

SAIRAAHOITAJAN TIETOOON LIITTYVÄ VASTUU IKÄÄNTYNEEN  
POTILAAN SIIRTYESSÄ TERVEYDENHUOLLON TOIMINTAYKSIKÖIDEN  
VÄLILLÄ

Katja Lustre

PRO GRADU -TUTKIELMA

Hoitotiede

Turun yliopisto

Hoitotieteen laitos

Kesäkuu 2020

*Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.*

TURUN YLIOPISTO  
Hoitotieteen laitos

LUSTRE, KATJA: Sairaanhoidajan tietoon liittyvä vastuu ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä

Pro gradu -tutkielma, 70 sivua, 30 liitesivua  
Hoitotiede  
Kesäkuu 2020

---

Kotisairaanhoidon palveluja saavan, ikääntyneen potilaan kotiutuessa päivystyksestä on tärkeää selvittää, mitä sisältyy sairaanhoidajan tietoon liittyvään vastuuseen. Selventämällä sairaanhoidajan vastuuta tiedosta, voidaan nostaa esille mahdollisia tiedon välittymisen esteitä ikääntyneen, palveluita eri palvelujärjestelmien yksiköistä tarvitsevan potilaan siirtyessä terveydenhuollon eri toimintayksiköiden välillä. Sairaanhoidajan tietoon liittyvää vastuuta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä on tutkittu niukasti. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päivystyksessä ja kotisairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoidajien käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden (päivystys - kotisairaanhoido) välillä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tiedonkulun turvaava tarkistuslista tilanteeseen, jossa ikääntynyt potilas siirtyy terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä.

Tutkimuksen tutkimusasetelma oli kuvaileva. Tutkimuksen aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluiden avulla (n = 9). Haastatteluista kerätty aineisto litteroitiin ja analysoitiin kvalitatiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tutkimus tuotti yhdeksän teemaa, jotka ovat vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, vastuu potilaasta, sairaanhoidaja ja organisaatio, kotiuttaminen yöaikaan, potilas ja läheiset, kirjallinen tieto, raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot, kiire tai unohtaminen sekä sähköiset tietojärjestelmät.

Potilaasta kannetaan suurta vastuuta, mutta vastuu potilaasta on myös osin epäselvä. Sairaanhoidajan tietoon liittyvä vastuu käsittää muiden seikkojen ohella tiedon vaihtamisen ja varmistamisen terveydenhuollossa työskentelevien toimijoiden kesken. Tiedonkulkuun vaikuttavat monet tekijät, joista sähköisillä tietojärjestelmillä on sekä tiedon välittymistä edistävä, että estävä vaikutus.

*Asiasanat: ikääntynyt potilas, potilashoidon siirtyminen, sairaanhoidajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta*

LUSTRE, KATJA: Nursing information responsibility as an elderly patient migrates between healthcare units

Master's thesis, 70 pages, 30 appendix pages  
Nursing Science  
June 2020

---

When an elderly patient receiving home care services returns home from an emergency department, it is important to clarify what is included in the nurse's responsibility concerning information. By clarifying the nurse's responsibility for information, possible barriers to the transfer of information can be highlighted when an elderly patient in need of services from different service system units moves between different health care units. Research concerning nursing information responsibility as an elderly patient migrates between healthcare units, is scarce. The purpose of this study was to illustrate the perceptions of nurses working in emergency department and home care on the responsibility of information transfer between care units (emergency department - home care). The aim of this study was to develop an information flow checklist for the transition of an elderly patient between health care units.

The research design of the study was descriptive. The research material was collected through interviews (n = 9). The material collected from the interviews was transcribed and analyzed using qualitative content analysis.

The study produced nine themes, which are responsibility for patient-related information, responsibility for the patient, nurse and organization, discharge at night, patient and family, written information, reporting, contact and contact information, haste or forgetting and electronic information systems.

There is a great deal of responsibility for the patient, but the responsibility for the patient is also partly unclear. The nurse's responsibility for information includes, among other things, the exchange and verification of information between healthcare professionals. The flow of information is influenced by many factors, of which electronic information systems have both a facilitative and a deterrent effect.

*Key words: elderly patient, transfer of patient care, nurse's responsibility or accountability of information related to patient*

## Sisällysluettelo

1	JOHDANTO .....	3
2	TIEDONHAUN KUVAUS.....	5
3	KIRJALLISUUSKATSAUS.....	7
3.1	Ikääntynyt potilas .....	7
3.2	Potilashoidon siirtyminen .....	9
3.3	Sairaanhoidajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta.....	11
3.3.1	Vastuu.....	11
3.3.2	Tieto.....	13
3.4	Aihealueeseen kohdistuneet aiemmat tutkimukset.....	19
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS .....	26
5.1	Tutkimusasetelma.....	26
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä ja osallistujat .....	27
5.3	Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu .....	27
5.4	Aineiston analyysi .....	28
6	TUTKIMUSTULOKSET .....	29
6.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot .....	29
6.2	Sairaanhoidajan tietoon liittyvä vastuu.....	30
6.2.1	Vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta .....	32
6.2.2	Vastuu potilaasta .....	36
6.2.3	Sairaanhoidaja ja organisaatio .....	37
6.2.4	Kotiuttaminen yöaikaan.....	39
6.2.5	Potilas ja läheiset.....	40
6.2.6	Kirjallinen tieto .....	42
6.2.7	Raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot.....	44
6.2.8	Kiire tai unohtaminen.....	45
6.2.9	Sähköiset tietojärjestelmät.....	46
6.3	Tiedonkulkua edistävät ja estävät tekijät .....	47
7	POHDINTA .....	48
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	53

7.2 Tutkimuksen eettisyys .....	55
7.3 Tutkimustulosten hyödynnettävyys.....	56
7.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	57
7.5 Johtopäätökset .....	60
LÄHTEET.....	61

#### LIITTEET

LIITE 1. Taulukko tiedonhausta

LIITE 2. Taulukko tutkielman aiheeseen liittyvistä tutkimuksista

LIITE 3. Tiedote tutkimuksesta

LIITE 4. Haastattelurunko

LIITE 5. Tietoinen suostumus-lomake

LIITE 6. Taustatietolomake

LIITE 7. Case, tapaus Lea

LIITE 8. Tiedonkulun turvaava tarkistuslista

LIITE 9. Haastatteluista poimittujen teemojen ja alateemojenvertailu kirjallisuuskatsaukseen

