



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

Tiedonsiirron toteutuminen iäkkään potilaan hoitovastuun siirrossa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä

Henkilöstön näkökulma

Anne Mylläri

Elina Salonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulu
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Kliininen asiantuntija, ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden palveluketjujen kehittäminen

MYLLÄRI ANNE & SALONEN ELINA:

Tiedonsiirron toteutuminen iäkkään potilaan hoitovastuun siirrossa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä

Henkilöstön näkökulma

Opinnäytetyö 106 sivua, joista liitteitä 26 sivua
Marraskuu 2017

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä tapahtuvaa tiedonsiirtoa, siihen liittyviä haasteita ja kehittämiskohteita erityisesti iäkkään potilaan hoitotyössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa saumattoman tiedonsiirron ja yhteistyön kehittämiseen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä aikaisempaan tutkimustietoon ja tiedonsiirron kartoitukseen pohjautuen. Tavoitteena oli opinnäytetyön hyödyntäminen työelämän kehittämisessä, jatkotutkimuksen tekemisessä ja opetuskäytössä.

Tutkimukseen osallistui henkilöstöä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä sekä Perusturvakuntayhtymä Akselista. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisesti ja aineisto analysoitiin kvantitatiivisella tutkimusotteella Excel-tilasto-ohjelman avulla. Tutkimuksen avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset analysoitiin kvalitatiivisella tutkimusotteella.

Tutkimustulosten mukaan erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä siirtyvän potilaan hoidon kannalta olennaisten tietojen siirtymisessä oli puutteita, jolla on vaikutuksia hoidon jatkuvuuden turvaamiseen ja potilasturvallisuuteen. Sekä erikoissairaanhoidon, että kotihoidon henkilöstö toi esiin huolen potilasturvallisuuden toteutumisesta, kun tieto ei siirry toivotulla tavalla. Sekä erikoissairaanhoidon, että kotihoidon henkilöstö toi tiedonsiirron puutteellisen toteutumisen lisäksi esiin, että potilaan kotiuttaminen liian varhaisessa vaiheessa tai liian nopealla aikataululla johtaa potilaan hoidon suunnittelemtuuteen ja näin ollen heikentää potilasturvallisuutta. Yhteistyötä ja hoidon suunnitelmallisuutta kehittämällä sekä kirjausmenetelmiä ja potilastietojärjestelmiä yhtenäistämällä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen hoitovastuuta siirrettäessä.

Tulokset vahvistavat yhdessä aikaisemman tutkimustiedon kanssa, että toimintayksiköiden välistä tiedonsiirtoa kehittämällä voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja välttää potilaiden uusintakäyntejä sairaalaan. Jatkotutkimusehdotuksia ovat tiedonsiirron toteutuminen kotihoidon asiakkaan näkökulmasta, etäyhteydenpitovälineiden hyödynnettävyys tiedonsiirrossa ja hoitotyön yhteenvedon tietosisällön tutkiminen hoitajan näkökulmasta.

Asiasanat: tiedonsiirto, iäkkään potilaan hoitovastuun siirto, erikoissairaanhoido, kotihoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Practice Expertise

MYLLÄRI ANNE & SALONEN ELINA:

Information Exchange in Transitional Care of an Elderly Patient between Home Care and Specialized Medical Care

A Personnel's Perspective

Master's thesis 106 pages, appendices 26 pages
November 2017

The purpose was to chart the information exchange, observe challenges and development objects in transitional care between specialized medical care and home care in an elderly patient's nursing. Aim was to utilize the thesis in the development of working life and collaboration between specialized medical care and home care, for further research and teaching.

The staff in the Hospital District of Southern Ostrobothnia and in Basic Security Federation of Municipalities Akseli in Finland attended the study. The data were collected electronically through questionnaires and were analysed using quantitative research approach. The answers of open questions were analysed by a qualitative research method.

The results showed that there are deficiencies in the exchange of information in a patient's transitional care between specialized medical care and home care, which has implications for the continuity of care and safety. Respondents brought up concerns of patient safety, when the information was not exchanged properly and that premature patient discharge leads up to unplanned continuity of care and reduces patient safety. By increasing the planning and co-operation of care, treatment processes, consistent recording methods and patient information systems, it is possible to enhance the patient's safety in transitional care. The results indicated that by improving communication between care units, patient safety could be enhanced and patient re-hospitalization avoided.

Key words: information exchange, discharge, elderly patient, specialized medical care, home care

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	6
2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	12
3.1. Iäkkäiden henkilöiden asumismuodot Suomessa	12
3.2. Iäkkäiden potilaiden siirrot elämän loppuvaiheen hoidossa	12
3.3. Potilaan hoitoa ja potilasasiakirjoja koskevat lait ja asetukset	14
3.4. Potilassiirron saumakohtia	14
3.5. Potilassiirtoon liittyvä tiedonkulku	16
3.6. Turvallisen potilassiirron toteuttaminen	18
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET	21
5. METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT.....	22
5.1. Kvantitatiivinen tutkimus	22
5.2. Aineiston keruu.....	23
5.3. Aineiston analyysi.....	25
6. TULOKSET	28
6.1. Tiedonsiirron toteutuminen ja -menetelmät iäkkään potilaan siirtyessä kotihoidosta erikoissairaanhoidon	29
6.2. Tiedonsiirron toteutuminen ja -menetelmät iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon	40
6.3. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon	48
6.4. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirryttyä kotihoidosta erikoissairaanhoidon	51
6.5. Tiedonsiirron kehittämiskohteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä potilasturvallisuuden näkökulmasta	55
7. TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	59
7.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu	59
7.2. Tutkimuksen eettisyys	62
7.3. Tulosten tarkastelu ja kehittämissuhteet	64
7.4. Johtopäätökset.....	70
7.5. Tutkimustulosten hyödynnettävyys työelämän kehittämiseen ja opetuskäyttöön	73
7.6. Jatkotutkimusehdotukset.....	74
LÄHTEET	75
LIITTEET	81
Liite 1. Tutkimukset taulukossa luetteloituna.	81

Liite 2. Kyselylomake kotihoidon henkilöstölle.	92
Liite 3. Kyselylomake erikoissairaanhoidon henkilöstölle.	97
Liite 4. Taulukko tiedonsiirron kehittämisestä iäkkään potilaan siirtyessä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä potilasturvallisuuden näkökulmasta.	103

1. JOHDANTO

Väestörakenteeltaan ikääntyvässä Suomessa terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia, koska väestörakenteen muutos vaikuttaa laajasti koko yhteiskuntaan ja palveluiden järjestämiseen. Iäkkäiden ihmisten palveluiden alueelliset erot ovat suuria ja palvelut ovat pirstaleiset. Sosiaali- ja terveysministeriön johtaman kärkihankkeen tavoitteena on kustannusten hillitsemisen lisäksi kehittää kotihoitoa, perhehoitoa ja omaishoitoa siten, että palveluista saadaan yhdenvertaisemmat ja paremmin koordinoitua iäkkäille ja heidän läheisilleen. Terve ikääntyminen tukee iäkkäiden täysivaltaista osallisuutta yhteiskuntaan parantaen samalla heidän elämänlaatuaan. Yhteistyötä kehittämällä eri toimijoiden välillä voidaan parantaa väestön hyvinvointia. Erityisesti keskittymällä terveyttä ja hyvinvointia edistäviin toimiin ja kiinnittämällä huomiota riskiryhmiin voidaan lisätä iäkkäiden henkilöiden toimintakykyisiä vuosia ja myöhentää palveluiden aloittamista. Tällä on myös vaikuttavuutta julkisen talouden kestävyysteen. (Sosiaali ja terveysministeriö 2011, 5-8; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24-25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 11; Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos 2017a, 6-7.)

Vanhuspalvelulaki velvoittaa kuntia parantamaan ikääntyneen väestönsä terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Kuntien velvollisuus on järjestää laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut ikääntyneille sekä mahdollistaa ikääntyneiden osallisuus palveluidensa kehittämiseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.) Sen sijaan, että ikääntyneet ihmiset nähdään vain palveluiden käyttäjinä ja tarvitsijoina, voidaan heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan kysymällä kehittää palveluita (Hennala 2014, 73-80; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 13; Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos 2017a, 9).

Potilasturvallisuuden edistäminen on osa sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Potilasturvallisuus on sosiaali- ja terveydenhuollossa keskeinen tavoite ja terveyden- ja sairaanhoidon laadun perusta. Turvallinen hoito tulee toteuttaa oikein ja oikea-aikaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11-12.) Tutkimustiedon mukaan terveydenhuollon organisaatioiden väliseltä tiedonsiirrolta odotetaan toiminnan tehostumista. Tällöin tarpeellinen tieto siirtyisi nopeasti ja säästyttäisiin kalliilta, turhalta ja potilasturvallisuutta vaarantavalta hukka-ajalta. (Heiro & Raitoharju 2009, 11-14.) Potilaan kotiuttamisohjeissa on todettu puutteita (Palonen 2016, 52-54, 74). Myös erikoissairaanhoidon

dosta perusterveydenhuoltoon siirtyvien hoitotyön yhteenvedojen tietosisällöissä on todettu puutteita (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2015, 315-321). Hyvä tiedonsiirto organisaatioiden välillä lisää potilasturvallisuutta (Dean, Hutchinson, Escoto & Lawson 2007, 1-10; Boling 2009, 135-148; Matichko 2015, 1-36).

Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2015 noin 56 500 asiakasta, jotka olivat täytäneet 75 vuotta. Käyntimäärät ovat kasvaneet säännöllistä kotihoitoa tarvitsevien luokse. Kotihoidossa hoidetaan yhä enemmän iäkkäitä ihmisiä, joiden toimintakyky on heikentynyt erilaisten sairauksien vuoksi. Kotihoidon työntekijöiden ja muiden apua antavien toimijoiden tuella iäkäs ihminen voi asua kotonaan mahdollisimman pitkään huolimatta hänen toimintakykyään heikentävistä sairauksista. On tärkeää tunnistaa ja arvioida iäkkäiden ihmisten palvelujen tarve sairaaloiden päivystyksien ja yhteispäivystyksien kuorituksen vähentämiseksi. Sairaalasta kotiuttamisessa ja muissa siirtymissä korostuu jatkohoidon koordinointi ja järjestelmällinen yhteistyö. (Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos 2017a, 6-7; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017b; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017c.)

Kotihoidon ja kotiin annettavien palveluiden kehittäminen on tärkeää yhteiskunnallisesti. Esimerkiksi organisaatioiden välisen onnistuneen tiedonsiirron avulla voidaan tukea kotihoidossa olevia iäkkäitä ihmisiä ja heidän selviytymistään. Kansallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla tietoa on mahdollista välittää organisaatiorajojen yli tehokkaasti ja vaikuttavasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 10-12; Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017c.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä tapahtuvaa tiedonsiirtoa, siihen liittyviä haasteita ja kehittämiskohteita erityisesti iäkkään potilaan hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa saumattoman tiedonsiirron ja yhteistyön kehittämiseen erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä potilasturvallisuusnäkökulmasta aikaisempaan tutkimustietoon ja tiedonsiirron kartoitukseen pohjautuen.

2. TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

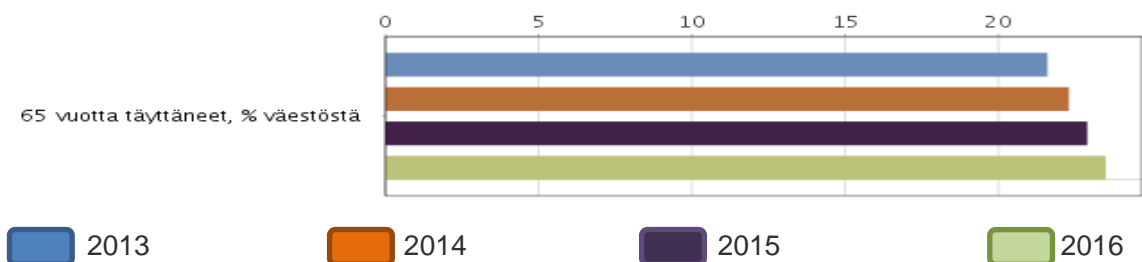
Erikoissairaanhoido

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuualueena on erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja toiminnasta säädetään erikoissairaanhoidolaissa. Jokaisen kuntalaisen on saatava tarpeelliset erikoissairaanhoidon palvelut ja jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiirin kuntayhtymään. (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.) Erikoissairaanhoidoa annetaan sairaaloissa erikoislääkäreiden toimesta. Suomessa suurin osa sairaaloista on kuntien tai kuntayhtymien omistamia julkisia organisaatioita. Tiivistä yhteistyötä tarvitaan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja sosiaalitoimen kanssa asiakkaan parhaaksi. Hoitoketjujen toimivuutta voidaan parantaa hyvällä ja tiiviillä yhteistyöllä yli organisaatiorajojen ja tämä on yhtenä hallitusohjelman tavoitteena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueeseen kuuluu 18 suomenkielistä Etelä-Pohjanmaan kuntaa. Näissä kunnissa on asukkaita yhteensä lähes 200 000. Seinäjoen keskussairaala tekee yhteistyötä Vaasan keskussairaalan, Tampereen yliopistollisen sairaalan ja muiden sairaaloiden kanssa. Erikoissairaanhoidon päivystys toimii ympäri vuorokauden ja kiireetöntä erikoissairaanhoidoa annetaan kaikilla keskeisillä erikoisaloilla. Terveyskeskuksien kanssa on sovittu hoitoketjuista- ja ohjelmista, jolloin asiakkaille tarjotaan saumattomat palvelut. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016a; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016b; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017.) Väestön rakenne on muuttumassa ja 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on kasvussa (kuvio 1).

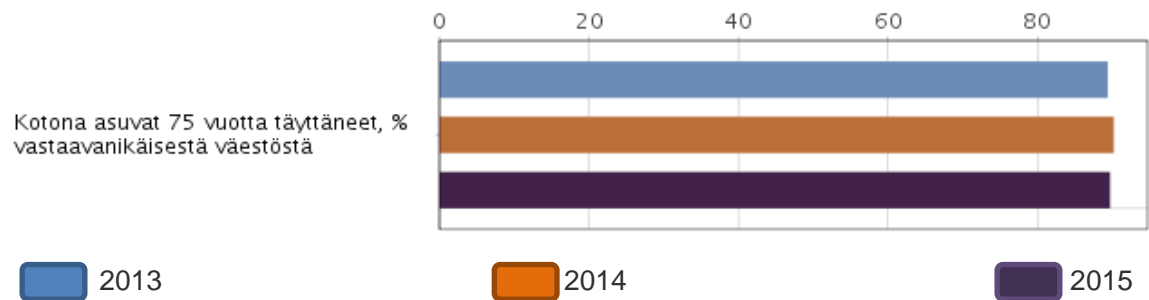
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä



KUVIO 1. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueen 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017a).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella 75 vuotta täyttäneistä valtaosa asuu kotonaan (kuvio 2).

Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä väestöstä



KUVIO 2. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017b).

Perusterveydenhuolto, kotisairaanhoito, kotipalvelu ja kotihoito

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kotisairaanhoito määritellään terveydenhuoltolaissa kunnan järjestämänä palveluna, joka on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

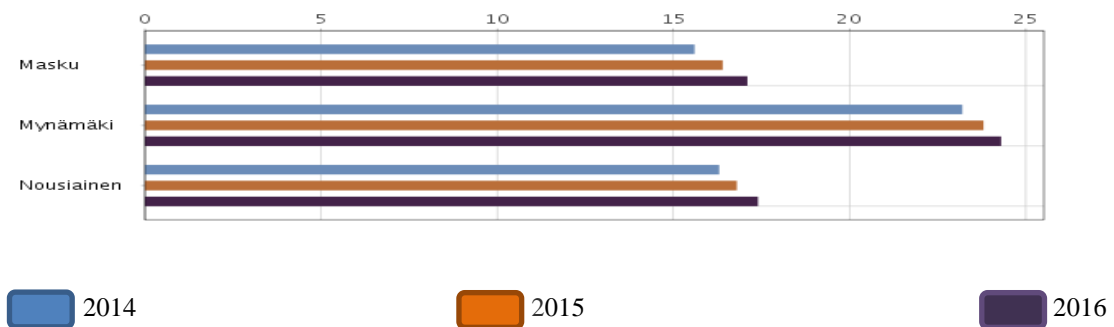
Kotiin annettavia palveluja voivat saada henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut esimerkiksi ikääntymisen, vamman tai sairauden vuoksi. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan asiakkaiden kotona selviytymistä. Lapsiperheillä on oikeus saada kotipalvelua, kun se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi, esimerkiksi vamman, sairauden, uupumuksen tai muun erityisen perhetilanteen vuoksi. Kotiin annettavilla

palveluilla tuetaan asiakasta selviytymään arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista, kuten hygienian hoitamisesta. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, kotiavustajia ja lähihoitajia. Työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.)

Perusturvakuntayhtymä Akseli

Perusturvakuntayhtymä Akseli on perustettu vuonna 2010 Maskun, Mynämäen ja Nousiainen kuntien yhtäpitävin päätöksin. Kuntayhtymän toiminta alkoi 1.1.2011. Kuntayhtymä vastaa perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvien sosiaalitoimen palveluiden järjestämisestä. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2016a.) Perusturvakuntayhtymä Akselin vuoden 2016 väestömäärä oli 22 332 asukasta (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017c). Perusturvakuntayhtymä Akselin kotihoito on jaettu kahteen alueeseen (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2016b). Asiakkaita kotihoitoalueilla on yhteensä noin 275. Perusturvakuntayhtymä Akselin alueen väestön rakenne on muuttumassa ja 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on kasvussa (kuvio 3).

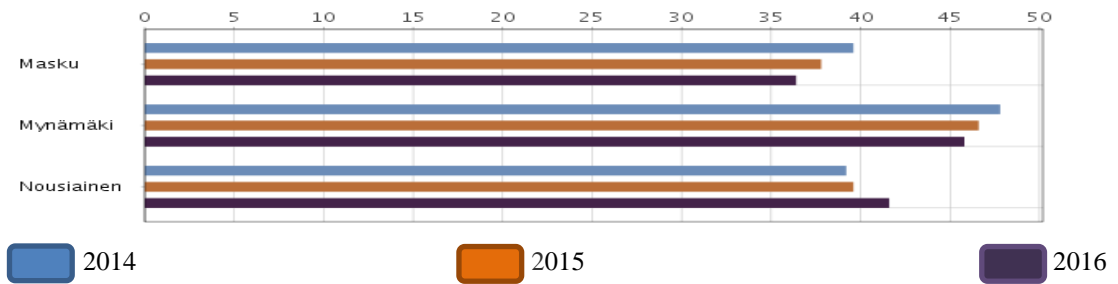
65 vuotta täyttäneet, % väestöstä



KUVIO 3. Perusturvakuntayhtymä Akselin alueen 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä vuosina 2014-2016 (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017d).

Kotona yksin asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavan ikäisestä asuntoväestöstä sijoittuu 40%:n molemmin puolin Perusturvakuntayhtymä Akselin alueella (kuvio 4).

Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä asuntoväestöstä



KUVIO 4. Perusturvakuntayhtymä Akselin alueella kotona yksin asuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavan ikäisestä asuntoväestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017e).

3. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1. Iäkkäiden henkilöiden asumismuodot Suomessa

Suomessa on 65 -vuotta täyttäneitä reilu miljoona ja heistä suurin osa elää itsenäistä arkea. Palveluja heistä käyttää säännöllisesti noin 150 000 ja säännöllisiä kotiin annettavia palveluita saa heistä noin 95 000 henkilöä. Ympäri vuorokautista hoitoa tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodissa tai terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa saa reilut 50 000 henkilöä. Väestönkehitys ei ole samanlaista maan eri osissa ja tästä johtuen jokaisen kunnan on suunniteltava palvelunsa erilaisista lähtökohdista käsin ja tehtävä omat ratkaisunsa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 10-11.) Pitkäaikaishoitomuodoista julkinen ja yksityinen tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina. Myös kotihoidon käytön on todettu nousseen ja vuorostaan vanhainkotihoiton ja yksityisen vanhainkotihoiton käytön laskeneen seuranta-aikana vuosina 2002-2008. Terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon käytön on todettu pysyneen lähes samanlaisena seuranta-aikana. Kuntien välillä löydettiin eroja pitkäaikaishoitomuotojen vertailussa etenkin, kun tarkasteltiin kuntia lääneittäin. (Pulkki ym. 2014, 30-37.) Tehostetussa palveluasumisessa asuvien toimintakyky on usein heikko ja he ovat monisairaita (Seinelä ym. 2015, 7).

3.2. Iäkkäiden potilaiden siirrot elämän loppuvaiheen hoidossa

Suurin osa suomalaisista joutuu kokemaan siirron toiseen hoitoyksikköön tai siirtoja hoitoyksiköstä toiseen elämänsä viimeisen kahden vuoden aikana. Potilaiden hoitopoluissa on todettu paljon eroavaisuuksia. (Aaltonen ym. 2010, 91-98.) Lehdon, Seinelän & Aaltonen (2015, 16-17) Tampereella tehdyn tutkimuksen mukaan siirron toiseen hoitoyksikköön kokeneista suurin osa oli naisia ja iältään keskimäärin 83-vuotiaita. Yleisimpiä suunnittelemattomia potilassiirron syitä tehostetusta palveluasumisesta toisiin hoitolaitoksiin on todettu olleen kaatumiset, hengitystieoireet, yleinen voimattomuus tai voinnin huonontuminen, raajakipu sekä kuume. (Lehto, Seinelä & Aaltonen 2015, 16-17.) Vantajan, Seinelän & Valvanteen (2015, 61, 64-72) Tampereella tehdyn tutkimuksen mukaan kuoleman lähestyessä asukkaiden päivystyksellisten siirtojen tehostetusta palveluasumisesta todettiin lisääntyneen. Hoitaja teki yleisemmin päätöksen potilaan siirrosta toiseen hoitolaitokseen. Yleisimmin asukas siirrettiin yliopistosairaalan yhteispäivystykseen. Lääkärin kirjaama hoitosuunnitelma löytyi kirjattuna potilastietojärjestelmään selkeästi

yleisemmin omassa yksikössään kuolleilla, kuin heillä, jotka kuolivat sairaalassa. Hyvä elämän loppuvaiheen hoito voidaan turvata siellä missä asukas asuu, mutta tämän toteuttamiseen tarvitaan hyvää moniammatillista yhteistyötä, hyvää ammattitaitoa ja ennakkoivaa suunnittelua. (Vanttaja, Seinälä & Valvanne 2015, 61, 64-72.) PACE (Palliative Care for Older People in Care and Nursing Homes in Europe) on tutkimus- ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on muun muassa kehittää pitkäaikaishoidossa asuvien elämän loppuvaiheen hoitoa Euroopassa sekä levittää näyttöön perustuvaa tietoa elämän loppuvaiheen parhaista hoitokäytänteistä. Hanke toteutetaan seitsemässä Euroopan maassa Suomi mukaan lukien vuosien 2014-2019 aikana. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017d.)

Tampereen kaupunki on tehnyt tehostetussa palveluasumisessa kehittämistyötä vuosien 2000-2015 aikana. Tämän kehittämistyön ansiosta tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirtoja sairaalaan on pystytty vähentämään ja saatu näin asukkaiden elämänlaatua paremmaksi. Tehostetun palveluasumisen henkilökunnan osaamista on kehitetty järjestelmällisellä koulutuksella ja hoitoa, kuten lääkehoitoa on pyritty toteuttamaan palveluasunnossa. Hoitotahdon tekeminen on ollut keskeisessä roolissa sekä hoitopalaveri asukkaan ja hänen läheisensä kanssa. Hoitojen suunnitelmallisuudella ja etenkin lääkärin tekemällä hoitosuunnitelmalla havaittiin olevan siirtoja vähentävä vaikutus. Tarkoilla lääkärin arvioimilla hoitosuunnitelmilla, jotka on tehty yhdessä asukkaan toiveita kuunnellen, voidaan vähentää asukkaan suunnittelemattomia siirtoja sairaalaan. (Seinälä ym. 2015, 7-39; Vanttaja ym. 2015, 61, 64-72.)

Porvoon kaupunki on säästänyt 1,2 miljoonaa euroa vuoden 2013 aikana purkamalla laitoshoidon jonot ja vähentämällä terveyskeskussairaalan sekä erikoissairaanhoidon käyttöä. Laadukkaaseen kotihoitoon panostamalla voidaan laitoshoidon jonoja purkaa kustannustehokkaasti. Laadukkaaseen kotihoitoon kuuluvat hoitajien hyvä ammattitaito, omaishoitajien tukeminen, hoitajien ja lääkäreiden välinen hyvä yhteistyö sekä yksilölliset hoitosuunnitelmat. Myös lääketieteelliseen osaamiseen ja saatavuuteen tulee panostaa, kun kehitetään kotihoidon laatua. (Finne-Soveri ym. 2014, 3467-3473.) PALKO-mallin (palveluja yhteen sovittava kotihoito- ja kotiutumiskäytäntö) tavoitteena on asiakkaan hyvinvoinnin, itsemääräämisen ja kotona selviämisen mahdollisuuksien parantaminen sekä toiminnan tehostaminen hoito- ja palveluketjujen yhteistyötä ja tiedonkulkua kehittämällä. PALKO-mallilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia sairaalasta heikossa kunnossa

kotiin palaavien ja kotihoidossa hoidettavien asiakkaiden elämänlaatuun. Myös erilaisten palveluiden käytön on todettu vähentyneen mallin avulla. (Hammar 2008, 57, 79-92.)

3.3. Potilaan hoitoa ja potilasasiakirjoja koskevat lait ja asetukset

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskevassa asetuksessa (298/2009) on tuotu potilasasiakirjojen merkintöjä koskevassa pykälässä esiin, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.)

Asetukseen potilasasiakirjoista on kirjattu pykälään 12, koskien sairauden ja hoidon kulkua koskevia merkintöjä, että potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa. Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia ratkaisuja sen kuluessa on tehty. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.) Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

3.4. Potilassiirron saumakohtia

Sosiaali- ja terveysministeriön laatimassa I&O-hankkeen (kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omahoitoa) hankesuunnitelmassa ikäihmisten palvelut on määritelty laajaksi kokonaisuudeksi. Tämä kokonaisuus sisältää muun muassa ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat palvelut sekä erilaiset kotona asumista tukevat palvelut ja kotihoidon. Näiden lisäksi kokonaisuuteen sisältyy omaishoidon tuki ja erilaiset etuudet,

terveys- ja lääkäripalveluiden käyttö sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Iäkkäiden palvelutarpeen tunnistamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta sairaaloiden päivystysten sekä yhteispäivystysten kuormitusta voidaan hillitä. Sairaalaan kotiuttaminen ja myös muut siirtymät ovat palvelujen laadun ja vaikuttavuuden kannalta erityisen haavoittuvaisia, ellei jatkohoitoa ole koordinoitu ja sitä toteuteta järjestelmällisessä yhteistyössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 7.)

Iäkkään yli 75-vuotiaan potilaan saapuessa yöllä päivystyspoliklinikalle on turvallisinta hoitaa häntä sairaalassa ainakin seuraavaan aamuun asti. Aamulla kotiuttaminen on turvallisempaa käytettävissä olevien kotihoidon palveluiden ja muiden tukipalveluiden vuoksi. Hyvällä ja hyvin suunnitellulla hoidolla voidaan vähentää iäkkäiden potilaiden turhia uusintakäyntejä sairaalaan. (Ylä-Mononen, Koivisto, Palonen & Åstedt-Kurki 2014, 307-308.) Iäkkään potilaan siirryttyä sairaalahoitoon on huomioitava, että hänen toimintakykynsä laskee usein sairaalahoidon aikana ja hän ei enää kykene suoriutumaan päivittäisistä toiminnoistaan. Potilasta on kannustettava voimavarojensa mukaan itsenäiseen toimintaan myös sairaalassaolon aikana, jotta hänen toimintakykynsä säilyy. Potilaan sairaalaan tuloa edeltävän toimintakyvyn kartoitus potilaalta itseltään, hänen läheiseltään tai kotihoidon henkilökunnalta helpottaa jatkohoidon suunnittelua. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, 977-983.)

Kun potilaan siirtyminen sairaalasta ei tapahdu optimaalisella tavalla, seuraukset voivat olla kauaskantoisia. Tämä voi tarkoittaa erityisesti monisairaiden iäkkäiden potilaiden uusintakäyntejä sairaalaan, lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia ja jopa kuolleisuutta. Potilaan siirtovaiheen turvallinen hoito voidaan toteuttaa hoitavien tahojen viestintää parantamalla. Siirtovaiheen turvallisuutta voidaan parantaa henkilöstön koulutuksella ja siirtovaiheen suunnitelmallisuutta lisäämällä esimerkiksi kotiutusohitajan tai kotiutusprotokollan avulla. Tiedonsiirron keinoja voivat olla esimerkiksi siirtokuori, sähköiset järjestelmätyökalut ja yhtenäiset lääkitystiedot. (Laugaland, Aase & Barach 2012, 2915-2924.) Potilaiden uusintakäyntejä sairaalaan voidaan vähentää keskittymällä potilassiirroissa laadukkaaseen tiedonsiirtoon, koordinoimalla potilaan hoitoa oikein sekä kehittämällä oikea-aikaista ja suoraa viestintää yhteistyötahojen välillä (Hesselink ym. 2014, 1-11).

3.5. Potilassiirtoon liittyvä tiedonkulku

Potilaan siirto toimintayksiköstä toiseen tunnetaan hoitovastuun siirtona. Hoitovastuun siirto on tunnistettu tärkeäksi potilasturvallisuuteen ja terveyden edistämisen laatuun vaikuttavaksi tekijäksi. Suurimmat ongelmat potilaan hoitovastuun siirtämisessä koskevat rajallisesti saatua kliinistä tietoa tai hoitosuunnitelman sisältöä sekä lääkitykseen liittyviä virheitä. (Boling 2009 135-148.) On tärkeää, että ajantasainen, tarkka informaatio potilaan hoitosuunnitelmasta, meneillään olevista hoidoista, nykytilasta ja mahdollisista odotettavissa olevista muutoksista kulkee potilaan mukana hoitotaholta toiselle potilaan siirtyessä toimintayksiköstä seuraavaan (Clarke ym. 2012, 592-598). Potilassiirroissa tapahtuva kommunikaatio varmistaa sekä potilaan hoidon jatkuvuuden, että hoidon turvallisuuden. Potilassiirtoihin liittyvässä tiedonsiirrossa esiintyy puutteita ja kommunikaation vaikeuksia potilaan siirtyessä toimintayksiköiden välillä tai potilaan kotiutuessa sairaalasta. Hoitavien tahojen välistä kommunikaatiota ja hoidon koordinoitua parantamalla voidaan vähentää lääkitykseen liittyviä virheitä ja tarpeettomia potilassiirtoja. (Kirsebom, Wadensten & Hedström 2013, 886-895.)

Puutteellinen, epätarkka ja väärin ajoitettu kirjaaminen johtaa lääkehoidon virheisiin. Virheiden kautta voidaan kuitenkin havaita kehityskohteet, joilla tiedonkulun laatua voidaan parantaa. Potilasturvallisuuteen voidaan vaikuttaa laadukkaalla lääkehoidon suunnitellulla, toteutuksella ja arvioinnilla sekä kliinisiä hoitoprosesseja kehittämällä. (Chircu, Gogan, Boss & Baxter 2013, 201-216.) Hoitaja on keskeisessä roolissa potilaan siirtoon liittyvässä tiedonsiirron prosessissa. Ennen potilaan sairaalaan menoa tapahtuva tiedonsiirto vaikuttaa potilasturvallisuuteen, koska potilaan hoidon suunnittelu ja -toteutus perustuu potilaan tilanteesta annettuihin tietoihin. (Matichko 2015, 1-36.)

Hoitoyksiköiden välisen viestinnän haasteita on todettu olleen äkilliset ja suunnittelemattomat potilassiirrot etenkin yöllä tai viikonloppuisin. Myös sairaalapaikkojen vähyys, ajan puute sekä se, ettei hoitava taho ole tuntenut tarpeeksi hoidettavaa potilasta ovat lisänneet haasteita. (Shah, Burack & Boockvar 2010, 239–245.) Sairaalan sisäisessä viestinnässä ovat huolenaiheiksi nousseet hoidon laatuun ja turvallisuuteen liittyvät tekijät. Näitä tekijöitä olivat informaatiokatkokset lääkitysmuutoksista, tietojen siirtoon liittyvät ongelmat ja potilasasiakirjojen käsittely. (Dean, Hutchinson, Escoto & Lawson 2007, 1-10.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä käsittelevässä tutkimuksessa (Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 140-141) hyvänä tiedonsiirtovälineenä koettiin viestivihot asiakkaan kotona. Kotihoidon työntekijät kirjoittivat näihin viestivihkoihin asiakkaan voinnista ja voinnin muutoksista. Tiedonsiirrossa koettiin kuitenkin myös puutteita. Ongelmaksi koettiin se, ettei tieto kulkenut suoraan asiakkaan luona käyvän hoitajan ja esimerkiksi lääkärin välillä, jolloin tietoon saattoi tulla katkoksia tai tieto puuttui kokonaan. Yhteistä potilastietojärjestelmää ei ollut ja tieto kulki lähinnä suullisesti. (Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 140-141.) Puutteellisesti toimivat sähköiset potilastietojärjestelmät eivät palvele käyttäjiä tiedonsiirrossa organisaatioiden välillä. Potilastietojärjestelmät eivät siirrä tietoa yhtään paremmin kuin paperiset versiot, jos tieto on vaikeasti löydettävissä potilastietojärjestelmistä. (Virjo ym. 2013, 2208, 2210-2212.)

Potilaskeskeisyys on vahva elementti laadukkaassa hoitotyössä. Terveydenhuollon toimijoiden mukaan ajan puute on yksi keskeinen syy miksei potilaan kotiutustietoja informoida optimaalisesti, potilaskeskeisesti ja läheiset huomioivasti. Potilaat ja heidän läheisensä saavat ohjausta potilaan kotiutusta ja kotona pärjäämistä ajatellen liian vähän, eikä ohjaus sekä hoito-ohjeet välity potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen. (Hesselink ym. 2012, 39-49; Kuusisto ym. 2015, 320; Palonen 2016, 52-54, 74.)

