

Lectio praecursoria

Tuulia Paane-Tiainen, 2.2.2013

Arvoisa kustos - arvoisa vastaväittäjä - arvoisa yleisö.



Kuva 1.

Tutkimukseni koskee lääkäreiden vuorovaikutusta potilaan hoidon siirtymisessä hoitopaikasta toiseen, terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon. Se on yksi terveydenhuollon keskeisimmistä hoitotapahtumista. Se toteutuu niin sanottuna hoidon porrastuksena, jossa terveyskeskuslääkäri tekee tarvittaessa potilasta lähetteen erikoissairaanhoidon. Tästä on kuitenkin muodostunut toiminnallinen pullonkaula, johon pitkään on haettu ratkaisua. Case-Kymenlaakson voi katsoa kuvaavan hoidonsiirtymisen toiminnallista tilannetta yleensä Suomessa tänäkin päivänä.

Kymenlaaksossa 2000-luvun alussa kehiteltiin ongelmaan ja lääkäreiden alueelliseen yhteistyöhön informaatioteknologisena ratkaisuna Lääkäriverkkoa ja siinä keskeisenä Konsu-ohjelmaa. Tavoitteena oli potilaan joustava hoidon siirtyminen ja keskinäisen kommunikoinnin edistäminen sekä alueellisen yhteistyön kehittäminen.

Tutkimukseni koskee Lääkäriverkon ja Konsu- ohjelman kehittämistä, käyttöönottoa ja vakiinnuttamista alueellisen yhteistyön kehittämisessä, missä kuitenkin epäonnistuttiin. Tutkimuksessa etsin vastausta Case-Kymenlaakson kautta, mitkä seikat mahdollistavat tietoteknisten ohjelmien epäonnistumisen käyttöönotossa ja mukauttamisessa toiminnalliseen arkipäivään.

Työni alussa kerron yhden potilaan tarinan tässä siirtymässä.

Haastateltu on pohjois-kymenlaaksolainen mies. Kolmen kuukauden aikana hän kävi terveydenhoitajan luona 3 kertaa ja lääkärin vastaanotolla 5 kertaa ja koki, ettei häntä otettu vakavasti. Näiden kertojen aikana hänen kuntosensa huononi ja ärtymyksensä nousi. Viidennellä kerralla hän ilmoitti, ettei hän mene töihin ja läheteitä on kirjoitettava. Lähete lähetettiin, mutta viikon päästä potilas tuli 6. käynnille. Tilanne oli selvästi lääkärinkin mielestä

muuttunut ja lähetettiin uusi lähete, kiireellinen, mutta ei päivystys. Potilasta kehoitettiin olemaan varoilla, jos kutsu erikoissairaanhoidon Kuusankoskelle tulisi. Kutsu tulikin – veritutkimuksiin. Potilas ihmetteli eikö juuri otetut terveyskeskuksen laboratoriovastaukset olleet lähetteen mukana tai muuten tiedossa. Hän ei ehtinyt sairaalan laboratorioista pois kun sai välittömän kutsun osastolle. Siellä hän kuitenkin joutui omien sanojensa mukaan ”narun jatkeeksi”, siis tiputukseen viikon ajaksi, jolloin tehtiin lisätutkimuksia ja yritettiin tavoittaa asiaan erikoistunutta lääkäriä keskussairaalaan. Tavoittamisen jälkeen tapahtui pikainen siirto välittömään leikkaukseen. Mies kotiutettiin heti leikkauksen jälkeen vastoin kokemaansa kuntoa ja muutaman päivän päästä tehtiin kiireellinen uusintaleikkaus. Sen jälkeen hoito keskittyi pitemmän ajan keskussairaalaan. Siinä vaiheessa kun me tapasimme hänen kotonansa, hoito ei ollut siirtynyt terveyskeskukseen vaan aluesairaalan poliklinikalle Kuusankoskelle.

Tarina ei ole epätavallinen. Tapaamani ja haastattelemani muutkin potilaat kertoivat samantyyppisestä prosessistaan, joista näkyi hoidonsiirtymisen kankeus ja potilaiden tyytymättömyys pitkiä odotuksineen ja epätietoisuus-aikoineen. Tämän tapahtumasarjan ratkaisuun myös lääkäreiden odotukset kohdistuivat Lääkäriverkon kehittämässä, keskinäisen luottamuksen rakentamisessa ja joustavan kommunikoinnin ja hoidon toteuttamisessa.