#### KUVIOT

KUVIO 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien valintaprosessi

KUVIO 2. Aineiston analyysi

#### TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tiedonkulkua edistävät ja estävät tekijät

TAULUKKO 2. Viittaukset sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen

TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

TAULUKKO 4. Teemat ja alateemat

TAULUKKO 5. Tiedon välittymiseen vaikuttavat tekijät

## 1 JOHDANTO

Onnistunut ikäänntyneen potilaan siirtyminen terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä riippuu terveydenhuollon toimijoiden kyvystä kommunikoida tehokkaasti ja työskennellä yhdessä (Olsen ym. 2013). Siirtymisen suunnittelun yhteydessä kommunikaatio terveydenhuollon eri organisaatioiden välillä on oleellista hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi (Anderson & Helms 1993). Potilaan hoitovastuun vaihdot ovat paitsi virheen lähteitä, myös oppimisen mahdollistavia hetkiä, joita tarvitaan virheiden ennaltaehkäisemiseen ja havaitsemiseen sekä epäonnistumisten vähentämiseen (Manser ym. 2010).

Vaikka terveydenhuollon ammattilaiset työskentelevät päivittäin tarjotakseen potilaille tehokasta ja turvallista hoitoa, potilaan siirtyminen eri toimipaikkojen välillä aiheuttaa mahdollisuuden vaaratilanteille (Smith & Alexander 2012). Potilaan kotiuttaminen päivystyksestä on merkityksellinen aihe, terveydenhuollon kustannuksien lisääntyessä ja huomiota suunnattaessa yhä enemmän hoidon jatkuvuuteen. Kun potilaan kotiuttaminen on yhteistyössä tapahtuva moniammatillinen prosessi, joka antaa mahdollisuuden hoidon jatkuvuudelle ja rasittaa vähemmän sairaalaa, mutta myös kohentaa kunnallisia palveluita sekä palvelee muita terveydenhuollon organisaatioita. (Han ym. 2009.)

Hoitotyö on keskeisessä roolissa mahdollistamassa monisairaiden ikäänntyneiden potilaiden hoitovastuun vaihtoa, ja sairaanhoitajan on tunnistettu olevan joko potilaan hoidon siirtymistä johtava tai integroitu osa siirtymistä johtavaa tiimiä (Jeffs ym. 2017). Sairaaloiden ja kotisairaanhoidon välillä on kasvava vaatimus tehokkaammalle vuorovaikutukselle ja yhteistyölle (Foged ym. 2018), ja moni terveydenhuollon ammattilainen on tyytymätön sairaalan ja kotisairaanhoidon välisen kommunikaation tasoon (Olsen ym. 2013). Potilaan hoitovastuun vaihtuminen tuo esille tietynlaisen ”haavoittuvuuden aukko paikan”. Terveydenhuollon ammattilaisten välinen riittämätön ja tehoton kommunikaatio on virheiden ja menettelytapojen väärinymmärrysten taustalla vaikuttava avaintekijä, joka voi johtaa haitallisiin tapahtumiin. (Smeulers ym. 2014.)

Sairaanhoitajat toimivat terveydenhuollossaasiantuntijoina ja ovat sellaisessa asemassa, jonka avulla kasvattaa tietoisuutta kommunikaation merkityksestä hoidon siirtymisessä, mutta myös johtaa aloitteita, joiden avulla parantaa prosesseja omien organisaatioiden sisällä. Hoidon siirtyminen ja sitä estävät seikat, eri organisaatioihin liittyvien mahdollisuuksien ohella, tulisi ottaa huomioon koulutuksessa. (Jusela ym. 2017.) Olsenin ym. (2013) mukaan sairaanhoitajien tulee myös ottaa huomioon moninaisia näkökantoja pyrkiessään takaamaan riittävän tiedon vaihtamisen ja potilashoidon jatkuvuuden ikääntyneen potilaan hoidon siirtymävaiheessa. Manserin ym. (2010) mukaan terveydenhuollon toiminta on jakaantunut eri sektoreille, minkä johdosta potilashoidon siirtämisen tapojen on oltava tehokkaita koordinaation ja hoidon jatkuvuuden kannalta, ja erityistä huomiota on kiinnitettävä hoidon käännekohdissa ja hoitohenkilökunnan vuoron vaihtuessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta, ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Tämän tutkimuksen tavoitteena on kehittää ikääntyneen potilaan terveydenhuollon toimintayksiköiden (päivystys - kotisairaanhoito) väliseen siirtymiseen liittyvä, tiedonkulun turvaava tarkistuslista.

## 2 TIEDONHAUN KUVAUS

Aikaisemman tutkimustiedon tunnistamiseksi tehtiin kirjallisuushaku kolmeen eri tietokantaan (PubMed, Cochrane, CINAHL) vuosina 2018 – 2020 käyttämällä hakutermejä sairaanhoitaja, vastuu, tieto, potilassiirto, potilaan luovuttaminen tai kotiuttaminen, ikääntynyt potilas ja kommunikaatio (LIITE 1). Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt asiasanat ja keskeiset käsitteet tässä tutkimuksessa ovat *ikäntynyt potilas*, *potilashoidon siirtyminen* sekä *sairaanhoitajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta (vastuu, tieto)*.

Maaliskuussa 2018 suoritettussa ensimmäisessä tietokantahaussa (PubMed, Cochrane, CINAHL) ei käytetty aikarajauksia. Haku kohdistui sairaanhoitajan tietoon liittyvään vastuuseen ja kotisairaanhoitoon, mukaanottokriteerinä toimi artikkelin sisältämä viittaus hakulausekkeeseen ja poissulkukriteerinä ei viittausta hakulausekkeeseen. Haku tuotti 50 tutkimusta, joista 11 oli päällekkäisiä. Otsikon ja abstraktin perusteella löydettiin yhdeksän potentiaalista tutkimusta, joista mukaan otettiin kolme.