Sairaalasta perusterveydenhuoltoon lähetetty kotiutusinformaatio ei takaa potilaan hoidon jatkuvuutta. Myös potilaan ja vastaanottavan yksikön täytyy olla tietoisia potilaan jatkohoidon suunnitelmista. Puutteellinen dokumentointi osoittaa heikkoa potilaskeskeisyyttä. (Flink ym. 2015, 355- 362.) Potilaskeskeisessä kotiuttamisessa informoidaan ajoissa potilasta, tämän mahdollisia läheisiä sekä mahdollista seuraavaa hoitavaa yksikköä kotiutuksen ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaskeskeisessä hoitovastuun siirron mallissa olisi käsiteltävä kahden tyyppisiä interaktioita. Nämä ovat hoidon tarjoajan ja potilaan sekä tämän läheisten välinen- sekä sairaalan ja avohuollon palveluntarjoajien välinen vuorovaikutus. (Hesselink ym. 2012, 39-49.) Hoidon jatkuvuudesta voidaan huolehtia nimeämällä erityisesti paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitseville potilaille omalääkäri sekä hoitotiimi, jotka huolehtivat potilaan hoidon jatkuvuudesta ja koordinoinnista. Hoidon jatkuvuudella on suuri merkitys potilaalle ja tätä tietoisuutta tulisi lisätä niin päättäjien kuin potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. (Raivio 2016, 64-66, 75.)

Hoitotyön yhteenvedoilla on merkittävä rooli potilaan tietojen siirrossa terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. Hoitotyön yhteenvedoja vastaanottaneet kokivat tiedonsiirron oikea-aikaisemmaksi, nopeammaksi ja luotettavammaksi, verrattuna heihin, jotka eivät olleet hoitotyön yhteenvedoja vastaanottaneet. Hoitotyön yhteenvedojen avulla yhteistyön sujuvuus on lisääntynyt ammattiryhmien ja terveydenhuollon organisaatioiden kesken. Myös asiakkaan kokonaistilanne on huomioitu hyvin hoitotyön yhteenvedoissa. Avohuollossa työskentelevät eivät olleet niin tyytyväisiä hoitotyön yhteenvedoon tiedonsiirron apuvälineenä, kuin laitoshoidossa työskentelevät. (Kuusisto, Asikainen & Saranto 2014, 314-317.) Hoitotyöntekijät ovat arvioineet, että hoitotyön yhteenvedoissa ja lääkärin loppulausunnoissa on ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä, eikä potilaan vointia ja hoidon vaikuttavuutta ole kuvattu riittävästi. Hoitotyön tietosisällön puutteiden ja ristiriitaisuuksien vuoksi tiedonsiirto ei suju hyvin ja tämän vuoksi turhat soittot lisääntyvät eri ammattilaisten ja eri terveydenhuollon organisaatioiden kesken. (Kuusisto ym. 2015, 319-321.)

3.6. Turvallisen potilassiirron toteuttaminen

Potilassiirtojen suunnittelussa sähköisen potilaskirjaamisen malli voisi yhtenäistää siirtoon liittyvien tietojen kulkeutumista eri toimijoiden välillä. Neurologisia lapsipotilaita käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että standardoitu potilassiirtoon tarkoitettu kirjaamisen malli eli englanninkieliseltä termiltään Discharge Planning Template (DPT) voisi yhtenäistää potilastietojärjestelmään kirjattujen hoito- ja terveystietojen kulkeutumista potilaan siirtovaiheessa eri toimijoiden välillä. Neurologisia lapsipotilaita käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että sähköisen potilaskirjaamisen malli voisi auttaa nopeuttamaan sairaalahoidossa olleiden potilaiden siirtymävaiheen tiedon kulkua ja turvata hoidon jatkuvuutta, erityisesti heidän kohdalla, joilla on hoidossa mukana useampia hoitavia tahoja. (Brittan ym. 2014, 366-371.)

Watkinsin & Patricianin (2014, 44-51) tutkimuksessa arvioitiin eEPWPD-sabluunan vaikuttavuutta jatkohoitoon ja -diagnosointiin. Potilaan jatkohoidon suunnittelussa käytettiin ensihoidon palveluntuottajan kirjaamaa sähköisen potilassiirron suunnitelma-sabluunaa (eEPWPD), joka oli kohdennettu perusterveydenhuollon palveluntuottajille, jonne potilaan jatkohoido oli suunniteltu. Tutkimuksen tulosten mukaan eEPWPD-sabluunaa käyt-

tämällä potilaan hoitoon liittyvien seurantojen toteutuminen kasvoi merkittävästi. Vakiomalla potilassiirtoon liittyvää tiedonkulkua ja kommunikointia, voidaan varmistaa oikea-aikainen diagnosointi ja hoidon jatkuvuus. (Watkins & Patrician 2014, 44–51.)

Potilaan hoitovastuuta siirrettäessä voidaan käyttää siirtokuorta tai -kirjettä potilaan jatkohoidon kannalta olennaisten tietojen siirtämiseen. Hollantilaiset tutkijat ovat kehittäneet, ottaneet käyttöön ja arvioineet potilaan siirrossa käytettävän siirtokuoren. Potilaat ja ammattilaiset arvioivat PPDL:n (personalized patient discharge letter) positiiviseksi. PPDL on viestintätyökalu, jonka tarkoitus on parantaa kotiuttamisvaiheen tiedonkulkua. Merkittävimmät tekijät sen käyttöön otossa olivat koulutuksesta saadut hyödyt, PPDL:n standardointi ja integroiminen potilastietojärjestelmään sekä PPDL:n ottaminen koko sairaalan käytännöksi hoitotyössä. (Buurman ym. 2016, 384-390.)

Moniulotteisella ongelmakohtiin puuttumisella kyetään merkittävästi vaikuttamaan potilaan luovutukseen eli potilassiirtoon liittyvään kommunikointiin. Medlock ym. (2011, 967-973) tekemässä tutkimuksessa potilassiirrossa ensisijaisena yhteydenpitovälineenä käytettiin siirtokirjettä. Kirjeiden haasteena oli kuitenkin, että ne eivät usein valmistuneet ajoissa. Tutkimuksessa tehty interventio eli ongelmakohtiin puuttuminen sai aikaan parannusta siten, että potilasvastuuta siirrettäessä siirtokirjeet olivat useammin valmiina ja kirjoitettujen siirtokirjeiden määrä lisääntyi. Prosessien jatkoseuranta osoitti tilastollisesti, että ajan myötä ongelmakohtiin puuttumisen vaikutus vahvistui. (Medlock ym. 2011, 967-973.) Intervention Mapping (IM) eli interventiokartoitus on menetelmä, jota on käytetty potilaan hoitotyössä esiintyviin ongelmakohtiin. Intervention Mapping on alun perin suunniteltu terveyden edistämiseen kehittämään ohjelmia erilaisiin terveysongelmiin, kuten aivoinfarktien ehkäisyyn. (Hesselink ym. 2014, 1-11.)

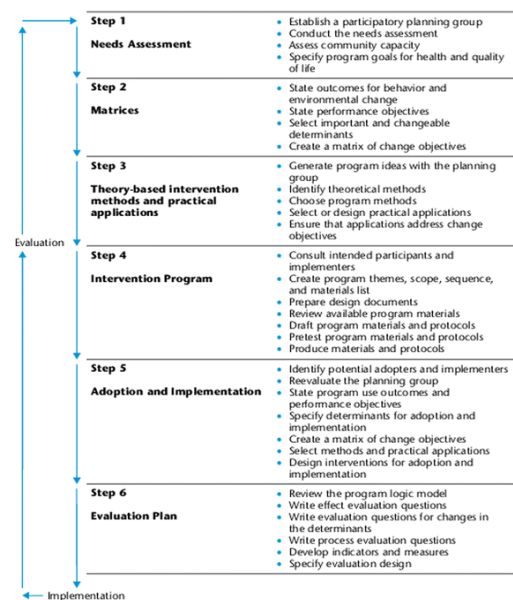
Hoidosta tehty yhteenveto on yksi tärkeimpiä dokumentteja lääketieteellisessä hoidossa. Potilaan hoidosta tehty puutteellinen yhteenveto vaikuttaa potilaan jatkohoidon turvaamiseen ja altistaa haittatapahtumien syntymisen. SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendations) formaatin käyttäminen potilassiirtojen yhteydessä tapahtuvassa kommunikoinnissa voisi korjata hoitosiirroissa tapahtuvia tiedonsiirron ongelmia. SBAR- formaatti on lyhyt yhteenveto potilaan hoidon kannalta relevanteista tiedoista ja se on yleisimmin viitattu ja käytetty muistisääntö potilaan luovutustilanteessa. Menetelmän avulla käyttäjä voi rakentaa potilaan ”tarinan” jäsennellyksi kokonaisuudeksi, jolla välittyy olennaiset tiedot potilaan luovutustilanteesta. SBAR-mallia voidaan

käyttää viestinnän työkaluna kokonaisvaltaisempaan potilastietojen dokumentointiin. Sähköistä SBAR-mallia käyttämällä viestinnän työkaluna voidaan lisätä dokumentoinnin määrää hoitajien ja lääkärien välisessä viestinnässä. (Lenert, Sakaguchi & Weir 2014, 393-398; Panesar, Albert, Messina & Parker 2014, 64-68.)

Harjola (2013) on kuvannut ISBAR-raportointimallia Potilasturvallisuuspäivien 2013 esityksessä (kuva 1). Lenert ym. (2014) kuvaama SBAR-formaatti on Suomessakin käytössä olevan ISBAR (Identify-Situation-Background-Assesment-Recommendation)-menetelmää vastaava kiireellisen ja kiireettömän potilaan siirtämisessä käytettävä raportoinnin väline. Kuvassa 2 esitetään Intervention Mapping (IM) menetelmää, jota Hesselink ym. (2014, 1-11) olivat tutkimuksessa käsitelleet (Bartholomew ym. 2011).

IDENTIFY TUNNISTA	NIMI, AMMATTINIMI, OSASTO POTILAAN NIMI, SOSIAALITURVATUNNUS
SITUATION TILANNE	SYR RAPORTOINTIIN/ KONSULTOINTIIN TULOTILANNE
BACKGROUND TAUSTA	PERUSSAIRAUDET ERITYISTÄ
ASSESSMENT TILANNEARVIO	VITAALIELINTOIMINNOT A: ILMATIE B: HENGITYS, SPO ₂ , HT C: VERENPAIN, PULSSI, RYTMI, TAHDISTIN D: GCS E: DIUREESIT, KLIINISET LÖYDÖKSET
RECOMMENDATION TOIMINTAEHDOTUS	HOITO-OHJEET OMAT EHDOTUKSET KYSYMYKSET

KUVA 1. ISBAR-menetelmä: suullisen raportoinnin tarkistuslista hoitotyössä (Harjola 2013).



KUVA 2. Intervention Mapping (IM): kuusi-portainen kehittämisen malli, esimerkiksi terveyden edistämiseen. (Bartholomew ym. 2011).

4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa tiedonsiirron toteutumista ja tiedonsiirtoon liittyviä haasteita iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon ja kotihoitosta erikoissairaanhoidon. Asiaa kartoitetaan potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvan henkilöstön näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten tiedonsiirto toteutuu iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä?
2. Mitkä ovat tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon?
3. Mitkä ovat tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirtyessä kotihoidosta erikoissairaanhoidon?
4. Miten tiedonsiirtoa voidaan kehittää iäkkään potilaan siirtyessä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä potilasturvallisuuden näkökulmasta?

Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää saumatonta tiedonsiirtoa ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Tavoitteena on, että työtä voi hyödyntää työelämän kehittämisessä, jatkotutkimuksen tekemisessä ja opetuskäytössä.

5. METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

5.1. Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyössä tutkimusotteena on käytetty määrällistä eli kvantitatiivista lähestymistapaa. Kvantitatiivisen tutkimuksen tieteenfilosofisena taustana vaikuttaa positivismi, jossa pyritään absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. Positivismissa ja täten myös kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan tutkimuksen luotettavuutta, yksiselitteisyyttä sekä tiedon perustelua. (Kananen 2008a, 10-11.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aikaisemmalla teoriatiedolla on suuri merkitys. Teorian avulla voidaan ennustaa, selittää tai huomata yhteenkuuluvuuksia. Aikaisempiin tutkimuksiin ja tutkimustuloksiin perehdyttiin huolellisesti ja saatiin niistä hyvä ymmärrys ennen kyselytutkimuksen aloittamista. Keskeistä oli johtopäätösten teko aikaisemmista tutkimuksista ja käsitteiden määrittely.

Aineiston keruun suunnitteluvaiheessa oli tärkeää huomioida, soveltuuko aineisto määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen. Tutkittavien henkilöiden valinnalla oli myös merkitystä. (ks. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2009, 140-142.) Kvantitatiivisen tutkimuksessa tavoitellaan tutkimustulosten yleistettävyyttä, tutkimuksen luonne on aiempaa teoriaa vahvistavaa ja johtopäätösten tulee perustua aikaisempiin tutkimuksiin. Kvantitatiivinen tutkimus toteutetaan usein kyselytutkimuksena, jolloin tutkija ja tutkittava ovat etäisessä suhteessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 62.)

Tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa, koska laadittuihin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus parhaiten tällä lähestymistavalla (ks. Kananen 2008b, 51-55). Tutkimusaiheesta oli myös kattavasti aikaisempaa tutkimustietoa saatavilla etenkin kansainvälisellä tasolla (ks. Vilka 2007, 25-26). Aihetta haluttiin kartoittaa laajasti ja tarkasti siten, että tutkimustulokset voidaan yleistää kohdejoukkoon. Kyselytutkimukseen päädyttiin siitä syystä, että tutkijat voivat olla etäisessä suhteessa tutkittaviin, joten tutkijoiden omat ajatukset ja mielipiteet eivät pääse vaikuttamaan tutkimustuloksiin. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijat työskentelevät organisaatioissa, joissa kyselytutkimus teetettiin, mutta tutkijat pyrkivät olemaan ulkopuolisia kyselytutkimuksen suhteen, jotta tutkittavien mielipiteeseen ei vaikutettaisi. Kvantitatiivisella lähestymistavalla tulosten analysointi määrien ja jakaumien kautta antoi selkeän kuvan tutkittavien näkökulmista aiheeseen.

5.2. Aineiston keruu

Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin kyselytutkimus Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä kahdella vuodeosastolla Seinäjoen keskussairaalassa. Hoitohenkilöstöä on osastoilla yhteensä 60 ja ammattiryhmiin kuuluu sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Kotihoiton puolella kyselytutkimus tehtiin molemmilla kotihoitoalueilla, joilla on hoitohenkilöstöä yhteensä 46. Kotihoitoalueiden henkilöstön rakenne sisältää neljä tiimin sairaanhoitajaa, yhden osa-aikaisen sairaanhoitajan, kaksi fysioterapeuttia, kuusi kodinhoitajaa, yhden geronomin ja lähihoitajia.

Tutkijat tekivät opinnäytetyötä varten kaksi kyselylomaketta (liitteet 2 ja 3), joiden kysymykset perustuvat teoreettista viitekehystä varten hankittuun tutkimustietoon ja sieltä nouseviin tiedonsiirtoa koskeviin haasteisiin hoitoalalla (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 140-142, 198). Kyselylomakkeista toinen tehtiin kotihoitoon, ja toinen erikoissairaanhoidon, koska haluttiin molemmilta hoitavilta tahoilta näkökulmat potilaan hoitoon liittyvästä tiedonsiirrosta, huolista ja kehityskohteista. Tutkijoiden perehtyessä aikaisempaan tutkimusmateriaaliin kartoitettiin, löytyisikö tutkimuksista valmista kyselyä, jota voitaisiin hyödyntää tässä opinnäytetyössä. Käyttötarkoitukseen soveltuvaa valmista kyselypohjaa ei löytynyt. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 118.)

Kyselylomakkeen avoimien kysymysten tarkoituksena oli antaa vastaajien ilmaista itseään omin sanoin. Monivalintakysymyksiä käytettiin vastausten vertailtavuuden ja vastaamisen helppouden vuoksi. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Kyselylomakkeessa esitettyjen kysymysten lisäksi kerättiin taustatietoja kohdejoukon ikäjakaumasta, työkokemuksesta ja koulutustaustasta, jotta voidaan arvioida näiden yhteyttä vastauksiin (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 90).

Kyselylomake testattiin pienellä kohderyhmällä sekä kotihoidossa että erikoissairaanhoidossa, koska haluttiin saada tietoa kyselylomakkeen toimivuudesta, kattavuudesta, selkeydestä ja ymmärrettävyydestä (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 202-204; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191-192). Esitestaajiksi päädyttiin valitsemaan tutkijoiden itse valitsevat henkilöt ja esitestausta perustui vapaaehtoisuuteen. Kotihoidossa kyselylomake lähetettiin sähköisesti esitestaustarkoituksessa kuudelle hoitohenkilöstöön kuuluvalla henkilölle. Esitestaustavaiheessa kyselyyn vastasi kolme henkilöä, joilta ei tullut korjausehdotuksia lomakkeeseen. Erikoissairaanhoidossa kyselylomake lähetettiin sähköisesti esitestaustarkoituksessa viidelle hoitohenkilöstöön kuuluvalla henkilölle. Esitestaustavaiheessa

kyselyyn vastasi kolme henkilöä. Vastaajien mukaan kysely oli selkeä ja kyselyyn vastaaminen oli helppoa tai melko helppoa. Kyselyä pidettiin kokonaisuutena selkeänä, eikä muutosehdotuksia esitetty. Avoimien kysymysten määrää pyydettiin pohtimaan, sillä niihin ei välttämättä tule paljoja vastauksia.

Esitestauksessa ei ilmennyt asioita, joita olisi pitänyt muuttaa ja lomaketta pidettiin kokonaisuutena selkeänä, joten lomakkeen sisältöön ei tehty muutoksia. Kyselylomakkeisiin jouduttiin kuitenkin tekemään hieman muutoksia esitestauksen jälkeen (ks. Mäkinen 2006, 93). Esitestauksen jälkeen huomattiin, että kyselylomakkeen kysymyksessä numero 2.2 olivat vastausvaihtoehdot vaihtaneet paikkaansa inhimillisestä virheestä johtuen. Tätä vastausvaihtoehtojen järjestystä muutettiin esitestauksen jälkeen siten, että järjestys olisi sama kuin kohdassa 2.3. Esitestaajien vastauksia ei voitu ottaa mukaan lopulliseen aineistoon, koska kysymyksessä 2.2 vaihtui vastausvaihtoehtojen järjestys, joten vaihtoehdot eivät enää vastanneet sitä, minkä vastaaja oli aiemmin valinnut. Kysymyksen 2.7 kohdalla jätettiin yksittäinen sana *potilaan* pois, joka ei kuitenkaan muuttanut kysymyksen sisältöä mitenkään. Myös alkuperäisessä lomakkeessa olleet saatetekstit poistettiin opinnäytetyön seminaarissa saadun palautteen johdosta.

Esitestaajien vastauksia ei otettu mukaan lopulliseen tutkimukseen tehtyjen muutosten vuoksi. Esitestaajille annettiin mahdollisuus vastata kyselyyn uudelleen, kun kysely korjausten jälkeen alkoi virallisesti. Kyselylomakkeiden saatekirjeissä (liitteet 2 ja 3) kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoitus, osallistumisen vapaaehtoisuus ja tutkijoiden identifiikaatiot. Kyselyyn vastaamisaika kerrottiin tarkasti sekä se, että tulokset on tarkoitus esittää tutkimukseen osallistuneille opinnäytetyön valmistuttua.

Aineisto kerättiin sähköisesti 11.5.2017-11.6.2017 välisenä aikana (kuvio 5). Erikoissairaanhoidossa kysely lähetettiin esitestauksen jälkeen kahden vuodeosaston koko henkilöstölle, yhteensä 60:lle (N=60) hoitohenkilöstön jäsenelle, joiden ammattiryhmät koostuivat sairaanhoitajista, lähihoitajista sekä perushoitajista. Kaikki edellä mainitut ammattiryhmät osallistuvat potilaiden kotiuttamiseen. Kyselylomakelinkki lähetettiin esitestausvaiheen jälkeen sähköpostitse osastonhoitajalle, joka lähetti linkin edelleen koko hoitohenkilökunnalleen. Kyselystä lähetettiin yhteensä kolme muistutusta, joista ensimmäinen lähetettiin kahden viikon kuluttua kyselyn alkamisesta. Ensimmäisen muistutuksen jälkeen tuli vastauksia lisää ja samoin tapahtui toisen ja kolmannen muistutuksen jälkeen. Perusturvakuntayhtymä Akselissa kyselylomake lähetettiin kotihoitoalueille koko henkilöstölle, jotka toimivat osana asiakkaan kotiutusketjua. Kotihoidossa kysely lähetettiin

46:lle (N=46) henkilöstön jäsenelle, joiden ammattiryhmät koostuvat sairaanhoitajista, lähihoitajista, kodinhoitajista, fysioterapeuteista sekä yhdestä geronomista. Sähköisesti täytettävän kyselyn linkki lähetettiin sähköpostin välityksellä koko henkilöstölle esitetausvaiheen jälkeen. Kyselystä lähetettiin yhteensä kolme muistutusta, joista ensimmäisen lähetettiin kahden viikon kuluttua kyselyn alkamisesta. Kyselystä tiedotettiin sähköisten viestintäkanavien lisäksi kotihoidon viikkopalavereissa, jotta tieto kyselyn järjestämisestä tavoitaisi myös tätä kautta vastaajia. Vastausten määrä lisääntyi jokaisen muistutuksen jälkeen. Kotihoidossa aineisto kerättiin Kyselykone-järjestelmän kautta ja erikoissairaanhoidossa Webropol-järjestelmää käyttäen. Tutkimuksen aineiston keräämisessä päädyttiin sähköiseen kyselyyn helpon ja nopean käytettävyyden sekä taloudellisuuden vuoksi. Kyselyyn vastaamisen tuli olla vähän aikaa vievää ja nopeasti työn ohella suoritettavaa. Kaikki vastaukset esitestausta lukuun ottamatta hyväksyttiin mukaan tutkimukseen. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 120-121.)

5.3. Aineiston analyysi

Tutkittava ilmiö pyritään hajottamaan mitattaviksi osioiksi, esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksiksi. Nämä kysymykset ja niihin saadut vastaukset muutetaan muuttujiksi, jotka saavat tiettyjä arvoja. Ennen aineiston analysoimista vastaukset tallennetaan havaintomatriisiksi, jolloin jokaisen vastaajan (havaintoyksikkö) antamat vastaukset (muuttujien arvot) tulevat numeroina omalle rivilleen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruumenetelmä on vapaa mutta aineisto on kyettävä koodaamaan numeeriseen muotoon. Määrät ja niiden muutokset tiivistetään tunnusluvuiksi, ja ne analysoidaan useimmiten tilastollisesti, matemaattisiin malleihin vertaamalla tai matemaattisesti mallintamalla. (Tuomi 2007, 95-96; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2014, 83-84.)

Kvantitatiivinen tutkimus hyödyntää määrällisyyttä: määrien jakaumia, muutoksia ja eroja. Niiden avulla kuvataan tutkittavan ilmiön rakenteita, siinä havaittuja yhteyksiä ja vaikutussuhteita. (Tuomi 2007, 95-96; Ronkainen ym. 2014, 83-84.) Analyysivaiheen tarkoituksena on saada vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Analysoiminen alkaa aineiston tarkistuksesta aineiston järjestämiseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-224; Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2015, 335.) Tutkimusaineiston kyselyvastausten analysoimiseen käytettiin Excel-tilasto-ohjelmaa (kuvio 5). Kaikki tulokset kerättiin kyselylomakkeista Excel-tilasto-ohjelmaan, jossa tulokset muutettiin määriksi ja jakaumiksi annettujen vas-

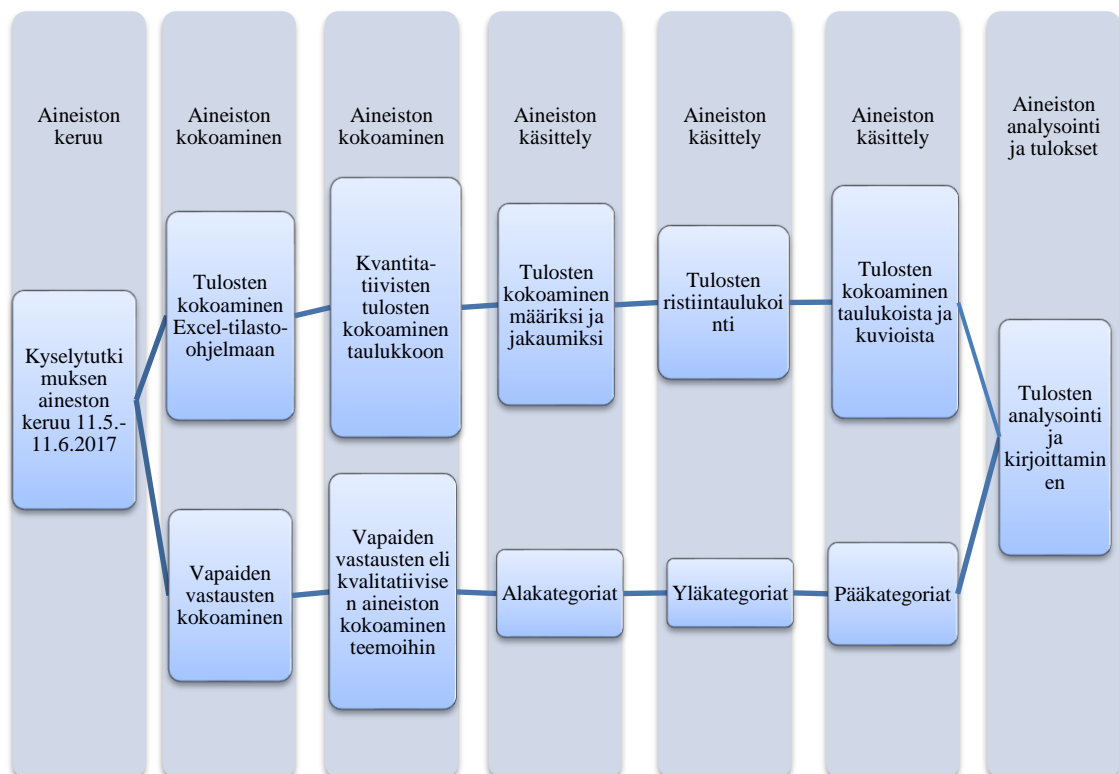
tausten perusteella. Tulokset ristiintaulukoitiin, jotta kyettiin näkemään vastaajien antamiin esitietoihin perustuvia yhteyksiä. Kun aineisto koostuu kyselylomakkeista, niiden sisältämät tiedot syötetään tilastolliseen ohjelmaan analysointia varten. Lomakkeilla kysymykset ja vastausvaihtoehdot on yleensä valmiiksi numeroitu, jolloin ne voidaan suoraan tallentaa havaintomatriisiksi. Erillistä koodausta ei aina tarvita. Tässä vaiheessa joudutaan kuitenkin usein tekemään uusia luokitteluja, antamaan muuttujille nimet ja luomaan uusia muuttujia sekä päättämään, miten puuttuvat tiedot merkitään. (ks. Ronkainen ym. 2014, 119-120.)

Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta mutta toki pienemmistäkin ryhmistä (alle 30 henkeä) tutkimuksia tehdään, jolloin raportointikäytännöt ovat hieman erilaiset kuin suurissa otoksissa. Tutkijan tehtävänä on havainnoida tuloksia, ei olla osallistuja. Todella pienten aineistojen (alle 20 havaintoa, henkilöä, tms.) raportoinnissa tyydytään frekvensseihin ja muihin peruskäsitteisiin. Hieman suuremmissa aineistoissa käytetään tilastomatematiikan peruskäsitteitä, kuten frekvenssejä, prosentteja ja ristiintaulukointia. Tässä tutkimuksessa käytettiin kaikkia edellä mainittuja peruskäsitteitä aineistoa analysoitaessa. Frekvenssejä olivat tiettyjen havaintoarvojen toistuminen, prosenteiksi muutettiin vastaajien antamat arvot tiettyihin kysymyksiin ja ristiintaulukointi auttoi näkemään esitietoihin perustuvia vaikutussuhteita annettuihin vastauksiin nähden. Suurissa aineistoissa käytetään tilastollisen tutkimuksen kaikkia menetelmiä. (ks. Tuomi 2007, 95-96; Ronkainen ym. 2014, 83-84.)

Tutkimuksen analyysivaiheessa käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusotetta kyselyn avoimien kysymysten vastausten analysointiin. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä (kuvio 5). Kvalitatiivisella analyysillä haluttiin lisätä tutkimuksen syvyyttä sen laajuuden lisäksi. Yhdistämällä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusote, nähtiin nämä tutkimusasetelmat toisiaan täydentävinä. (ks. Kananen 2008b, 118.) Avoimiin kysymyksiin saatiin runsaasti aineistoa, joka haluttiin hyödyntää opinäytetyössä tulosten kokonaisnäkökulman vahvistamiseksi ja tutkimuksen syventämiseksi yhdessä kvantitatiivisen osuuden kanssa. Vastaajien äänet ja näkökulmat haluttiin tuoda tutkimuksessa esille eli vastaajat päättivät, mitkä ovat heille tärkeitä asioita. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Induktiivisessa sisällön analyysissä pyritään tunnistamaan sisällöllisiä väittämiä, jotka kertovat jotakin tutkittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja -kysymysten asettelu ohjaa. Analyysissä ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan haetaan vastausta asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja tutkimustehtäviin. Induktiivisen sisällön analyysin tarkoitus on tuottaa tutkimustiedosta tiivistetty kokonaisuus, joka vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja -tehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2014, 113.)

Tutkimukselle asetettu tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjasivat analyysin tekemistä siten, että aikaisemmat havainnot, tiedot ja teoria eivät ohjanneet analyysiä vaan analyysiyksiköt nousivat aineistosta. Tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin vastaavat lauseet ja sanat pelkistettiin ja samankaltaisuuksia sisältävät pelkistykset ryhmiteltiin alakategorioihin, joille annettiin yhdistävä nimi. Näistä alakategorioista muodostettiin samankaltaisuuksia yhdistämällä yläkategorioita, joille annettiin myös yhdistävä nimi. Lopuksi yläkategorioita yhdistämällä muodostettiin pääkategoriat (taulukot 16, 17 ja liite 4). (ks. Tuomi, 2007, 129-130.) Koko kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston analysointiprosessi on kuvattu kuviossa 5.



KUVIO 5. Opinnäytetyön aineiston keruu -ja analysointiprosessi.

6. TULOKSET

Erikoissairaanhoidossa kyselyyn vastasi yhteensä 35 henkilöä (n=35), jolloin vastausprosentiksi muodostui 58,3% (taulukko 1). Vastaajien keski-ikä oli erikoissairaanhoidossa 45,8 vuotta ja työkokemuksen keskiarvo vuosissa oli 20,5 vuotta. Suurin osa vastaajista oli vakituudessa työsuhhteessa.

TAULUKKO 1. Erikoissairaanhoidon vastaajien taustatiedot.

Erikoissairaanhoidon vastaajien taustatiedot								
vastausprosenttien jakaantuminen		ikä	ammattiryhmät		työkokemus	työsuhde		
vastanneet	vastamatta	vastaajien ikä keskiarvona	sairaanhoitaja	perushoitaja, lähihoitaja	vastaajien työkokemus keskiarvona	vakituinen	määräaikainen	tyhjä
58 %	42 %	45,8 vuotta	77 %	23 %	20,5 vuotta	80 %	17 %	3 %

Kotihoidossa kyselyyn vastasi yhteensä 20 henkilöä (n=20), jolloin vastausprosentiksi muodostui 43% (taulukko 2). Vastaajien keski-ikä oli kotihoidossa 42 vuotta ja työkokemuksen keskiarvo vuosissa oli 15,2 vuotta. Suurin osa vastaajista oli vakituudessa työsuhhteessa.

TAULUKKO 2. Kotihoidon vastaajien taustatiedot.

Kotihoidon vastaajien taustatiedot							
Vastausprosenttien jakaantuminen		ikä	ammattiryhmät		työkokemus	työsuhde	
Vastanneet	Vastamatta	vastaajien ikä keskiarvona	sairaanhoitaja, geronomi tai fysioterapeutti	perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	vastaajien työkokemus keskiarvona	vakituinen	määräaikainen
43 %	57 %	42 vuotta	45 %	55 %	15,2 vuotta	95 %	5 %

Kotihoidon vastaajilta kartoitettiin taustatietojen lisäksi, minkälaisissa potilaan kotiutumisprosesseissa he olivat olleet osallisina (taulukko 3). Tämän tarkoituksena oli selvittää, oliko kotihoidon henkilöstö ollut osallisina erikoissairaanhoidosta kotiutuvan kotihoidon asiakkaan lisäksi sellaisissa kotiutumisasiäissä, joissa asiakas oli kotiutunut muualta, kuin erikoissairaanhoidosta. Kaikista kotihoidon vastaajista 70% (n=14) oli ollut mukana iäkkään potilaan kotiutumisasiässä tämän kotiutuessa erikoissairaanhoidosta. Kaikista vastaajista 35% (n=7) kirjasi olleensa mukana potilaan kotiutuessa muualta, kuin erikoissairaanhoidosta.

TAULUKKO 3. Kotihoidon vastaajien taustatiedot osallisuudesta iäkkään potilaan kotiutumisprosessiin.