Vallitseva tilanne hoidonpörrästyksen mukaisessa toiminnassa ei tyydyttänyt ketään, se kuormitti kumpaakin osapuolta sekä tekoina että tunnetasolla, joka johti tarpeelliseksi koetun kommunikoinnin välttämiseen. Toimintaan sisältyi negatiivinen jännite, joka johtuu siitä, että toiminnan osapuolilla on erilainen suhde potilaan hoitoon. Perusterveydenhuollossa se on potilaan vaiva suhteessa hänen kokonaistilanteeseensa ja toimintakykyynsä, ja erikoissairaanhoidossa diagnosoitu sairaus.

Ongelman ratkaisuyritys

Sosiaali- ja terveysministeriössä on painotettu organisaatorajat ylittävän yhteistyön kehittämistä ja asiakaslähtöisemmän toimintakulttuurin luomista. Informaatioteknologian on katsottu tuovan tähän keinoja ja välineitä sekä kustannus - vaikuttavuushyötyjä. Vuosituhannen vaihteessa tele- ja etälääketiede alkoivat kehittyä Suomessa ja olivat noususuhdanteessa. Tässä hengessä Kymenlaaksossa käynnistyneessä hankkeessa luotiin toiminta-alustaksi ensin Lääkäriverkko, johon keskeisenä ohjelmana lähdettiin rakentamaan Konsu-ohjelmaa.

Sen lisäksi alustalla oli lähinnä terveyskeskuslääkäreiden päätöksen teon tueksi tarkoitettuja erikoisalujen infosivu, kuten jonotietoja, raportteja, tautitiedotteita, tilastoja ja ajankohtaista tiedotteita. Tavoitteena oli kommunikaation lisääminen ennen kuin potilaasta tehdään lähete, telelääketieteellisen tavoitteen mukaan hoitaa potilasta siellä missä hän on ja vain tieto kulkee lääkäreiden välillä. Siis ensisijaisesti konsultointi ja vuorovaikutteisen keskustelun jälkeen lääkäreiden yhteisen päätöksen pojalta konsultaatio muuttuisi lähetteeksi ja käynniksi erikoissairaanhoidossa. Konsun tavoitteena oli rakentua neuvottelevan yhteistyön välineeksi.

Tutkimuksen prosessi

Prosessin vaiheet olen kuvannut silmukalla (Kuva 2).



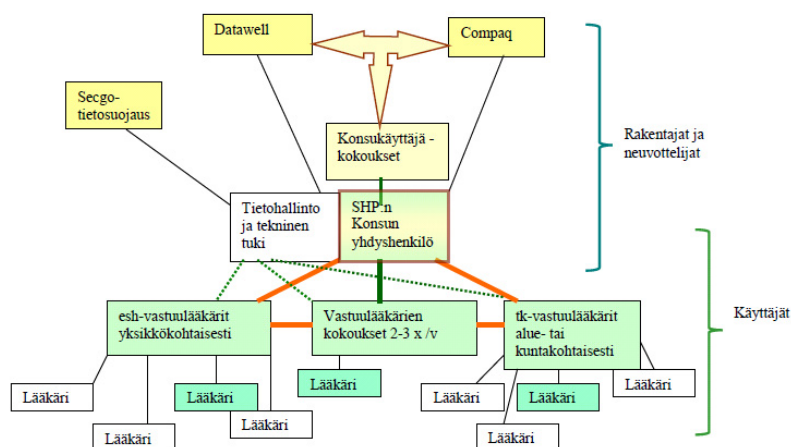
Kuva 2. Prosessisilmukka, tutkimuksen vaiheet ja menetelmät.

Tutkimuksen kysymykset kehittyivät prosessin myötä ja kussakin vaiheessa oli oma tutkimuskysymyksensä. Päämenetelmä on haastattelut ja niiden sisällönanalyysi. Historiallisen analyysin tein kirjallisuuden pohjalta n. 100 vuoden ajalta keskeisenä teeman yhteistyö. Sisällönanalyyseja on kussakin vaiheessa täsmennetty muilla analyysimenetelmillä, jolla olen pyrkinyt kohdentuvaan kuvaukseen.

