

Sähköinen potilaskertomus – lupauksia lunastettavana

Terveydenhuoltomme linjauksissa informaatioteknologian käyttöönoton tavoitteena on parantaa terveyspalvelujen tuottavuutta, saatavuutta ja laatua. Sähköinen potilaskertomus on terveydenhuollon informaatioteknologian ydin, johon voidaan liittää täydentäviä osajärjestelmiä. Sitä alettiin viritellä jo 1970-luvulla maassamme. Tuotantokäyttö alkoi yleistyä 1990-luvun alussa ja kymmenisen vuotta sitten yli puolet terveyskeskuksistamme käytti sellaista; erikoissairaanhoido tuli muutaman vuoden perässä. Pari vuotta sitten saavutettiin tilanne, jossa terveyskeskukset, sairaanhoitopiirien sairaalat ja valtaosa yksityisistä lääkäripalvelun tuottajista olivat siirtyneet sähköiseen dokumentaatioon.

Informaatioteknologian laajamittainen käyttö on toteutunut terveydenhuollossamme. Tieto siirtyy ajantasaisesti etäisyyksistä riippumatta sinne, missä sitä tarvitaan, sieltä missä se on. Terveydenhuollon tuottavuuden, saavutavuuden ja laadun pitäisi siis olla jo selvästi parempi kuin vuosikymmenen alussa. Näin ei kuitenkaan ole tapahtunut. Terveydenhuollon palvelutuotannossa informaatioteknologia on toki vain eräs väline. Se on kuitenkin niistä tärkeimpiä, sillä terveydenhuolto on tietointensiivistä työtä. Kun arvioidaan terveydenhuollon ongelmia, myös sen käyttämä informaatioteknologia on otettava kriittiseen tarkasteluun.

Informaatioteknologian käytettävyyttä terveydenhuollossa voidaan tarkastella uuden tiedon luomisessa, sen sijoittamisessa tietojärjestelmään sekä tiedon saatavuudessa. Me viestimme suullisesti hyvin sujuvasti. Tiedon luominen kirjain kerrallaan on h-i-d-a-s-t-a. Se on kuitenkin tosiasia terveydenhuollossa, ja se vie lääkärin ja hoitajan aikaa potilastyöstä. Konekirjoittajakin tuo ylimääräisen vaiheen dokumentointiin, ja tulos on vielä palautettava sanelijalle tarkistusta ja allekirjoitusta varten. Puheentunnistusjärjestelmät eivät ole vielä tehneet kaivattua läpimurtoa.

Toinen hidaste on tiedon sijoittaminen potilaskertomukseen. Esimerkiksi lääkemuutoksen tekeminen vuodeosastokierrolla voi vaatia 14 klikkausta ja siinä ei ole vielä mukana lääkkeen nimen k-i-r-j-o-i-t-t-a-m-i-nen. Dokumentoinnin prosessi vaatii enemmän keskittymistä ja aikaa kuin itse ydinasia: lääkkeen ongelman tunnistaminen ja sen ratkaiseminen. Halutun tapahtuman toteutuminen ei useinkaan tapahdu loogisesti ja käyttäjää neuvovasti, vaan voi vaatia turhauttavan seikkailun tietokoneen näkymästä toiseen ja takaisin.

Kolmas ongelma on tiedon saavutettavuus, mikä koskee sekä yksikön omassa että toisessa organisaatiossa olevaa tietoa. Esimerkkinä olkoon Etelä-Karjalasta hoitotyön rakenteisen kertomuksen pilotointi, joka jouduttiin keskeyttämään. Syynä oli se, että tiedon hakeminen moniportaisesta ja monihaarisesta rakenteesta osoittautui työlääksi sen lisäksi, että tiedon syötön hankaluuden takia osa hoitotyöstä jäi kirjaamatta. Mitä tulee tiedon potilaskertomustiedon hakuun toisesta organisaatiosta, suostumusmenettely on ensin käytävä läpi. Sen jälkeen tiedon löytyminen viitteisiin perustuvasta aluetietojärjestelmästä voi vaatia useiden viitteiden aikaa vevän selaamisen ja yhteenvettoa ei ole saatavissa laboratoriotuloksistakaan.

Tiedon käsittelyn hankaluudet hidastavat toimintaa, kuormittavat työntekijöitä ja johtavat vaaraan, että tieto jää kirjaamatta tai uusi tieto hakematta, jolloin myös potilasturvallisuus vaarantuu. Haitat kumoavat usein sähköisen tiedonkäsittelyn edut. Sähköinen potilaskertomus on vielä keskeneräinen. On toisaalta mahdotonta, että kertomus olisi heti alussa tai myöhemminkään kaikin puolin täydellinen. Aito tuotantokäyttö on armoton testi paljastamaan ongelmat. Päätäjien ja järjestelmien suunnittelijoiden ja toimittajien on kuunneltava käyttäjiä aiempaa enemmän, ja käyttäjien annettava panoksensa kehitystyöhön. Kaikilta vaaditaan muutosvalmiutta. Se on entistäkin tärkeämpää näin kansallisen arkiston kynnyksellä.

Ilkka Winblad, Päätoimittaja