Potilaan kotiutumiseen liittyviä taustatekijöitä						
Kotihoidon vastaajat (n=20)	Kotihoidon vastaajan osallistuminen kotiutumisprosessiin iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon.			Kotihoidon vastaajan osallistuminen kotiutumisprosessiin iäkkään potilaan kotiutuessa muualta, kuin erikoissairaanhoidosta (jos vastaaja ei ole ollut osallisena potilaan kotiutumisprosessissa erikoissairaanhoidosta).		
	kyllä	ei	tyhjä	kyllä	ei	tyhjä
Kaikki vastaajat	70 %	25 %	5 %	35 %	10 %	55 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	50 %	50, %		50 %	0 %	0 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	60%	20 %		0 %	20 %	0 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	70 %	30 %		60 %	10 %	30 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	100 %	0 %		0 %	0%	0 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja, geronomi, fysioterapeutti	100 %	0 %		44,4 %	0%	55,6 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	45,5 %	45,5 %		27,3 %	18,2 %	54,5 %
työkokemus: 0-5 vuotta	50%	50 %		25 %	25 %	50 %
työkokemus: 6-10 vuotta	100%	0 %		0 %	0 %	0 %
työkokemus: 11-20 vuotta	70%	20 %		40 %	10 %	50 %
työkokemus: 21-30 vuotta	75 %	25 %		50 %	0%	50 %
työsuhde: vakituinen	68,4 %	26,3 %		36,8 %	10,5 %	52,6 %
työsuhde: määräaikainen	100 %	0 %		0 %	0%	0 %

6.1. Tiedonsiirron toteutuminen ja -menetelmät iäkkään potilaan siirtyessä kotihoitosta erikoissairaanhoidon osastolle hoitoon

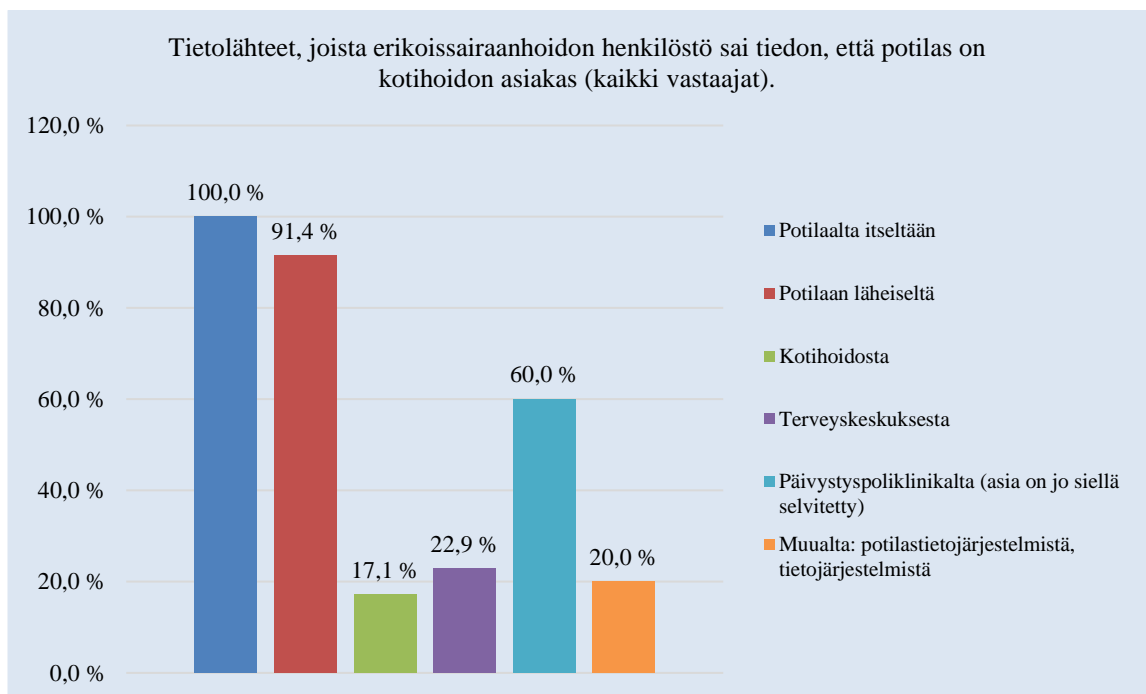
Tiedonsiirto iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon osastolle hoitoon

Iäkkään potilaan siirrettyä kotihoitosta erikoissairaanhoidon osastolle hoitoon, 89% (n=31) vastaajista selvitti, onko potilaalla asiakassuhde kotihoitoon. Vastaajista 11% (n=4) ei selvittänyt asiaa. Vastaajan iällä ja koulutuksella oli yhteys potilaan kotihoitoon asiakassuhteen selvittämiseen (taulukko 4). Esimerkiksi ikäryhmään 31-40 v. kuuluneista 40% ja 0-5 vuoden työkokemuksen omaavista 37,5% eivät selvittäneet onko potilaalla asiakassuhde kotihoitoon.

TAULUKKO 4. Kotihoidon asiakassuhteen selvittäminen erikoissairaanhoidossa iäkkään potilaan siirtyessä osastohoitoon.

Tiedonsiirto iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon osastolle		
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoitoon osastolle, selvittikö vastaaja potilaan asiakassuhteen kotihoitoon.	
	kyllä	ei
Kaikki vastaajat	89 %	11%
ikäryhmä 20-30 vuotta	75 %	25 %
ikäryhmä 31-40 vuotta	60 %	40%
ikäryhmä 41-50 vuotta	100 %	0%
ikäryhmä 51 vuotta tai yli	100 %	0 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	85,2 %	14,8 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	100%	0%
työkokemus 0-5 vuotta	62,5 %	37,5 %
työkokemus 6-10 vuotta	75%	25%
työkokemus 11-20 vuotta	100%	0 %
työkokemus 21-30 vuotta	100 %	0 %
työkokemus 31 vuotta tai yli	100 %	0 %
työsuhde: vakituinen	96,4 %	3,6 %
työsuhde: määräaikainen	50 %	50%

Erikoissairaanhoidon kyselyssä selvitettiin monivalintaisena kysymyksenä, mistä tietolähteistä vastaaja saa tiedon, että osastolla hoidettava potilas on kotihoidon asiakas. Erikoissairaanhoidossa potilaan kotihoidon asiakassuhteen selvittäneistä vastaajista, kaikki selvittivät kotihoidon asiakassuhteen potilaalta itseltään, 91,4% (n=32) potilaan läheiseltä ja 60% (n=21) päivystyspoliklinikalta. Muista tietolähteistä tieto selvitettiin vaihtelevasti (kuvio 6).



KUVIO 6. Henkilöstön tietolähteet potilaan kotihoidon asiakassuhteesta.

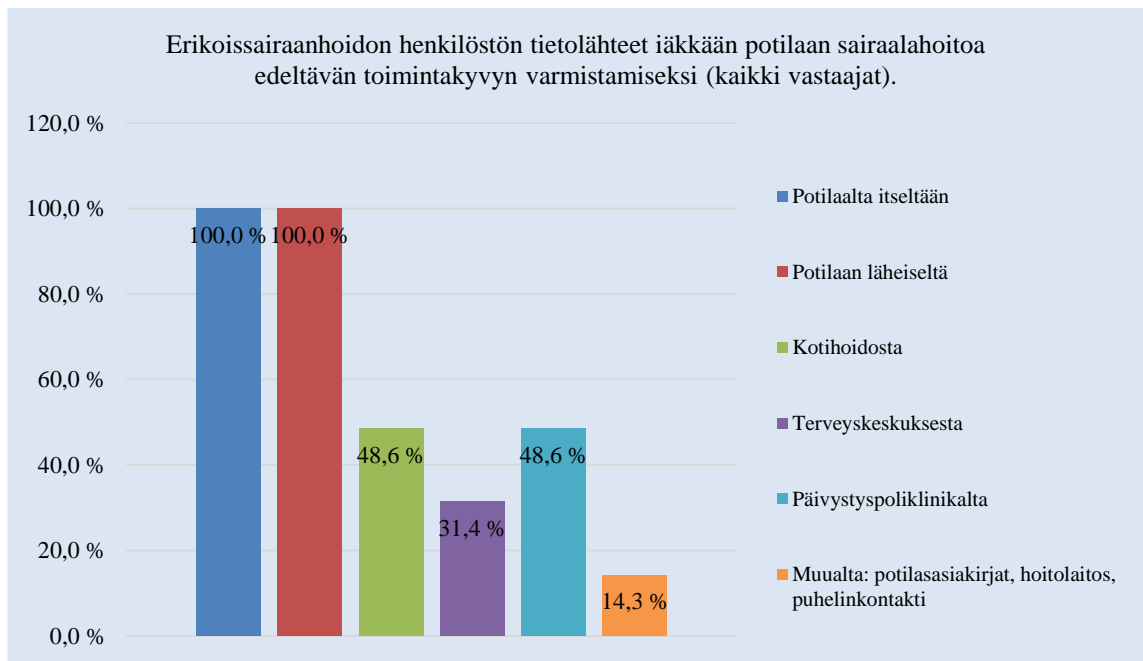
Vastaajien ikä, koulutus, työkokemus ja työsuhde ei ollut yhteydessä kaikkien vastaajien tulokseen, jossa tieto kotihoidon asiakassuhteesta saatiin potilaalta itseltään tai potilaan

läheiseltä mutta muiden tietolähteiden osalla tuloksissa esiintyi vaihtelevuutta (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Tietolähteet, joista erikoissairaanhoidon henkilöstö sai tiedon iäkkään potilaan kotihoidon asiakassuhteesta.

Tiedonsiirto iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon osastolle						
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Tietolähteet, joista erikoissairaanhoidon henkilöstö sai tiedon iäkkään potilaan kotihoidon asiakassuhteesta (monivalinta).					
	Potilaalta itseltään	Potilaan läheiseltä	Kotihoidosta	Terveyskeskuksesta	Päivystyspoliklinikalta	Muualta, mistä: "potilastietojärjestelmistä, tietojärjestelmistä"
Kaikki vastaajat	100 %	91,4 %	17,1 %	22,9 %	60 %	20 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	100 %	87,5 %	12,5 %	25 %	75 %	25 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100%	100%	0,0 %	20 %	60 %	20%
ikäryhmä: 41-50 vuotta	100%	83,3 %	33,3 %	33,3 %	66,7 %	33,3 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	100 %	93,8 %	18,8 %	18,8 %	50%	12,5 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	100 %	92,6 %	11,1 %	29,6 %	63%	22,2 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	100 %	87,5 %	37,5 %	0%	50%	12,5 %
työkokemus: 0-5 vuotta	100 %	87,5 %	0,0 %	25,0 %	87,5 %	37,5 %
työkokemus: 6-10 vuotta	100 %	100 %	25,0 %	0%	50%	25%
työkokemus:11-20 vuotta	100 %	100 %	33,3 %	66,7 %	66,7 %	16,7 %
työkokemus:21-30 vuotta	100 %	85,7 %	0,0 %	14,3 %	57,1 %	28,6 %
työkokemus: 31 vuotta tai yli	100 %	90%	30,0 %	10 %	40 %	0 %
työsuhde: vakituinen	100 %	92,9 %	21,4 %	21,4 %	53,6 %	17,9 %
työsuhde: määräaikainen	100 %	83,3 %	0 %	16,7 %	83,3 %	33,3 %

Tieto erikoissairaanhoidon siirtyneen iäkkään potilaan sairaalahoitoa edeltävästä toimintakyvystä saatiin poikkeuksetta potilaalta itseltään tai potilaan läheiseltä. Lähes puolet vastaajista (n=17) sai tiedon potilaan toimintakyvystä joko kotihoidosta tai päivystyspoliklinikalta, jossa asia oli jo selvitetty (kuvio 7).



KUVIO 7. Erikoissairaanhoidon henkilöstön tietolähteet iäkkään potilaan sairaalahoitoa edeltävän toimintakyvyn varmistamiseksi.

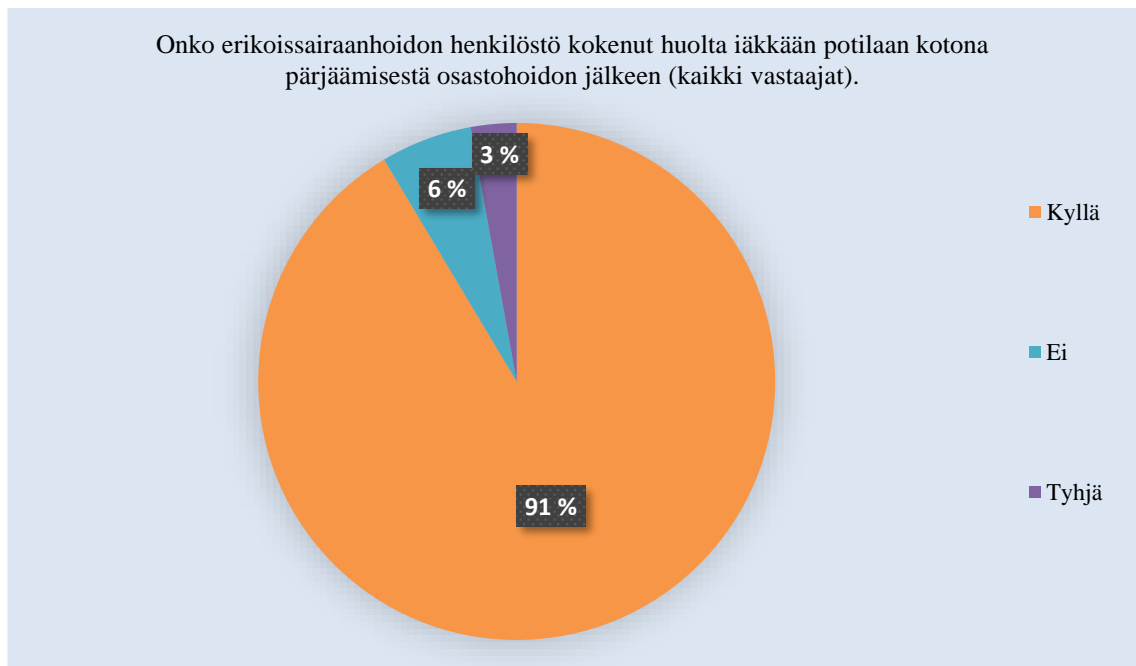
Vastaajan iällä, työkokemuksella tai työsuhteella oli yhteys siihen, miltä tahoilta potilaan sairaalahoitoa edeltävä toimintakyky selvisi (taulukko 6). Esimerkiksi 41-50 vuotiaiden ikäryhmään kuuluneista vastaajista 83,3% edeltävän toimintakyvyn kotihoidosta, 66,7% terveyskeskuksesta ja 66,7% päivystyspoliklinikalta. Määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevistä 83,3% selvitti iäkkään potilaan toimintakyvyn päivystyspoliklinikalta, kun taas vakituisessa työsuhteessa olevista vastaajista 53,6% selvitti asian kotihoidosta. Vastaajista ikäryhmään 31-40 vuotta kuuluneista 40%, työkokemusta 0-5 vuotta omaavista 37,5% ja määräaikaisessa työsuhteessa olevista 50% selvittivät potilaan sairaalahoitoa edeltävää toimintakykyä myös muualta, kuin kyselyssä mainituilta tahoilta.

TAULUKKO 6. Tietolähteet, joista erikoissairaanhoidon henkilöstö sai tiedon iäkkään potilaan sairaalahoitoa edeltävästä toimintakyvystä.

Tiedonsiirto iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon osastolle						
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Tietolähteet, joista erikoissairaanhoidon henkilöstö sai tiedon iäkkään potilaan sairaalahoitoa edeltävästä toimintakyvystä (monivalinta).					
	Potilas	Potilaan läheinen	Kotihoito	Terveyskeskus	Päivystyspoli- klinikka	Muu, mikä: "potilasasiakir- jat, hoitolaitos, puhelinkon- takti"
Kaikki vastaajat	100 %	100 %	48,6 %	31,4 %	48,5 %	14,3 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	100%	100 %	37,5 %	25 %	62,5 %	25 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100 %	100%	40 %	40 %	40 %	40 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	100 %	100%	83,3 %	50,0 %	50 %	0 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	100 %	100 %	43,8 %	25 %	43,8 %	6,3 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	100 %	100%	51,9 %	37 %	55,6 %	18,5 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	100 %	100 %	37,5 %	12,5 %	25 %	0 %
työkokemus: 0-5 vuotta	100 %	100%	37,5 %	25 %	75 %	37,5 %
työkokemus: 6-10 vuotta	100%	100%	50 %	25 %	0 %	25 %
työkokemus: 11-20 vuotta	100 %	100%	83,3 %	66,7 %	66,7 %	0%
työkokemus: 21-30 vuotta	100 %	100 %	57,1 %	42,9 %	57,1 %	0 %
työkokemus: 31 vuotta tai yli	100 %	100 %	30 %	10 %	30 %	10%
työsuhde: vakituinen	100 %	100 %	53,6 %	32,1 %	39,3 %	7,1 %
työsuhde: määräaikainen	100 %	100 %	16,7 %	16,7 %	83,3 %	50%

Erikoissairaanhoidon henkilöstön kotiutukseen liittyvät huolenaiheet iäkkään potilaan hoitoprosessissa

Erikoissairaanhoidon henkilöstölle esitettiin kysymyksiä iäkkään potilaan hoitoprosessiin liittyvistä huolenaiheista. Kaikki vastaajat olivat olleet huolissaan iäkkään potilaan toimintakyvyn laskusta, paranemisen etenemisestä sekä tulevasta kotiuttamisesta. Erikoissairaanhoidon henkilöstölle esitettiin myös lisäkysymys koskien iäkkään potilaan kotiuttamista osastohoidon jälkeen. Kaikista vastaajista 91% (n=32) oli huolissaan iäkkään potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon päätyttyä (kuvio 8). Tulos osoittaa, että merkittävä osa vastaajista oli huolissaan iäkkään potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen.



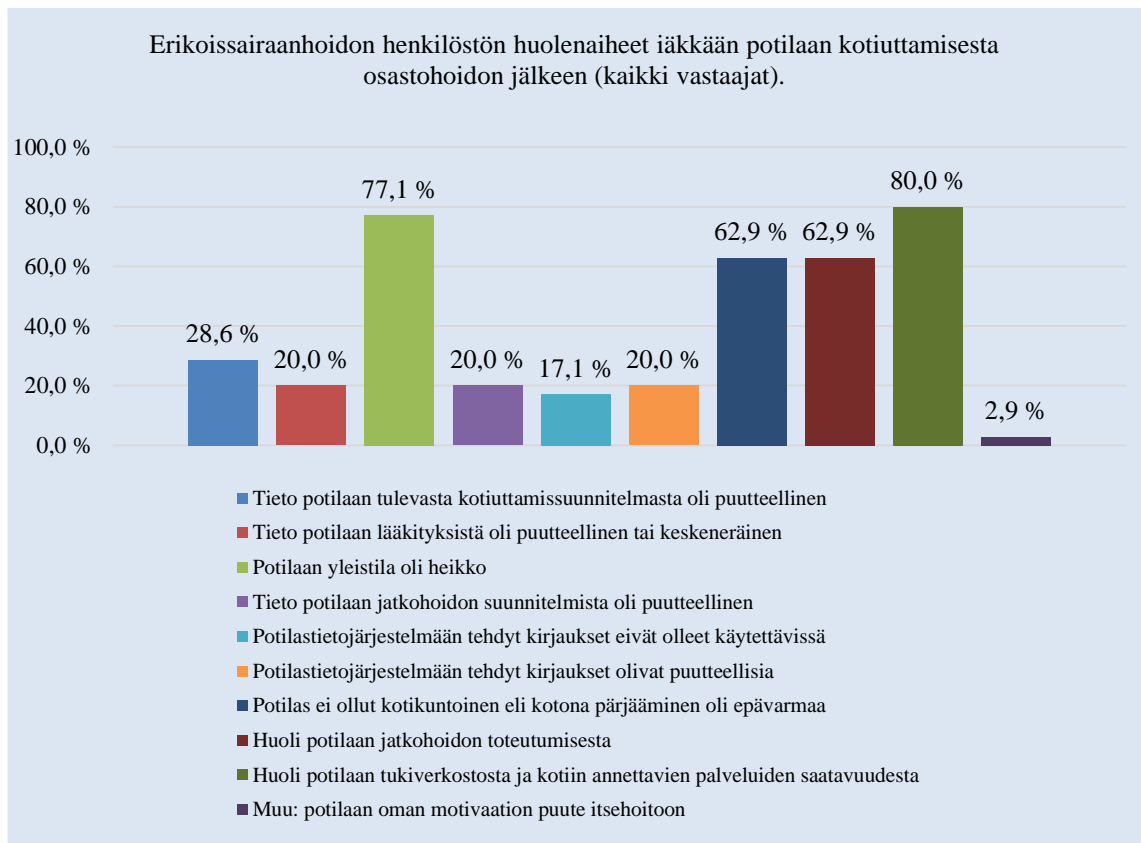
KUVIO 8. Erikoissairaanhoidon henkilöstön huoli potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen.

Vastaajien iällä, koulutuksella ja työkokemuksella oli lievä yhteys siihen, oliko vastaaja huolissaan potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen. Esimerkiksi ikäryhmiin 31-40 v. ja 41-50 v. ja ammattiryhmään perus- tai lähihoitaja kuuluneet sekä työkokemusta 6-10 v., 11-20 v. tai 21-30 vuotta omaavat vastaajat eivät olleet huolissaan iäkkään potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Erikoissairaanhoidon henkilöstön huolenaiheet iäkkään potilaan hoitotyössä kohti tulevaa kotiuttamista.

Erikoissairaanhoidon henkilöstön huolenaiheet iäkkään potilaan hoitotyössä kohti tulevaa kotiuttamista							
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Onko erikoissairaanhoidon vastaaja ollut huolissaan iäkkään potilaan toimintakyvyn laskusta ja paranemisen etenemisestä osastohoidon aikana.		Onko erikoissairaanhoidon vastaaja ollut huolissaan potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon aikana tulevaa kotiutusta ajatellen.		Onko erikoissairaanhoidon vastaaja ollut huolissaan iäkkään potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen.		
	kyllä	ei	kyllä	ei	kyllä	ei	tyhjä
Kaikki vastaajat	100%	0%	100%	0%	91 %	6 %	3 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	100%	0 %	100%	0%	87,5 %	12,5 %	vastausprosenttia ei laskettu anonyymitehtäviksi
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100 %	0 %	100%	0%	100 %	0 %	
ikäryhmä: 41-50 vuotta	100 %	0 %	100 %	0%	100 %	0 %	
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	100 %	0 %	100 %	0%	87,5 %	6,3 %	
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	100%	0 %	100 %	0%	92,6 %	7,4 %	
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	100 %	0 %	100 %	0 %	87,5 %	0 %	
työkokemus: 0-5 vuotta	100 %	0 %	100%	0 %	87,5 %	12,5 %	
työkokemus: 6-10 vuotta	100%	0 %	100%	0%	100%	0%	
työkokemus: 11-20 vuotta	100%	0 %	100%	0%	100%	0 %	
työkokemus: 21-30 vuotta	100 %	0%	100 %	0 %	100 %	0 %	
työkokemus: 31 vuotta tai yli	100 %	0 %	100%	0 %	80,0 %	10 %	
työsuhde: vakituinen	100 %	0 %	100%	0 %	92,9 %	3,6 %	
työsuhde: määräaikainen	100 %	0%	100 %	0 %	83,3 %	16,7 %	

Erikoissairaanhoidon henkilöstö nosti keskeisiksi huolenaiheiksi potilaan tukiverkoston puutteen ja kotiin annettavien palveluiden saatavuuden (n=28), potilaan heikon yleistilan (n=27), potilaan jatkohoidon toteutumisen (n=22) sekä sen, että potilas ei ollut kotikuntainen (n=22) osastohoidon jälkeen. Muut huolenaiheet jakautuivat tasaisemmin. Lähes 30% henkilöstöstä oli huolissaan potilaan tulevien kotiuttamissuunnitelmien puutteellisuudesta. Huolenaiheita olivat myös potilaan lääkityksien puutteellisuus tai keskeneräisyys (n=7), potilaan jatkohoidon suunnitelmien puutteellisuus (n=7) ja potilastietojärjestelmään tehtyjen kirjausten puutteellisuus (n=7). Hieman alle 20% (n=6) henkilöstöstä oli huolissaan siitä, että potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset eivät olleet käytettävissä. Lisäksi tuotiin esiin potilaan oman motivaation puute itsehoitoon (2.9%) yhtenä huolenaiheena (kuvio 9).



KUVIO 9. Erikoissairaanhoidon henkilöstön huolenaiheet iäkkään potilaan kotiuttamisesta osastohoidon jälkeen.

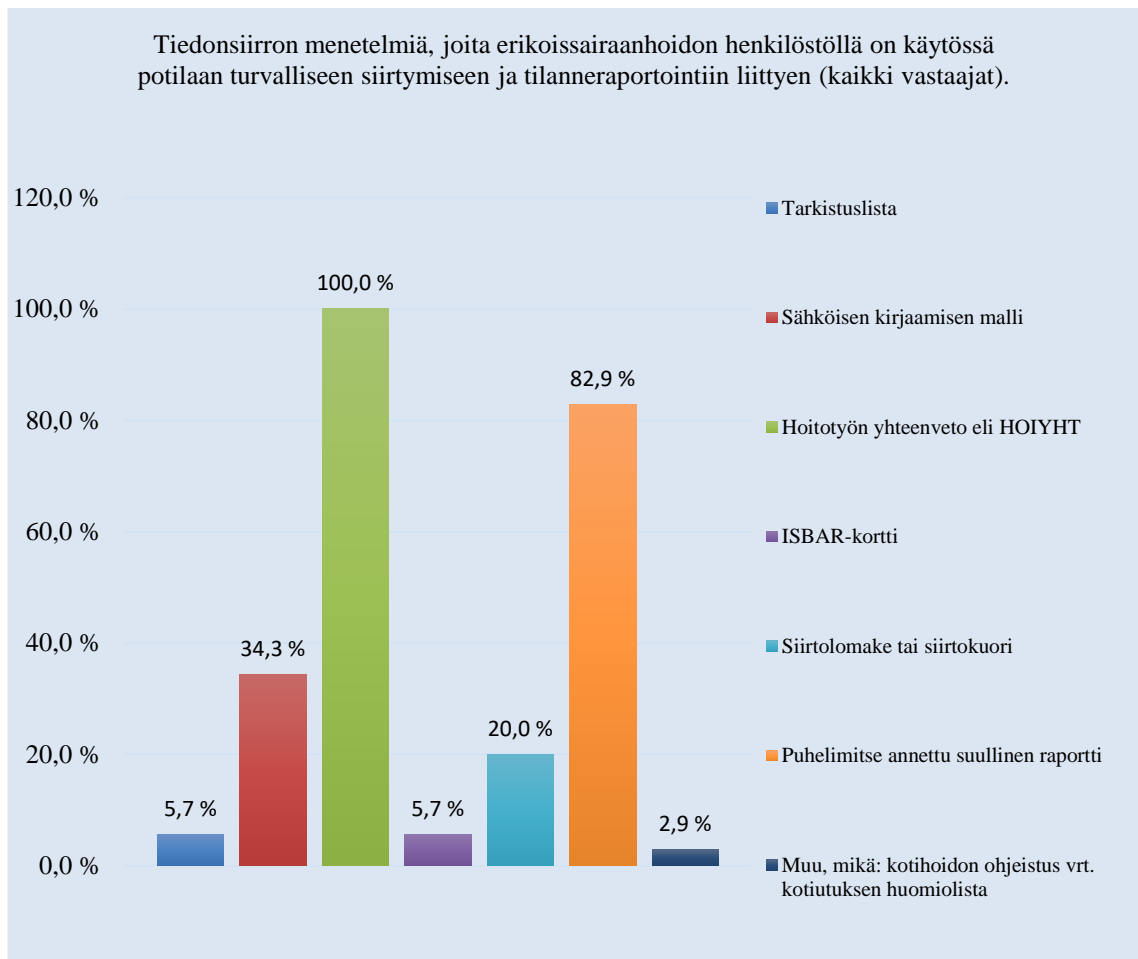
Vastaajien iällä, koulutuksella, työkokemuksella ja työsuhteella oli yhteyttä vastausten jakaantumiseen eri huolenaiheiden välillä (taulukko 8). Esimerkiksi ikäryhmään 31-40 vuotiailla vastaajilla sekä 6-10 vuoden työkokemuksen omaavilla suurimmiksi huolenaiheiksi nousivat huoli potilaan jatkohoidon toteutumisesta (100%) sekä se, että potilas ei ollut kotikuntoinen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa (100%). 20-30 vuotiaiden ikäryhmään kuuluneiden vastauksissa suurimmaksi huolenaiheeksi nousi potilaan tukiverkostot ja kotiin annettavien palveluiden saatavuus (87,5%) ja potilaan kotikuntoisuus (75%). Työkokemusta 21-30 vuotta omaavat vastaajat kirjasivat huolen potilaan tukiverkostoista ja kotiin annettavien palveluiden saatavuudesta (57,1%) sekä potilaan heikosta yleistilasta (57,1%). Määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät nostivat suurimmaksi huoleksi potilaan tukiverkostot ja kotiin annettavien palveluiden saatavuuden (83,3%), kun taas vakituisessa työsuhteessa olevat nostivat suurimmaksi huolenaiheeksi potilaan heikon yleistilan (82,1%). Jälkimmäisessä ryhmässä potilaan tukiverkostot ja kotiin annettavien palveluiden saatavuus nousi toiseksi tärkeimmäksi huoleksi (78,6%).

TAULUKKO 8. Erikoissairaanhoidon henkilöstön kokemat huolenaiheet iäkkään potilaan kotiuttamisesta osastohoidon jälkeen.

Erikoissairaanhoidon henkilöstön kokemat huolenaiheet iäkkään potilaan kotiuttamisesta osastohoidon jälkeen.										
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Erikoissairaanhoidon henkilöstön kokemat huolenaiheet iäkkään potilaan kotiuttamisessa osastohoidosta (monivalinta).									
	Tieto potilaan tulevasta kotiuttamis-suunnitelmasta oli puutteellinen	Tieto potilaan lääkityksistä oli puutteellinen tai kesken-eräinen	Potilaan yleistila oli heikko	Tieto potilaan jatkohoidon suunnitelmista oli puutteellinen	Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset potilaasta eivät olleet käytettävissä tai tieto oli vaikeasti löydettävissä	Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset olivat puutteellisia	Potilas ei ollut kotikuntainen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa	Huoli potilaan jatkohoidon toteutumisesta	Huoli potilaan tukiverkostosta ja kotiin annettavien palveluiden saatavuudesta	Muu, mikä: "potilaan oman motivaation puute hoitoon"
Kaikki vastaajat	28,6 %	20,0 %	77,1 %	20 %	17,1 %	20,0 %	62,9 %	62,9 %	80,0 %	2,9 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	12,5 %	25 %	75 %	37,5 %	12,5 %	25 %	62,5 %	50 %	87,5 %	vastausprosenttia ei laskettu anonyymiteetin suojaamiseksi
ikäryhmä: 31-40 vuotta	40 %	0 %	80 %	60 %	20 %	20 %	100 %	100 %	60 %	
ikäryhmä: 41-50 vuotta	33,3 %	33,3 %	66,7 %	16,7 %	16,7 %	33,3 %	50 %	50 %	66,7 %	
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	31,3 %	18,8 %	81,3 %	18,8 %	18,8 %	12,5 %	56,3 %	62,5 %	87,5 %	
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	33,3 %	22,2 %	74,1 %	29,6 %	22,2 %	22,2 %	55,6 %	59,3 %	77,8 %	
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	12,5 %	12,5 %	87,5 %	25 %	0 %	12,5 %	87,5 %	75 %	87,5 %	
työkokemus: 0-5 vuotta	12,5 %	0 %	62,5 %	25 %	12,5 %	12,5 %	62,5 %	37,5 %	87,5 %	
työkokemus: 6-10 vuotta	25 %	50 %	100 %	75 %	0 %	50 %	100 %	100 %	75 %	
työkokemus: 11-20 vuotta	66,7 %	33,3 %	100 %	50 %	16,7 %	33,3 %	83,3 %	100 %	83,3 %	
työkokemus: 21-30 vuotta	28,6 %	28,6 %	57,1 %	14,3 %	42,9 %	14,3 %	28,6 %	42,9 %	57,1 %	
työkokemus: 31 vuotta tai yli	20 %	10 %	80 %	10 %	10 %	10 %	60 %	60 %	90 %	
työsuhde: vaki- tuinen	32,1 %	25 %	82,1 %	28,6 %	17,9 %	21,4 %	64,3 %	67,9 %	78,6 %	
työsuhde: määrä- aikainen	16,7 %	0 %	66,7 %	16,7 %	16,7 %	16,7 %	66,7 %	50 %	83,3 %	

Tiedonsiirto ja tiedonsiirron menetelmät erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon henkilöstöltä kysyttiin monivalintaisena kysymyksenä, mitä tiedonsiirron menetelmiä heillä on käytössään potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin (kuvio 10). Kaikki vastaajat valitsivat hoitotyön yhteenvedon yhdeksi käytössä olevaksi keinoksi tiedonsiirtoon. Toiseksi eniten valintoja tuli perinteiseen menetelmään eli puhelimitse annettavaan raporttiin (n=29) ja kolmanneksi eniten valintoja tuli sähköisen kirjaamisen malliin (n=12). Muut menetelmät jakaantuivat 2,9-20% välillä. Esimerkiksi ISBAR-menetelmä raportoinnissa oli varsin vähän käytetty menetelmä.



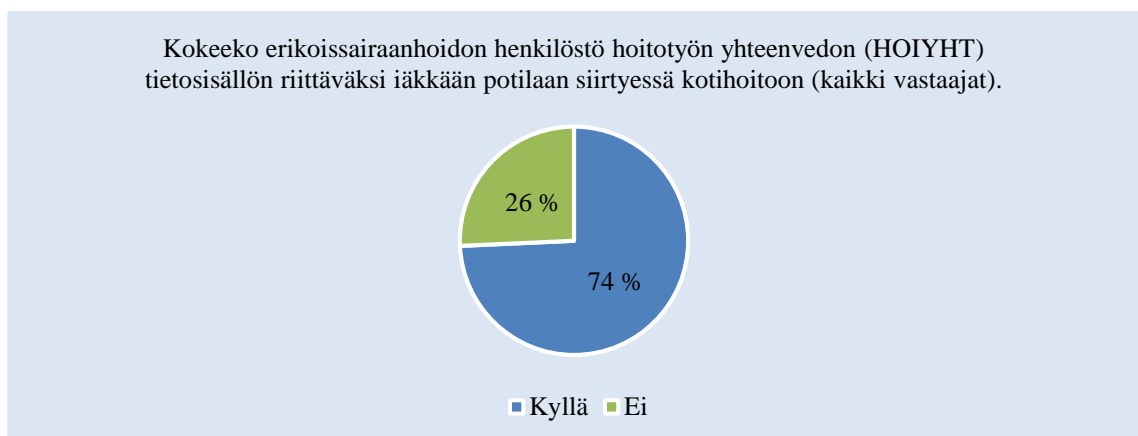
KUVIO 10. Erikoissairaanhoidon henkilöstön käytössä olevat tiedonsiirron menetelmät.

Hoitotyön yhteenveto oli kaikilla vastaajilla käytössä oleva keino potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin. Muiden menetelmien käytössä vastaajien iällä, koulutuksella, työkokemuksella ja työsuhteella oli yhteyttä vastausten jakaantumiseen (taulukko 9). Esimerkiksi sähköisen kirjaamisen malli oli tutumpi keino 41-50 vuotiaiden vastaajien ikäryhmään kuuluneille (66,7%). Edellä mainitun ryhmän vastaajille myös ISBAR-kortti oli tutumpi menetelmä (16,7%). Siirtolomake tai siirtokuori oli taas 11-20 vuoden työkokemuksen omaaville tutumpi tiedonsiirron menetelmä (33,3%).

TAULUKKO 9. Tiedonsiirron menetelmät potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilaneraportointiin erikoissairaanhoidossa.

