Toiminnan tavoitetilä käyttöönottovaiheessa 1998-2000	Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä keväällä 2002	Toiminnan tavoitetilan tarkastus syksyllä 2003	Työkäytäntöjen yhtenäistyminen koulutuksen jälkeen syksyllä 2003
Hoitosuunnitelman tekeminen ja ylläpito	Jokaiselle kotisairaanhoidon potilaalle tulee tehdä kutakin hoitajaksoa varten Pegasos-järjestelmään hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon päätavoite, ongelmat (tai tarpeet), joita varten kotisairaanhoitoa annetaan, tavoitteet ongelmien suhteen sekä toimenpiteet ja keinot, joilla tavoitteisiin päästään. Hoitosuunnitelma tulee päivittää aina, kun edellä mainittuihin tekijöihin tulee muutoksia.	Hoitosuunnitelmien ylläpito HoSu-toiminnossa oli lopetettu lähes kokonaan. Ne olivat ajan tasalla yhdessä piirissä. Hoitosuunnitelmia oli laadittu joissakin piireissä Hoi-lehdelle.	Hoitosuunnitelman laatimisen uusi käytäntö poikkeaa vanhasta siten, että nyt se laaditaan niin, että se saadaan näkyviin yhdelle lehdelle. Nyt HoSu rakenteistetaan valmiina olevien otsakkeiden – aamu-, ilta-, yö- ja viikonloppuhoito – mukaan. Hoidon päätavoite kirjataan sille varatulle omalle riville. Hoidon diagnoosi, hoidollinen tavoite sekä potilaan luona tehtävät toimenpiteet kirjataan valmiiden otsakkeiden alle. Nyt suunnitelmaan kirjataan myös teko- ja tarkastuspäivä.	Kaikissa piireissä oli alettu laatia hoitosuunnitelmia. Yhdessä piirissä oli tehty yksi hoitosuunnitelma noin kuukausi koulutuksen jälkeen, muissa useampia. Yhdessä piirissä ei kuitenkaan vielä ollut jokaiselle potilaalle ajan tasalla olevaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmia oli tehty, kun aikaa niille oli jäänyt. Jokaisessa piirissä oli asetettu tavoitteeksi laatia jokaiselle potilaalle hoitosuunnitelma ja pitää niitä ajan tasalla. Suunnitelmien laatimista kohtaan oli jossain määrin vastarintaa.
RaVa-toimintakykyindeksin määrittely ja ylläpito	RaVa-toimintakykyindeksi tehdään jokaisesta kotisairaanhoidon potilaasta. Rava-indeksi määrittelee potilaan toimintakyvyn ja kuntoisuuden numeerisessa muodossa. Kun potilaan tila muuttuu, määritellään Rava uudelleen. Jos toimintakyvyssä ei tapahdu muutoksia, indeksiin ei kosketa.	RaVa-indeksejä pidettiin yllä ohjeen mukaisesti.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	
Potilaiden lääkitystietojen ylläpito lääkekortilla	Osaston työaseman lääkekortti on lehti, jossa kotisairaanhoitajien tulee ylläpitää ajantasaista listaa potilaan voimassaolevasta lääkityksestä.	Osaston työaseman lääkekortin ylläpito oli lopetettu yhtä piiriä lukuun ottamatta. Jokainen piiri kertoi, että potilaiden kotona olevassa dosetissa on ajantasainen lääkitys. Lääkitystietoja kirjattiin lisäksi manuaalisiin kortteihin, Hoi-lehdelle, vihkoon sekä huone-, vuode- ja huomautuskenttiin.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	Jokaisessa piirissä oli ryhdytty toimenpiteisiin lääkekorttien osalta. Osassa kortti oli laadittu jo jokaiselle potilaalle, jossa vain muutamalle. Korttien laatimisen suhteen ei ollut vastarintaa, ne nähtiin tärkeäksi asiaksi. ”Hoitajaksojen” muodostaminen oli vielä epäselvää joillekin hoitajille. Myöskään siitä ei oltu päätetty, kuka piireissä huolehtii hoitajaksojen muodostamisesta.

Työtehtävä	Toiminnan tavoitetila käyttöönottovaiheessa 1998-2000	Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä keväällä 2002	Toiminnan tavoitetilan tarkastus syksyllä 2003	Työkäytäntöjen yhtenäistyminen koulutuksen jälkeen syksyllä 2003
Hoitotyön kirjaaminen Hoi-lehdelle	Säännöllistä, viikottaista hoitoa saavasta potilaasta kirjataan koonta viikottain Hoi-lehdelle, vaikkei potilaan voinnissa olisi-kaan tapahtunut mitään poikkeavaa; muista kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa. Aina kirjataan, kun potilaan voinnissa tapahtuu muutoksia.	Kaikissa piireissä oli kirjattu aina, kun potilaan voinnissa oli tapahtunut muutoksia tai kotikäynnillä oli jotain poikkeavaa. Kolmessa piirissä noudatettiin viikottaisen kirjaamisen sääntöä, muissa kirjaamiskerrat olivat harventuneet. Osassa piireistä oli keksitty oma sääntö, jonka mukaan kirjataan 1-2 kertaa kuukaudessa, osassa ei ollut omaa sääntöä, ja oli saattanut kuluu yli kuukausikin, kunnes oli kirjattu.	Ei muutoksia ohjeistukseen: Lehdelle laadittiin joitain uusia väliotsakkeita.	Hoi-lehdelle kirjaamisen osalta tarkastelluissa piireissä noudatettiin annettuja kirjaamissääntöjä. Jollekin potilaan tulo-kartoituksen tekeminen Hoi-lehdelle oli kuitenkin uutta.