Tutkimuksen päämenetelmä olivat haastattelut (lääkärit, johtajat, tuottajat, suunnittelijat, hoitajat, potilaat). Tavoitteena oli moniäänisyys ja monen näkökulman kuuleminen. Tämän tyyppinen työskentely kuuluu etnografiaan, erityisesti muutoksen etnografiaan. Sisällön analyysivälineenä olen käyttänyt toimintajärjestelmän mallia. Sen pohjalta olen tarkastellut Konsu-ohjelmaa uutena lääkäreiden välisen yhteistoiminnan välineenä, ja sitä, onko sen käyttöönotto johtanut lääkäreiden yhteistoiminnan muutokseen.

Prosessi eteni pitkälle ja vakiinnuttamisvaiheessa siitä luovuttiin, mitä laskevan prosessin silmukka kuvaa. Tämän jälkeen tärkeäksi tulikin tutkia, mitkä seikat tähän vaikuttivat, miksi muutosprosessi epäonnistui.

Tutkijana olin mukana lähes prosessin alkuvaiheista lähtien. Alkuaan tulin projektin seurantatutkijaksi kun Lääkäriverkko-rakennetta tehtiin ja Konsun tuottaja etsittiin. Tässä vaiheessa selvitin millaisia odotuksia lääkäreillä oli tulevan ohjelman suhteen. Projektin loputtua ja toiminnan siirryttyä Kymenlaakson keskussairaalan omaksi toiminnaksi prosessin seuraajan roolini jatkui ja tein sitä itsenäisenä työnä yliopistossa.



Kuva 3. Suunnittelurakenne.

Siirtymävaiheessa suunnittelurakenne oli kuvan 3 mukainen. Prosessia johtava henkilö toimi ikään kuin linkkinä sekä tuottajien että vastuulääkäreiden suuntaan välittäen molempien näkemyksiä, toiveita ja mahdollisuuksia toteuttaa. Konsu-versioita oli kaikkiaan 3.

Kyse on kahdesta, toisiinsa kytkeytyvästä muutosprosessista:

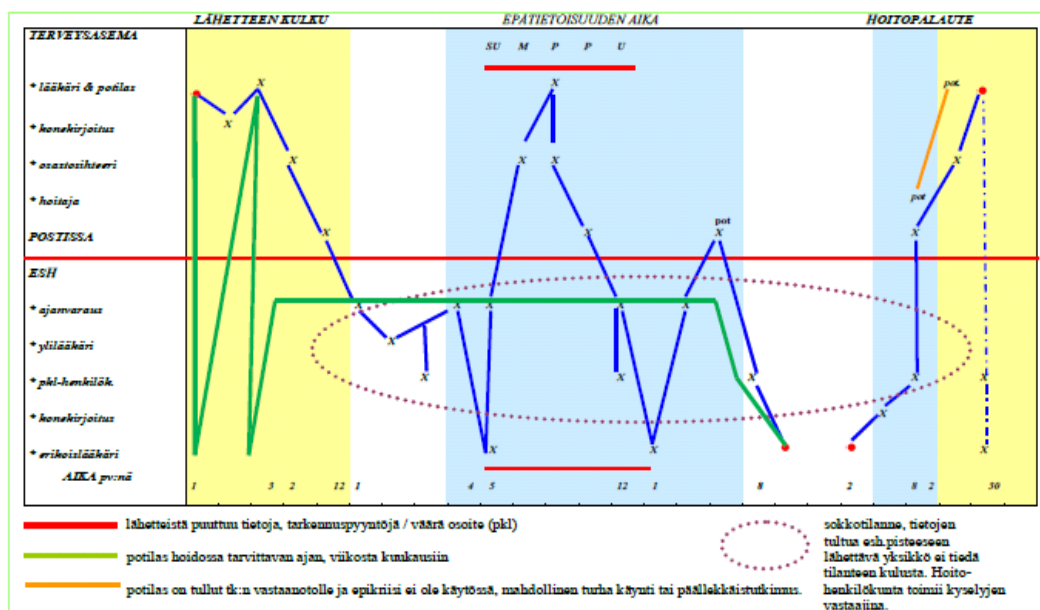
Ylempi - uuden tietoteknisen ohjelmiston valmistamisesta ja alempi - lääkäreiden toiminnan muutoksesta. Syitä uudistuksen epäonnistumiseen on haettu molemmista sekä näiden prosessien keskinäisestä suhteesta. Selkiytän rakennetta kuvalla 4.