Toinen tietokantahaku suoritettiin maaliskuussa 2019 (PubMed, Cochrane, CINAHL). Haussa hyödynnettiin Mesh-asiasanastoa ja CINAHL Headings -asiasanastoa. Ainoa käytetty rajoite oli PubMedin kautta tehdyssä haussa ”Most recent. Haku kohdistui potilaan luovuttamiseen, kotiuttamiseen tai siirtämiseen sekä sairaanhoitajaan, tietoon ja vastuuseen, mukaanottokriteerinä toimi artikkelin sisältämä viittaus hakulausekkeeseen ja poissulkukriteerinä ei viittausta hakulausekkeeseen. Haku tuotti 103 tutkimusta, joista päällekkäisiä oli yksi kappale. Otsikon ja abstraktin perusteella valittiin tarkasteltavaksi 30 tutkimusta, joista mukaan otettiin kolme.

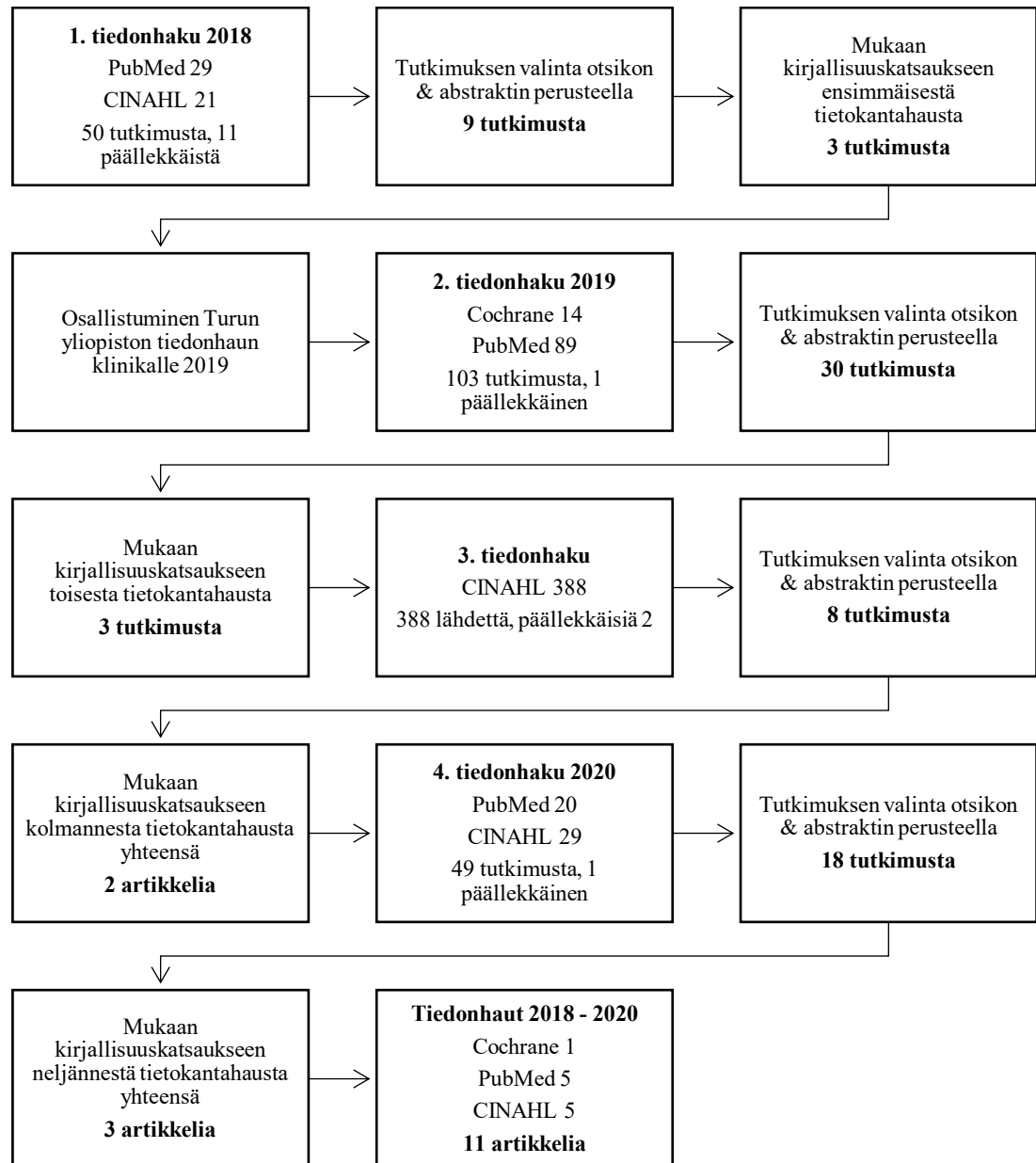
Kolmas tietokantahaku suoritettiin toukokuussa 2019 (PubMed, Cochrane, CINAHL). Haussa hyödynnettiin Mesh-asiasanastoa ja CINAHL Headings -asiasanastoa, muttei käytetty aikarajauksia. Haku kohdistui potilaan siirtämiseen tai kotiuttamiseen, sairaanhoitajaan, tietoon ja vastuuseen, mukaanottokriteerinä toimi artikkelin sisältämä viittaus hakulausekkeeseen ja poissulkukriteerinä ei viittausta hakulausekkeeseen. Haku



tuotti 388 tutkimusta, joista kaksi oli päällekkäisiä. Otsikon ja abstraktin perusteella valittiin tarkasteltavaksi kahdeksan tutkimusta, joista mukaan otettiin kaksi.

Neljäs ja viimeinen tietokantahaku suoritettiin helmikuussa 2020 (PubMed, Cochrane, CINAHL). Haussa hyödynnettiin Mesh-asiasanastoa ja CINAHL Headings -asiasanastoa, muttei käytetty erityisiä hakukriteereitä tai aikarajauksia. Haku kohdistui potilaan luovuttamiseen, siirtoon tai kotiuttamiseen sekä vastuuseen, velvollisuuteen, ikääntyneeseen potilaaseen, tiedon siirtoon, kommunikaatioon ja sairaanhoitajaan. Mukaanottokriteerinä toimi artikkelin sisältämä viittaus hakulausekkeeseen ja poisjättökriteerinä ei viittausta hakulausekkeeseen. Haku tuotti 49 tutkimusta, joista päällekkäisiä oli yksi. Otsikon ja abstraktin perusteella valittiin tarkasteltavaksi 18 tutkimusta, joista mukaan otettiin kolme.

Vuosina 2018 – 2020 suoritettujen tietokantahaut (PubMed, Cochrane, CINAHL) tuottivat 590 mahdollista lähdettä, joista päällekkäisiä oli yhteensä 15 kappaletta. Potentiaalisesta 575 lähteestä mukaan tähän kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhteensä 11 tutkimusta otsikon, abstraktin sekä koko artikkelin saatavuuden perusteella. Tietokantahausta laadittiin kuvio (KUVIO 1).