Kotikäyntien ja niillä suoritettujen toimenpiteiden tilastointi	Jokainen kotikäynti tulee tilastoida Pegasos-järjestelmään käynnin jälkeen. Käynnit tilastoidaan tehtyjen ajanvarausten pohjalta. Osa tilastoituvista asioista on määritelty työjärjestyksen aikatyyppeihin jo valmiiksi, osan tiedoista työntekijä määrittelee itse. Tilastoinnissa työntekijä määrittelee käyntityypin, mahdollisen apusuorittajan, potilaan luona kuluneen ajan sekä ns. vapailla raportointikoodeilla potilaan luona tehdyt toimet. Käynnin pääasiallinen syy tallennetaan ensimmäisenä raportointikoodina. Sen jälkeen luetellaan kaikki muut asiakkaan luona tehdyt toimenpiteet.	Puolet haastatelluista syötti vapaat raportointikoodit ohjeistuksen mukaisessa järjestyksessä. Puolet syötti koodit mielivaltaisessa järjestyksessä. Koodeja syötettiin yleisimmin niin paljon kuin oli tehtyjä toimenpiteitä. Yksi haastatelluista sijaisista syötti enintään kolme koodia.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	Jokaisessa piirissä noudatettiin sääntöä, jonka mukaan käynnin pääasiallinen syy kirjataan ensin. Kahdessa piirissä syötettiin vain kolme toimenpidettä, muissa kaikki.
Ajanvarausten tekeminen kotikäyntejä varten	Potilaalle varataan aika kotikäyntiä varten kotisairaanhoidopiiriin ryhmäkirjalle. Varausten aikajärjestyksestä tai tekoavasta ei ole määritetty tavoitetilaa. Ryhmäkirjalta potilaan aika siirretään kotikäynnin suorittavan henkilön "omalle resurssille", josta käynti jälkeenpäin tilastoidaan tehdyksi. Ajanvarauksesta tulostetaan päivittäiset käyntilistat, jotka otetaan potilaskierrokselle mukaan.	Ajanvarauksissa oli eroja sen osalta, kuinka pitkäksi aikaa ne tehtiin. Yleisimmin ne tehtiin seuraavan viikon vastaavalle päivälle kotikäynnin jälkeen. Ajanvaraukset siirrettiin yleisimmin ryhmäkirjalta hoitajien omiin ajanvarauslistoihin käyntiä edeltävänä iltapäivänä, joskus samana aamuna. Listat tulostettiin yleisimmin käyntejä edeltävänä iltapäivänä, joskus käyntipäivän aamuna.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	

Työtehtävä	Toiminnan tavoitetila käyttöönotto- vaiheessa 1998-2000	Työkäytäntöjen epäyhtenäisyyksiä ke- vällä 2002	Toiminnan tavoitetilan tarkastus syk- syllä 2003	Työkäytäntöjen yhtenäistyminen kou- lutuksen jälkeen syksyllä 2003
Ajanvarauksen selitekenttien käyttö	Ajanvarauksen selite- ja kommenttikenttien käyttö on piirien päätettävissä.	Yleisimmin kentiin merkittiin tieto poti- laan osoitteesta, lyhenteillä potilaan luona tehtävät toimenpiteet sekä tieto avaimista. Osoitetta ei kuitenkaan kaikissa piireissä kirjoitettu selitteisiin. Muita kentiin kirjat- tuja asioita olivat puhelinnumero, ovikoodi sekä erilaiset kommentit ja ohjeet.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	
Huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttö	Osaston potilaiden kohdalla olevien huone-, vuode- ja huomautuskenttien käyttö on piirien päätettävissä.	Kenttien käyttö vaihteli huomattavasti piireittäin. Yksittäisissä piireissä käyttö oli melko vakiintunutta. Huomautuskenttään oli kirjattu esim. seuraavia tietoja: avaimet, ovikoodit, laboratorioajat, polik.kontrollit, intervallijaksot, apteekkisopimukset, ma- revanhoidot, turvpuhelimet ja verieristyks- estä. Aivan jokaisessa piirissä huomau- tuskenttä ei ollut käytössä. Huone- ja vuo- dekentiin kirjattiin tavallisimmin tiedot avaimista ja ovikoodeista. Muita kentiin kirjattuja tietoja olivat apuvälineet, turva- puhelimet, tiedot kertamaksupotilaista ja apteekkisopimukset. Joissakin piireissä kyseiset kentät eivät olleet lainkaan käy- tössä.	Ei muutoksia ohjeistukseen.	