Kuva 4. Tiimalasi.

Tulkintani mukaan uudistamisen epäonnistumisen perussyily ilmenee tässä tiimalasirakenteessa: Kehittämisen osapuolet eivät olleet suorassa yhteydessä vaan tieto tarpeista ja mahdollisuuksista välittyy yhdyshenkilön muodostaman kapean kanavan kautta. Se ei mahdollistanut toiminnan yhteisen ymmärtämisen kehittymistä. Tuottajan tavoite ja projektin tavoite eivät riittävästi kohdanneet. Tuotteen suunnittelu etenee yleensä käytössä tapahtuvan testauksen kautta uusiin versioihin, joita käyttäjät testaavat. Olennaista tässä on se, miten käyttäjien tieto työste-

tään ja se yhteistoimintasuhteissaan muuttaa sekä ohjelmaa että ohjelman käyttäjien työ- ja yhteistoimintakäytäntöjä. Suunnittelun tiimalasirakenne johti siihen, että tuottajan tavoite hyvästä it-ohjelmasta tuli ensisijaiseksi ja projektin tavoite muuttaa toimintatapaa sekä kehittää alueellista yhteistyötä jäi toissijaiseksi. Konsu teknisenä rakenteena täytti sille asetetut tavoitteen, siitä olisi voinut muodostua toimiva yhteistyön ja kommunikoinnin väline.



Kuva 5. Lähetete - Konsu virtauskuva.

Kuvassa 5 on kaksi virtausprosessia päällekkäin. Sinisen viiva kuvaa tavallista lähetteen kulkua ja hoitopalautteen kulkua. Merkittävää tässä on epä tietoisuuden aika, johon sisältyy sokkotilanne ja jossa ei kunnolla tiedetä tilanteen kuluista. Lähetete voi myös sumppuuntua, mikä tarkoittaa erilaista edestakaistoimintaa, toiminnan päällekkäisyyksiä ja tarkentamista, ja missä muu henkilökunta on mukana. Vihreä viiva kuvaa Konsu-ohjelmassa tapahtuvaa konsultaatiota ja sen muuttumista läheteteeksi lääkäriltä toiselle. Prosessi keskittyy lääkäreille, yksinkertaistuu ja vaiheet vähenevät puoleen.

Kun analysoin sitä, miten lääkärit käyttivät Konsu-ohjelmaa, löysin yhteistoiminnan kannalta tärkeitä vaiheita. Niissä oli kyse tavoitteen mukaisesta toiminnasta, ensisijaisesti konsultaatiosta ja yhteistoiminnan edellyttämästä tiedonvaihdoista ennen kuin konsultaatio muuttuu yhdessä sovittuna läheteteeksi.

Konsu-ohjelmalla näytti olevan erityistä arvoa tiedon välittämisen välineenä terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon välisellä ” ei kenenkään maalla”, jossa korostuvat osapuolten erilaiset tavat ymmärtää asioita. Konsun käyttö toi esiin nämä, ajatustapojen ja käsitteiden eroihin liittyvät ongelmat, jotka olisivat edellyttäneet työnjaon ja yhteistyön uudelleen arviointia.

Ohjelmiston käytön hiljaisen lopettamisen jälkeen tutkittavaksi jäi se, miksi uudistus epäonnistui. Tiivistän tutkimukseni havainnot kolmeen tekijään.

1. Hoidonporrastukseen sisältyvää työnjaon ja yhteistyön mallia ei kyseenalaistettu.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli uudistuksen käynnistyessä jännitteitä, jotka osaltaan vaikuttivat siihen, että kehittämiselle ei ollut määritelty selkeää yhteistä päämäärää. Uudistuksen lähtökohtana ollut tulevaisuuden visio hukkui uudistustyön aikana teknisten ratkaisujen alle. Konsun käyttö toi esiin työnjaon ongelmat, mutta niitä ei käsitelty yhdessä, yhteisinä ongelmina.

Konsun tarjosi mahdollisuuden uuden toimintarakenteen ja yhteistyön kehittämiseen. Näitä mahdollisuuksia ei tunnustettu ja hyödynnetty siksi, että kehittämistyössä ei kiinnitetty huomiota toiminnan yhteisöllisyyteen. Kuitenkin kun analysoin lääkäreiden välisen yhteistyön verkostoja Konsun käytön loppuvaiheessa, löysin asiantuntijaverkoston syntymiseen aihioita.