Tiedonsiirron menetelmät potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilaneraportointiin							
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Keinoja, joita erikoissairaanhoidon henkilöstöllä on käytössä potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilaneraportointiin (monivalinta).						
	Tarkistuslista	Sähköisen kirjaamisen malli	Hoitotyön yhteenveto (HOIYHT)	ISBAR-kortti	Siirtolomake tai siirtokuori	Puhelimitse annettu suullinen raportti	Muu, mikä: "kotihoito-ohjeistus vrt. kotiutuksen huomiolista"
Kaikki vastaajat	5,7 %	34,3 %	100 %	5,7 %	20,0 %	82,9 %	2,9 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	0 %	37,5 %	100 %	0 %	25,0 %	100 %	vastausprosenttia ei laskettu anonyymiteetin suojaamiseksi
ikäryhmä: 31-40 vuotta	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %	
ikäryhmä: 41-50 vuotta	33,3 %	66,7 %	100 %	16,7 %	16,7 %	83,3 %	
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	0 %	31,3 %	100 %	6,3 %	25 %	68,8 %	
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	7,4 %	44,4 %	100 %	7,4 %	22,2 %	88,9 %	
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	0 %	0 %	100 %	0 %	12,5 %	62,5 %	
työkokemus: 0-5 vuotta	12,5 %	50 %	100 %	12,5 %	12,5 %	100 %	
työkokemus: 6-10 vuotta	0 %	0 %	100 %	0 %	25 %	100 %	
työkokemus: 11-20 vuotta	16,7 %	50 %	100 %	0 %	33,3 %	100 %	
työkokemus: 21-30 vuotta	0 %	42,9 %	100 %	0 %	14,3 %	85,7 %	
työkokemus: 31 vuotta tai yli	0 %	20 %	100 %	10 %	20 %	50 %	
työsuhde: vakituinen	7,1 %	32,1 %	100 %	7,1 %	21,4 %	78,6 %	
työsuhde: määräaikainen	0 %	50 %	100 %	0 %	16,7 %	100 %	

Erikoissairaanhoidon vastaajista kaikki pitivät hoitotyön yhteenvetoa tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä. Hoitotyön yhteenvetoon tietosisällön riittävydessä sen sijaan koettiin olevan jonkin verran puutteita, sillä vastaajista 26% (n=9) ei pitänyt tietosisältöä riittävänä. (kuvio 11).



KUVIO 11. Hoitotyön yhteenvetoon tietosisällön riittävyys erikoissairaanhoidon henkilöstön kokemana iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon.

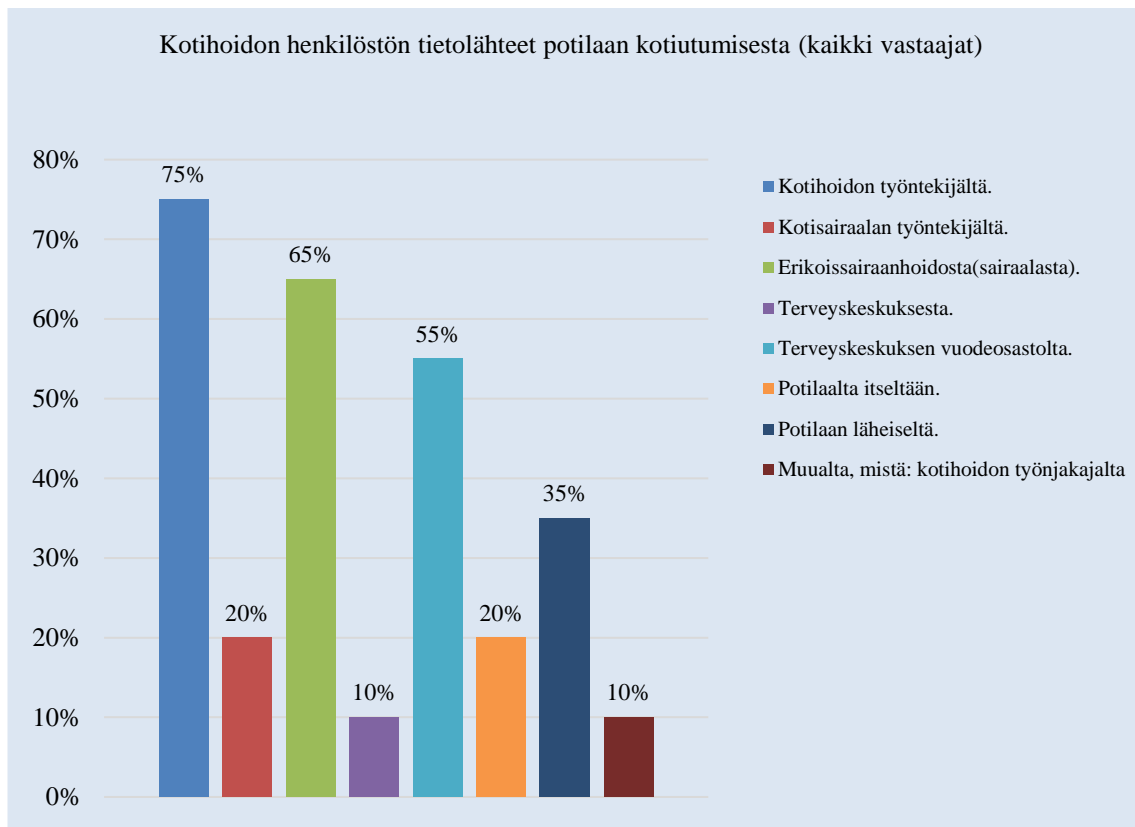
Vastaajien iällä ja työkokemuksella oli yhteyttä vastausten jakaantumiseen. Esimerkiksi ikäryhmään 41-50 v. kuuluneista ja 0-5 v. työkokemuksen omaavista vastaukset jakaantuivat puoliksi kysyttäessä hoitotyön yhteenvedon tietosisällön riittävydestä. Ikäryhmään 20-30 v. kuuluneista tai työkokemusta 6-10 v. ja 31 v. tai sen yli omaavista vastaajista kaikki kokivat tietosisällön olevan riittävää. Koulutuksella ja työsuhteella ei ollut yhteyttä kokonaistulokseen (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Hoitotyön yhteenvedo (HOIYHT) tiedonsiirron apuvälineenä erikoissairaanhoidossa.

Hoitotyön yhteenvedo (HOIYHT) tiedonsiirron apuvälineenä				
Erikoissairaanhoidon vastaajat (n=35)	Pitääkö erikoissairaanhoidon henkilöstö hoitotyön yhteenvedoa yhtenä tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä.		Kokeeko erikoissairaanhoidon henkilöstö hoitotyön yhteenvedon tietosisällön riittäväksi iäkkään potilaan siirtyessä kotihoitoon.	
	kyllä	ei	kyllä	ei
Kaikki vastaajat	100 %	0 %	74 %	26 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	100 %	0 %	100 %	0 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100 %	0 %	80 %	20 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	100 %	0 %	50 %	50 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	100 %	0 %	81,3 %	18,8 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja	100 %	0 %	74,1 %	25,9 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja	100 %	0 %	75 %	25 %
työkokemus: 0-5 vuotta	100 %	0 %	50 %	50 %
työkokemus: 6-10 vuotta	100 %	0 %	100 %	0 %
työkokemus: 11-20 vuotta	100 %	0 %	66,7 %	33,3 %
työkokemus: 21-30 vuotta	100 %	0 %	57,1 %	42,9 %
työkokemus: 31 vuotta tai yli	100 %	0 %	100 %	0 %
työsuhde: vakituinen	100 %	0 %	78,6 %	21,4 %
työsuhde: määräaikainen	100 %	0 %	66,7 %	33,3 %

6.2. Tiedonsiirron toteutuminen ja -menetelmät iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon

Kotihoidon henkilöstöltä kysyttiin mistä kotihoidon henkilöstö sai tiedon potilaan kotiutumisesta kotihoidon palveluiden piiriin (kuvio 12). Merkittävin osa vastaajista sai tiedon kotihoidon työntekijältä (n=15), erikoissairaanhoidosta (n=13) ja terveyskeskuksen vuodeosastolta (n=11). Kaikista vastaajista 35% (n=7) ilmoitti saaneensa tiedon kotiutumisesta potilaan läheiseltä. Muut vastaukset jakaantuivat 10-20%:n välille.



KUVIO 12. Kotihoidon henkilöstön tietolähteet potilaan kotiutumisesta.

Vastaajien iällä, työkokemuksella ja työsuhteella oli yhteyttä vastausten vaihtelevuuteen (taulukko 11). Esimerkiksi 20-30 v. vastaajien ryhmään tai määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevä sai vain tietyistä kohteista tiedon potilaan kotiutumisesta. Työkokemusta 0-5 vuotta tai 21-30 vuotta omaavat tai määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät vastaajat eivät kirjanneet ollenkaan kotisairaalaan tai potilasta itseään tiedon lähteeksi. Kaikissa vastaajaryhmissä tieto saatiin joissakin määrin kotihoidon työntekijältä ja erikoissairaanhoidosta eli yhdenkään ryhmän vastauksissa ei ollut 0%:n vastausta näiden kahden tietolähteen osalta.

TAULUKKO 11. Tiedonsiirron toteutuminen potilaan kotiutuessa ja siirtyessä kotihoitoon.

Tiedonsiirron toteutuminen potilaan kotiutuessa ja siirtyessä kotihoitoon								
Kotihoidon vastaajat (n=20)	Kotihoidon henkilöstön tietolähteet potilaan kotiutumisesta (monivalinta).							
	Kotihoidon työntekijä	Kotisairaalan työntekijä	Erikoissairaanhoido	Terveyskeskus	Terveyskeskuksen vuodeosasto	Potilas itse	Potilaan läheinen	Muu, mikä: "kotihoidon työnjakaja"
Kaikki vastaajat	75 %	20 %	65 %	10 %	55 %	20 %	35 %	10 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	50 %	0%	50 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100 %	20 %	100 %	20 %	100 %	60 %	60 %	0 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	70 %	30 %	50 %	10 %	40 %	0 %	20 %	20 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	66,7 %	0 %	66,7 %	0 %	66,7 %	33,3 %	33,3 %	0 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja geronomi, fysioterapeutti	77,8 %	33,3 %	77,8 %	0 %	66,7 %	22,2 %	44,4 %	0 %
ammattiryhmä: perushoitaja lähihoitaja, kodinhoitaja	72,7 %	9,1 %	54,5 %	18,2 %	45,5 %	18,2 %	27,3 %	18,2 %
työkokemus: 0-5 vuotta	75 %	0 %	50 %	25 %	25 %	0 %	25 %	0 %
työkokemus: 6-10 vuotta	100 %	50 %	100 %	50 %	100 %	100 %	100 %	0 %
työkokemus: 11-20 vuotta	70 %	30 %	80 %	0 %	70 %	20 %	30 %	20 %
työkokemus: 21-30 vuotta	75 %	0 %	25 %	0 %	25 %	0 %	25 %	0 %
työsuhde: vakituinen	73,7 %	21,1 %	63,2 %	10,5 %	52,6 %	21,1 %	36,8 %	10,5 %
työsuhde: määräaikainen	100%	0 %	100 %	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %

Potilaan turvallisen kotiutumisen toteutuminen

Kotihoidon henkilöstöltä kysyttiin näkemyksiä potilaan kotiutuksen sujuvuudesta. Kaikista vastaajista 90% (n=18) oli sitä mieltä, että potilaan kotiutus ei sujunut hyvin ja potilaan kannalta turvallisesti (kuvio 13). Vastausta sai avata vapaan sanan mahdollisuudella, jonka vastaukset on analysoitu kvalitatiivisella menetelmällä. Vastaajista 10% (n=2) oli sitä mieltä, että kotiutus sujui hyvin.



KUVIO 13. Kotiutuksen sujuvuus ja potilasturvallisuuden toteutuminen kotihoodon henkilöstön näkökulmasta.

Henkilöstön iällä ja työkokemuksella vaikuttaisi olevan yhteys kotiutuksen sujuvuuden kokemukseen (taulukko 12). Esimerkiksi 20-30 v. vastaajien ryhmässä tai 0-5-vuoden työkokemuksen omaavilla kokemus oli jonkin verran positiivisempi verrattuna kokonaistulokseen, koska tämän ryhmän vastauksissa kotiutuksen sujuvuuden kokemus jakaantui puoliksi. Merkittävä osa kuitenkin kaikista kotihoodon vastaajista ja eri vastaajaryhmistä oli kokenut potilaan kotiuttamisessa parannettavaa potilasturvallisuuden näkökulmasta.

TAULUKKO 12. Kotiutuksen sujuvuus ja potilasturvallisuuden toteutuminen kotihoodon henkilöstön näkökulmasta.

Potilaan kotiutuksen sujuvuus kotihoodon henkilöstön näkökulmasta		
Kotihoodon vastaajat (n=20)	Sujuivatko kotiutukset hyvin ja potilaan kannalta turvallisesti kotihoodon henkilöstön näkökulmasta.	
	kyllä	ei
Kaikki vastaajat	10 %	90 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	50 %	50 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	0 %	100 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	10 %	90 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	0 %	100 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja, geronomi, fysioterapeutti	11,1 %	88,9 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	9,1 %	90,9 %
työkokemus: 0-5 vuotta	25 %	75 %
työkokemus: 6-10 vuotta	0 %	100 %
työkokemus: 11-20 vuotta	10 %	90 %
työkokemus: 21-30 vuotta	0 %	100 %
työsuhde: vakituinen	10,5 %	89,5 %
työsuhde: määräaikainen	0 %	100 %

Kotihoodon henkilöstöltä kartoitettiin monivalintaisena kysymyksenä asioita, jotka kotiutuksessa eivät sujuneet hyvin potilaan kannalta (kuvio 14). Puutteelliset lääkitystiedot (n=11) ja se, että potilas ei ollut kotikuntoinen (n=11) olivat kotihoodon henkilöstön merkittävimmät kotiutuksen sujuvuuteen vaikuttavat asiat. Vastaava huolenaihe esiintyi erikoissairaanhoidon kyselyn tuloksissa, jossa potilaan heikko yleistila ja kotiuttaminen liian

varhaisessa vaiheessa olivat keskeisiä huolenaiheita erikoissairaanhoidon henkilöstön näkökulmasta potilaan kotiutusta suunniteltaessa.



KUVIO 14. Kotiutuksen sujumattomuuteen ja potilasturvallisuuteen vaikuttaneet tekijät kotihoiton henkilöstön näkökulmasta.

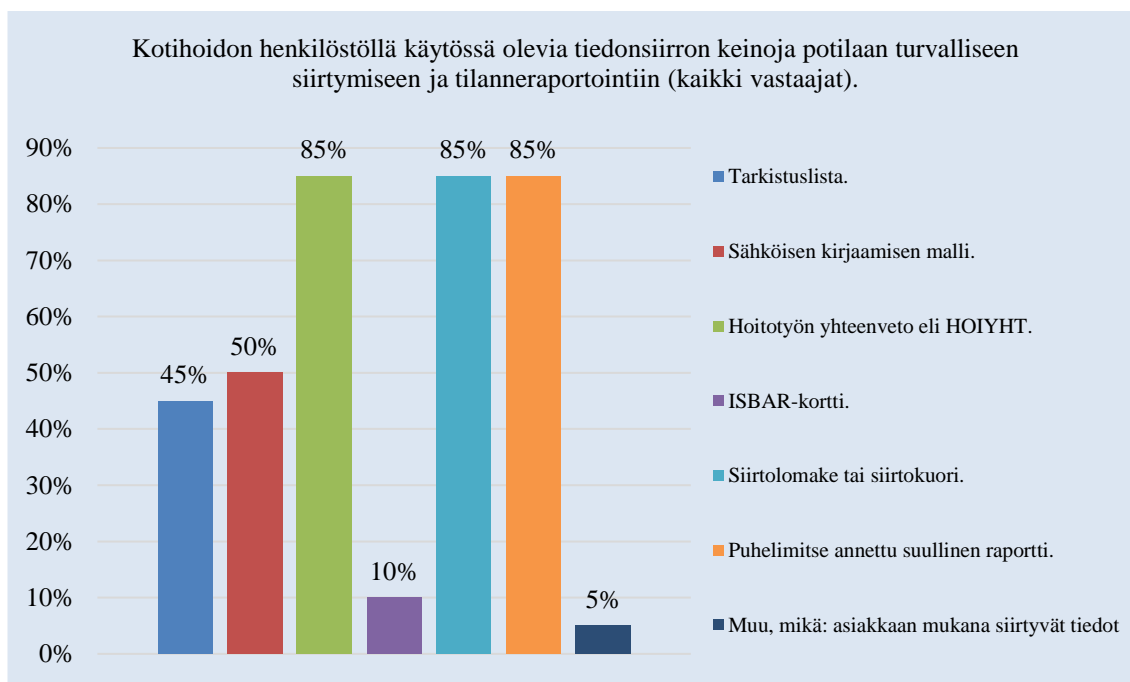
Vastaajien iällä ja työkokemuksella oli yhteyttä vastausten jakaantumiseen (taulukko 13). Esimerkiksi 20-30 vuotiaiden ikäryhmään kuuluneet vastaajat, työkokemusta 0-5 vuotta omaavat tai määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät eivät kokeneet, että potilaan kotiutuksen sujuvuuteen olisi vaikuttanut puutteellinen tieto potilaan yleisilasta, puutteet jatkohoidon- tai kuntoutuksen suunnitelmista ja tietojärjestelmiin tehtyjen kirjausten käytettävyydellä. Muissa vastaajaryhmissä näihin oli kirjattu vastauksia.

TAULUKKO 13. Potilaan kotiutuksen sujuvuuteen vaikuttaneet tekijät kotihoidon henkilöstön näkökulmasta.

Potilaan kotiutuksen sujuvuus kotihoidon henkilöstön näkökulmasta										
Kotihoidon vastaajat (n=20)	Kotihoidon henkilöstön näkemys, mikä potilaan kotiutuksessa ei sujunut kotiutuksen ja potilaan kannalta hyvin (monivalinta).									
	Potilaan kotiuttamisesta ei ole tiedotettu vastaavaan yksikköön eli kotihoitoon.	Tieto potilaan kotiuttamisesta oli puutteellinen.	Tieto potilaan lääkityksistä oli puutteellinen.	Tieto potilaan yleistilasta ja voimista oli puutteellinen.	Tieto potilaan jatkohoidon suunnitelmista oli puutteellinen.	Tieto potilaan kuntoutumissuunnitelmista oli puutteellinen.	Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset eivät olleet käytettävissä.	Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset olivat puutteellisia.	Potilas ei ollut kotikuntoutuksen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa.	Muu, mikä: "puutteellisin tiedon yökään kotiutettu potilas (erit. muisti-sairaant)"
Kaikki vastaajat	40 %	45 %	55 %	30 %	35 %	40 %	40 %	35 %	55 %	5 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	50 %	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	60 %	60 %	60 %	40 %	60 %	60 %	40 %	40 %	80 %	0 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	30 %	40 %	50 %	30 %	20 %	40 %	40 %	30 %	30 %	0 %
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	33,3 %	33,3 %	66,7 %	33,3 %	66,7 %	33,3 %	66,7 %	33,3 %	100 %	33,3 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja, geronomi, fysioterapeutti	44,4 %	44,4 %	44,4 %	44,4 %	44,4 %	66,7 %	55,6 %	44,4 %	77,8 %	11,1 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	36,4 %	45,5 %	63,6 %	18,2 %	27,3 %	18,2 %	27,3 %	27,3 %	36,4 %	0 %
työkokeemus: 0-5 vuotta	50 %	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	25 %	50 %	0 %
työkokeemus: 6-10 vuotta	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	50 %	100 %	100 %	0 %
työkokeemus: 11-20 vuotta	40 %	40 %	40 %	30 %	30 %	50 %	60 %	30 %	40 %	10 %
työkokeemus: 21-30 vuotta	0 %	25,0 %	75 %	25 %	50 %	25 %	25 %	25 %	75 %	0 %
työsuhde: vakituinen	42,1 %	47,4 %	57,9 %	31,6 %	36,8 %	42,1 %	42,1 %	36,8 %	52,6 %	5,3 %
työsuhde: määräaikainen	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %

Tiedonsiirto ja tiedonsiirron menetelmät kotihoidossa

Kotihoidon henkilöstöltä kartoitettiin tiedonsiirron menetelmiä, joita heillä on käytössä potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin (kuvio 15). Merkittävimmit tiedonsiirron keinoiksi nousivat hoitotyön yhteenvedo (n=17), siirtolomake tai siirtokuori (n=17) sekä puhelimitse annettu rapotti (n=17).



KUVIO 15. Kotihoidon henkilöstöllä käytössä olevia tiedonsiirron keinoja potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin.

Vastaajien iällä, työkokemuksella ja työsuhteella oli yhteyttä tulosten jakaantumiseen (taulukko 14). Esimerkiksi ikäryhmiin 20-30 vuotiaat tai 51 vuotiaat tai sen ylittäneet vastaajat sekä työkokemusta 6-10 tai 11-20 vuotta omaavat eivät kirjanneet ISBAR-korttia lainkaan tiedonsiirron menetelmäksi. Ikäryhmässä 31-40 vuotiaat, 6-10 vuotta työkokemusta omaavat tai määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät eivät kirjanneet sähköisen kirjaamisen mallia lainkaan keinoksi potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin.

TAULUKKO 14. Tiedonsiirron menetelmät potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin kotihoidossa.

Tiedonsiirron menetelmät potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin							
Kotihoidon vastaajat (n=20)	Kotihoidon henkilöstöllä käytössä olevia tiedonsiirron keinoja potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanneraportointiin (monivalinta).						
	Tarkistuslista.	Sähköisen kirjaamisen malli.	Hoitotyön yhteenveto eli HOIYHT.	ISBAR-kortti.	Siirtolomake tai siirtokuori.	Puhelimitse annettu suullinen raportti.	Muu, mikä: "potilaan mukana siirtyvät tiedot"
Kaikki vastaajat	45 %	50 %	85 %	10 %	85 %	85 %	5 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	50 %	100 %	100 %	0 %	50 %	100 %	0 %
ikäryhmä: 31-40 vuotta	40 %	0 %	100 %	20 %	100 %	100 %	0 %
ikäryhmä: 41-50 vuotta	40 %	70 %	70 %	10 %	90 %	70 %	0 %
ikäryhmä: 51- vuotta tai yli	66,7 %	33,3 %	100 %	0 %	66,7 %	100 %	33,3 %
ammattiryhmä: sairaanhoitaja, geronomi, fysioterapeutti	44,4 %	66,7 %	100 %	11,1 %	77,8 %	100 %	11,1 %
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	45,5 %	36,4 %	72,7 %	9,1 %	90,9 %	72,7 %	0 %
työkokemus: 0-5 vuotta	75 %	50 %	75 %	25 %	75 %	75 %	0 %
työkokemus: 6-10 vuotta	50 %	0 %	100 %	0 %	100 %	100 %	0 %
työkokemus: 11-20 vuotta	30 %	50 %	80 %	0 %	90 %	80 %	10 %
työkokemus: 21-30 vuotta	50 %	75 %	100 %	25 %	75 %	100 %	0 %
työsuhde: vakituinen	42,1 %	52,6 %	84,2 %	5,3 %	84,2 %	84,2 %	5,3 %
työsuhde: määräaikainen	100 %	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %

Kotihoidon vastaajista 90% oli sitä mieltä, että hoitotyön yhteenveto on yksi tiedonsiirron apuväline hoitotyössä. Vastaajista 5% kirjasi, ettei pidä yhteenvetoa yhtenä tiedonsiirron apuvälineenä ja 5% jätti vastaamatta kysymyksen. Kotihoidon vastaajien iällä oli merkittävin yhteys tulosten jakaantumiseen mutta pääosin tulokset vastasivat kaikkien vastaajien yhteistulosta (taulukko 15).

TAULUKKO 15. Hoitotyön yhteenveto tiedonsiirron työkaluna kotihoidossa.

Hoitotyön yhteenveto tiedonsiirron apuvälineenä			
Kotihoidon vastaajat (n=20)	Pitääkö kotihoidon henkilöstö hoitotyön yhteenvetoa (HOIYHT) yhtenä tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä.		
	kyllä	ei: "tiedot eivät ajantasaisia"	tyhjä: "?"
Kaikki vastaajat	90 %	5 %	5 %
ikäryhmä: 20-30 vuotta	100 %	0 %	
ikäryhmä: 31-40 vuotta	100 %	0 %	
ikäryhmä: 41-50 vuotta	90 %	0 %	
ikäryhmä: 51 vuotta tai yli	66,7 %	33,3 %	
ammattiryhmä: sairaanhoitaja, geronomi, fysioterapeutti	88,9 %	11,1 %	
ammattiryhmä: perushoitaja, lähihoitaja, kodinhoitaja	90,9 %	0 %	
työkokemus: 0-5 vuotta	75 %	0 %	
työkokemus: 6-10 vuotta	100 %	0 %	
työkokemus: 11-20 vuotta	90 %	10 %	
työkokemus: 21-30 vuotta	100 %	0 %	
työsuhde: vakituinen	89,5 %	5,3 %	
työsuhde: määräaikainen	100 %	0 %	

vastausprosenttia ei laskettu anonyymiteetin suojaamiseksi

6.3. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon

Kotihoiton henkilöstön mukaan tiedonsiirron ongelmakohtia iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon olivat yhteistyön puute, potilasturvallisuuden vaarantuminen, yhteneväisten kotiutusohjeiden puute ja tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen (taulukko 16).

TAULUKKO 16. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon.

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Erikoissairaanhoidon tietämättömyys alueen kotihoidossa saatavasta tehostetusta kotikuntoutuksesta, jolla voitaisiin lyhentää tai välttää kokonaan vuodeosastojakso siirryttäessä erikoissairaanhoidosta kotiin</p> <p>Lähtevän tahon kuntoutukseen liittyvistä asioista otetaan käytännössä harvoin yhteyttä kotihoitoon</p> <p>Asiakkaan kotiutumisesta ei ole aina ilmoitettu asiakkaan läheisille, eikä kotihoitoon</p> <p>Tietämättömyys erikoissairaanhoidon kotiutuskäytännöistä</p> <p>Osastolta soitto aina kotihoidon työntekijöihin, vaikka työntekijät eivät välttämättä tunne asiakasta ja hänen kotonaan esiintyneitä haasteita</p>	<p>Potilaan kuntoutukseen liittyvän yhteistyön heikkous</p> <p>Potilaan kotiutumisen ilmoittamatta jättäminen</p> <p>Tietämättömyys kotiutumiskäytännöistä</p>	<p>Yhteistyön puuttuminen potilaan kotiutuessa</p> <p>Tietämättömyys yhteistyön puuttumisen vuoksi</p>	<p>Yhteistyön puute</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Kotiutukset sujuvat pääsääntöisesti hyvin, mutta on kertoja, jolloin potilasturvallisuus on saattanut vaarantua</p> <p>Asiakkaan kotiuttaminen eri aikaan kuin oli ilmoitettu, ketään ei ollut vastassa asiakasta</p> <p>Asiakkaan kotiuttaminen kiireessä ja tilanpuutteen vuoksi</p> <p>Välillä asiakas ei ole kotikuntoinen kotiutuessa ja hänet täytyy lähettää päivystykseen takaisin</p>	<p>Ajoittain potilasturvallisuus vaarantuu</p> <p>Ajanpuute ja kiirehtiminen potilaan kotiuttamisessa</p> <p>Potilaan kotikuntoisuus varmistamatta</p>	<p>Ajanpuutteen ja kiirehtimisen vuoksi potilas ei ole kotikuntoinen</p>	<p>Potilasturvallisuuden vaarantuminen</p>

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Erikoissairaanhoidon ei näe meidän kirjauksia, eikä me heidän</p> <p>Loppulausunto voi tulla useita viikkoja jäljessä</p> <p>Loppulausunto voi olla lääkärinä riippuen hyvin suppea ja informatiivisuus puuttuu</p> <p>Ennen uutta kotiutumiskuorta lääkkeet tulleet pahimmassa tapauksessa mukana ilman lääkelistaa</p> <p>Asiakkaan jatkohoitosuunnitelmat puuttuvat</p> <p>Tiedon ristiriitaisuus. Tarkkuutta toteutukseen ja kirjaukseen</p>	<p>Tiedon siirtymättömyys potilastietojärjestelmien kautta, yhteneväisten potilastietojärjestelmien puuttuminen</p> <p>Tieto tulee myöhässä</p> <p>Tiedon vähäisyys, puuttuminen ja ristiriitaisuus</p>	<p>Tiedon myöhästyminen</p> <p>Tiedon puuttuminen ja ristiriitaisuus</p>	<p>Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Uudet kotiutuksen tarkistuslistat vaikuttavat hyviltä; toteutus vielä tuntuu ontuvan</p> <p>Kotiutukset vaihtelevat, toisinaan erikoissairaanhoidon hoitajat ovat perusteellisia, toisinaan taas eivät</p>	<p>Tarkistuslistojen käytön ontuminen</p> <p>Kotiutustilanteiden vaihtelevuus</p>	<p>Kotiutuksen tarkistuslistojen käytännön puutteet</p> <p>Kotiutuksien laadun vaihtelevuus.</p>	<p>Yhteneväisten kotiutusohjeiden puute</p>

Yhteistyön puute

Yhteistyön puutteina nähtiin iäkkään potilaan kuntoutukseen liittyvän yhteistyön heikkous, potilaan kotiutumisen ilmoittamatta jättäminen ja tietämättömyys eri toimipisteiden kotiutumiskäytännöistä. Henkilöstön mukaan erikoissairaanhoidossa oltiin tietämättömiä kotiutuksen kuntouttamiseen liittyvistä käytännöistä. Erikoissairaanhoidossa ei tiedetty alueen kotiutuksessa saatavasta tehostetusta kotikuntoutuksesta, jolla voitiin lyhentää tai välttää kokonaan vuodeosastojakso siirryttäessä erikoissairaanhoidosta kotiin.

Vastaavasti kotiutuksessa oltiin tietämättömiä erikoissairaanhoidon kotiutumiskäytännöistä. Ongelmalliseksi nähtiin erikoissairaanhoidon käytäntö soittaa aina potilaan kotiutumisesta ja kotiutukseen liittyvistä asioista kotiutuksen työnjakajalle, vaikka työnjakajat eivät välttämättä tunteneet asiakasta ja hänen kotonaan esiintyneitä haasteita. Tämä saattoi johtaa siihen, että asiakas ei kotiutunut täysin kotikuntoisena. Yhteistyön puutteena nähtiin työnjakajan toimiminen välikätenä, jolloin keskustelu suoraan iäkkään potilaan hoitoon osallistuvien tahojen välillä eli kotiutuksen ja erikoissairaanhoidon henkilöstön välillä jäi tekemättä. Yhteistyön puutteena nähtiin myös se, että potilaan kotiutumisesta ei aina oltu ilmoitettu lainkaan läheisille tai kotihoitoon.

Turvallisen kotiutumisen toteutuminen vaatii hyvää yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. Että ne siellä erikoissairaanhoidossa muistaisivat tarkistaa, kuka huolehtii potilaasta sitten kotona ja ovat aktiivisesti yhteydessä omaisiin tai kotihoitoon, vähintään lähettävään yksikköön, jotta saavat riittävästi tietoa.

Potilasturvallisuuden vaarantuminen

Potilasturvallisuuden vaarantuminen koettiin vastaajien mukaan yhtenä ongelmana. Kotiutukset sujuivat henkilöstön mukaan pääsääntöisesti hyvin, mutta joskus potilasturvallisuus oli voinut vaarantua. Potilasturvallisuuteen vaikuttivat henkilöstön mukaan ajanpuute ja kiirehtiminen potilaan kotiuttamisessa, jolloin potilaan kotikuntoisuus jäi varmistamatta. Kotihoidon henkilöstö toi esiin, että kiirehtiminen saattoi johtua tilanpuutteesta osastolla, jolloin kotiutettu potilas ei ollut kotikuntoinen, mutta tilanpuutteen vuoksi hänet kuitenkin kotiutettiin. Tällöin kotihoito oli joutunut lähettämään asiakkaan takaisin päivystykseen. Joskus potilasturvallisuus oli vaarantunut, kun potilas oli kotiutunut eri aikaan kuin oli ilmoitettu eli tällöin potilasta ei ollut kukaan vastaanottamassa.

...välillä kotiutetaan kiireessä ja tilanpuutteen vuoksi.

Välillä asiakas ei ole kotikuntoinen kotiuttaessa ja tarvitsee lähettää takaisin päivystykseen. Siihen tarvitsisi löytää ratkaisun, mutta vuodeosastollakaan ei ole tilaa loputtomiin.

Yhteneväisten kotiutusohjeiden puute

Kotihoidon vastaajat toivat esiin yhtenä ongelmana yhteneväisten kotiutusohjeiden puutteen. Henkilöstön mukaan kotiutuksien laatu vaihtelee. Toiset erikoissairaanhoidon hoitajista olivat hyvin perusteellisia ja varmistivat asioita kotiuttaessaan iäkästä potilasta, mutta toiset hoitajat toimivat täysin päinvastoin. Henkilöstö näki uudet kotiutuksen tarkistuslistat hyvinä. Näiden tarkistuslistojen käytänteissä koettiin kuitenkin olevan vielä puutteita.

Kotiutukset ovat hyvin vaihtelevia, joidenkin kohdalla erikoissairaanhoidon hoitajat ovat hyvinkin perusteellisia, varmistavat asiaa moneen kertaan ja toisten kohdalla sitten taas aivan päinvastaista menoa.

Uudet kotiutuksen tarkistuslistat vaikuttavat hyvältä, mutta ehkä vielä protokollan toteutus tuntuu ontuvan.

Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen

Henkilöstö näki tiedonsiirron puutteellisen toteutumisen yhtenä ongelmakohtana iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. Yhteneväisten potilastietojärjestelmien puuttuminen koettiin haasteelliseksi. Puutteina nähtiin myös tiedon vähäisyys, sen puuttuminen ja ristiriitaisuus. Lääkärin loppulausunto saattoi olla hyvin suppea ja tulla useita viikkoja jäljessä. Myös asiakkaan jatkohoitosuunnitelmat saattoivat puuttua koti-hoidon henkilöstön mukaan. Tiedonpuute asiakkaan lääkehoidosta tuli myös vastauksista esiin, sillä lääkkeet tulivat joskus mukana ilman lääkelistaa ennen uuden kotiutumiskuo-ren käyttöönottoa. Tieto saattoi olla myös hyvin ristiriitaista eli kirjaamisesta puuttui tarkkuus.

Suurin ongelma erikoissairaanhoidon kanssa on se ettemme me näe heidän kirjauksiaan eivätkä he meidän.

...lisäksi loppulausunto saattaa useita viikkoja jäljessä tulla tai riippuen lääkäristä voi olla hyvin suppeakin mistä ei tietoa irti saa ja eipä aina ole minkäänlaista suunnitelmaa jatkostakaan tehty.

6.4. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirryttyä kotihoidosta erikoissai-raanhoitoon

Erikoissairaanhoidon henkilöstön mukaan tiedonsiirron ongelmakohtia iäkkään potilaan siirryttyä kotihoidosta erikoissairaanhoidoon olivat tiedonsiirron puutteellinen toteutumi-nen, hoitokulttuurin liittyvät haasteet, kotiutuksen suunnittelemattomuus ja yhteistyön puute (taulukko 17).

TAULUKKO 17. Tiedonsiirron haasteet iäkkään potilaan siirryttyä kotihoidosta erikoissairaanhoidtoon.