KUVIO 1. Kirjallisuuskatsauksen artikkelien valintaprosessi

### 3 KIRJALLISUUSKATSAUS

#### 3.1 Ikääntynyt potilas

Yli 60-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa nopeammin kuin mikään muu ikäryhmä maailmassa. Ikääntymisprosessin aikana tapahtuu useita muutoksia, jotka voivat johtaa kyvyttömyyteen ja riippuvuuteen, vaikuttaen mahdollisesti suoraan ikääntyneen

elämänlaatuun. (Faria ym. 2011.) Sairaalassa hoidettavat potilaat hyödyntävät usein useita erilaisia terveydenhuollon palveluja, etenkin ikääntyneet, joiksi usein määritellään 65 vuotta täyttäneet. Ikääntynyt, päivystyksessä hoidettavana oleva monisairas potilas, jonka toimintakyky on alentunut ja joka tarvitsee apua kotona, asettaa usein haasteita terveydenhuollon järjestelmälle ja läheisille. Jos näiden potilaiden palveluja ei koordinoita, voi se johtaa vähemmän optimaaliseen hoitoon. (Crilly ym. 2006.)

Hoidon siirtyminen on yleinen tapahtuma ikääntyneillä, joilla on akuutteja tai kroonisia sairauksia. Vaikka hoidon siirtyminen on suunniteltu vastaamaan potilaiden muuttuviin terveystarpeisiin, moni siirtyminen yhdistetään kommunikaatiossa tapahtuviin virheisiin, estettävissä oleviin haitallisiin tapahtumiin sekä potilaan ja hoidontarjoajan tyytymättömyyteen. (Lester ym. 2009.) Potilaan liike alkaa sairaalaan sisään ottamisella ja jatkuu kotiuttamisen loppuun. Laadukas potilashoito ja potilaan läpimeno edellyttävät usean osaston, kliinisen toimijan ja järjestelmän osallistumista. (Almaden ym. 2011.) Ikääntyneiden kokemus päivittäisestä hoidosta ja palveluiden kokonaistehokkuudesta on suorassa yhteydessä toisiinsa nähden (McCormack ym. 2008). Olsenin ym. (2013) mukaan ikääntyneen potilaan siirtyminen yhdestä terveydenhuollon organisaatiosta toiseen edellyttää hyvää vuorovaikutusta ja koordinaatiota organisaatioiden välillä.

Hoidon jatkuvuus on tärkeää ja hyödyllistä ikääntyneille (Olsen ym. 2013), ja yhteistyö terveydenhuollon toimijoiden kesken hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi on merkityksellistä (Swedberg ym. 2015). Hoidon jatkuvuutta määritellään sen kautta, miten ~~ynsi~~ potilas kokee hoidon ajan kuluessa, koherenttina ja linkitetynä. Hoidon jatkuvuus on seurausta laadukkaasta informaation kulusta ja henkilöiden välisistä taidoista, kuten myös laadukkaasta hoidon koordinaatiosta (Aubin ym. 2012). On laajalti tiedostettu, että kliinisen tiedon täsmällinen edelleen välittäminen on merkittävässä asemassa hoidon jatkuvuuden ja turvallisuuden kannalta (Smeulers ym. 2014).

Olsenin ym. (2013) tutkimuksen tulokset korostavat sairaanhoitajien kohtaamia haasteita hoitajien pyrkiessä takaamaan onnistunutta tiedonvaihtoa ikääntyneen potilaan siirtyessä eteenpäin terveydenhuollon järjestelmässä, potilassiirron aikaisen tiedon vaihtamisen ollessa usein epätarkkaa ja riittämätöntä, lääkehoitoon liittyvää tietoa. Saumaton hoidon siirtyminen hoitopaikkojen välillä on edellytys korkealaatuiselle hoidolle, erityisesti

ikäntyneiden ja hauraiden potilaiden kohdalla. Haitalliset tapahtumat hoidon siirtymisen pisteissä ovat säännöllisesti esiintyviä sisältäen esimerkiksi hoidontarjoajien välistä kommunikaation pettämistä, epätäydellistä tai epätäsmällistä tiedon siirtymistä, potilaan ja läheisten riittämätöntä ohjausta tai monimutkaisia tai huonosti ymmärrettyjä kotiuttamiseen liittyviä ohjeita. (McNeil ym. 2016.)

Säännöllinen ja oikea-aikainen tiedon vastaanottaminen on avain ikääntyneen kokemukseen hoidosta ja hoidon laadusta (McCormack ym. 2008). Tiedon antaminen potilaille on potilaskeskeisen hoidon ydinkomponentti, jota on tärkeää tarkkailla. Tiedon puute voi lisätä potilaiden ahdistuneisuuden, epävarmuuden ja voimattomuuden tunnetta. Potilaiden tulee olla tärkeitä yhteistyökumppaneita omassa hoidossaan ja heidän osallistumisestaan on tuettava aktiivisesti. (Durbin ym. 2012.)

### 3.2 Potilashoidon siirtyminen

Termi siirtyminen (*transfer*) voidaan määrittää yksilön liikkumiseksi, joka sisältää potilaan kotiuttamisen, sairaalan tilojen ulkopuolella kaikkien niiden henkilöiden suuntaan, jotka ovat palkattu sairaalaan tai ovat sairaalaan yhteydessä suoraan tai epäsuoraan. Termillä siirtyminen katsotaan olevan lainsäädännöllinen määritelmä, joka tarkoittaa kaikkien päivystykseen liittyvien kotiuttamisten olevan siirtymisiä. (Mitchiner & Yeh 2002.) Hoidon siirtymisellä viitataan myös potilaan liikkumiseen hoidon tarjoajien ja hoitopaikkojen välillä, potilaan hoidon tarpeiden muuttuessa kroonisen tai akuutin sairauden myötä. Kehnosti toteutettu hoidon siirtyminen iäkkään, hoivaa tarvitsevan henkilön kohdalla johtaa lääkehoidossa tapahtuviin virheisiin, hoidon viivästymiseen, sairaalaan tai päivystykseen sekä lisääntyneisiin terveydenhuollon kustannuksiin. Hoidon siirtymisten haitallisten tulosten vähentämiseksi on kehitetty lisääntyvästi interventioita, joiden vaikutus on vaihteleva. (Jeffs ym. 2017.)