2. Erilaisten lähtökohtien liian vähäinen erittely ja niitä yhdistävän vision rakentamisen laiminlyöminen

Yhteisesti ymmärretty visio ei puuttunut vain yhteistyön osapuolien väliltä vaan myös ohjelman tuottajien ja osapuolten väliltä. Lähtötilanteesta oli yhteinen käsitys, mutta tavoiteltu uusi malli jäi epämääräiseksi. Uuden ohjelmiston ja yhteistyön tarve ja siitä koetut hyödyt jakautuivat osapuolten kesken epätasaisesti.



Kuva 6. Päämääräristiriita.

Konsun tuottamisprosessi ja toiminnan muutosprosessi olivat erillisiä, mikä johti siihen, ettei yhteistä visiota uudesta mallista syntynyt (kuva 6). Prosessin aikana kehittynyt suunnittelun ja käytön tukirakenne muodostui edellä kuvatun tiimalasiksi, jossa yhdyshenkilö välitti tietoa ohjelmistosuunnittelun ja työn kehittämisen välillä. Asioita ei aina ymmärretty samalla tavalla eikä ohjelman tuottajat riittävästi olleet selvillä käyttäjien erimielisyyksistä. Hyvän ohjelmiston tuottaminen painoi päämääränä enemmän kuin hankkeen tavoite kehittää yhteistyötä ja kommunikointia. Koulutuskin keskittyi tekniseen suorittamiseen eikä toimintaprosessin muuttamiseen.

3. Uudistus eteni ohjelmistosuunnitteluna tekniikan ehdoilla. Tämä kavensi yhteistyön kehittämisen keinovalikoimaa.

Toiminnan muuttaminen jäi siis yksittäisen lääkärin oman kiinnostuksen varaan.

Eriäviä käsityksiä ei käsitelty riittävästi eikä myöskään yhteisestä tulevaisuuden mallista neuvoteltu riittävästi yhteisen näkemyksen luomiseksi. Prosessin edetessä huomattiin, että ohjelman yhteinen omaksuminen on tärkeää, samoin kuin että toiminnan muutoksesta on osapuolilla samansuuntainen käsitys ja tunnetaan koko prosessi.

Mitä tutkimus tuotti

Mielestäni muutosta tulee tarkastella sekä horisontaalisina että vertikaalisina toimina ja organisaatiosuhteina.

Lähetteen ja Konsun kulkukuvaukset osoittivat, että kyse ei ole vain työnkuvauksesta vaan myös suhde- ja valta-verkostosta. Tutkimuksessa ilmeni, että Konsulla oli merkitystä, ei vain lähetteen välineenä vaan myös yhteistoinninan välittäjänä. Yhteinen prosessikuvaus toi esiin toiminnassa olevat katkokset ja vuorovaikutuksen paikat sekä lääkäreiden erilaiset tulkinnat toiminnasta, missä heidän tulee suhteuttaa toimintojaan yhteen.

Tutkimuksen perusteella muutosjohtamisessa ja toiminnan kehittämisessä, jossa käytetään tietoteknisiä välineitä, tulee yhdistää rinnakkaiset prosessit ja nähdä kehitettävä ohjelma, ei vain korvaavana tekemisen välineenä vaan toimintaan vaikuttavana tekijänä.

Tutkimus moniäänisyydessään tuotti myös tietoa potilaan roolista, jossa on oleellista kuinka lääkärit sen näkevät. Potilaan rooli on historiassaan kehittynyt ja muuttunut varteen otettavaksi yhteiskumppaniksi, aktiiviseksi omaan hoitoonsa vaikuttavaksi henkilöksi.

Tutkimuksen tuotoksena syntyi loppuhypoteesi: - Yhteistyön kehittäminen vaatii keskinäisen riippuvuuden moollemminpuolista tunnistamista ja tunnustamista ja lähete-konsultaatiokäytännön uudenlaisen toimintatavan rakentamista.

Pyydän teitä dosentti Alasoini käyttäytymistieteellisen tiedekunnan määräämänä vastaväittäjänä esittämään ne muistutukset, joihin katsotte väitöskirjani antavan aiheita.

Paane-Tiainen, Tuulia. 2013. Murtuuko muuri: Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta, käyttäytymistieteiden laitos.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-8206-1>