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Hoitotyön yhteenvetoa ei pidetä hyvänä tiedonsiirron välineenä potilaan siirtyessä kotihoitoon</p> <p>Lääkehoidosta potilailla on usein vajavaista tietoa</p> <p>Tarkempaa selvittelyä perustoiminnoista selviytymisestä</p> <p>Hoitotyön yhteenveto ei näy joissakin toimipisteissä</p> <p>Tiedon saatavuudessa ongelmia, sillä tieto ei ole aina tarpeen tullen heti saatavilla Kannasta</p> <p>Keskeinen tieto täytyy välittää jollakin muulla tavalla kuin tietotekniikalla, sillä iäkkäiden kohdalla tieto on yleensä lähiomaisen taitojen takana</p> <p>Hoitotyön yhteenvedossa on epäolennaisia asioita. Ei tarpeeksi tietoa, jolla kotona pärjäämistä voidaan tukea ja auttaa</p> <p>Hoitotyön yhteenveto on kapea-alainen lomake, ellei asiaa kirjaa hoidon tuloksiin laajemmin</p> <p>Järjestelmien keskenään kommunikoinnin puute</p>	<p>Tietoa ei ole saatavilla tai näkyvillä</p> <p>Potilaiden tiedonpuute lääkeshoidostaan</p> <p>Hoitotyön yhteenvetojen informatiivisuuden puute</p> <p>Potilastietojärjestelmät eivät kommunikoi keskenään</p> <p>Yhteneväisten potilastietojärjestelmien puute</p>	<p>Tiedon siirtymättömyyden haasteet</p> <p>Tiedon puutteellisuus</p>	<p>Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Varovaisuus kotiuttaa potilas suoraan kotiin. Kotiutus (turhaankin?) terveyskeskuksen kautta.</p> <p>Kotiutus harvoin suoraan erikoissairaanhoidosta.</p> <p>Kuuluu erikoissairaanhoidon kulttuuriin kotiuttaa potilas terveyskeskuksen kautta. Tämän vuoksi paneutumattomuus potilaan kotiutusasioihin</p>	<p>Potilaan jatkohoidon järjestäminen hoitokulttuuriin liittyen yleisesti terveyskeskuksesta</p> <p>Paneutumattomuus potilaan kotiutusasioihin, koska kotiutus harvoin erikoissairaanhoidosta</p>	<p>Kotiasioiden selvittelyjen vastuun siirtäminen terveyskeskukseen hoitokulttuurista johtuen</p>	<p>Hoitokulttuuriin liittyvät haasteet</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Huolena, miten potilas pärjää kotona</p> <p>Kotiuttaminen puutteellisiin olosuhteisiin</p> <p>Heikot ja puutteelliset tiedot potilaan kotona pärjäämisestä</p>	<p>Potilaan kotona pärjäämisen epävarmuus</p> <p>Reseptien puuttuminen</p> <p>Kotiuttamisen toteuttaminen nopealla aikataululla</p>	<p>Epävarmuustekijät kotiutuksessa</p> <p>Kotiuttamisen toteuttaminen kiiireellä</p>	<p>Kotiutuksen suunnittelemattomuus</p>

Joskus potilaat ovat kotiutuneet, mutta reseptit uusille lääkkeille ovat puuttuneet	Liian aikainen kotiuttaminen		
Kotiuttaminen liian varhaisessa vaiheessa ja liian nopeasti			
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
Potilaat eivät aina kerro totuutta liittyen esimerkiksi psyykkiseen toimintakykyyn, muistiin, ajokorttiin/ajokykyyhin ja alkoholin käyttöön	Potilaan vastuu tietojen antamisessa	Vastuiden jakautumisen haasteet potilaan kotiutuksessa	Yhteistyön puute
Potilaan mielipiteen ristiriitaisuus läheisen mielipiteen kanssa	Potilaan ja läheisen mielipiteiden ristiriitaisuus	Yhteistyön haasteet kollegan, potilaan ja hänen läheisensä kanssa	
Yhteistyön ja kollegiaalisuuden puute	Yhteistyön ja kollegiaalisuuden puuttuminen	Yhteistyön puutteellinen toteuttaminen	
Hoitajan vastuu potilaan kotiasioiden selvittelyssä	Hoitajan vastuu		

Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen

Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen liittyi vastaajien mukaan tiedon siirtymättömyyden haasteisiin ja tiedon puuttumiseen. Vastaajat toivat esiin hoitotyön yhteenvedojen informatiivisuuden puutteen, potilastietojärjestelmien kommunikoimattomuuden keskenään sekä sen, että tieto ei ollut tarpeen tulleen saatavilla tai näkyvillä. Hoitotyön yhteenvedoa ei pidetty hyvänä tiedonsiirron välineenä iäkkään potilaan siirtyessä kotiin. Hoitotyön yhteenvedon koettiin olevan kapea-alainen, epäolennaisia asioita sisältävä lomake, jossa ei ollut tarpeeksi tietoa, miten potilaan kotona pärjäämistä voidaan tukea. Henkilöstön mukaan iäkkäiden potilaiden kohdalla keskeinen tieto tulisi välittää muilla keinoilla kuin tietotekniikalla, sillä iäkkäät potilaat eivät aina hallitse tietotekniikkaa ilman lähiomaisen apua.

lomakkeessa [HOIYHT] on epäolennaisia asioita liittyen kotona pärjäämiseen, eikä tarpeeksi tietoa, jolla kotona pärjäämistä voidaan tukea/auttaa.

Hoitokulttuuriin liittyvät haasteet

Erikoissairaanhoidon hoitokulttuuri nähtiin henkilöstön mukaan haasteena. Terveyskeskusta pidettiin yleisesti iäkkään potilaan jatkohoitopaikkana ja potilaan kotiutusasioihin ei paneuduttu tämän vuoksi. Kotiutusasioiden selvittelyt siirrettiin erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen, koska kotiutus tapahtui sieltä, eikä erikoissairaanhoidosta. Henkilöstön mukaan erikoissairaanhoidossa ollaan varovaisia kotiuttamaan iäkäs potilas suoraan kotiin. Henkilöstö toi esiin, että kotiutus terveyskeskuksen kautta voi olla turhaakin, sillä iäkäs potilas voisi mahdollisesti pärjätä myös kotihoidossa.

erikoissairaanhoidossa ollaan varovaisia kotiuttamaan suoraan kotiin vaan joskus turhaankin (?) kotiutus tk:n kautta. Kuuluu kulttuuriin täällä ja siksi en niin kovasti paneudukaan potilaan kotiutusasioihin koska kotiutus harvoin suoraan täältä.

Kotiutuksen suunnittelemattomuus

Potilaan tulevan kotiutuksen suunnittelemattomuuteen liittyi henkilöstön mukaan epävarmuus ja huoli, miten potilas pärjää kotona, kun kotiuttaminen tapahtui liian varhain ja kiireellä. Erikoissairaanhoidon henkilöstö toi esiin, että potilaat kotiutettiin liian kiireellä. Kiireellisen kotiuttamisen seurauksena iäkäs potilas voitiin kotiuttaa jopa puutteellisiin olosuhteisiin, kun potilaan kotiasioihin ei oltu kiireen vuoksi ehditty perehtyä. Kotiutus tapahtui liian varhaisessa vaiheessa, joten ei ollut varmuutta, miten iäkäs potilas kotona pärjää. Kotiutuksen suunnittelemattomuuteen liittyi myös potilaan reseptien puuttuminen, sillä joskus potilas oli kotiutunut, mutta reseptit uusille lääkkeille puuttuivat.

Potilaita kotiutetaan liian varhaisessa vaiheessa, liian heikoin tiedoin kotona pärjäämisestä tai jopa puutteellisiin olosuhteisiin.

Yhteistyön puute

Yhteistyön puutteina erikoissairaanhoidon henkilöstö koki vastuiden jakautumisen haasteet iäkkään potilaan kotiutuksessa ja yhteistyön haasteet kollegan, potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Henkilöstön mukaan potilaalla oli vastuu oikeiden tietojen antamisessa, mutta potilaat eivät aina kertoneet totuutta liittyen esimerkiksi psyykkiseen toimintakykyyn, muistiin, ajokykyyn tai alkoholin käyttöön. Tällöin yhteistyö ei sujunut hyvin potilaan kanssa. Hoitajalla oli myös vastuu potilaan kotiasioiden selvittelyssä. Yhteistyötä heikentävänä asiana nähtiin kollegiaalisuuden puuttuminen. Potilaan ja läheisen mielipiteet saattoivat olla ristiriitaisia, joten tällöin ongelmana oli yhteistyön toimimattomuus potilaan ja läheisensä kanssa.

tehtäisiin enemmän yhteistyötä. Samoin kollegiaalisuus on välillä puutteellista.

6.5. Tiedonsiirron kehittämiskohteet iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä potilasturvallisuuden näkökulmasta

Kotihoidon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön mukaan tiedonsiirtoa voisi kehittää kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä hyvällä yhteistyöllä, yhteneväisillä kotiutumismalleilla ja tiedonsiirron yhteneväisillä käytännöillä (liite 4).

Hyvän yhteistyön kehittäminen

Hyvään yhteistyöhön liittyi vastaajien mukaan aktiivinen ja riittävän aikainen yhteydenotto kotihoitoon ja potilaan läheisiin, jolloin potilaan kotiutumiseen voidaan valmistautua. Potilaan kotiutumisesta tulee ilmoittaa vastaajien mukaan sekä kotihoitoon että läheisille. Hyvään yhteistyöhön liittyi henkilöstön mukaan kotiutuksen suunnittelu ja kotiuttaminen yhdessä potilaan läheisten kanssa. Henkilöstön mukaan kotiutusvaiheessa tulee olla läheinen mukana ja keskustelulle potilaan tai läheisen kanssa tulee antaa rauha. Henkilöstön ehdotuksia yhteistyön parantamiseen ja lisäämiseen olivat kotiutusryhmän perustaminen, kotiutumispalaverin tai vuodeosastopalaverin pitäminen ennen potilaan kotiutumista. Henkilöstö toivoi myös kotipalvelujen saatavuutta helpommaksi.

kotiutumispalaveri kotihoidon työntekijän kanssa esimerkiksi. Käydään läpi potilaan tila ja tuen tarve kotona.

Jossain on käytössä myös kotiutusryhmä, jossa tietyt henkilöt paneutuvat sellaisiin kotiutuviin uusiin asiakkaisiin, jotka voidaan vielä kuntouttaa todennäköisesti siihen kuntoon, ettei kotihoitoa tarvita.

läheisten mukana olo kotiutuksessa

Yhteneväisten kotiutusmallien kehittäminen

Yhteneväisten kotiutumismallien kehittäminen oli yksi henkilöstön kehittämisideoista. Tähän liittyi henkilöstön mukaan kotiutuksen suunnitelmallisuus, kun toimitaan tiettyjen mallien mukaan. Ajan antaminen kotiutuksen suunnitteluun ja kotiutuksen arviointi sekä suunnittelu ajoissa olivat henkilöstön esiintuomia kehittämisideoita. Henkilöstö toi esiin kotiutumismalleista tarkistuslistan käyttöönoton ja kotikokeilun ennen kotiutumista. Käytäntöjä tulee yhtenäistää henkilöstön mukaan niin, että potilaan kuntoutuksen tarve

arvioidaan sekä toimintaympäristön puutteet huomioidaan. Myös potilaan kotona tarvitsemien apuvälineiden tarpeet tulee arvioida ennen kotiutumista.

Potilaan kotikuntoisuus tulee varmistaa ennen kotiutumista. Henkilöstön mukaan potilaan kokonaistilanne tulee huomioida osastolla paremmin ja viikonlopuksi kotiuttamista tulee välttää, jos asiakkaan tila on selvästi muuttunut. Lääkkeitä tulee henkilöstön mukaan antaa potilaalle kotiutuessa mukaan siihen saakka, kunnes tarvittavat lääkkeet saadaan apteekista. Vastauksista nousi myös esiin, että soitto suoraan kotihoidon työntekijälle on parempi ratkaisu, kuin soitto kotihoidon työnjakajalle, koska kotihoidon työntekijä tuntee potilaan.

Selvä yhteinen toimintamalli minkä kaikki osapuolet tuntisivat...

kotiutukset suunnitellaan päivän aikaisemmin, että voi valmistella kotiutumista...

hoitajille enemmän aikaa perehtyä kotiutusasiaan...

ehkä hankalaa kun soittavat aina työnjakoon. Kaikki työnjakajat eivät välttämättä tunne asiakasta ja taas tiedä edes koko ihmistä tai hänen kotiaan ja siellä esiintyneitä haasteita...

Tiedonsiirron yhteneväisten käytäntöjen kehittäminen

Tiedonsiirtoa voidaan kehittää sekä kotihoidon että erikoissairaanhoidon henkilöstön mukaan tiedonsiirron yhteneväisillä käytännöillä. Yhteneväiset tiedonsiirron mallit ja keinot kotiutukseen tulee ottaa käyttöön henkilöstön mukaan. Tiedonsiirron malleista ja keinoista henkilöstö piti kotiutuskuorta, siirtolomakkeiden ja hoitotyön yhteenvedon yhteiskäyttöä ja kaikkien ohjeiden antamista paperilla hyvinä keinoina. Jatkohoitosuunnitelmat tulee olla kirjattuna potilaan kotiutuessa ja potilaalla tulee olla mukana hoitotyön yhteenvedo ja loppuarvio kotiutuessaan.

Kotiutuskuori hyvä vaihtoehto, koska yhdessä paikkaa kaikki tiedot ja lääkkeet yms.

Siirtolomakkeet esitetyinä, hoitavan yksikön tiedot lomakkeissa, jokaisen asiakkaan kotona, ovat siellä sitten valmiina, jos asiakas on tarvis jonkin lähettää ja että ne vielä muistettaisiin laittaa asiakkaan mukaan siirtolanteissa.

Lääkärin loppuarviota henkilöstö piti mielekkäämpänä kuin hoitotyön yhteenvedoa tiedonsiirrossa kotihoitoon, mutta toisaalta myös hoitotyön yhteenvedon käytön tehostamista ehdotettiin. Lääkehoidon tiedonsiirtoon henkilöstö ehdotti lääkemuutosten ja niiden vaikutusten informointia, ajantasaisen lääkelistan liittämistä hoitotyön yhteenvedoon sekä lääkereseptien valmiutta potilaan kotiutuessa.

Kunnon tiedot asiakkaan lääkemuutoksista, ja niiden vaikutuksista.

Tiedonsiirtoa voidaan kehittää henkilöstön mukaan laadukkaalla, tarkalla, informatiivisella ja oikea-aikaisella kirjaamisella hoitotyön yhteenvedoihin sekä hoitosuunnitelmiin. Henkilöstön mukaan siirtyvästä yksiköstä tulee olla yhteyshenkilön nimi ja puhelinnumero mukana. Tiedonsiirtoa voidaan kehittää henkilöstön mukaan myös raportoimalla enemmän puhelimitse ja kasvokkain.

Annettavan tiedon sisältöä koskevaa ohjeistusta ja tarkkoja toimintamalleja.

Kirjattaisiin tarkemmin HOIYHT:iin ja myös hoitosuunnitelmiin. Hoitaja joka tulee hoitamaan potilasta jota ei ennestään tunne niin voi löytää tiedot helposti.

Suullista raportointia kannattaa käyttää ja korostaa HOIYHT:n lisäksi. Siinä voi silloin tulla keskustelua ja on mahdollista esittää kysymyksiä puolin ja toisin, jotka askarruttaa mieltä.

Henkilöstö ehdotti yhtenäisten potilastietojärjestelmien kehittämistä, jolloin tiedon perillemeno varmistuisi ja tieto olisi käytettävissä ja näkyvissä eri toimipisteissä. Henkilöstö ehdotti potilastietojärjestelmien kehittämistä niin, että erikoissairaanhoidon kirjaukset ja lääkärin loppulausunnot näkyvät reaaliaikaisesti. Yhteistä potilastietojärjestelmää henkilöstö toivoi kaikkiin terveyskeskuksiin. (liite 4).

Yhteinen tietojärjestelmä oltava kaikissa tk:ssa.

potilastietojärjestelmien pitäisi olla käytössä puolin ja toisin.

7. TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

7.1. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyön tekijät ovat miettineet koko tutkimusprosessin ajan luotettavuuskysymyksiä ja pyrkineet laadukkaaseen työprosessiin (ks. Kananen 2008b, 127). Tutkimuksen laadun tarkastelussa viitataan tavallisesti tieteellisen tutkimuksen arviointiperusteiseen, joka tarkoittaa validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelua. Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten tarkkuutta ja toistettavuutta, kun taas validiteetti merkitsee kyselylomakkeen pätevyyttä mitata juuri sitä, mitä sen oli tarkoitus mitata. Reliabiliteetti ja validiteetti ovat siis tutkimuksen luotettavuuden mittareita. Tutkimustulokset on oltava toistettavissa eli tutkimuksen tulos ei saa olla riippuvainen tutkijasta vaan toistettaessa mittaus samalla henkilöllä on tutkimustulosten oltava täsmälleen samat. Tutkimustulokset eivät saa olla satumanvaraisia. Systemaattista virhettä vältetään eli kyselylomakkeen kysymykset laaditaan niin, että vastaajat ymmärtävät ne samoin kuin tutkijat. Tärkeää on tarkkuuden lisäksi tutkimuksen huolellinen suunnittelu sekä hyvä mittarin kehittäminen. Mittarin kysymysten on oltava sellaiset, että saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi 2007, 149-150; Hirsjärvi ym. 2009, 231-232; Ronkainen ym. 2014 129-130; Vilka 2015, 193-194.)

Reliabiliteetti todennetaan tutkimuksen vaiheiden tarkkana dokumentointina sekä tehtyjen ratkaisujen riittävänä perusteluna. Validiteetin hyvyden arviointi on haastavampaa kuin reliabiliteetin. (Kananen 2008a, 81-83.) Tutkimuksen luotettavuuteen ja tarkkuuteen vaikuttavat tutkimuksen vastausprosentti ja otoksen laatu sekä koko. Mittarin kyky mitata tutkittavia asioita arvioidaan sekä mahdolliset inhimilliset virheet syötettäessä tietoja tietokoneelle huomioidaan. Tutkimuksen pätevyyteen vaikuttavat mittariin sisältyneet epätarkkuudet ja kyselylomakkeen toimivuus. Pätevyyttä arvioitaessa on huomioitava, miten samalla tai eri tavoin tutkijat ja tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset ja miten on onnistuttu operationalisoimaan teoreettiset käsitteet arkikielelle eli ymmärrettäväksi. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on siis huomioitava sekä reliabiliteetti että validiteetti ja nämä yhdessä muodostavat tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. (Vilka 2007, 149-152.)

Hyvän ja kattavan mittarin kehittäminen nopealla aikataululla ei ollut helppoa ja mittarin kehittäminen vastaamaan tutkimuskysymyksiä oli haastavaa. Vaikeutta lisäsi kahden mittarin kehittäminen, sillä toinen tehtiin kotihoitoon ja toinen erikoissairaanhoidon. Mittari

piti muodostaa aiempaan teoriaan pohjautuen. Mittarin laatimisessa oli haastavaa, osatiinko kysymykset laatia niin, että saadut vastaukset kongruoivat esitettyihin kysymyksiin. Kyselylomakkeiden esitestaus lisäsi kyselylomakkeiden luotettavuutta. Erityisen tärkeää esitestauksessa oli testata, että vastaajat ymmärsivät kaikki kysymykset, eikä ne olleet epäselviä. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 191-192.)

Kyselyn päätyttyä pohdittiin joidenkin kysymysten kohdalla, mitä olisi voinut tai kannattanut tehdä toisin. Erikoissairaanhoidon kyselyssä kysymyksessä 2.7 (liite 3) kaksi vastausvaihtoehtoa kuvasivat lähes samaa asiaa. Vastausvaihtoehdot olivat: potilaan yleistila oli heikko tai potilas ei ollut kotikuntoinen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa. Jos potilaan yleistila on heikko, niin oletusarvoisesti myös kotikuntoisuus on epävarmaa. Kotihoidon kyselyyn olisi voinut lisätä erikoissairaanhoidon kyselyssä olleen kysymyksen 3.3 (liite 3), jotta saadaan tietoa hoitotyön yhteenvedon tietosisällön riittävydestä. Toki kysymyksessä 3.2 (liite 2) käsiteltiin hoitotyön yhteenvedon tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä ja jos vastaaja vastasi ei, tietosisällön riittävyden olisi voinut tuoda vapaan sanan kautta esille. Erikoissairaanhoidon kyselylomakkeeseen olisi voinut lisätä kysymyksiä, miten tieto siirtyy kotihoidosta erikoissairaanhoidon, kun iäkäs kotihoidon asiakas tulee osastohoitoon. Toki avoimessa kysymyksessä numero 3.5 (liite 3) oli vastaajalla mahdollisuus tuoda mielipiteensä esiin siitä, miten tiedonsiirtoa voitaisiin parantaa potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen.

Tutkija määrittelee perusjoukon ja poimii edustettavan otoksen. Tavoitteena on saada tulokseksi yleistettäviä päätelmiä, jonka vuoksi otoksen tulisi sisältää eri vastaajaryhmiä samassa suhteessa, kuin niitä on koko perusjoukossa. Tässä tutkimuksessa kaikki annetut vastaukset otettiin mukaan kyselyyn. (Hirsjärvi ym. 2015, 179-180.) Kotihoidossa kyselyn vastausprosentti oli 43%. Vastausprosenttiin on mahdollisesti vaikuttanut esimerkiksi toukokuun lopulla alkanut kesälomakausi, jolloin vakituista henkilöstöä oli jo enemmän poissa. Kotihoidossa myös kirjataan vähemmän toimistolla nykyisen mobiilikirjaamisen myötä. Tällöin sähköposteja ei mahdollisesti lueta varsinaisella päätelaitteella, jolla kyselyyn vastaaminen olisi ehkä älypuhelimien verrattuna helpompaa. Otantaan on osallistunut eri ammattiryhmiä, eri ikäryhmiä ja eri työkokemuksen omaavia henkilöstön jäseniä. Näin ollen voidaan olettaa, että tutkimustulokset edustavat kohdejoukkoa, vaikka vastaajia oli kotihoidossa hieman alle puolet, joille kysely lähetettiin. Erikoissairaanhoidossa kyselyn vastausprosentti oli 58,3%. Vastaajia oli eri ammattiryhmistä, eri ikäryhmistä ja eri työkokemuksen omaavista henkilöstön jäsenistä, joten voidaan olettaa, että tutkimustulokset edustavat kohdejoukkoa.

Kyselylomake lähetettiin sekä kotihoidossa, että erikoissairaanhoidossa kaikille henkilöstön jäsenille, jotka osallistuvat potilaan hoitoprosessiin. Koska kyselylomake lähetettiin kaikille, on kyseessä tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden kokonaistutkimus. (ks. Hirsjärvi ym. 2015, 179-180.) Sähköisessä kyselyssä 20-30% on riittämätön tutkimusongelmien luotettavuuden kannalta. Vastausprosentissa harvoin päästään yli 50 %:n. Voidaan todeta, että tämän tutkimuksen sähköisen kyselyn vastausprosentit olivat hyvät sekä kotihoidossa että erikoissairaanhoidossa. (Kananen 2008a, 77.) Tutkimustuloksia ei voida yleistää näiden kahden vuodeosaston tai kahden kotihoitoalueen ulkopuolelle, koska toimintamallit ovat erilaiset eri toimintayksiköissä.

Tutkimuksen eri vaiheet on pyritty raportoimaan selkeästi ja avoimesti. Tulosten analysointi on raportoitu tarkasti sekä sanoin, että taulukoin ja kuvioin. Tällä on pyritty siihen, että tutkimus olisi toistettavissa tutkimusraportin perusteella. Kyselytutkimus olisi toistettavissa samanlaisin käytännön järjestelyin, mutta tulosten ei voida olettaa olevan täysin samanlaiset, koska tiedonsiirron menetelmät kehittyvät koko ajan ja vastaajien joukkoon voi valikoitua erilainen ryhmä. Tuloksia kirjatessa on kirjattu suoria lainauksia avoimien kysymysten vastauksista, jotta lukija voi tarkistaa miten vastaaja on asian ilmaissut.

Tutkimustuloksien analysoinnissa käytettiin myös laadullista analyysiä. Kvalitatiivisissa tutkimustavoissa tieto tuotetaan erilaisten valintojen ja tulkintojen pohjalta. Tutkijat käsitteellistävät tutkimuskohteen kokonaisuudeksi. Kaikessa tutkimuksen tekemisessä valiteetin peruskysymykset pysyvät samoina. Tutkiiko tutkimus sitä, mitä sen pitäisikin tutkia, ovatko tutkimuksen tuottamat käsitteet tutkittavaa ilmiötä kuvaavia ja aineistoon perustuvia, onko tieto tuotettu pätevästi ja päteekö tieto tutkimuskohteeseen. (Ronkainen, ym. 2014. 130-131.)

Triangulaatio eli useamman menetelmän yhdistäminen on yksi keino parantaa laadullisen tutkimuksen uskottavuutta. Kvantitatiivisen tutkimuksen yhteydessä on kyse yleistettävyydestä, mutta kvalitatiivisen tutkimuksen yhteydessä puhutaan siirrettävyydestä. Laadullisen tutkimuksen siirrettävyyttä ja riippuvuutta voidaan parantaa dokumentoimalla tutkimuksen vaiheet tarkasti niin, että ulkopuolinen arvioitsija voi todeta tutkimuksen ristiriidattomuuden. Tutkimustulosten tulkinnat voivat vaihdella, koska tutkija tutkii omista lähtökohdistaan käsin. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun kuuluu vahvistettavuus eli eri tutkijoiden yksimielisyys tutkimustuloksista. Kahden eri tutkijan tulisi päätyä samoihin tutkimustuloksiin. (Kananen 2008b, 126-128.) Objektiivisyys on myös tärkeää eli koko tutkimusprosessin täytyy sujua puolueettomasti ja tutkimustuloksien on

oltava puolueettomat. Tutkijan ja tutkittavan välinen etäinen suhde edesauttaa puolueettomuutta. (Vilkkä 2007, 16.)

Tutkimustulokset analysoitiin kahden tutkijan toimesta ristiin, jolla eliminoitiin mahdollisuus, että tutkimustulokset analysoitaisiin tutkijan omasta näkökulmasta. Ristiin analysoimalla varmennettiin se, että tulokset määrittyvät suoraan tutkimuksen kohteena olleiden henkilöiden näkökulmista, eikä tutkijoiden omat mielipiteet päässeet vaikuttamaan asiaan.

7.2. Tutkimuksen eettisyys

Eettisiä kysymyksiä pohdittiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen hyödyllisyyttä eli sen käytettävyyttä hoitotyön laadun kehittämisessä ja yhteiskunnallista merkitsevyyttä pohdittiin jo tutkimusaihetta mietittäessä. Opinnäytetyön aihetta valittaessa tärkeinä kriteereinä pidettiin, että aihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja merkittävä, tähtäimenä tutkimuksen hyödyntäminen hoitotyön kehittämistyöhön ja opetuskäyttöön. Aiheen valintaan vaikuttivat tutkijoiden oma kiinnostus tutkittavaan asiaan, mahdollisuus rajata aihetta ja aikaisemman tutkimustiedon kattavuus. Lisäksi koettiin tärkeänä tekijänä kohdeorganisaatioiden hyväksyntä sopivasta ja hyödyllisestä aiheesta. Aihe ja tutkimusmetodi valittiin järkevästi siten, että tutkimuksen pystyy toteuttamaan tietyssä aikarajassa. (ks. Hirsjärvi ym. 2009, 66-81; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Tutkimusprosessi ei voi edetä ilman huolellisesti laadittua tutkimussuunnitelmaa ja hyväksytyt tutkimussuunnitelma tarvitaan myös tutkimusluvan hakemiseen. Hyvin tehdyn tutkimussuunnitelman avulla tutkija voi edetä tavoitteellisesti ja aikataulussa tutkimusprosessissaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 85-86.) Tutkimuksen lupahakemus ja liitteenä tutkimussuunnitelma lähetettiin erikoissairaanhoidossa opetusylihoitajalle. Lopullisen luvan allekirjoitti hallintoylihoitaja 7.4.2017. Samalla allekirjoitettiin opinnäytetyön sopimus. Kotihoidossa tutkimuslupa haettiin Perusturvakuntayhtymä linjajohtajalta ja lupa allekirjoitettiin 3.4.2017. Tutkimuslupien hyväksynnän jälkeen aloitettiin tutkimusaineiston kerääminen. Kyselylomakkeiden saatekirjeissä (liitteet 1 ja 2) mainittiin, että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, joten vastaaja sai aidosti itse päättää, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Saatekirjeistä löytyi sekä tutkijoiden, että ohjaavan opettajan yhteystiedot mahdollisia yhteydenottoja varten. Yhteydenottoja ei tullut kotihoidossa, eikä erikoissairaanhoidossa. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176-177.)

Tutkimukseen osallistuvia informoidaan yksityiskohtaisesti tutkimuksesta ja sen luottamuksellisuudesta. Tutkimusraportti laaditaan siten, ettei yksittäisiä henkilöitä voi siitä tunnistaa. (Mäkinen 2006, 114-120, 148; Kananen 2008b, 135-136; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179-180.) Saatekirjeissä tiedotettiin, että kyselytutkimuksessa ei kysytä vastaajien henkilötietoja ja vastaukset käsitellään anonyymisti. Tutkimustulokset säilytettiin tietokoneella salasanan takana, etteivät ne joutuneet ulkopuolisten käsiin. Tutkimusraportti kirjoitettiin niin, ettei siitä voitu tunnistaa vastaajia. Anonymiteetin suojaamiseksi tulosten raportoinnissa käytettiin osittain vastausprosentteja vastaajien lukumäärien sijaan, jotta vastaajia ei tunnistettaisi, mikäli heitä oli tietyssä ryhmässä vain pieni määrä. Myös ne kohdat jätettiin taulukosta täyttämättä, joista vastaajan olisi mahdollisesti voinut tunnistaa. Tästä tehtiin merkintä taulukkoon. Lisäksi ammattiryhmiä yhdistettiin tulosten tarkastelussa anonymiteetin suojaamiseksi. Avoimien kysymyksien vastauksista suoria lainauksia käytettäessä huomioitiin, ettei vastaajia voida niistä tunnistaa. Suoria lainauksia ei otettu vastauksista, joista vastaaja olisi voinut ollut tunnistettavissa. Tutkimusaineisto hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimusraporttia kirjoitettaessa on oltava huolellinen ja lähdeviitteet on merkittävä tarkasti. Eettisesti kirjoitettu raportti on rehellinen, huolellinen ja tarkka. Tutkimustuloksia ei saa vääristellä, eikä muuttaa mieleisekseen vaan ne on raportoitava juuri sellaisenaan kuin ne ovat. Eettisesti on oikein tuoda esille mahdolliset virheet ja asiat, jotka olisi voinut tehdä tutkimuksessaan toisin. (Kananen 2008b, 134-135; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 172-176.)

Tutkimuksen tulokset kirjoitettiin rehellisesti eli juuri niin kuin vastaajat olivat vastanneet. Tuloksia ei suurenneltu tai vähätelty. Tutkijoiden omat kokemukset ja mielipiteet eivät johdatelleet vastauksia. Tutkimustulosten raportoinnissa pyrittiin tarkkuuteen ja huolellisuuteen, jota tuettiin analysoimalla tulokset ristiin. Asiat, jotka olisi ollut hyvä tehdä toisin, tuotiin rehellisesti esiin.

7.3. Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset

Tiedonsiirtoa terveydenhuollon organisaatioiden ja hoitoyksiköiden välillä on tutkittu kattavasti etenkin kansainvälisesti, mutta myös kansallisia tutkimuksia aiheesta löytyy. Tutkimuksen tulokset vahvistavat yhdessä aikaisemman tutkimustiedon kanssa, että tieto siirtyy puutteellisesti terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Sekä tästä tutkimuksesta saadun tiedon, että aikaisemman tutkimustiedon mukaan puutteellinen tiedonkulku terveydenhuollon organisaatioiden välillä vaikuttaa merkittävästi potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseen ja potilasturvallisuuteen. (liite.)

Puutteellisen tiedonsiirron vaikutukset potilasturvallisuuteen ovat todenneet tutkimuksissaan monet tutkijat (Dean ym. 2007, 1-10; Boling 2009, 135-148; Laugaland ym. 2012, 2915-2924; Chircu ym. 2013, 201-216; Lenert ym. 2014, 393-398; Kuusisto ym. 2015, 319-321 ja Matichko 2015, 1-36). Useista tutkimuksista on näyttöä, että hoitovastuun siirto ei ole toteutunut turvallisesti ja tehokkaasti hoitotahojen välillä (liite 1). Boling (2009, 135-148) mukaan hoitovastuun siirrossa ongelmina on todettu olevan kliinisen tiedon rajallisuus, hoitosuunnitelman sisältö ja lääkitykseen liittyvät virheet.

Tässä tutkimuksessa kotiutuksen suunnittelemattomuus ja liian varhainen kotiuttaminen todettiin haasteiksi tiedonsiirrossa. Ongelmina olivat ajanpuute ja potilaspaikkojen puute, joilla kiirehdittiin potilaan kotiutusta ja jotka johtivat potilaan kotiutuksen suunnittelemattomuuteen. Samoja ongelmia ovat todenneet myös Shah ym. (2010, 239-245) tutkimuksessaan. Hesselink ym. (2012, 39-49) tutkimuksen tulos vahvistaa, että hoidon suunnittelemattomuudella, potilaspaikkojen puutteella ja ajan puutteella on vaikutusta potilaan hoidon jatkuvuuteen. Flink ym. (2015, 355-362) ja Matichko (2015, 1-36) ovat todenneet tutkimuksissaan hyvän tiedonkulun ja kommunikaation vaikuttavan hoidon jatkuvuuteen. Flink ym. (2015, 355-362) ovat tuoneet tutkimuksessaan esiin, että tiedonsiirto näyttäytyi heikkona potilaan siirtyessä hoitoyksiköstä toiseen sekä erityisesti potilaalle tiedottaminen hänen tilanteestaan ja jatkohoidostaan oli heikkoa. Raivion (2016, 64-66, 75) väitöskirjan mukaan erityisesti iäkkään potilaan jatkohoidosta tulisi huolehtia järjestämällä potilaalle omalääkäri ja hoitotiimi hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Tässä tutkimuksessa todettiin olevan puutteita yhteistyössä potilaan, potilaan läheisen ja kollegan kanssa. Tutkimuksen tuloksissa tuli esille, että potilas ja potilaan läheinen tulisi

ottaa enemmän mukaan kotiutuksen suunnitteluun ja kotiuttamiseen. Puutteita yhteistyössä potilaan sekä hänen läheisensä kanssa tai ammattilaisten kesken ovat todenneet myös Hesselink ym. (2012, 39-49), Kuusisto (2015, 319-321) ja Palonen (2016, 52-54, 74). Hyvällä yhteistyöllä sekä potilaan ja hänen läheisensä ohjauksella voidaan huolehtia potilaan hoidon jatkuvuudesta (Palonen 2016, 52-54, 74).