Hoidon jatkuvuuden alakäsitteenä toimivalla potilassiirrolla (*patient transfer*) viitataan potilaan siirtoon tai siirtämiseen (Finto 2018), jolloin potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan, kuten esimerkiksi kotiin, jossa hoitovastuun ottaa kotisairaanhoido, tai muuhun hoitoa tai kuntoutusta tarjoavaan organisaatioon. Hoidon jatkuvuuden

alakäsitteenä toimii myös potilaan hoitovastuun vaihto (patient handover) (Finto II 2018), joka Nettelandin (2017) mukaan viittaa tiedon ja potilaan hoitovastuun siirtämiseen yhdeltä terveydenhuollon tarjoajalta toiselle. Potilaan hoitovastuun vaihdossa on useita toimintoja, jotka sisältävät kliinisen tiedon vaihtamisen, foorumin yhteenvedoille ja tiedottamiselle, mielipiteistä keskustelemisen ja tunteiden ilmaisemisen (ahdistus, stressi, avuttomuus, turhautuminen), vertaistuen, sosiaalisten normien jakamisen, hoitotyön taitojen osoittamisen sekä ryhmien yhtenäisyyden ja tiiminrakentamisen edistämisen (Gantz ym. 2015).

Hoidon siirtyminen (*transfer of care*) on dynaaminen prosessi, johon sisältyy paitsi relevantin tiedon vaihtaminen räätälöitynä potilasta vastaanottavalle taholle, terveydenhuollon tarjoajien välinen ammatillisen vastuun vaihtuminen ja tiedon siirtäminen sanattomasti (kehonkieli, ilmeet, katsekontakti), myös riski relevantin tiedon katoamiseen, joka voi johtaa haitalliseen tapahtumaan tai läheltä-piti-tilanteeseen (Wilbanks ym. 2018). Hoidon siirtyminen on enemmän kuin sisäinen asia. Hoidon siirtyminen on hoitotyön verkostojen ”yhteen liittämistä”, jolloin vastuunalaisuudet kohtaavat ja ovat päällekkäisiä (Hall 2001). Yksi erittäin tärkeä edellytys laadukkaaseen terveydenhuollon tarjoamiselle on sujuva siirtyminen akuutin hoidon ja perusterveydenhuollon välillä, jonka voidaan myös ilmaista olevan ”saumatonta hoitoa”, joka sisältää organisaation rajat ja niiden väistymisen hoidon tieltä, selkeän roolin omaavat toimijat, vastuullisuuden ja velvollisuudet, moniammatilliset tiimit sekä organisaatioiden rajojen yli työskentelemisen tuen (Hibberd 1998). Potilaan hoitovastuun siirto varmistaa oikea-aikaista ja virheetöntä tiedon siirtoa sosiaalistaen samalla työntekijöitä palveluiden kulttuuriin (Accordini ym. 2017).

Henkilökunnan vaihtuvuus tai kierto, toimintatapoihin liittyvät ongelmat, epäselvät tavoitteet ja odotukset, lähiesimiehen vähäinen auktoriteetti, palautteen antamatta jättäminen sekä ammattikuntien keskinäistä kommunikaatiota ja tiimityötä haittaava kulttuuri voidaan katsoa kuuluvan työpaikkaan liittyvinä hoidon siirtymistä estävinä tekijöinä sen ohella, ettei potilasturvallisuuteen sitouduta (Schnipper ym. 2017).

Potilaan hoitovastuun siirtäminen tapahtuu organisaatioiden sisällä ja organisaatioiden välillä (Netteland 2017). Hoitovastuun vaihto voi tapahtua myös eri ympäristöjen, kuten

osastojen, välillä, jolloin hoitovastuun vaihtaminen tapahtuu sairaalan sisällä (yksiköiden välinen hoitovastuun vaihto) tai työvuorojen välillä (vuorojen välinen hoitovastuun vaihto) (Gu ym. 2012). Potilaiden siirtäminen yhdeltä tasolta toiselle edellyttää useita toimijoita, joiden kesken hyvä kommunikaatio ja koordinaatio on kriittistä turvallisen ja tehokkaan potilaan kotiuttamisen kannalta. (Smith & Alexander 2012.)

Siirtyminen sairaalasta esimerkiksi polikliiniseen hoitoon muodostaa korkean riskin ajanjakson potilaille. Hoidon siirtymisvaiheessa on olemassa useita onnistunutta siirtymistä haittaavia tekijöitä, joista yleisimmät liittyvät viestinnän ja ajan puutteellisuuteen, organisatoriseen sitoutumisen puutteeseen, potilaspopulaatioon, kilpaileviin prioriteetteihin, muuttuvaan henkilöstöön ja logistiikkaan. Muut tekijät liittyvät mm. kotiutumista seuraavaan yhteydenottoon puhelimitse suhteessa henkilökuntaan, jonka tehtäviin tämä kuuluu. (Schnipper ym. 2017.)

Potilaan hoitovastuun onnistunut siirtäminen takaa tiedon siirtämistä ja lisää ryhmän yhteenkuuluvuutta sosiaalistaen tiimin jäseniä palveluiden sisältämiin toimintoihin ja ottaen haltuun organisaation kulttuuria (Accordini ym. 2017). Potilaan hoitovastuun vaihdon tehokkuus on elintärkeää potilasturvallisuuden kannalta (Gordon & Findley 2011) ja potilaan hoitovastuun vaihtaminen tulisi räätälöidä kunkin yksikön yhteydestä riippuviin tarpeisiin (Giske ym. 2018).

### 3.3 Sairaanhoidajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta

#### 3.3.1 Vastuu

Kielitoimiston sanakirja (2020) määrittää velvollisuuden siksi, mitä tarvitsee tehdä johtuen esimerkiksi säädöksistä, omasta asemasta tai sitoumuksista, ja vastuun velvollisuudeksi olla vastuussa esimerkiksi henkilöstä tai toiminnasta. Blackburn (2008) viittaa ihmisen velvollisuudella (responsibility) mm. siihen, mistä ollaan vastuussa (accountable) ja esimerkiksi työ tai ammatti määritellään osittain sen kautta, mitä velvollisuuksia siihen liittyy. Last (2007) viittaa vastuulla tai vastuovelvollisuudella (accountability) tilanteeseen, jossa vastataan tehdyistä päätöksistä ja toimista, mitä voidaan myös käyttää terveydenhuollon toiminnan laadun indikaattorina.