Tiedonsiirrossa todettiin puutteita erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä sekä ammattilaisen, potilaan ja hänen läheisensä välillä. Myös Dean ym. (2007, 1-10) ja Eloranta ym. (2009, 140-141) tutkimuksien tuloksissa on todettu tiedonkulun puutteita. Tieto ei siirry aina suorinta tietä sille taholle, jonne tiedon tulisi siirtyä. Palosen (2016, 52-54, 74) tutkimuksen tulokset vahvistavat tiedonsiirron puutteita terveydenhuollon organisaatioiden ja hoitoyksiköiden välillä tai hoitoyksikön sisällä. Clarke ym. (2012, 592-598) ovat todenneet, että hyviin hoitokäytäntöihin kuuluu, että ajantasainen, tarkka informaatio potilaan hoitosuunnitelmasta, meneillään olevista hoidoista, nykytilasta ja mahdollisista odotettavissa olevista muutoksista kulkee potilaan mukana hoitotaholta toiselle.

Hoitotyön yhteenvetojen tietosisällössä on vielä kehittämistä sekä tämän tutkimuksen tulosten, että aikaisemman tutkimustiedon mukaan (Kuusisto ym. (2015, 319-321). Erikoissairaanhoidon henkilöstöstä kaikki pitivät hoitotyön yhteenvetoa tiedonsiirron apuvälineenä. Myös suurin osa kotihoidon henkilöstöstä piti hoitotyön yhteenvetoa tiedonsiirron apuvälineenä. Hoitotyön yhteenvedolla on todettu aiemmin olleen positiivisia vaikutuksia tiedonsiirtoon terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. (Kuusisto ym. 2014, 314-317). Erikoissairaanhoidon henkilöstöstä 74% piti hoitotyön tietosisältöä riittävänä iäkkään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon. Avoimien kysymysten vastauksissa tuli kuitenkin esille hoitotyön yhteenvetojen tietosisällön riittämättömyys ja ristiriitaisuus. Selvittämättä jäi, oliko hoitotyön yhteenvedoissa ja lääkärin lopulausunnoissa ristiriitaisuuksia vai esiintyivätkö nämä ristiriitaisuudet vain yleensä potilastietojen kirjauksissa.

Hoitotyön yhteenvedon tietosisältöä voidaan kehittää tästä tutkimuksesta ja aikaisemmista tutkimuksista saadun tiedon mukaan niin, että luodaan erikoissairaanhoidon osastoille valmis yhteneväinen pohja, jolloin hoitotyön yhteenvetojen tietosisältö olisi samanlainen riippumatta henkilöstä, joka kirjaa asioita. Hoitotyön yhteenvedoissa vältettäisiin päällekkäisiä kirjauksia, ristiriitaisuuksia ja epäolennaisuuksia. Hoitotyön yhteenvedon tulisi olla informatiivinen potilaalle sekä häntä hoitaville ammattilaisille ja jatkohoidon

merkityksen tulisi korostua hoitotyön yhteenvedoissa. Hoitotyön yhteenvedon merkitystä tulisi korostaa potilaan hoidon jatkuvuuden ja kuntoutumisen näkökulmasta. (ks. Kuusisto ym. 2014, 314-317; Kuusisto ym. 2015, 319-321.)

Olisi tärkeää käydä potilaan ja tarvittaessa potilaan läheisen kanssa läpi kotiuttamisohjeet ja esimerkiksi hoitotyön yhteenvedo ennen kotiuttamista, jolloin potilas ja potilaan läheinen voisivat esittää tarkentavia kysymyksiä. Iäkstä potilasta kotiutettaessa olisi hyvä tulostaa hoitotyön yhteenvedo ja voimassa oleva lääkelista jako-ohjeineen potilaalle mukaan. Potilaan kotiutustilanteelle tulisi antaa rauha ja olisi hyvä miettiä olisiko mahdollista, että hoitaja ja lääkäri kotiuttaisivat yhdessä potilaan, jolloin sekä lääketieteellinen, että hoitotieteellinen näkemys tulisivat esille. (vrt. Palonen 2016, 52-54, 74).

Potilaan kotiutus tulisi olla vastaanottavan yksikön tiedossa hyvissä ajoin, jotta kotiutukseen voidaan varata aikaa, oikea vastaanottaja (tiimin sairaanhoitaja, omahoitaja tai geronomi) ja voidaan ennakoida potilaan kotona tarvitsemia apuja. Lisäksi on tärkeää, että potilaan kotiutumisesta on tieto sekä lähiomaisella, että kotihoidolla. Tällä varmistetaan se, että tieto potilaan kotiutumisesta ei jää potilaan lisäksi yksistään lähiomaisen tai kotihoidon varaan. Lähiomainen ei välttämättä muista ilmoittaa kotihoitoon potilaan kotiutumisesta tai vuorostaan kotihoito ei tiedä, että omaisella ei ole tietoa potilaan kotiutumisesta. Tiedon tulisi kulkea hoitavan yksikön kautta sekä lähiomaiselle, että seuraavaan hoitavaan yksikköön. (vrt. Clarke ym. 2012, 592-598.)

Ongelmia todettiin olevan potilaan lääkitystietojen siirtymisessä ja myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu samanlaisia ongelmia. Boling ym. (2009, 135-148) tutkimuksen mukaan potilaan hoitovastuun siirrossa tiedonkulun puutteina on nähty potilaan lääkitykseen liittyvät virheet. Lääkitykseen liittyviä virheitä tiedonsiirrossa on nähty myös Chircun ym. (2013, 201-216) tutkimuksessa, jonka mukaan epätarkka, puutteellinen ja väärin ajoitettu kirjaaminen johti lääkehoidon virheisiin. Laugaland ym. (2012, 2915-2924) tutkimuksen mukaan lääkehoidon virheet voivat lisätä haittatapahtumia tai jopa kuolleisuutta. Lääkehoidon suunnitelmallisuuden, jatkuvuuden ja turvallisuuden tärkeyttä tulee korostaa (Kirsebom ym. (2013, 886-895). Olisi hyvä, että erikoissairaanhoidon osastoille luotaisiin yhteneväinen malli lääkehoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden varmistamiseen. Uusista lääkkeistä tulisi informoida potilasta ja tarvittaessa potilaan läheistä heti uuden lääkkeen aloittamisen jälkeen. Kotiutusvaiheessa tulisi käydä lääkitys perusteellisesti läpi potilaan ja tarvittaessa potilaan läheisen kanssa. Jos potilas

on kotihoidon asiakas, tulisi lääkehoidosta informoida kotihoitoa sekä puhelimitse, että kirjallisesti. Ajantasainen lääkelista tulisi tulostaa potilaalle mukaan. Erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välille tulisi luoda yhteneväinen malli, jolla potilaan turvallinen lääkehoito voitaisiin toteuttaa. Erikoissairaanhoidon yksiköllä ja saman sairaanhoitopiirin alueella toimivilla kotihoidon alueilla tulisi olla yhteneväinen malli lääkehoidon turvalliseen raportointiin. (vrt. Kirsebom ym. 2013, 886-895.) Tällöin välttyttäisiin lääkehoidon virheiltä (Boling ym. 2009, 135-148; Laugaland ym. 2012, 2915-2924; Chircu ym. 2013, 201-216).

Tiedonkulun puutteina nähtiin myös potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuus, jolloin potilaan tiedot eivät välittyneet potilastietojärjestelmistä terveydenhuollon organisaatioiden kesken. Virjon ym. (2013, 2210-2212) tutkimuksen tulokset ovat samankaltaiset eli potilastietojärjestelmät eivät siirtäneet tietoa yhtään paremmin kuin paperiversioita. Potilastietojärjestelmien toiminnassa on vielä kehittämistä, jotta tieto välittyy ja on löydettävissä yli organisaatorajojen. Potilastietojärjestelmiä kehittäessä tulisi ottaa huomioon hoitotyöntekijöiden kehittämisehdotukset. Potilastietojärjestelmät eivät saa olla liian monimutkaisia, vaan tiedon tulee löytyä tietojärjestelmistä nopeasti. Kaikilla samalla sairaanhoitopiirin alueella toimivilla kotihoitoalueilla tulisi olla yhteneväiset menetelmät kirjaamiseen. Tällöin erikoissairaanhoidossa tiedetään aina, mihin potilaan tiedot on merkitty huolimatta siitä, millä kotihoitoalueella potilas asuu. (ks. Virjo 2013, 2210-2212.)

Teknologian ja etäyhteysmenetelmien kehittymisen myötä tulevaisuudessa on mahdollisuus parempaan tiedonsiirtoon, kun esimerkiksi kotihoidosta voisi ottaa potilaan kotoa suoraan näköyhteyden erikoissairaanhoidon hoitavaan yksikköön, mikäli kotiutuksessa tai potilaan hoidossa jää jokin asia epäselväksi. Lisäksi etäyhteysmenetelmiä voisi käyttää ennakoivasti potilaan yleistilan laskiessa, jo ennen päivystykseen tai erikoissairaanhoidon lähettämistä.

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan potilaan hoitovastuuta siirrettäessä tiedonsiirtoon käytettyjä keinoja ovat sähköisen kirjaamisen mallit DPT (Brittan ym. 2014, 366-371) ja eEPWPD (Watkins & Patrician 2014, 44-51), HOIYHT (Kuusisto ym. 2014, 314-317), SBAR-malli, jota Suomessa käytetään ISBAR-menetelmän muodossa (Lenert ym. 2014, 393-398; Panesar ym. 2014, 64-68) ja siirtokirje (Medlock 2011, 967-973; Buurman ym.

2016, 384-390). Interventioilla taas pyrittiin puuttumaan ongelmakohtiin potilaan hoitotyössä, esimerkiksi tiedonsiirtoon liittyviin ongelmiin (Medlock 2011, 967-973; Hesselink 2014, 1-11).

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen mukaan tiedonsiirron keinoista eniten käytettiin hoitotyön yhteenvetoa (HOIYHT) ja toiseksi käytettiin puhelimitse annettavaa raportointia. Kotihoidossa siirtolomaketta tai siirtokuorta käytettiin yhtä paljon kuin hoitotyön yhteenvetoa ja puhelimitse annettavaa raporttia. Siirtolomaketta tai siirtokuorta käytti 20% vastaajista erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa sähköisen kirjaamisen malli oli enemmän käytetty menetelmä, kuin siirtolomake tai siirtokuori. Sähköisen kirjaamisen mallia käytti 34,3% vastaajista. Sähköisen kirjaamisen malli oli tuttu keino tiedonsiirtoon myös kotihoidossa, sillä sitä käytti puolet vastaajista. Kotihoidossa tarkistuslistaa käytti lähes puolet vastaajista (45%), mutta erikoissairaanhoidon puolella se ei ollut vakiintunut käyttöön. ISBAR-kortin käyttö ei ollut vakiintunut käyttöön, sillä sitä käytti tai sen tunsi pieni osa vastaajista. Erikseen mainittiin vielä potilaan mukana siirtyvät tiedot sekä kotiutuksen huomiolista.

Tutkimuksen tulosten mukaan kotiutustilanteet olivat hyvin vaihtelevia. Tarkistuslista koettiin tärkeäksi ottaa käyttöön potilaan kotiuttamisvaiheessa. Ottamalla käyttöön kotiutuksen tarkistuslistan, voitaisiin yhtenäistää erilaisia tapoja kotiuttaa potilas. Tarkistuslistaa läpikäymällä ennen potilaan kotiuttamista, huomattaisiin mahdolliset asiat, mitä ei muuten huomattaisi tai muistettaisi. Tarkistuslista toimisi muistin tukena. Tarkistuslistaan merkittäisiin esimerkiksi, onko potilas kotihoidon asiakas ja onko kotihoitoon sekä potilaan läheisiin otettu yhteyttä potilaan kotiutumisesta. (vrt. Lenert ym. 2014, 393-398; Panesar ym. 2014, 64-68). Erikoissairaanhoidossa ja kotihoidossa on pohdittava, kehitetäänkö käytössä olevia tiedonsiirron keinoja vai otetaanko uusia tiedonsiirron keinoja käyttöön. Mahdollisuutena on myös odottaa tulevan sote-uudistuksen eri työryhmien tuottamaa tietoa potilastietojärjestelmien kehittämisestä ja tulevista menetelmistä. Hoitotyön yhteenveto oli käytössä oleva tiedonsiirron apuväline sekä kotihoidossa, että erikoissairaanhoidossa. Potilaan hoitovastuuta siirrettäessä hoitotyön yhteenvedon käyttöä tiedonsiirrossa tulisi tehostaa erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä, erityisesti tietoyhteyksien kehittyessä. (vrt. Kuusisto ym. 2015, 319-321.)

Lisäksi kotihoidossa käytettiin siirtolomaketta tai siirtokuorta tiedonsiirrossa, enemmän kuin erikoissairaanhoidossa. Siirtolomakkeen tai siirtokuoren voisi ottaa säännölliseen

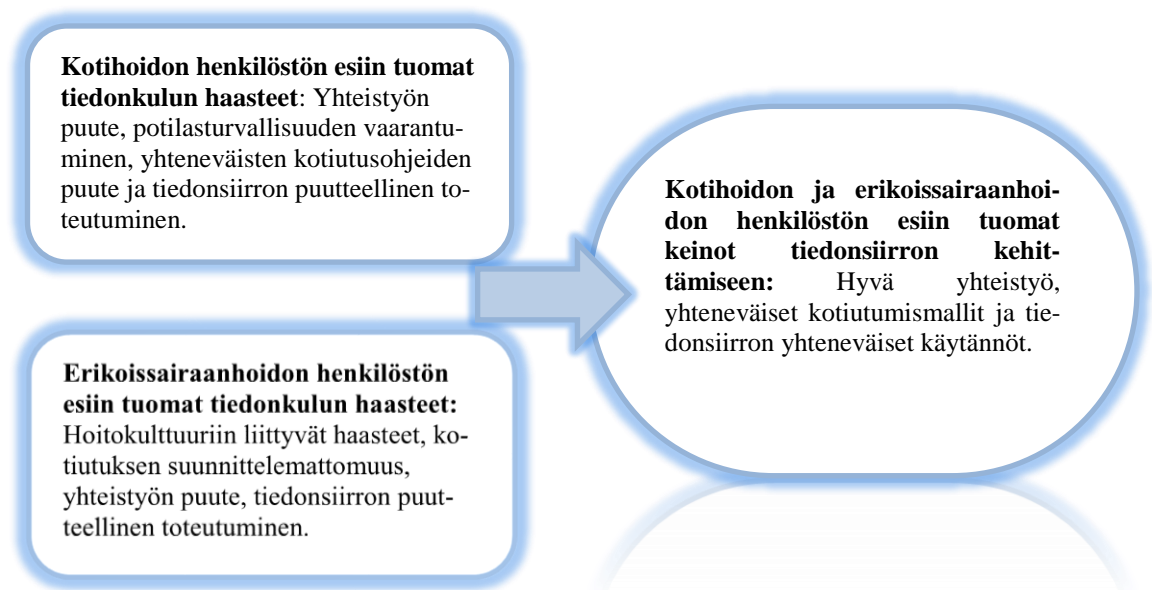
käyttöön myös erikoissairaanhoidossa siirrettäessä potilasta kotihoitoon. Kotihoidossa vastaanottava hoitaja voi mennä kotiutusajankohdasta riippuen suoraan asiakkaan luokse kentältä, jolloin hoitaja ei näe kirjauksia suoraan potilastietojärjestelmästä tietokoneelta. Siirtolomake tai siirtokuori turvaisi relevantimpien kotiutustietojen välittymisen kotihoitoon. (vrt. Medlock 2011, 967-973; Buurman ym. 2016, 384-390). Potilastietojärjestelmien siirrettävyys ja kuljetettavuus ovat yksi tulevaisuuden haaste teknologian kehittämiseen.

Kansainvälisellä tasolla on paljon erilaisia ja hyväksi todettuja tiedonsiirron työkaluja käytössä, joita ei kuitenkaan ole otettu yleiseen käyttöön tähän tutkimukseen osallistuneissa hoitoyksiköissä. Tutkimustietoa erilaisista tiedonsiirron keinoista ja malleista terveydenhuollon organisaatioiden ja hoitoyksiköiden välillä löytyy kansallisesti huomattavasti vähemmän kuin kansainvälisesti. (liite 1.) Tämä tutkimustiedon puute voi selittää sen, että tiedonsiirron keinoja ja malleja on otettu käyttöön vähemmän tai niiden olemassaolosta ei tiedetä. Tieto siirtyy sähköisesti potilastietojärjestelmien kautta yhä enemmän, mutta siitä huolimatta koetaan, että tieto siirtyy puutteellisesti. Yhteneväisiä tiedonsiirron käytäntöjä ehdotettiin kehittämiskohteeksi. Myös aikaisemman tutkimustiedon mukaan tietoa voidaan siirtää laadukkaasti ja potilasturvallisesti myös sähköisenä, kun käyttöön otetaan yhteneväiset tiedonsiirron käytännöt (Brittan ym. 2014, 366-371; Watkins & Patrician 2014, 44-51; Buurman ym. 2016, 384-390).

Tiedonsiirron puutteellinen toteutuminen voi johtaa iäkkään potilaan raskaisiin ja äkillisiin siirtoihin sekä uusintakäynteihin sairaalaan, jotka kuormittavat potilasta, ammattilaisia ja hoitoyksiköitä sekä lisäävät kustannuksia. Hyvällä tiedonsiirrolla, suunnitelmallisuudella ja hyvällä yhteistyöllä voitaisiin näitä potilassiirtoja vähentää. Tässä tutkimuksessa, kuten myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että hyvällä tiedonsiirrolla, johon liittyy ennakoiva hoidon suunnittelu, hyvä yhteistyö potilaan, hänen läheisensä, ammattilaisten sekä hoitoyksiköiden kesken, voidaan parantaa iäkkään potilaan hoitovastuun siirron sujuvuutta ja vähentää riskiä sairaalan uusintakäyntiin. (Boling 2009, 135-148; Shah ym. 2010, 239-245; Laugaland 2012, 2915-2924; Kirsebom ym. 2013, 886-895; Ylä-Mononen 2014, 307-308; Vanttaja ym. 2015, 61, 64-72.)

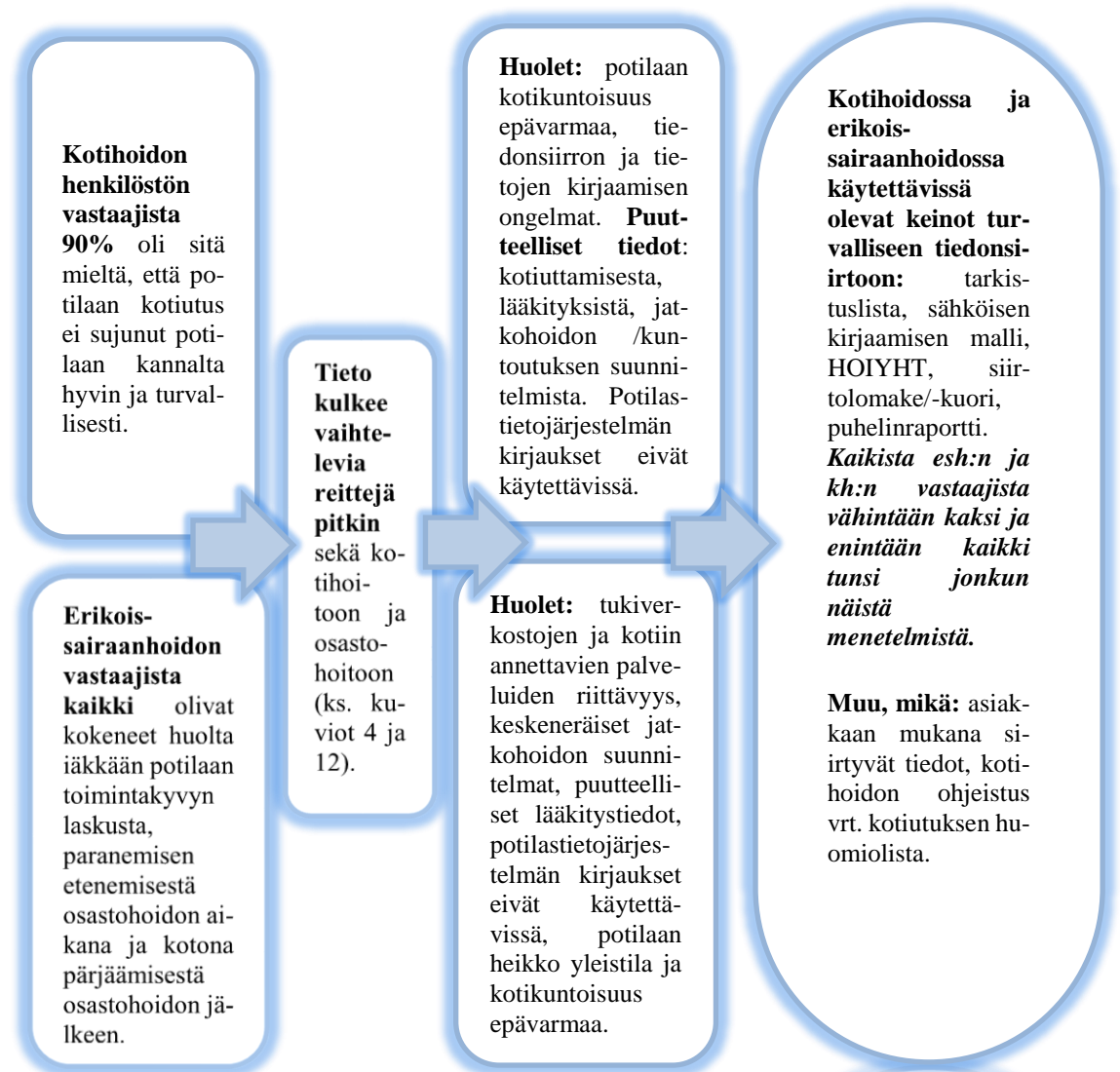
7.4. Johtopäätökset

Kyselytutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä siirtyvän potilaan hoidon kannalta tärkeiden tietojen siirtymisessä on puutteita, jolla on vaikutuksia hoidon jatkuvuuden turvaamiseen ja näin ollen potilasturvallisuuteen (kuvio 16). Sekä erikoissairaanhoidon, että kotihoidon henkilöstö toi esiin huolen potilasturvallisuuden toteutumisesta, kun tieto ei siirry toivotulla tavalla. Sekä erikoissairaanhoidon- että kotihoidon henkilöstö toi tiedonsiirron puutteellisen toteutumisen lisäksi esiin, että potilaan kotiuttaminen liian varhaisessa vaiheessa ja/tai liian nopealla aikataululla johtaa potilaan hoidon suunnittelemattomuuteen tai kiireelliseen suunnitteluun, ja näin ollen heikentää potilasturvallisuutta. Tuloksista nousi esiin, että hoidon suunnitelmallisuutta- ja yhteistyötä lisäämällä, selkeillä hoitoprosesseilla, yhteneväisillä kirjausmenetelmillä sekä -potilastietojärjestelmillä voidaan vaikuttaa potilaan turvalliseen siirtymiseen hoitoyksiköiden välillä.



KUVIO 16. Kotihoidon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön näkemykset tiedonkulun haasteista ja kehityskohteista kyselyn avoimista vastauksista koottuna.

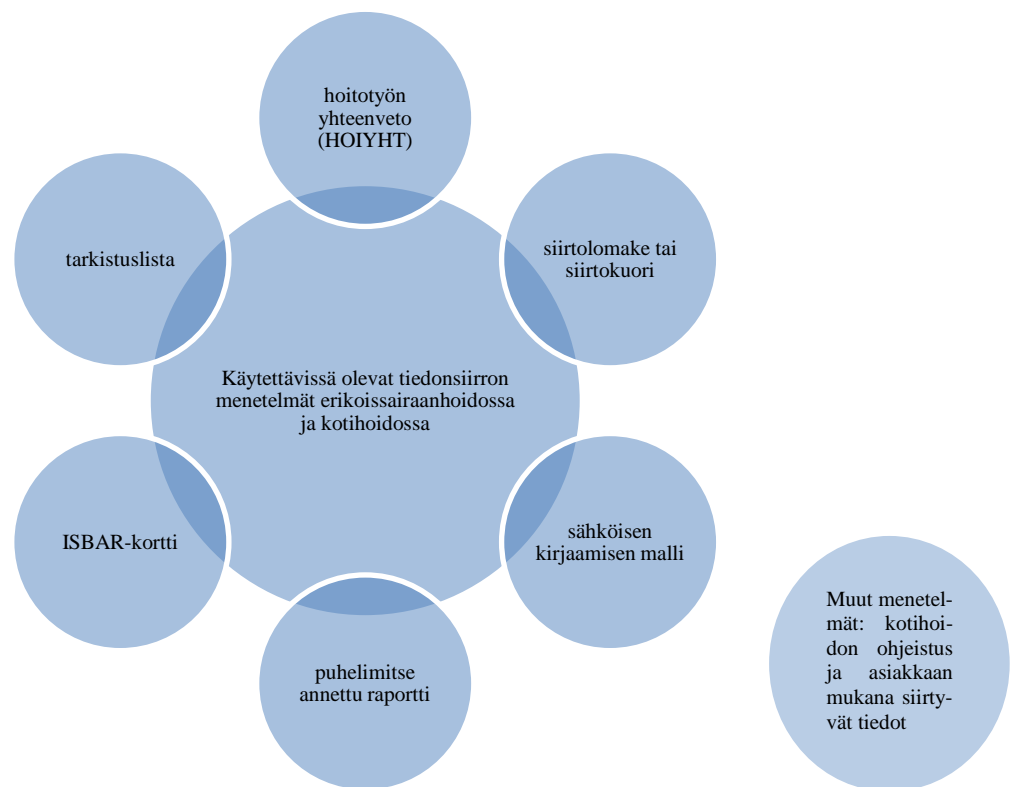
Kotihoidon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön tulokset potilaan turvallisesta siirtymisestä ja tiedonsiirron toteutumisesta kertovat siitä, että tällä saralla olisi kehitettävää ja parannettavaa. Lisäksi molemmilla yksiköillä on käytettävissään erilaisia keinoja turvalliseen tiedonsiirtoon mutta näiden käyttäminen on vaihtelevaa (kuvio 17).



KUVIO 17. Kotihoidon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön näkemykset tiedonsiirron ja potilasturvallisen siirtymisen toteutumisesta sekä käytettävissä olevista tiedonsiirron menetelmistä

Tutkimustulosten mukaan kotihoidossa ja erikoissairaanhoidossa on käytössä erilaisia keinoja turvalliseen tiedonsiirtoon. Kaikki menetelmät eivät olleet kuitenkaan kaikilla

vastaajilla tiedossa tai käytössä (kuvio 18). Käytettävistä menetelmistä tulisi ottaa yhteneväinen linjaus, kouluttaa henkilöstö käyttämään sovittuja tiedonsiirron menetelmiä ja edellyttää henkilöstöä käyttämään näitä päivittäisessä hoitotyössä. Parempi tiedonsiirto edellyttää myös, että potilaan siirto voidaan suorittaa huolellisesti, koska kiireessä toteutettu potilassiirto johtaa tiedonsiirron puutteisiin sekä heikentää potilasturvallisuutta. Myös sovitulla menetelmällä voidaan säästää molempien yksiköiden henkilöstöltä aikaa, kun tiedonsiirto on toteutettu sovitulla tavalla ja -menetelmällä, jolloin tiedon etsintään kuluisi mahdollisimman vähän aikaa.



KUVIO 18. Käytettävissä oleva tiedonsiirron menetelmät erikoissairaanhoidossa ja kotihoitossa.

Yhteneväisten potilastietojärjestelmien puutteet, kirjausten puutteellinen näkyminen tai puutteellinen löytyminen potilastietojärjestelmistä potilasta hoitavalle henkilöstölle on yksi merkittävä tekijä siihen, miksi tieto ei siirry toivotulla tavalla. Olisi toivottavaa, että potilastietojärjestelmien yhteneväisyysongelmiin tulisi ratkaisuja tällä hetkellä valmis-teilla olevan sote-uudistuksen myötä.

7.5. Tutkimustulosten hyödynnettävyys työelämän kehittämiseen ja opetus- käyttöön

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää työelämän kehittämiseen, koska kyselyn avulla on tuotu esiin henkilöstön kokemia ongelmakohtia, joihin pystytään puuttumaan kehittämällä toimintamalleja parempaan tiedonsiirtoon. Keskittymällä tiedonsiirron parantamiseen, valitsemalla käytettävät tiedonsiirron menetelmät ja vakioimalla ne, voidaan välttää potilaaseen kohdistuvia haittatapahtumia ja parantaa potilasturvallisuutta. Tutkimustiedon mukaan on jo olemassa erilaisia tiedonsiirron välineitä, jotka olivat joko osittain tai täysin käytössä tutkimuksen kohteena olleissa työyksiköissä. Menetelmät tulisi vakiinnuttaa yksiköiden käyttöön niin, että niitä käytettäisiin iäkkään potilaan hoitovastuuta siirrettäessä päivittäisenä työkaluna. Esimerkiksi interventio on menetelmä, jonka avulla havainnoidaan ongelmakohtia, valitaan menetelmät, joilla voidaan puuttua ongelma-kohtiin, vakiinnutetaan menetelmä käytännöksi ja tarkastellaan toimivuutta.

Henkilöstö toi esille useita kehittämiskohteita ja keinoja tiedonsiirron kehittämiseen. Tutkimuksesta saadun tiedon avulla kohdeorganisaatiot voivat kehittää tiedonsiirtoa toimintayksiköiden välillä ja huomioida tutkimuksessa esille tulleita asioita. Tutkimus antoi tietoa siitä, miten puutteellinen tiedonsiirto vaikuttaa potilaan turvalliseen hoitoprosessiin. Toimimaton hoitoprosessi on myös kustannuskysymys. Tutkimus antoi kohdeorganisaatioille työkaluja tiedonsiirron kehittämiseen. Tutkimusraportin liitteenä on kotihoidon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön esiintuomat kehittämisideat (liite 4).

Opetuskäytössä tutkimustulokset vahvistavat sitä näkemystä, että toimivalla tiedonsiirrolla pystytään vaikuttamaan potilaan saaman hoidon laatuun. Opetuskäytössä tutkimustuloksia voidaan hyödyntää, sillä valmistuvat terveydenhuollon ammattilaiset ovat tulevaisuudessa alansa kehittäjiä ja tästä tutkimuksesta saadulla tiedolla he voivat kehittää toimivia ratkaisuja terveydenhuollon organisaatioiden väliseen tiedonsiirtoon. Tämä tutkimus antoi näyttöä siitä, että toimivalla tiedonsiirrolla on merkittävä rooli terveydenhuollon organisaatioiden välisessä tiedonsiirrossa.

Toimiva tiedonsiirto on myös yksi johtamisen työväline. Toimivalla tiedonsiirrolla voidaan vaikuttaa potilasvirtaukseen eli potilaan hoitoprosessiin ja sen etenemiseen. Epäonnistunut potilaan hoitoprosessi voi johtaa sairaalan uusintakäynteihin, jolloin potilasvirtaus kulkee väärään suuntaan ja prosessin läpimenoaika pitenee. Tällä on vuorostaan vaikutusta potilaan saamaan hoidon laatuun ja kustannustehokkuuteen. Jos tieto on vaikeasti

löydettävissä tai potilastietojärjestelmät eivät ole yhteensopivia tiedon saamiseksi, myös henkilöstöltä kuluu ylimääräistä aikaa tiedon selvittämiseen. Tämän vuoksi olisi tärkeää kiinnittää huomiota potilaan hoitoprosessin toimivuuteen, jonka yhtenä osa-alueena myös tiedonsiirto on. (ks. Modig & Åhlström 2016, 31-46.)

7.6. Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimusehdotuksina esitetään tutkittavaksi:

1. Kotihoidon asiakkaiden kokemuksia tietojen siirtymisestä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä.
2. Etäyhteysmenetelmien hyödynnettävyys hoitovastuun siirrossa potilasturvallisuuden näkökulmasta.
3. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitohenkilöstön näkökulmasta, jotta tietosisältö olisi riittävän kattavaa, selkeää ja ymmärrettävää, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta kotihoitoon.

LÄHTEET

Aaltonen M., Forma L., Rissanen P., Raitanen J. & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing* 7 (2), 91–100.

Bartholomew K., Parcel G., Kok G., Gottlieb N. & Fernandez M. 2011. *Intervention Mapping (IM): kuusi-portainen kehittämisen malli, esimerkiksi terveyden edistämiseen. Planning Health Promotion Programs: an intervention mapping approach*. 3rd edition. San Francisco: Jossey-Bass.

Boling PA. 2009. Care transitions and home health care. 2009. *Clinics In Geriatric Medicine* 25 (1), 135-148.

Brittan M., Tyler A., Martin S., Konieczny J., Torok M., Wheeler M. & Boyer A. 2014. A Discharge Planning Template for the Electronic Medical Record Improves Scheduling of Neurology Follow-up for Comanaged Seizure Patients. *Hospital Pediatrics* 4 (6), 366-371.

Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S & de Rooij SE. 2016. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *International Journal For Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care* 28 (3), 384-390.

Chircu A., Gogan J., Boss S. & Baxter R. 2013. Medication errors, handoff processes and information quality. *Business Process Management Journal* 19(2), 201-216.

Clarke D., Werestiuk K., Schoffner A., Gerard J., Swan K., Jackson B., Steeves B. & Probizan-Ski S. 2012. Achieving the ‘perfect handoff’ in patient transfers: building teamwork and trust. *Journal of Nursing Management* 20 (5), 592–598.

Dean JE., Hutchinson A., Escoto KH. & Lawson R. 2007. Using a multi-method, user centred, prospective hazard analysis to assess care quality and patient safety in a care pathway. *BMC Health Services Research* 7/89, 1-10.

Eloranta S., Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaaliala- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 23 (3). 136-145.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Etelä- Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2017. Toiminta. Luettu 24.7.2017. <http://www.epshp.fi/1/toiminta>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016a. Yleisesittely. 2016. Luettu 27.11.2016. <http://www.epshp.fi/yleisesittely>

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2016b. Yleisesittely, Jäsenkunnat. 2016. Luettu 27.11.2016. http://www.epshp.fi/yleisesittely/jasenkunnat_ja_terveyskeskukset

Finne-Soveri H., Mäkelä M., Noro A., Nurme P. & Partanen S. 2014. Vanhusten hoidon kustannustehokkuutta ja laatua voidaan parantaa. *Suomen Lääkärilehti* 69 (50-52), 3467-3473.

Flink M., Bergenbrant Glas S., Airoso F., Öhlén G., Barach P., Hansagi H., Brommels M. & Olsson M. 2015. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records. *International Journal Of Medical Informatics* 84 (5), 355-362.

Hammar T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa: kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus- ja kehittämiskeskus, no 179, Stakes 2008, Helsinki. Väitöskirja.

Harjola V-P 2013. ISBAR-menetelmä: suullisen raportoinnin tarkistuslista hoitotyössä. Esityksessä: Päivystys potilasturvallisuuden kriittinen piste. Potilasturvallisuuspäivät 2013. <http://www.slideshare.net/THLfi/pivystys-potilasturvallisuuden-kriittinen-piste-2-potilasturvallisuuspivt-201>

Heiro E. & Raitoharju R. 2009. Terveystieteiden organisaatioiden välinen tiedonsiirto – toimintaympäristöjen vertailu Suomessa ja Yhdysvalloissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivien satoa julkaisusta: Avauksia, 12/2009. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 2 (1), 11-15.

Hennala L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. *Gerontologia* 28 (2), 67-82.

Hesselink G., Flink M., Olsson M., Barach P., Dudzik-Urbaniak E., Orrego C., Toccafondi G., Kalkman C., Johnson JK., Schoonhoven L., Vernooij-Dassen M & Wollersheim H. 2012. Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. 2012. *BMJ Quality & Safety* 21(1), 39-49.

Hesselink G., Zegers M., Vernooij-Dassen M., Barach P., Kalkman C., Flink M., Öhlen G., Olsson M., Bergenbrant S., Orrego C., Suñol R., Toccafondi G., Venneri F., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Schoonhoven L. & Wollersheim H. 2014. Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research* 14/389, 1-11.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos 2015. Porvoo: Bookwell Oy.

Jämsen E., Kerminen H., Strandberg T. & Valvanne J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoidon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. *Suomen Lääkärilehti* 70 (14-15), 977-983.

Kananen, J. 2008a. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

- Kananen J. 2008b. KVALI. kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kirsebom M., Wadensten B. & Hedström M. 2013. Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement. *Journal of Advanced Nursing* 69 (4), 886-895.
- Kuusisto A., Asikainen P. & Saranto K. 2014. Hoitotyön yhteenvedo potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310-321.
- Kuusisto A., Asikainen P. & Saranto K. 2015. Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana. *Hoitotiede* 27 (4), 311-323.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.-3. painos. Porvoo: Edita Publishing Oy. Bookwell Oy.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laugaland K., Aase K. & Barach P. 2012. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work* 41 (1), 2915-2924.
- Lehto V., Seinälä L. & Aaltonen M. 2015. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot – taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 29 (1), 12-24.
- Lenert LA., Sakaguchi FH. & Weir CR. 2014. Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. USA. *Academic Medicine: Journal Of The Association Of American Medical Colleges* 89 (3), 393-398.
- Matichko K. 2015. Handoff communication in the emergency department. *DNP Forum* 1, (1)1-36.
- Medlock S., Eslami S., Askari M., Van Lieshout E. Dongelmans D. & Abu-Hanna A. 2011. Improved communication in post-ICU care by improving writing of ICU discharge letters: a longitudinal before-after study. *BMJ Quality and Safety* 20 (11), 967-973.
- Modig N. & Åhlström P. 2016. Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. 6. painos. Halmstad: Rheologica publishing.
- Mäkinen O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Palonen M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus, hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy.

Panesar R., Albert B., Messina C. & Parker M. 2014. The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit. *American Journal of Medical Quality* 31 (1), 64-68.

Perusturvakuntayhtymä Akseli 2016a. Perustietoa Akselistä. Luettu 27.11.2016.<http://www.soteakseli.fi/perustietoa-akselista/>

Perusturvakuntayhtymä Akseli 2016b. Ikäihmisten palvelut: kotihoito. Luettu 21.1.2017. <http://www.soteakseli.fi/kotihoito-ja-palvelu/>

Pulkki J., Aaltonen M., Forma L., Jylhä M., Raitanen J. & Rissanen P. 2014. Pitkäaikaishoito kunnissa vanhuuden viimeisinä vuosina – Palvelujen käytön erot ja muutokset vuosina 2002–2008. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 1/14, 1-43.

Raivio R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Tampere: Tampere University Press.

Ronkainen S., Pehkonen L., Lindblom-Ylänne S. & Paavilainen E. (Toim. Pohja B.). 2014. Tutkimuksen voimasanat. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Seinelä L., Lehto V., Vanttaja K., Lehmus A. & Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa, Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Teoksessa: Mikkola T., Myllärinen T., Häkkinen H., Koivuranta-Vaara P., Tyni T., Uotinen S., Virnes E. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 5. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Shah F., Burack O. & Boockvar K. 2010. Perceived Barriers to Communication Between Hospital and Nursing Home at Time of Patient Transfer. *Jamda, The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 11 (4), 239–245.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kärkihanke: kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omahoitoa- hankesuunnitelma, 7. Luettu 11.9.2017. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RA-PORTTI.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Terveyspalvelut: Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Luettu 24.7.2017. <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017c. Sosiaalipalvelut: Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 27.11.2016. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017a. I&O-hanke 2016-2018: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Luettu 12.8.2017. <https://www.thl.fi/en/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kehitetaan-ikaihminen-kotihoitoa-ja-vahvistetaan-kaiken-ikaisten-omaishoitoa-i-o->

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017b. Ikääntyminen. Ajankohtaista. Tiedotteet ja uutiset. Luettu 24.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/-/vahintaan-60-kotihoidon-kayntia-kuukaudessa-saavien-asiakkaiden-osuus-kasvaa-edelleen>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017c. Ikääntyminen. Kotona asumisen ratkaisuja. Kotihoito ja muu kotiin tarjottava tuki. 2017. Luettu 17.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2017d. Ikääntyminen, tutkimus- ja asiantuntijatyö. 2017. Luettu 24.7.2017. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/elaman-loppuvaiheen-tutkimus-ja-kehittamishanke>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2017. 65 vuotta täyttäneet, % väestöstä: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013-2016. Luettu 4.9.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s073BAA=®ion=s7Z0AgA=&year=sy6rsDbR0zUEAA==&gender=t&t=bar>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2017. Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä asuntoväestöstä 2013-2015: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 4.9.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=s86vBAA=®ion=s7Z0AgA=&year=sy6rsDbR0zUEAA==&gender=t&t=bar>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017c. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2017. Väestö 2016: Masku, Mynämäki, Nousiainen 2014-2016. Luettu 12.8.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=M7c2DI13TTIMt06OjDe2Ns6OrwIA®ion=szY- uiU9PAQA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&drillTo=127>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017d. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2017. 65 vuotta täyttäneet, % väestöstä: Masku, Mynämäki, Nousiainen 2014–2016. Luettu 12.8.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=M7c2DI13TTIMt06OjDe2Ns6OrwIA®ion=szY-uuU9PAQA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&t=bar>

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2017e. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2005–2017. Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavan ikäisestä asuntoväestöstä 2014–2016: Masku, Mynämäki, Nousiainen. Luettu 12.8.2017. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/kaavio?indicator=M7c2DI13TTIMt06OjDe2Ns6OrwIA®ion=szY-uuU9PAQA=&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=t&t=bar>

Tuomi J. 2007. Tutki ja lue, Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.-2. painos. Helsinki: Jouni Tuomi ja Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vanttaja K., Seinälä L. & Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. *Gerontologia* 29 (2), 61-74.

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka H. Tutki ja kehitä. 2015. 4. uudistettu painos. PS-kustannus. Juva: Bookwell Oy.

Virjo I., Mäkelä K., Aho J. Kalliola P., Kurunmäki H., Uusitalo L., Valli M. & Ylinen S. 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuua yhä. *Suomen Lääkärilehti* 68 (36), 2208-2212.

Watkins, L. & Patrician, P. 2014. Handoff Communication From the Emergency Department to Primary Care. *Advanced Emergency Nursing Journal* 36 (1), 44–51.

Ylä-Mononen S., Koivisto A-M., Palonen M. & Åstedt-Kurki P. 2014. Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 26 (4), 299-309.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimukset taulukossa luetteloituna.

(1-11)

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen nimi ja tiedot	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmät ja otos	Keskeiset tulokset
Boling PA. 2009. Yhdysvallat.	Care transitions and home health care. Tutkimusartikkeli: kirjallisuuskatsaus.	Tutkimusartikkelissa käsiteltiin hoitovastuun siirtoon liittyviä tekijöitä ja niiden vaikutuksia tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perustuen. Katsauksessa käsiteltiin hoitovastuun siirtoa, siihen liittyviä interventioita sekä hoitovastuun siirtoon liittyviä prosesseja.	Tutkimusartikkelissa viitattiin 38:n tutkimukseen, jotka käsitelivät mm. potilaan hoitovastuun siirtoa, potilassiirtoa tai niissä tapahtuvia virheitä/haittatapahtumia, potilaan kotiuttamista, hoidon jatkuvuutta.	Hoitovastuun siirto on tunnistettu tärkeäksi potilasturvallisuutta parantavaksi ja terveyttä edistäväksi hoidon laatuun vaikuttavaksi tekijäksi. Suurimmat ongelmat potilaan hoitovastuun siirtämisessä koskevat rajallisesti saatua kliinistä tietoa tai hoitosuunnitelman sisältöä sekä lääkitykseen liittyviä virheitä. Onnistunut hoitovastuun siirtoprosessi yhdessä vaikuttavien ja tehokkaiden kotihoidon ohjelmien kanssa vähensi uusintakäyntejä sairaalaan. Tutkimusartikkelin mukaan on olemassa näyttöä useista tutkimuksista, joissa turvallinen ja tehokas hoitovastuun siirto ei ole toteutunut siirtäessä potilasta hoitotahojen välillä. Merkittävimmät puutteet olivat rajalliset tai puuttuvat kliiniset tiedot ja -hoitosuunnitelman sisältö sekä lääkkeisiin liittyvät virheet. Artikkelin mukaan ainakin puolet hoitosiirroista sisälsi havaittavia hoidon järjestelyihin liittyviä ongelmia, joissa 15-25%:lla potilaista esiintyy haittatapahtumia.
Brittan M., Tyler A., Martin S., Konieczny J., Torok M., Wheeler M. & Boyer A. 2014. Yhdysvallat.	A Discharge Planning Template for the Electronic Medical Record Improves Scheduling of Neurology Follow-up for Comanaged Seizure Patients. Pitkäaikainen kohorttitutkimus tammikuun 2012-kesäkuun 2013 välillä. 300:n potilaan terveystiedoista tehty katsaus.	Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia voisiko standardoitu potilaskirjaamisen malli parantaa potilaan siirtovaiheen tiedonkulkua ja turvata jatkohoidon toteutumista. Tutkimuksen aikana suunniteltiin, pilotoitiin ja otettiin käyttöön DPT= discharge planning template eli potilassiirtoon tarkoitettu standardoitu kirjaamisen malli potilastietojärjestelmään kirjattujen tietojen siirtämiseen.	Kohorttitutkimus, jossa oli tutkittu 300:n potilaan terveystietoja ennen ja jälkeen potilassiirtoon tarkoitettua kirjaamismallin käyttöönottoa. 101 potilasta (34%) oli kotiutettu/siirretty ennen potilassiirron kirjaamisen mallin käyttöön ottoa ja 199 (66%) potilasta mallin käyttöön ottamisen jälkeen. Potilaan hoidon seurantaan toteutuminen avohoidossa kasvoi merkittävästi mallin käyttöön ottamisen jälkeen.	Standardoitu potilassiirtoon tarkoitettu kirjaamisen malli (DPT) voisi yhtenäistää potilastietojärjestelmään kirjattujen hoito- ja terveystietojen kulkeutumista potilaan siirtovaiheessa eri toimijoiden välillä. Neurologisia lapsipotilaita käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että sähköisen potilaskirjaamisen malli voisi auttaa nopeuttamaan sairaalahoitossa olleiden potilaiden siirtymävaiheen tiedon kulkua ja turvata hoidon jatkuvuutta, erityisesti heidän kohdalla, joilla on hoidossa mukana useampia hoitavia tahoja.

			Tutkimus suoritettiin Coloradossa, lastensairaalassa.	
Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulers M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S & de Rooij SE. 2016. Julkaisija: Oxford University Press. Julkaisumaa: Englanti.	Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter.	Tutkimuksessa oli tarkoitus parantaa laadullisesti tiedonkulkua kehittämällä, ottamalla käyttöön ja arvioimalla viestintätyökalu, PPDL= Personalized Patient Discharge Letter, potilaan kotiuttamisprosessiin.	Tutkimuksessa tehtiin ennen ja jälkeen arviointi ja siihen osallistui yhteensä 141 potilasta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat 18 vuotiaita tai sen yli ja olivat sairaalahoidossa vähintään 48 tuntia. Tutkimus suoritettiin Amsterdamissa, Hollannissa, neljällä sisätautien lääketieteen osastolla, 1024 paikallisessa opetussairaalassa.	Hollantilaiset tutkijat ovat kehittäneet, ottaneet käyttöön ja arvioineet potilaan siirrossa käytettävän siirto-kuoren. PPDL on viestintätyökalu, jonka on tarkoitus parantaa kotiuttamisvaiheen tiedonkulkua. Potilaat ja ammattilaiset arvioivat PPDL:n (personalized patient discharge letter) positiiviseksi. Merkittävimmät tekijät käyttöön otossa olivat koulutuksesta saadut hyödyt, PPDL:n standardointi ja integroiminen potilastietojärjestelmään sekä PPDL:n ottaminen koko sairaalan käytännöksi hoitotyössä.
Chircu, A., Gogan, J., Boss, S. & Baxter,R. 2013. Julkaisumaa: Yhdistynyt kuningaskunta.	Medication errors, handoff processes and information quality. Tapaustudkimus.	Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää hoitovastuunsiirtoon liittyvän potilaskirjaamisen tiedon laatua ja informaation puutteista johtuvia lääkityksen virheitä. Tutkimuksessa selvitettiin myös, miten laadukas kirjaaminen voidaan toteuttaa käytännössä (malleja) ja mitä vaikutuksia laadukkaalla kliinisen tiedon siirtämisellä oli potilasturvallisuuteen. Jatkotutkimuskohteina nähtiin tietokoneella tehtävän sähköisen tiedonsiirron (sähköisesti tehtävä hoitotilaus) ja lääkitystietojen kehittäminen (sähköiset järjestelmät, viivakoodit) sekä hoitopolkujen ja tarkistuslistojen kehittäminen.	Tutkimus tehtiin sairaalassa, joka tuottaa lääketieteen-, kirurgian-, mielenterveyden- ja kuntoutuksen palveluita. Tutkimuksessa tutkittiin useita sairaaladokumentteja sekä tehtiin 16 yksilön haastattelut. Tutkimus suoritettiin sairaalan yhdellä osastolla.	Laadukkaalla tiedonsiirrolla voitiin vähentää lääkitykseen liittyviä virheitä ja parantaa potilasturvallisuutta. Epätarkka, puutteellinen ja väärin ajoitettu kirjaaminen johti lääkeshoidon virheisiin mutta samalla myös havaittiin kehityskohteet, joilla voitiin parantaa tiedonkulun laatua. Lääkehoidon laadukkaasti toteutetulla suunnittelulla, toteutuksella ja arvioinnilla sekä kliinisiä hoitoprosesseja kehittämällä voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen.

<p>Clarke D., Werestiuk K., Schoffner A., Gerard J., Swan K., Jackson B., Steeves B. & Probizan-Ski S. 2012. Kanada.</p>	<p>Achieving the 'perfect handoff' in patient transfers: building teamwork and trust.</p> <p>Arviointikysely, jossa toteutettiin puolistrukturoitu haastattelu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli käyttää arviointikyselyn filosofiaa ja metodologiaa potilassiirroissa tapahtuvien hyvien käytänteiden määrittämiseen, jotka tulisi sisällyttää standardikäytäntöiksi yksiköstä toiseen tapahtuvissa potilassiirroissa.</p>	<p>Tutkimusprojektissa tehtiin arviointikysely, jossa toteutettiin puolistrukturoitu haastattelu potilaille, omalle ja henkilökunnalle.</p>	<p>Potilaan siirtyessä hoitavasta yksiköstä seuraavaan, on tärkeää, että ajantasainen, tarkka informaatio potilaan hoitosuunnitelmasta, meneillään olevista hoidoista, nykytilasta ja mahdollisista odotettavissa olevista muutoksista kulkee potilaan mukana hoitotaholta toiselle.</p> <p>Potilaan siirto toimintayksiköstä toiseen tunnetaan hoitovastuun siirtona.</p> <p>Toimintaa kehitettiin positiivisuuden kautta: määriteltiin hyvät käytänteet, jotka tulisi ottaa standardikäytäntöiksi päivittäiseen hoitotyöhön.</p>
<p>Dean JE., Hutchinson A., Escoto KH. & Lawson R. 2007. Yhdistynyt kuningaskunta & Yhdysvallat.</p>	<p>Using a multi-method, user centred, prospective hazard analysis to assess care quality and patient safety in a care pathway.</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin COPD-potilaiden (Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Keuhkohtaumatauti) hoitopolkua.</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli arvioida mahdollisten vaarojen analysointimenetelmien toteuttamista arvioitaessa hoitopolkujen turvallisuutta ja laatua ensi- ja toissijaisten hoitoyksiköiden välillä.</p>	<p>Tutkimuksessa kartoitettiin COPD-potilaiden hoitoprosesseja sairaalaan sisäänkirjautumisesta kotiutusvaiheeseen. Tutkimuksessa tehtiin puolistrukturoidut COPD-potilaiden ja heitä hoitavan henkilöstön haastattelut.</p> <p>Tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon henkilöstön ensisijaisia laatutekijöitä ja turvallisuushaasteita.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin useita menetelmiä.</p>	<p>Hoidon laatuun ja turvallisuuteen liittyvät huolenaiheet nousivat useimmiten koskien viestintää, esimerkiksi yhteydenpito sairaalan sisäisesti. Kolme korkeinta turvallisuuteen liittyvää ongelmaa olivat: vaikeudet potilasasiakirjojen käsittelyssä ja pääsyssä, tietojen siirtoon liittyvät ongelmat ensihoidossa ja informaatiokatkokset lääkitysmuutoksista ensihoitoon.</p>
<p>Eloranta S., Arve S. & Routasalo P. 2009. Suomi.</p>	<p>Sosiaaliala- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen.</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata kotihoidossa hoitettavien iäkkäiden asiakkaiden ja heitä hoitavien työntekijöiden kokemuksia kotihoidosta, joka toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Tavoitteena oli saada tietoa, mitkä tekijät yhteistyössä edistivät onnistumista ja mitkä tekijät olivat uhkina.</p>	<p>Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden avoin haastattelu (N=21) ja kotihoidon työntekijöiden fokus-ryhmähaastattelu (N=25). Analyysi tehtiin induktiivisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Tiedonkulussa ongelmana oli, että tieto ei siirtynyt suorinta tietä sille taholle, jonne tiedon olisi pitänyt siirtyä. Tiedonkulkua heikentävänä asiana tuotiin esiin yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen. Tietokoneita toivottiin myös lisää.</p> <p>Hyväksi käytännöksi koettiin tiedonkulun siirrossa käytettävät vihot asiakkaan kotona, joista seuraava kotihoidon työntekijä saattoi lukea mitä viikon aikana asiakkaalle on kuulunut ja mihin kiinnittää huomiota. Asiakkaan voimien muutokset kuvattiin vihossa. Hyväksi koettiin myös viikoittaiset palaverit työntekijöiden kesken. Tieto kulki myös puhelimitse.</p>

<p>Flink M., Bergenbrant Glas S., Airoso F., Öhlén G., Barach P., Hansagi H., Brommels M. & Olsson M. 2015. Tutkimus tehtiin Ruotsissa. Julkaisumaa: Irlanti.</p>	<p>Patient-centered handovers between hospital and primary health care: an assessment of medical records.</p> <p>Kvantitatiivinen arviointitutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia potilassiirtoja ensisijaisen ja sekundaarisen hoitoyksikön välillä arvioiden potilaskeskeisyyttä siirtoon käytettävissä potilaskirjauksissa sekä hoidon jatkuvuutta.</p>	<p>Kvantitatiivisella sisälönanalyysillä arvioitiin 22:den ruotsalaisen potilaan 76:tta terveys-tietoja, joilla oli krooninen sairaus ja/tai useita lääkityksiä.</p>	<p>Potilaan luovutuksessa hoitoyksiköstä toiseen tiedonsiirto näyttöä heikkona, erityisesti potilaalle tiedottamisessa hänen tilanteestaan ja yhteisymmärryksen saavuttamisessa hoidon jatkuvuuden osalta. Puutteet potilaslähtöisessä dokumentaatioissa osoittavat huonoa potilaskeskeisyyttä. Sairaalaan lähetyttyä kotiutusinformaatio perusterveydenhuoltoon ei takaa potilaan hoidon jatkuvuutta, vaan tulee myös varmistua siitä, että potilas ja vastaanottava yksikkö ovat tietoisia potilaan hoidon ja seurannan jatkumisesta.</p>
<p>Hesselink G., Flink M., Olsson M., Barach P., Dudzik-Urbaniak E., Orrego C., Toccafondi G., Kalkman C., Johnson JK., Schoonhoven L., Vernooij-Dassen M & Wollersheim H. 2012. Julkaisumaa: Englanti.</p>	<p>Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers.</p> <p>Kvalitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia potilaskeskeisen hoidon esteitä, toimivuutta ja vaatimuksia sairaalassa hoitovastuun siirrossa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, jossa tehtiin 192 yksilöhaastattelua ja 26 kohderyhmän haastattelua.</p> <p>Tutkimus tehtiin viidessä Euroopan unionin maassa potilailla ja/tai perheenjäsenillä, sairaalan lääkäreillä ja sairaanhoitajilla sekä yleislääkäreillä ja sairaanhoitajilla.</p> <p>Tiedot analysoitiin grounded theory- menetelmää mukaillen, joka on yksi aineistolähtöisistä menetelmistä.</p>	<p>Puutteellinen yhteistyö potilaan ja omaisten kanssa ajan puutteen ja hoitoon liittyvien vaatimusten hoitamisen vuoksi. Hoitovastuun siirrossa tapahtuva tiedonsiirto vaihteli ohjeistuksista huolimatta potilaiden ja omaisten ohjaamisesta yhteiseen päätöksen tekoon. Potilaat eivät kokeneet olevansa valmiita siirtoon ja jatkohoidon ei oltu suunniteltu vastaamaan potilaan tarpeiden mukaan. Potilaspaikkojen puute ja kunnan tarjoamien palveluiden saatavuudella nähtiin vaikutusta potilassiirtoon liittyvään prosessiin.</p> <p>Potilaskeskeisyys nähdään vahvana elementtinä laadukkaassa hoitotyössä. Terveystieteiden toimijoiden mukaan ajan puute on yksi keskeinen syy miksei potilaan kotiutustietoja informoida optimaalisesti, potilaskeskeisesti ja omaiset huomioivasti.</p> <p>Potilaskeskeisessä kotiuttamisessa informoidaan ajoissa potilasta, tämän mahdollisia läheisiä sekä mahdollista seuraavaa hoitavaa yksikköä kotiutuksen ja jatkohoidon suunnittelussa. Potilaskeskeisessä hoitovastuun siirron mallissa olisi käsiteltävä kahdenlaista vuorovaikutusta. Nämä ovat hoidon tarjoajan ja potilaan sekä tämän läheisten välinen- sekä sairaalan ja kunnallisten palveluntarjoajien välinen vuorovaikutus.</p>

<p>Hesselink G., Zegers M., Vernooij-Dassen M., Barach P., Kalkman C., Flink M., Öhler G., Olsson M., Bergenbrant S., Orrego C., Suñol R., Toccafondi G., Venneri F., Dudzik-Urbaniak E., Kutryba B., Schoonhoven L. & Woltersheim H. 2014. Julkaisija: BioMed Central. Julkaisumaa: Englanti.</p>	<p>Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin rakenteena Intervention Mapping eli interventioiden/väliintulojen kartoitusta menetelmää.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin ryhmä- ja yksilöhaastatteluja menetelminä. Lisäksi käytettiin asiantuntijoiden haastatteluja vaikuttavien menetelmien systemaattiseen katsaukseen.</p>	<p>26 kohderyhmän haastattelut, 321 potilaan ja heidän läheistensä yksilöhaastattelut, jotka olivat olleet sairaalahoidossa ja kunnallisten palveluiden piirissä.</p> <p>Tutkimuksessa tehtiin ensin potilaan luovutuksessa esiintyneistä ongelmakohdista analyysi: laajuus, aiheuttajat ja seuraukset. Toiseksi tämän jälkeen määriteltiin tavoitteet ja muutostarpeet interventioiden avulla. Kolmanneksi konsultoituihin 220 asiantuntijaa ja tehtiin systemaattinen katsaus vaikuttavista menetelmistä potilaan luovutuksessa, joiden perusteella valittiin teoriaperustaiset menetelmät ja käytännön strategiat, muutoksen johtamiseen ja paremman lopputuloksen saavuttamiseksi.</p>	<p>Intervention Mapping (IM) eli interventiokartoitus on systemaattinen kuusi-portainen prosessi, joka auttaa puuttumaan ongelma-kohtiin ja kehittämään toimintamalleja. Intervention Mapping perustuu teoreettiseen, empiiriseen ja käytännön tietoon. IM on alun perin suunniteltu terveyden edistämiseen kehittämään ohjelmia erilaisiin terveysongelmiin, kuten aivoinfarktien ehkäisyyn.</p> <p>Hoitoyksiköt voivat vähentää potilaiden sairaalan uusintakäyntejä keskittymällä potilassiirroissa laadukkaaseen tiedonsiirtoon, koordinoimalla oikein potilaan hoitoa sekä kehittämällä oikea-aikaista ja suoraa viestintää yhteistyötahojen välillä.</p> <p>Potilas ja heidän hoitajiensa tulisi olla osallisena potilaan luovutuksessa sekä olla tietoinen potilaan terveydentilasta ja hoidosta.</p>
<p>Kirsebom M., Wadensten B. & Hedström M. 2013. Vertaisarviointi: Yhdistynyt kuningaskunta ja Irlanti. Lupatiedot: Uppsala, Ruotsi.</p>	<p>Communication and coordination during transition of older persons between nursing homes and hospital still in need of improvement.</p> <p>Kuvaileva tutkimus, jossa käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia iäkkään potilaan sairaalan ja hoitokodin väliseen potilassiirtoon liittyvää kommunikointia ja hoidon suunnitelmallisuutta.</p>	<p>Tutkimuksessa oli kolmen kohderyhmän haastattelut, joihin osallistui sairaanhoitajia sekä hoitokodista, että sairaalasta (n=20). Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p>	<p>Potilassiirtotapahtumissa esiintyneen kommunikointiin liittyviä vaikeuksia potilaan siirtyessä hoitokodista sairaalaan tai potilaan kotiutuessa sairaalasta.</p> <p>Hoitokodin sairaanhoitajat kokivat vaikeaksi iäkkään potilaan hoitoon liittyvän päätöksenteon, pitäisikö potilas siirtää hoitokodista sairaalaan. Sairaalassa työskentelevillä sairaanhoitajilla oli kokemuksia valmistelemattomista liian varhaisista potilaan kotiuttamista ja he pyrkivät estämään potilaan liian varhaisia kotiuttamisia.</p> <p>Hoitavien tahojen välistä vuorovaikutusta ja hoidon suunnitelmallisuutta parantamalla voidaan vähentää lääkitykseen liittyviä virheitä ja tarpeettomia potilassiirtoja.</p> <p>Potilaan lääkehoitosuunnitelmaa tulisi päivittää säännöllisesti ja lääkehoitoa tulee toteuttaa ja seurata huolellisesti.</p>

<p>Kuusisto A., Asikainen P. & Saranto K. 2014. Suomi.</p>	<p>Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata miten hoitotyön yhteenvetoon (HOIY) avulla voidaan tietoa siirtää erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tarkasteltavana oli potilaan hoidon jatkuvuuden tukeminen ja yhteistyön sujuminen eri ammattiryhmien ja ammattilaisten kesken organisaatioiden välillä</p>	<p>Kyseessä on poikkileikkaustutkimus. Aineisto (n=180) kerättiin yhden sairaanhoitopiiriin alueella Suomessa. Aineisto kerättiin sähköisesti ja vuosi oli 2012. Vastausprosentiksi muodostui 17,2%.</p> <p>Tutkimus analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Hoitotyön yhteenvedolla todettiin olevan positiivisia vaikutuksia tiedonkulkuun terveydenhuollon organisaatioiden ja ammattiryhmien välillä. Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneiden keskuudessa koettiin, että tieto kulki paremmin verrattuna heihin, jotka eivät olleet näitä yhteenvetoja (HOIYHT) vastaanottaneet.</p> <p>Laitoshoidossa työskentelevät olivat tyytyväisempiä tiedonkulkuun kuin avohoidossa työskentelevät.</p>
<p>Kuusisto A., Asikainen P. & Saranto K. 2015. Suomi.</p>	<p>Hoitotyön yhteenvetoon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida hoitotyöntekijöiden tietoisuutta siitä mitä asioita hoitotyön yhteenvetoon tietojen pitäisi sisältää, kun potilas siirtyy heidän yksiköstään (erikoissairaanhoidon yksiköstä) perusterveydenhuoltoon.</p> <p>Myös hoitotyöntekijöiden tietoisuutta lääkärin loppulausuntoa ja hoitotyön yhteenvetoa koskevista tiedoista tarkasteltiin potilaan siirtovaiheessa.</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Aineisto (n=180) kerättiin sähköisesti yhden sairaanhoitopiiriin alueella Suomessa vuonna 2012.</p> <p>Vastauksia tuli kahdeksasta terveyskeskuksesta.</p> <p>Tutkimus analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Ammattilaiset arvioivat, että lääkärin loppulausunnossa ja hoitotyön yhteenvedossa oli paljon ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä. Tietojen ristiriitaisuus vaarantaa potilasturvallisuuden ja lisää ylimääräisiä soittoja yksiköiden välillä. Lääkärin loppulausunto saattoi tulla myös viiveellä.</p> <p>Potilaan voimien, toimintakyvyn ja hoidon vaikuttavuuden kuvauksissa todettiin olevan puutteita.</p> <p>Potilaan ja hänen läheisensä saama ohjaus ja hoito-ohjeet välittyivät huonosti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.</p>
<p>Laugaland K., Aase K. & Barach P. 2012. Julkaisija: IOS Press. Julkaisumaa: Hollanti.</p>	<p>Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence.</p> <p>Tutkimusartikkeli.</p>			<p>Kun potilaan siirtyminen sairaalasta ei tapahdu optimaalisella tavalla, seuraukset voivat olla kauaskantoisia. Tämä voi tarkoittaa uusintakäyntejä sairaalaan, lääkahoitoon liittyviä haittatapahtumia ja jopa kuolleisuutta. Erityisesti monisairaantuneet potilaat ovat riskiryhmä puutteellisen potilassiirtoon liittyville haittatapahtumille.</p> <p>Kommunikaatiota parantamalla interventioiden avulla, voidaan toteuttaa turvallisesti. Henkilöstöä kouluttamalla ja harjoittamalla sekä lisäämällä siirtovaiheen suunnitelmallisuutta voidaan parantaa potilaan siirtovaiheen turvallisuutta. Suunnitelmallisuutta voidaan lisätä esimerkiksi seuraavilla keinoilla: kotiutushoitaja, kotiutusprotokolla, siirron suunnittelu, lääkehoidon yhteensopivuus, siirtokuori ja sähköiset järjestelmätyökalut. Erityisesti ikääntyneet hyötyvät potilassiirtoon kohdistetuista interventioista hoitavien tahojen välillä.</p>

<p>Lenert LA, Sakaguchi FH & Weir CR. 2014. Yhdysvallat.</p>	<p>Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication.</p> <p>Tutkimuksiin perustuva katsaus.</p> <p>Tutkimusartikkeli.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>		<p>Potilaan luovutuksessa hoidon yhteenvedo on yksi tärkeimpiä dokumentteja lääketieteellisessä hoidossa. Potilaan hoitotyön jatkuvuuden turvaamisessa puutteellinen hoidosta tehty yhteenvedo on riskialtis haittatapahtumien syntyyn.</p> <p>SBAR- formaatti on lyhyt yhteenvedo potilaan hoidon kannalta relevanteista tiedoista.</p> <p>SBAR on yleisimmin viitattu ja käytetty muistisääntö potilaan luovutustilanteessa. Menetelmänä se auttaa käyttäjään rakentamaan potilaan ”tarinan” jäsenellyksi kokonaisuudeksi, jolla välittyy olennaiset tiedot potilaan luovutustilanteessa.</p> <p>SBAR formaattia käytettiin aikanaan Yhdysvaltojen merivoimissa ydinsukellusveneissä tiedon siirron työkaluna vanhempien ja nuorempien upseerien välillä.</p> <p>SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendations) formaatin käyttäminen potilassiirtojen yhteydessä tapahtuvassa kommunikoinnissa voisi korjata hoitosiirroissa tapahtuvia tiedonsiirron ongelmia.</p>
<p>Matichko K. 2015. Irlanti & Yhdysvallat.</p>	<p>Handoff communication in the emergency department.</p> <p>Tutkimusartikkeli.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>		<p>Potilassiirroissa tapahtuva kommunikointi varmistaa sekä potilaan hoidon jatkuvuuden, että hoidon turvallisuuden. Tutkimusartikkelissa oli käsitelty potilassiirtoon liittyviä raportteja potilaan sairaalahoitoa edeltävän hoitavan tahon ja sairaalan ensihoidon välillä. Raporteista ilmeni, että tiedonsiirto oli puutteellista tai muodollista. Hoitaja on keskeisessä roolissa potilaan siirtoon liittyvässä tiedonsiirron prosessissa. Ennen potilaan sairaalaan menoa tapahtuva tiedonsiirto vaikuttaa potilasturvallisuuteen, koska potilaan hoidon suunnittelu ja -toteutus perustuu potilaan tilanteesta annettuihin tietoihin.</p>