Vastuuvollisuuden sisältyä henkilökohtaisen vastuun ottaminen toiminnasta ja se, että kukaan ei voi olla vastuussa toisesta (McKenna ym. 2014). Almaden ym. (2011) huomioivat miten käyttäytymiseen ja kommunikaatioon liittyi koko organisaation laajuinen vastuuvollisuuden puuttuminen, jolloin esille nousi muiden syyttely sekä vallalla oleva roolien ja velvollisuuksien monitulkintaisuus, mutta myös standardoitujen prosessien puuttuminen. Vähemmän selkeä vastuuvollisuus suhteessa kollegoihin, jotka työskentelevät toisessa terveydenhuollon yksikössä, voi tulla ilmaistuksi esimerkiksi viittaamalla ”meihin ja heihin”. (Hall 2001.)

Sairaanhoitajien päivittäiseen työhön kuuluu keskeinen rooli hankkia ja välittää tietoa terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä (Olsen ym. 2013). Sairaanhoitajan koulutus yhdistettynä selkeästi rajattuun vastuuseen ja motivoivaan järjestelmään vaikuttaa vuorovaikutuksen lisääntymisen lisäksi potilastietojen sisältämään laadulliseen ja määrälliseen kotiutusta koskevaan tietoon (Anderson & Helms 1993). Hall (2001) tuo esille, miten vastuuvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksistaan ja sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista velvollisuuksista, joita heillä on tässä tilanteessa, mutta velvollisuuksiin ei aina sisällytetty potilasta vastaanottavan yksikön kollegoita. Potilaan hoitovastuun kliininen vaihto koostuu tiedon siirtämisen ohella myös vastuuvollisuuden siirtämisestä (Di Delupis ym. 2014).

Manserin ym. (2010) mukaan potilassiirron laatua voidaan arvioida mm. sen perusteella, onko kaikki relevantti tieto valittu mukaan ja siirretty eteenpäin, onko vuorovaikutus selkeää ja otetaanko esille mahdolliset hoitoon liittyvät riskit ja komplikaatiot. Turvallisen ja tehokkaan potilaan hoitovastuun vaihtaminen on moniulotteinen käsite, joka sisältää sellaiset avainkäsitteet kuin tiedon välittämisen, jaetun ymmärryksen terveydenhuollon ammattilaisten kesken ja työskentelyn ilmapiirin (Manser ym. 2010).

### 3.3.2 Tieto

Lexicon (2020) mukaan tieto määritellään mm. realiteetiksi, tietämyksen summaksi, informaatioksi tai koulutuksen tai kokemuksen kautta hankituksi taidoksi. Informaation määritelmä voidaan käsittää rakenteeksi, jota ymmärtämällä saadaan tietoa jostakin asiasta (Tieteen termipankki 2018). Tietoa puolestaan voidaan määritellä ymmärretyksi ja sisäistetyksi informaatioksi (Tieteen termipankki 2014). Kommunikaatio puolestaan määritellään tiedon vaihtamiseksi tai jakamiseksi, tai asenteen ilmaisemiseksi, joka johtaa ymmärrykseen. Kommunikaatio pitää sisällään erilaisia tiedon lähettämisen menetelmiä ollen prosessi, jolla tietoa lähetetään toiseen paikkaan tai toiselle henkilölle. Kommunikaatio voidaan myös hahmottaa tiedon jakamiseksi. (Cambridge Dictionary 2020.) Merriam-Webster (2020) määrittelee kommunikaation mm. informaation vaihtamiseksi, välittämiseksi tai sen ilmaisuksi suullisesti, kirjallisesti tai elektronisesti.

Ajatusta siitä, mitä pidetään tietona, on monimutkainen ja muuttuu erilaisissa kulttuurisissa ja historiallisissa tilanteissa (McKenna ym. 2014). Empiriolla viitataan tietoihin, jotka on saatu havainnoinnin ja teorioiden testaamisen kautta, etiikalla puolestaan hoitotyön moraalitiedon käsitteeseen (tietoon, joka auttaa sairaanhoitajia päättämään, mikä on oikein vai väärin), estetiikalla viitataan intuitiiviseen tietoon, jolla asiantuntija-sairaanhoitajat usein evästävät toimintaansa ja henkilökohtaisella tiedolla itsensä tuntemukseen ja kykyyn luottaa itseensä. (Cutcliffe & Grant 2001.) Hoitotyötä koskeva kirjallisuus sisältää useita viitteitä tiedon käytännön soveltamiseen. Hoitotyöhön sisältyvän tiedon taksonomian luokkia (empiria, etiikka, estetiikka, henkilökohtainen tieto) voi hyödyntää jokaisessa hoitotilanteessa. (Cutcliffe & Grant 2001.) Hoitotyötä koskeva tieto sekä psykososiaalinen tieto voivat olla vaikeita muotoilla ja lähettää edelleen, riippuen tietojen lähettäjän omasta katsantokannasta (Anderson & Helms 1993).

Tietämisen ja tiedon välillä on selvä ero: tietämisellä viitataan yksilöllisiin ihmisen prosesseihin kokea ja ymmärtää itse ja maailmaa tavalla, joka voidaan saattaa tietyn tietoisuuden tasolle, jolloin tietäminen muuttuu koetun mukana (McKenna ym. 2014). Sairaanhoitajan tietopohjan kolme merkittävintä elementtiä liittyvät ensinnäkin tietoon, joka tukee sairaanhoitajan työtä ikääntyneiden parissa. Toinen elementti liittyy itsetuntemukseen ja -tietoisuuteen ja tämän aiheuttamien käytännön seurauksiin, jotka



käsittävät sairaanhoitajien kyvykkyyden tunnistaa muutoksia itsessään sekä strategioita, joita käyttää muutosten hoitamiseen ja ikääntyneiden suojelemiseen. Kolmas elementti on tiiviisti integroitunut sairaanhoitajan ja potilaan ihmissuhteiden ytimeen ja korostaa hoitajan ymmärrystä ja tietoisuutta vuorovaikutuksen ennakkotapauksista ja seurauksista. (Cutcliffe & Grant 2001.)

Sairaanhoitajat kohtaavat haasteita varmistaessaan tiedon välittymistä ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon yksiköstä toiseen. Tiedonkulun esteillä on negatiivinen vaikutus sairaanhoitajien keskinäiseen tiedon vaihtamiseen, mikä vaarantaa potilasturvallisuutta, luottamus on edellytys yhteistyötä tekevien henkilöiden välillä. (Olsen ym. 2013.) Tietojen jatkuvuuteen sisältyy oleellisten potilastietojen oikea-aikainen kulku terveydenhuollon tarjoajien välillä, se on ”yhteinen viestiketju, joka yhdistää hoidon yhdeltä palveluntarjoajalta toiselle ja yhden terveydenhuollon tapahtuman toiseen” (Durbin ym. 2012).

Terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa on tiedostettu kasvavasti, kuinka tärkeää on tiedon välittäminen yksilöiden tarpeet huomioiden ja tämä voidaan toteuttaa paitsi suullisesti ja kirjallisesti, myös esimerkiksi sähköpostitse tai ohjaamalla tietoa antavalle nettisivustolle. (Johnson ym. 2003.) Tiedot voivat kadota tai ne voidaan siirtää epätasaisesti potilaan hoitovastuun vaihtamisen aikana (Gantz ym. 2015). Täsmällinen kliinisen tiedon luovuttaminen on merkityksellistä hoidon jatkuvuuden ja hoitoturvallisuuden vuoksi (Smeulers ym. 2014). On ehdotettu, että kirjallisen tiedon antaminen kotona jatkuvasta hoidosta kotiuttamisen jälkeen on yksi tärkeä strategia, jolla on potentiaalia vähentää terveydenhuoltoon kohdistuvia vaatimuksia ohjaamalla palveluiden käyttämistä oikeanlaisesti (Johnson ym. 2003).

Potilaan hoidon siirtymisen kompleksisuuden ymmärtäminen auttaa ammattilaisia suunnittelemaan kokonaisvaltaisesti hoidon jatkuvuutta. Tiedon välittämisen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, ja tietoa tulee välittää suullisesti, kirjallisessa muodossa sekä elektronisesti. (Smith & Alexander 2012.) Tiedon vaihtaminen käsittää tiedon sisällön (”mikä” aspekti) sekä tavan, jolla tietoa välitetään eteenpäin (”miten” aspekti). Tiedon sisältö voi olla strukturoitua (esimerkiksi malli, muistitekniikka, tarkastuslista) tai sitten ei. Tiedon välittämisen tapoja ovat mm. suullinen, kirjoitettu tai nauhoitettu tiedon

välittäminen. Tiedon sisällön ja tavan lisäksi tiedon sijainti ("missä" aspekti) vaihtelee vierihoidosta toimistossa tapahtuvaksi. (Smeulers ym. 2014.)

Johnsonin ym. (2003) mukaan sekä suullisen että kirjallisen terveyteen liittyvän tiedon käyttäminen potilaan ja/tai potilaan läheisten kanssa kommunikoidessa, potilaan kotiutussa sairaalasta, on suositeltavaa. Sairaalasta kotiutumista käsittelevässä kirjallisuudessa voidaan yleisesti olettaa "enemmän olevan parempaa", vuorovaikutusta käsittelevä kirjallisuus puolestaan kuvailee selkeät rajat vuorovaikutukselle ja priorisoinnin merkitykselle. (Anderson & Helms 1993.) Suullisen ja kirjallisen terveyteen liittyvän tiedon yhdistelmä mahdollistaa standardoidun, hoitoon liittyvän tiedon välittämisen potilaalle ja/tai potilaan läheisille, minkä ansiosta sekä tietämys että tyytyväisyys lisääntyvät (Johnson ym. 2003). Täsmällisen suullisen ja kirjallisen tiedon siirtäminen on vain yksi kliiniseen potilaan tai potilaan hoidon siirtymiseen liittyvä aspekti, toinen merkittävä näkökohta on potilaaseen liittyvän vastuullisuuden ja velvollisuuden siirtyminen. (Bost ym. 2014.)

Kliinisen tiedon siirtämisellä viitataan relevantin tiedon valitsemiseen ja viestittämiseen, kirjallisen dokumentin luovuttamiseen, potilaan tilanteesta keskustelemiseen sekä tulevan hoidon priorisoimiseen (Manser ym. 2010). Täsmällisesti siirretty tieto varmistaa turvallisen siirtymisen yhdeltä terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle (de Lange ym. 2018). Tietojen jakamisen menetelmiin terveyteen liittyvien tapahtumien välillä sisältyvät perustavanlaatuiset, tiedon jatkuvuuteen (*informational continuity*) liittyvät ainesosat, kuten läheteet ja kotiuttamisen yhteenvedot, jotka välitetään postitse, faksaamalla, elektronisesti tai potilaan itse toimittamana (Durbin ym. 2012).

Potilasturvallisuus paranee tiimin jäsenten ymmärtäessä omat ainutlaatuiset ja päällekkäiset roolinsa ja kommunikoidessa tehokkaasti (Mayo ym. 2016). Sairaanhoitajan kognitiivinen työ sisältää hoitajan kognitiivisen kapasiteetin lisäksi hoitajan keskittymiskyvyn liittyen käsillä olevaan tehtävään (Thomson ym. 2018). Potilasta kotiuttavan terveydenhuollon ammattilaisen ohjeiden ymmärrettävyys (ovatko ohjeet täsmällisiä ja täydennettyjä) ja tiedon siirtämisen ajoitus, ammattilaisen kompetenssin ja lääkehoitoon liittyvän asiantuntijuuden lisäksi, vaikuttavat potilaan kotiuttamiseen liittyvän tiedon laatuun ja ymmärrettävyyteen (Jusela ym. 2017).

Sairaanhoidajalla on oltava huomiokykyä, varsinkin hoidettaessa alentuneen kognitiivisen kapasiteetin omaavaa potilasta, ettei tärkeää potilastietoa jäisi huomioimatta (Kollerup ym. 2018). Hanin ym. (2009) mukaan potilaan on luotettava ja tunnettava varmuutta siitä kotiutumiseen liittyvästä tiedosta, jonka päivystyksen sairaanhoitaja on hänelle antanut, sillä jos potilas ei luota tai tunne varmuutta saamaansa tietoon, hän ei välttämättä käytä sitä tai noudata saamiaan ohjeita. Hoitotyön ammattilaiset, etenkin hoitotyössä vähemmän aikaa olleet, voivat epäröidä tiedon esille tuomista, vaikka potilaalle aiheutuisi tästä vaaraa (Pun ym. 2019).