<p>Medlock S., Eslami S., Askari M., Van Lieshout E. Dongelmans D. & Abu-Hanna A. 2011. Hollandi.</p>	<p>Improved communication in post-ICU care by improving writing of ICU (Intensive Care Unit. Tehohoidon yksikkö/Teho-osasto) discharge letters: a longitudinal before-after study. Quality improvement report.</p> <p>Pitkäaikaistutkimus. Raportti laadun parantamisesta.</p> <p>Vertaisarvioitu.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli puuttua monitahoisesti potilaan luovutukseen liittyvään kommunikoinnin ongelmiin parantamalla siirtokirjeiden aikajanaa ja osoittaa miten tällä menetelmällä voidaan parantaa potilaan luovutustilanteen vuorovaikutusta kohti turvallisempaa potilas-siirtoa.</p>	<p>Tutkimuksessa seurattiin teho-osastoilta osastoille siirtyvien potilaiden hoitosiirtoa. Tutkimukseen osallistui teho-osaston henkilöstö.</p> <p>Tutkimukseen tehdyt interventiot koskivat: a.) siirtokirjeiden käyttöön ottoa potilassiirtoon, b.) vastuutehtävien automatisointia, c.) hyödyntämällä positiivisen vertaispaineen luomisella työyhteisöön listaamalla siirtokirjeiden tarpeessa olevat potilaat, d.) päätöksenteon tukemista, potilaan hoidon kannalta tärkeän sisällön automaattisella kopioinnilla potilastietokannasta siirtokirjeeseen ja lisäämällä sähköpostimuistutus, jos siirtokirjettä ei kirjoitettu ajoissa.</p>	<p>Potilasvastuun siirtämisessä ensisijaisena yhteydenpitovälineenä käytettiin potilasvastuun luovutuksessa siirtokirjettä siirrettäessä potilasta yksiköstä toiseen. Kirjeiden haasteena oli kuitenkin, että ne eivät usein valmistuneet ajoissa.</p> <p>Tämä moniulotteinen interventio suoritettiin viestinnän parantamiseksi potilaan luovutuksessa tehohoidosta osastoille parantamalla ajantasaisuutta näitä hoitovastuun siirtoa koskevissa kirjeissä.</p> <p>Interventiolla pystyttiin parantamaan valmiiden siirtokirjeiden määrää ja vaikuttamaan kirjoitettujen siirtokirjeiden määrään kasvuun. Prosessien valvonta osoitti tilastollisesti, että ajan myötä vaikutus vahvistui.</p> <p>Tutkimuksen mukaan monitahoisesti ongelma-kohtiin puuttumisella (=interventiot) kyettiin merkittävästi vaikuttamaan potilaan luovutukseen liittyvän kommunikaation parantamiseen.</p>
<p>Palonen M. 2016. Suomi</p>	<p>Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus, Hypoteettisen mallin kehittäminen.</p> <p>Väitöskirja. Empiirinen tutkimus, jonka I osa oli kvantitatiivinen ja II osa oli kvalitatiivinen.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli hypoteettisen mallin kehittämisen päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjauksesta. Tarkoituksena myös selittää millainen yhteys ohjauksella on kotiutumismuutteen päivystyspoliklinikalta.</p>	<p>Tutkimuksessa oli kaksi eri vaihetta vuosien 2012–2016 aikana. Vaiheessa I testattiin hypoteeseja. Aineistona oli iäkkäiden päivystyspoliklinikalta kotiutuneiden potilaiden (n=135) ja heidän läheistensä (n=128) postikyselyiden vastaukset. Aineisto analysointi tilastollisin menetelmin.</p> <p>Vaiheessa II kehitettiin hypoteettinen malli. Aineistona oli iäkkäiden potilaiden (n=7), heidän läheistensä (n=5) ja päivystyspoliklinikan hoitajien (n=15) teemahaastattelut.</p> <p>Aineiston analysointi induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Potilaiden ja läheisten ohjaus oli päivystyspoliklinikalla vähäistä.</p> <p>Henkilöstön vähyys ja kiire tuotiin esiin, kun ohjaukselle ei koettu olevan aikaa. Organisaatioiden välillä tiedonsiirto oli hajanaista ja samoin tiedonsiirron ongelmia oli myös päivystyspoliklinikan sisällä.</p> <p>Tutkimuksessa tuotiin esiin, että ohjaukselle tulisi antaa aikaa ja läheiset tulisi ottaa mukaan ohjaukseen. Ammattilaisen täytyy olla vastuullinen iäkkään potilaan kotiutuksessa. Myös yhteistyötä olisi hyvä lisätä ammattilaisten ja terveydenhuollon organisaatioiden kesken.</p>

<p>Panesar R., Albert B., Messina C. & Parker M. 2014. Yhdysvallat.</p>	<p>The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata miten sähköisen potilaskirjaamisen ja rakenteisen sähköisen SBAR-mallin integrointi vaikuttaa ratkaisevien potilastietojen kirjaamiseen hoitohenkilöstön viestinnässä.</p>	<p>Tutkimus tehtiin 12-paikkaisessa yliopistosairaalassa lasten tehohoidon yksikössä. Kolmivaiheisen tutkimuksen aikana 542 potilasta kirjattiin osastolle, joista 173:lla oli kirjalliset potilastiedot, 192:lla sähköisesti kirjatut vapaan sanan potilastiedot ja 172:lla sähköisen SBAR-mallin mukaiset potilastiedot.</p>	<p>SBAR-malli viestinnän työkaluna asettaa rakenteen kokonaisvaltaiseen potilastietojen dokumentointiin.</p> <p>Sähköisen SBAR-mallin käyttö viestinnän työkaluna näkyi dokumentoinnin kasvuna hoitajien ja lääkärien välisessä viestinnässä.</p>
<p>Raivio R. 2016. Suomi.</p>	<p>Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa.</p> <p>Väitöskirja. Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida hoidon jatkuvuutta terveyskeskuspotilaan näkökulmasta sekä arvioida hoidon jatkuvuuteen liittyviä tekijöitä tarkasteltaessa potilaita, potilaiden vastaanottokeumusta ja kuntiin liittyviä tekijöitä.</p>	<p>Aineisto kerättiin potilaskyselynä vuosien 1997-2013 aikana Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien ja Oulun kaupungin terveyskeskuksista. 160 000 terveyskeskuksessa sairauden vuoksi käynyttä asiakasta vastasi kyselyyn. Kuntiin ja väestöön liittyviä rekisteritietoja käytettiin myös.</p> <p>Analyysi tehtiin IBM:n SPSS-ohjelmalla. Frekvenssijakaumia, prosenttitaulukkoja ja ristiintaulukointia käytettiin muuttujien tarkastelussa. Käytettiin myös binääristä logistista regressioanalyysiä.</p>	<p>Tulosten mukaan potilaalle nimetyllä omalääkärillä on positiivinen vaikutus potilaan hoidon jatkuvuuteen. Havaittiin, että iäkkäämpien potilaiden hoidon jatkuvuus oli nuorempia parempaa.</p>
<p>Shah F., Burack O. & Boockvar K. 2010. Yhdysvallat.</p>	<p>Perceived Barriers to Communication Between Hospital and Nursing Home at Time of Patient Transfer.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tunnistaa kommunikaation esteet sairaalan ja hoitokodin välillä potilaan siirtotilanteissa sekä tutkia assosiaatioita havaittujen esteiden ja hoitohenkilökunnan ominaisuuksien välillä. yhtäläisyyksiä Tutkimusartikkelissa käsiteltiin sairaalaan ja hoitokodin välistä viestintää.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus, jossa käytettiin kyselymenetelmää.</p> <p>Tutkimukseen osallistui hoitokodin johto ja henkilöstö. Kyselyjä lähetettiin 647 ja kyselyyn vastasi 229 (35,4%).</p>	<p>Useimmiten hoitoyksiköiden välisestä viestinnästä raportoidut haastekohdat koskivat äkillistä tai suunnittelematonta potilassiirtoa (44,4%), yöaikaan tai viikonloppuna tapahtuneita potilassiirtoja (41,4%), sairaalapaikkojen puutteita (51%), ajan puutetta (43,5%) ja ettei hoitava taho tunne tarpeeksi hoidettavaa potilasta (45%).</p> <p>Sairaala- ja hoitohenkilöstöön liittyvät ominaisuudet ja organisaatioiden välinen yhteistyö vaikutti tutkittavien mielestä sairaalaan ja hoitokodin välillä havaittuihin esteisiin.</p>

<p>Vanttaja K., Seinelä L. & Valvanne J. 2015. Tampere. Suomi.</p>	<p>Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tarkoituksena oli tarkastella vuonna 2011 kuolleiden asukkaiden elämän loppuvaiheen sairaalasiirtoja tehostetusta palveluasumisesta (TPA) Tampereella ja elämän loppuvaiheen hoidon suunnittelua.</p>	<p>Tampereen kaupungin laskutustiedoista poimittiin vuonna 2011 TPA:ssa kuolleiden asukkaiden henkilötunnukset. Varsinainen tutkimusaineisto kerättiin Tampereen kaupungin sähköisestä potilastietojärjestelmästä vainajien henkilötunnusten perusteella. Arkistoa myös täydennettiin oikeuslääketieteellisillä kuolintodistuksilla, jotka saatiin Tampereen yliopistolaisesta keskussairaalaista ja Tampereen kaupungin hyvinvointipalveluiden arkistoista. Yhteensä poimittiin 161 henkilötunnusta. Lopullinen tutkimusaineisto oli 150 henkilön tiedot.</p> <p>Aineisto analysoitiin frekvenssein, ristiintaulukoinnilla ja myös khii-testiä käytettiin. Analyysi tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla (20.0).</p>	<p>Tutkimuksen potilaista suurin osa kuoli omassa yksikössään. Suurin osa siirroista toiseen hoitoyksikköön tapahtui päivystyksellisesti. Päivystys siirtojen todettiin lisääntyneen kuoleman lähestyessä. Hoitosuunnitelma oli kirjattu sähköiseen potilastietojärjestelmään suurimmalle osalle omassa TPA:ssa kuolleille asukkaille ja 38%:lla oli hoitosuunnitelma kirjattuna sairaalassa kuolleilla asukkailla.</p> <p>Päätöksen siirrosta oli tehnyt suurimmassa osassa siirroista hoitaja.</p> <p>Ennakoivalla hoidon suunnittelulla voidaan vähentää asukkaalle rasakaita ja suunnittelemattomia sairaalasiirtoja. Hoitosuunnitelman teko on keskeisessä roolissa ja sen pitäisi perustua asukkaan omiin toiveisiin ja lääkärin tekemään arvioon sairaalahoidon mahdollisista hyödyistä ja haitoista.</p> <p>Tarkat lääkärin kirjaukset ja hoitosuunnitelma ovat siirtoa edeltävän päätöksen hetkellä tärkeitä.</p>
<p>Virjo I., Mäkelä K., Aho J. Kalliola P., Kurunmäki H., Uusitalo L., Valli M. & Ylinen S. 2013. Suomi.</p>	<p>Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkaa yhä. Terveystieteiden tutkimus. Suomen Lääkärilehti 36/2013 vsk 68. Käsi- kirjoitus on muokattu ja laajennettu artikkelista Mäkelä K, Virjo I, Aho J, Kalliola P, Kurunmäki H, Uusitalo L, Valli M, Ylinen S. Impact of EPR Systems on Information Flow in Finnish Health Centers. Telemedicine and e-Health 2013; 19:155–9.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tutkia, parantui-ko erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten välinen tiedonsiirto siirryttäessä sähköisiin potilastietojärjestelmiin.</p>	<p>Vuosina 2003 ja 2010 Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin terveyskeskusten henkilökunnalle teetettiin postikysely. Kyselyssä pyydettiin henkilökuntaa arvioimaan hoitoon liittyvää tiedonkulkua ja tiedon sisältöä. Tiedonkulkua pyydettiin arvioimaan antikoagulaatiohoitoa varfariinilla saaviin potilaisiin liittyen.</p> <p>Vuonna 2003 kyselyjä lähetettiin 1 114 ja palautettiin 860 (77 %). Vuonna 2010 kyselyjä lähetettiin 1 675 ja palautettiin 932 (56 %).</p> <p>Analyysi tehtiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Tietoa siirrettiin yhä useammin sähköisesti. Kuitenkaan tutkimustulosten mukaan potilaan tiedot eivät siirtyneet sähköisten potilastietojärjestelmien kautta yhtään paremmin kuin paperisten versioiden kautta.</p>

<p>Watkins, L. & Patrician, P. 2014. Yhdysvallat.</p>	<p>Handoff Communication from the Emergency Department to Primary Care.</p> <p>Retrospektinen tutkimus.</p>	<p>Potilaan jatkohoidon suunnittelussa käytettiin electronic Emergency Provider Written Plan of Discharge (eEPWPD) template eli ensihoidon palveluntuottajan kirjauksissa käyttämä sähköinen potilassiirron suunnitelma-sabluuna, joka oli kohdennettu perusterveydenhuollon palveluntuottajille, jonne potilaan jatko-hoito oli suunniteltu. Tutkimuksessa arvioitiin eEPWPD-sabluunan vaikuttavuutta jatkohoitoon ja -diagno-sointiin.</p>		<p>Tutkimus osoittaa, että potilaan hoitoa voidaan parantaa standardeimalla potilassiirtoon liittyvää kommunikaatiota, jolloin voidaan varmistaa oikea-aikainen diagno-sointi sekä hoidon jatkuvuus. Lisäksi eEPWPD-sabluunaa käyttämällä potilaan hoitoon liittyvien seurantojen toteutuminen kasvoi merkittävästi.</p>
<p>Ylä-Mononen S., Koivisto A-M., Palonen M. & Åstedt-Kurki P. 2014. Suomi.</p>	<p>Iäkkäiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt ja niihin yhteydessä olevat tekijät.</p> <p>Kvantitatiivinen tutkimus.</p>	<p>Kuvattiin yli 75-vuotiaiden päivystyspotilaiden uusintakäyntien syyt 72 tunnin sisällä ensimmäisestä käynnistä ja niihin uusintakäynteihin yhteydessä olevia tekijöitä.</p>	<p>Rekisteritutkimus, jossa tutkimusaineisto kerättiin yliopistosairaalan potilasrekisteristä. Rekisteristä poimittiin päivystyspoliklinikalta kotiutuneet iäkkäät potilaat (n=4611). Tutkittiin potilaita, joiden päivystyskäyntiin liittyi uusintakäynti poliklinikalle (n=263). Vertailua tehtiin potilaisiin, joiden päivystyskäyntiin ei liittynyt uusintakäyntiä (n=263).</p> <p>Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Tutkimuksessa selvisi, että iäkkään yli 75-vuotiaan potilaan tulo päivystyspoliklinikalle ja kotiutuminen yöllä lisäävät mahdollisuutta potilaan uusintakäynnille sairaalaan pienen ajan sisällä.</p> <p>Iäkkäiden uusintakäynteihin voidaan vaikuttaa. Iäkäs potilas tulisi kotiuttaa vasta aamulla tai päivällä, jolloin esimerkiksi kotihoidon palvelut olisivat käytettävissä.</p>

Liite 2. Kyselylomake kotihoidon henkilöstölle.

1(5)

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun ylempää ammattikorkeakoulututkintoa opiskelevia kliinisen hoitotyön asiantuntija-koulutusohjelman opiskelijoita. Teemme Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Perusturvakuntayhtymä Akselissa opinnäytetyöhömmä liittyvää tutkimusta potilaan kotiutumiseen ja sairaalaan siirtymisen välisestä tiedonkulusta erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Opinnäytetyötämme ohjaava opettaja on Sirpa Salin Tampereen ammattikorkeakoulusta. Kaikki vastaukset käsitellään anonyymisti, eikä kyselyssä pyydetä vastaajan henkilötietoja, kuten nimeä tai osoitetta. Kysely on hyvin lyhyt, joten vastaamiseen ei kulu paljoa aikaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksistanne saamme arvokasta materiaalia potilaan turvallisen kotiutumisen ja tiedonsiirron kehittämiseksi. Tutkimustulokset esitetään tutkimukseen osallistuneiden työyksiköille tutkimuksen valmistuttua. Vastausaika kyselyyn on: 11.5.2017-11.6.2017.

Myös esitestausvaiheessa vastanneita henkilöitä pyydetään vastaamaan kyselyyn uudestaan, koska kyselyä on hieman muokattu annettujen palautteiden perusteella.

Jos teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä:

Anne Mylläri
YAMK-opiskelija: kliininen asiantuntija
Tampereen ammattikorkeakoulu
anne.myllari@courses.tamk.fi

Elina Salonen
YAMK-opiskelija: kliininen asiantuntija
Tampereen ammattikorkeakoulu
elina.salonen@courses.tamk.fi

Sirpa Salin, Yliopettaja
Tampereen ammattikorkeakoulu
sirpa.salin@tamk.fi

2(5)

KYSELYLOMAKE KOTIHOIDON HENKILÖSTÖLLE POTILAAN KOTIUTUMISESTA ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA KOTIHOITOOIN**1. Vastaajan taustatiedot****1.1 Vastaajan tiedot:**Ikä: _____**vuotta**

Koulutus: sairaanhoitaja, geronomi
lähihoitaja/perushoitaja
kodinhoitaja
fysioterapeutti

Työkokemus hoitoalalla: _____**vuotta**

Olen

määräaikainen työntekijä vakituinen työntekijä

3(5)

2. Potilaan kotiutumiseen liittyviä taustatekijöitä**2.1 Oletteko olleet mukana iäkkäiden potilaiden kotiutusprosessissa tämän siirtymässä erikoissairaanhoidosta kotihoitoon?**

kyllä
ei

2.2 Jos vastasitte EI, oletteko olleet mukana iäkkäiden potilaiden kotiutumisprosessissa, tämän kotiutuessa muualta, kuin erikoissairaanhoidosta?

kyllä
ei

2.3 Miten saitte tiedon potilaan kotiutumisesta? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

Kotihoidon työntekijältä.
Kotisairaalan työntekijältä.
Erikoissairaanhoidosta(sairaalasta).
Terveyskeskuksesta.
Terveyskeskuksen vuodeosastolta.
Potilaalta itseltään.
Potilaan läheiseltä.
Muualta, mistä? _____

2.4 Sujuivatko kotiutukset mielestänne hyvin ja potilaan kannalta turvallisesti?

kyllä
ei

4(5)

2.5 Jos vastasitte edelliseen kysymykseen EI, mikä/mitkä seuraavista asioista ei mielestänne sujunut kotiutuksen ja potilaan kannalta hyvin? (Voitte valita useampia vaihtoehtoja.)

Potilaan kotiuttamisesta ei ole tiedotettu vastaanottavaan yksikköön eli kotihoitoon.

Tieto potilaan kotiutumisesta oli puutteellinen.

Tieto potilaan lääkityksistä oli puutteellinen.

Tieto potilaan yleisilasta ja voinnista oli puutteellinen.

Tieto potilaan jatkohoidon suunnitelmista oli puutteellinen.

Tieto potilaan kuntoutumissuunnitelmista oli puutteellinen.

Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset (esim. hoitotyön yhteenveto tai lääkärin lausunnot) eivät olleet käytettävissä (esim. järjestelmät eivät keskustele keskenään).

Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset (esim. hoitotyön yhteenveto tai lääkärin lausunnot) olivat puutteellisia.

Potilas ei ollut kotikuntoinen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa.

Muu, mikä: _____

Vapaa sana kotiutuksen sujuvuuteen liittyen: _____

2.6 Miten mielestänne potilaan turvallinen kotiutuminen voitaisiin toteuttaa? _____

2.7 Mitä kehittämiskohteita tiedonsiirtoon näette potilaan turvallisen kotiutumisen näkökulmasta?

3. Tiedonsiirto

3.1 Mitä keinoja Teillä on käytössänne potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanne-raportointiin liittyen?

Tarkistuslista.

Sähköisen kirjaamisen malli.

Hoitotyön yhteenveto eli HOIYHT.

ISBAR-kortti.

Siirtolomake tai siirtokuori.

Puhelimitse annettu suullinen raportti.

Muu, mikä: _____

3.2 Pidättekö hoitotyön yhteenvetoa (HOIYHT), joka tallentuu kansalliseen sähköiseen arkistoon, yhtenä tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä?

kyllä

ei

Jos vastasitte EI, niin miksi: _____

3.3 Miten mielestänne tiedonsiirtoa voitaisiin parantaa potilaan turvalliseen kotiutumiseen tai yleensä siirtymiseen yksiköstä toiseen liittyen?

Kiitos vastauksesta!

Liite 3. Kyselylomake erikoissairaanhoidon henkilöstölle.

1(6)

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun ylempää ammattikorkeakoulututkintoa opiskelevia kliinisen hoitotyön asiantuntija-koulutusohjelman opiskelijoita. Teemme Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Perusturvakuntayhtymä Akselissa opinnäytetyöhömme liittyvää tutkimusta potilaan kotiutumiseen ja sairaalaan siirtymisen välisestä tiedonkulusta erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä. Opinnäytetyötämme ohjaava opettaja on Sirpa Salin Tampereen ammattikorkeakoulusta. Kaikki vastaukset käsitellään anonyymisti, eikä kyselyssä pyydetä vastaajan henkilötietoja, kuten nimeä tai osoitetta. Kysely on hyvin lyhyt, joten vastaamiseen ei kulu paljoa aikaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastauksistanne saamme arvokasta materiaalia potilaan turvallisen kotiutumisen ja tiedonsiirron kehittämiseksi. Tutkimustulokset esitetään tutkimukseen osallistuneiden työyksiköille tutkimuksen valmistuttua. Vastausaika kyselyyn on: 11.5.2017-11.6.2017.

Myös esitestausvaiheessa vastanneita henkilöitä pyydetään vastaamaan kyselyyn uudelleen, koska kyselyä on hieman muokattu annettujen palautteiden perusteella.

Jos teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä:

Elina Salonen
YAMK-opiskelija: kliininen asiantuntija
Tampereen ammattikorkeakoulu
elina.salonen@courses.tamk.fi

Anne Mylläri
YAMK-opiskelija: kliininen asiantuntija
Tampereen ammattikorkeakoulu
anne.myllari@courses.tamk.fi

Sirpa Salin, Yliopettaja
Tampereen ammattikorkeakoulu
sirpa.salin@tamk.fi

2(6)

**KYSELYLOMAKE ERIKOISSAIRAANHOIDON HENKILÖSTÖLLE POTIL-
LAAN SIIRTYESSÄ ERIKOISSAIRAANHOIDOSTA KOTIHOITOO****1. Vastaaajan taustatiedot**Ikä: _____**vuotta**Koulutus: sairaanhoitaja
lähihoitaja/perushoitaja Työkokemus hoitoalalla: _____**vuotta****Työsuhteeni:**Määräaikainen työntekijä Vakituinen työntekijä

2. Taustatekijät potilaan siirtyessä kotihoidosta erikoissairaanhoidon

2.1 Iäkkään potilaan tullessa osastohoitoon, selvitättekö, onko hänellä kotihoitoon asiakassuhde?

- kyllä
- ei

2.2 Mistä saatte tiedon, että potilas on kotihoitoon asiakas? (Voitte valita useamman vaihtoehdon.)

- Potilaalta itseltään.
- Potilaan läheiseltä.
- Kotihoidosta.
- Terveyskeskuksesta.
- Päivystyspoliklinikalta (asia on jo siellä selvitetty).
- Muualta, mistä? _____

2.3 Miltä taholta saatte selville, millainen potilaan toimintakyky oli ennen sairaalaan joutumista? (voitte valita useamman vaihtoehdon)

- Potilaalta itseltään.
- Potilaan läheiseltä.
- Kotihoidosta.
- Terveyskeskuksesta.
- Päivystyspoliklinikalta (jos asia on siellä selvitetty).
- Muualta, mistä? _____

2.4 Oletteko olleet huolissanne iäkkään potilaan mahdollisesta toimintakyvyn laskusta ja siihen liittyvästä paranemisen etenemisestä osastohoidon aikana?

- kyllä
- ei

2.5 Oletteko olleet huolissanne potilaan kotona pärjäämisestä jo osastohoidon aikana tulevaa kotiutusta ajatellen?

- kyllä
- ei

2.6 Oletteko olleet huolissanne iäkkään potilaan kotona pärjäämisestä osastohoidon jälkeen?

kyllä

ei

2.7 Mikäli vastasitte joihinkin kolmesta edellisestä kysymyksestä KYLLÄ, mitä seuraavista huolenaiheista potilaan tilanteesta nousi? (voitte valita useamman vaihtoehdon)

Tieto potilaan tulevasta kotiuttamissuunnitelmasta oli puutteellinen.

Tieto potilaan lääkityksistä oli puutteellinen tai keskeneräinen.

Potilaan yleistila oli heikko.

Tieto potilaan jatkohoidon suunnitelmista oli puutteellinen.

Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset (Hoitotyön yhteenveto, lääkärin lausunnot) eivät olleet käytettävissä, esimerkiksi järjestelmät eivät keskustele keskenään tai tieto oli vaikeasti löydettävissä.

Potilastietojärjestelmään tehdyt kirjaukset (Hoitotyön yhteenveto, lääkärinlausunnot) olivat puutteellisia.

Potilas ei ollut kotikuntoinen eli kotona pärjääminen oli epävarmaa.

Huoli potilaan jatkohoidon toteutumisesta.

Huoli potilaan tukiverkostosta ja kotiin annettavien palveluiden saatavuudesta.

Muu, mikä: _____

Vapaa sana: _____

3. Tiedonsiirto

3.1 Mitä keinoja Teillä on käytössänne potilaan turvalliseen siirtymiseen ja tilanne- raportointiin liittyen. (voitte valita useamman vaihtoehdon)

Tarkistuslista.

Sähköisen kirjaamisen malli.

Hoitotyön yhteenveto eli HOIYHT.

ISBAR-kortti.

Siirtolomake tai siirtokuori.

Puhelimitse annettu suullinen raportti.

Muu, mikä: _____

3.2 Pidätkö hoitotyön yhteenvetoa (HOIYHT), joka tallentuu kansalliseen sähköi- seen arkistoon, yhtenä tiedonsiirron apuvälineenä hoitotyössä?

kyllä

ei

Jos vastasitte EI, niin miksi: _____

3.3 Onko mielestänne hoitotyön yhteenvedon (HOIYHT) tietosisältö riittävää iäk- kään potilaan siirtyessä kotihoitoon?

kyllä

ei

Jos vastasitte EI, niin miksi: _____

3.4 Mitä kehittämiskohteita tiedonsiirtoon näette potilaan turvallisen kotiuttamisen näkökulmasta? _____

3.5 Miten mielestänne tiedonsiirtoa voitaisiin parantaa potilaan turvalliseen kotiutumiseen tai yleensä siirtymiseen yksiköstä toiseen liittyen?

Kiitos vastauksesta!

Liite 4. Taulukko tiedonsiirron kehittämistä iäkkään potilaan siirtyessä kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä potilasturvallisuuden näkökulmasta.

(1-4)

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Läheisen mukana olo kotiutusvaiheessa.</p> <p>Rauhan antaminen keskustelulle potilaan tai läheisen kanssa.</p> <p>Ajoissa tiedotus kotihoitoon ja läheisille</p> <p>Läheisten informointi puhelimitse.</p> <p>Aktiivista yhteydenottoa läheisiin.</p> <p>Asiakkaan kotiutumisesta ilmoitus läheisille.</p>	<p>Kotiutuksen suunnittelu ja kotiuttaminen yhdessä läheisten kanssa</p>	<p>Yhteistyö potilaan läheisten kanssa</p>	<p>Hyvän yhteistyön kehittäminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Yksiköiden väliset puhelut</p> <p>Kotihoidon asiakkaasta aina etukäteen puhelinyhteys kotiuttavan tahon toimesta kotihoitoon</p> <p>Yhteistyö: kotiuttavasta yksiköstä yhteys suoraan kotihoitoon</p> <p>Puhelinyhteys hyvissä ajoin kotihoitoon/riittävän aikaisin yhteydenotto</p> <p>Yhteydenotto aktiivisesti kotihoitoon</p> <p>Enemmän ja parempaa yhteistyötä</p> <p>Kotiutumispalaveri kotihoidon yöntekijän kanssa</p> <p><i>”kotiutumisryhmä”</i></p> <p>Keskustelua potilaan kotiutukseen liittyen</p> <p>Kotipalvelujen saatavuuden helpottaminen</p> <p>Enemmän yhteistyötä ja kollegiaalisuutta</p> <p><i>”vuodeosastopalaverit”</i></p> <p>Hoitajan vastuu potilaan kotiasioiden selvittämisessä</p>	<p>Yhteydenotto ajoissa kotihoitoon</p> <p>Keskustelua kotiutuspalaverissa</p> <p>Kotipalvelujen saattavuus helpommaksi</p>	<p>Yhteistyön lisääminen ja parantaminen kotihoidon ja erikoissairaanhoidon välillä</p>	<p>Hyvän yhteistyön kehittäminen</p>

Asiakkaan fyysisestä ja henkisestä kunnosta tiedottaminen			
Kuntoutusasioista tehdään arvio ja otetaan yhteyttä			
Asiakkaan tukiverkon selvittäminen <i>"kuka huolehtii potilaasta kotona"</i>			
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<i>"Tarkistuslista"</i>	Tarkistuslistan käyttöönotto	Kotiutuksen suunnitelmallisuuden parantaminen	Yhteneväisten kotiutusmallien kehittäminen
Kaikkiin yksiköihin yhtenäinen kotiutusohjelma ja yhtenäiset ohjeet	Ajan antaminen kotiutuksen suunnitteluun	Ajan antaminen	
Lääkkeiden mukaan antaminen pariksi päiväksi tai ainakin seuraavan aamun lääkkeitä. Perjantaisin kotiutuksessa koko viikonlopun lääkkeitä mukaan	Kotiutuksen arviointi ja suunnittelu ajoissa	Yhteneväisten kotiuttamismallien kehittäminen	
Viikonlopuksi kotiutumisen välttäminen, jos asiakkaan tila on selvästi muuttunut	Yhteneväiset kotiuttamisen mallit		
Tarkat toimintamallit	Potilaan kotikuntoisuuden varmistaminen		
Yhteinen toimintamalli, jonka kaikki osapuolet tunsivat			
Soitto suoraan kotihoidon työntekijälle, joka tuntee asiakkaan, ei työntekijälle			
Hoitajille enemmän aikaa perehtyä potilaan kotiuttamiseen			
Riittävän aikainen kotiutussuunnitelma			
Ennen kotiutumista <i>"kotikokeilu"</i>			
Potilaan kokonaistilanteen parempi huomiointi osastolla			
Kuntoutuksen ja apuvälineiden tarve arvioitu, toimintaympäristön puutteet huomioitu			
Asiakkaan kotikuntoisuuden varmistaminen			
Kotikäynti ennen kotiutumista esimerkiksi osaston fysioterapeutin kanssa			

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Eri toimijoiden kesken yhtenäiset lomakkeet.</p> <p>Lääkärin epikriisi mielekkäämpi kuin hoitotyön yhteenvedo tiedonsiirrossa kotihoitoon</p> <p>Kaikkien ohjeiden antaminen paperilla</p> <p>Yhteisten tietokantojen, kuten hoitotyön yhteenvedon käytön tehostaminen</p> <p>Lähettävän yksikön kirjaukset näkyvissä ja käytettävissä kotiutumishetkellä</p> <p>Siirtolomakkeet esitötettyinä asiakkaan kotona→ asiakkaan mukaan siirtotilanteissa</p> <p>Siirtolomakkeet ja hoitotyön yhteenvedot yhteiskäytössä</p> <p>Siirtokuoren käyttöönotto</p> <p>Jatkohoitosuunnitelmien kirjaus</p> <p>Asiakkaalla mukana hoitotyön yhteenvedo ja loppuarvio kotiutuessa</p> <p>Kotiutuskuori nähdään hyvänä vaihtoehtona</p> <p>Kirjalliset ohjeet</p> <p>Käytäntöjen yhtenäistäminen eri toimijoiden kesken</p>	<p>Tiedonsiirron yhteneväisyys</p> <p>Käytäntöjen yhtenäistäminen</p> <p>Hyvät tiedonsiirron mallit</p>	<p>Yhtenäiset tiedonsiirron mallit ja keinot kotiutukseen</p>	<p>Tiedonsiirron yhteneväisten käytäntöjen kehittäminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Lääkemuutokset ja niiden vaikutusten informointi eli erityistiedot lääkkeistä ja tehdyistä lääkemuuoksista</p> <p>Lääkeresepit valmiita</p> <p>Ajantasainen lääkelista</p> <p>Lääkelistojen yhteneväisyys</p> <p>Hoitotyön yhteenvedoon ajantasaisen lääkityksen liittäminen</p>	<p>Lääkemuutosten ja niiden indikaatioiden informointi</p> <p>Lääkeresepit valmiita</p> <p>Ajantasainen lääkelista hoitotyön yhteenvedoon liitettynä</p>	<p>Lääkehoidon tiedonsiirron yhtenäistäminen</p>	<p>Tiedonsiirron yhteneväisten käytäntöjen kehittäminen</p>

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Ajantasaiset kirjaukset</p> <p>Siirtyvästä yksiköstä mukaan yhteys- henkilön nimi ja puhelinnumero</p> <p>Kirjaamisen laadukkuus</p> <p>Tarkempi kirjaus hoitotyön yhteen- vetoon, esimerkiksi toistuvista toi- mista</p> <p>Tiedon sisältöä koskeva ohjeistus</p> <p>Kirjaaminen tarkemmin ja laajem- min.</p> <p>Tarkempaa kirjaamista hoitotyön yh- teenvetoihin ja hoitosuunnitelmiin</p>	<p>Kirjaamisen tarkkuus</p> <p>Kirjaamisen laadukkuus</p> <p>Kirjaamisen informatii- visuus</p> <p>Kirjaamisen oikea-aikai- suus</p>	<p>Tarkka, laadukas, informatiivinen ja oikea-aikainen kirjaaminen</p>	<p>Tiedonsiirron yhteen- väisten käytäntö- jen kehittäminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Tiedon antaminen enemmän puheli- mitse tai kasvokkain.</p> <p>Raportin antaminen suoraan tulevalle hoitajalle, ei monen ihmisen kautta.</p> <p>Suullisesti annettu hyvä raportti, jossa lääkärin epikriisi on keskeisessä roolissa.</p> <p>Selkeät ja hyvät raportit sekä suulli- sesti että kirjallisesti.</p>	<p>Raportoinnin tärkeyden korostuminen</p>	<p>Raportoinnin tär- keys</p>	<p>Tiedonsiirron yhteen- väisten käytäntö- jen kehittäminen</p>
Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoriat	Yläkategoriat	Pääkategoriat
<p>Järjestelmien kommunikoitavuuden parantaminen</p> <p>Yhteinen tietojärjestelmä kaikkiin terveyskeskuksiin</p> <p>Potilastietojärjestelmä, joka toimii yhteisesti</p> <p>Kirjauksien ja lääkärin loppulausun- non/kotiuttamisraportin reaaliaikai- nen näkyvyys sekä käytettävyys eri- koissairaanhoidosta</p> <p>Kirjauksien näkyvyys eri toimipistei- den kesken eli yhtenäiset potilastieto- järjestelmät</p> <p>Potilastietojärjestelmien käytettä- vyys eri toimipisteiden kesken</p>	<p>Tiedon perille menon varmistaminen</p> <p>Tiedon käytettävyys</p> <p>Potilastietojen näkyvyys</p>	<p>Yhtenäiset poti- lastietojärjestel- mät</p>	<p>Tiedonsiirron yhteen- väisten käytäntö- jen kehittäminen</p>