Terveydenhuollon eri organisaatioissa työskentelevillä voi olla niukasti tietoa toisistaan, minkä johdosta on mahdollista nousta ymmärrystä liittyen siihen, miten tiedonpuute voi vaikuttaa yhteistyöhön ja informaation vaihtamiseen (Olsen ym. 2013). Kansainvälinen tutkimus on tunnistanut puutteellisen kommunikaation olevan merkittävä tekijä kriittisten tapahtumien taustalla, tapahtumien johtaessa muutoin vältettävissä olevaan potilasvahinkoon. Tehoton kommunikaatio vaikuttaa myös usean potilasvalituksen taustalla, millä on vaikutusta sairaalan vastuuvollisuuteen. (Pun ym. 2019.) Potilasturvallisuuden ja -siirron takaamiseksi on tunnistettava tiedon siirtymistä estäviä tekijöitä sairaanhoitajien kesken, sillä tiedon välittämiseen liittyvät esteet vaikuttavat negatiivisesti tiedon vaihtamiseen ja asettavat samalla potilaat haavoittuvaan asemaan. (Olsen ym. 2013.) Tiedonkulkua edistävästä ja estävästä tekijöistä muodostettiin taulukko (TAULUKKO 1).

TAULUKKO 1. Tiedonkulkua edistävät ja estävät tekijät

Tiedonkulkua edistävät tekijät	Tiedonkulkua estävät tekijät	Lähde
Terveydenhuollon organisaatioiden yhteistyö, hoitotyön johtajien jalkautuminen kentälle & voimaannuttava ja rohkaiseva johtajuus	Sairaanhoidaja, persoona, toimiminen ”gatekeeperina” eli portinvartijana & tiedon sovittelu	Hibberd (1998), Kendall ym. (2007), Kollerup ym. (2018), Olsen ym. (2013), Thomson ym. (2018)
Positiiviset suhteet toimijoiden kesken, vertaisten suhteet ja tiimityöskentely, eri organisaatioissa työskentelevien koulutukselliset tapaamiset, interaktiivinen kommunikaatio, tiedusteleva	Motivaation-, hallinnan- tai tiedonpuute & kannustuksen puuttuminen liittyen tietotyöskentelyyn	Bost ym. (2014), Bost ym. (2011), Jusela ym. (2017), Olsen ym. (2013), Smith & Alexander (2012), Thomson ym. (2018)

keskustelu & standardoitu tiedonvaihtaminen		
Ammatillinen koulutus & henkilökunnan kokeneisuus	Henkilöiden väliset prosessit, toimijoiden kokemukset, eriävät näkemykset, epäluottamus toisessa organisaatiossa työskentelevää kollegaa kohtaan, syyttely & kykenemättömyys ymmärtää toisen näkökantaa	Andersson & Helms (1993), Chaboyer ym. (2004), Gu ym. (2012), Hall (2001), Olsen ym. (2013), Schnipper ym. (2017), Wilbanks ym. (2018)
Riittävät resurssit, selkeä työnkuva ja vastuualueet, ymmärrettävät toimintatavat & rooleihin liittyvä selkeys ja roolien hyväksyminen	Kokemus rutiinien puuttumisesta, toimintatavat tai epätietoisuus niistä, nopeasti muuttuva kliininen ympäristö, tiedon hukkaaminen unohtamisen kautta, staattinen tiedon välittäminen & keskeytykset	Andersson & Helms (1993), de Lange ym. (2018), Gu ym. (2012), Han ym. (2009), Jeffs ym. (2017), Johnson ym. (2003), Martin ym. (2007), McNeil ym. (2016), Mayo ym. (2016), Olsen ym. (2013), Or ym. (2009), Rabøl ym. (2011), Schnipper ym. (2017), Stahl (2009), Thomson ym. (2018), Toccafondi ym. (2012)
Käytäntötavat ja toimintamallit, joiden avulla tarkastella ja antaa palautetta & vastuuhenkilöiden asettaminen	Keskittyminen tekniseen suoritukseen potilassiirron aikana, tiedon välittämisen mekanismit & aktiivisen kuuntelun puuttuminen	Bost ym. (2011), Jusela ym. (2017), Manser ym. (2010), McNeil ym. (2016), Olsen ym. (2013)
Interventiot: prosessien suunnittelu, suorituksen monitorointi, kommunikaatioon ja tiimityöhön liittyvä koulutus & kotiutumisen mallit	Organisaatio, sirpaloitunut terveydenhuollon järjestelmä, kommunikaation puuttuminen eri organisaatioiden väliltä, kommunikaation harjoittelun puuttuminen, toimintatapojen ja suuntaviivojen puute, hoitotyötä toteuttavan työskentelyn kulttuuri & taloudellinen ja poliittinen viitekehys	Almaden ym. (2011), Andersson & Helms (1993), Durbin ym. (2012), Hibberd (1998), King ym. (2018), Manser ym. (2010), Martin ym. (2007), Nettelund (2017), Olsen ym. (2013), Or ym. (2009), Rabøl ym. (2011),
Dokumentaatioon varattava aika, häiriöiden vähentäminen & dokumentaatioissa sovellettava looginen järjestys	Resurssien puute, henkilöstöhallinta, ajan puute & koulutukseen varattavan ajan varmistamisen puuttuminen	Brand (2006), de Lange ym. (2018), Giske ym. (2018), Godfrey ym. (2013), Han ym. (2009), Olsen ym. (2013), Or ym. (2009), Manser ym. (2010), Martin ym. (2007)
Edistynyt informaatioteknologia, kiertävä informaatioketju & sähköiset viestijärjestelmät	Kommunikaation tavat, vaikeus saada toista henkilöä kiinni, yhteystietojen puuttuminen, eri yksiköiden käytössä olevat erilaiset sanastot, toiminnan	Chaboyer ym. (2004), Foged ym. (2018), Foster & Manser (2012), Giske

	standardit, lyhenteet & lääketieteelliset termit	ym. (2018), Or ym. (2009)
Integroitunut terveydenhuollon järjestelmä, kaksisuuntainen kommunikaatio & valmius muutokseen yksilön ja organisaation tasolla	Kirjallisen potilastiedon katoaminen, potilasdokumentit eivät sisällä kaikkea tarvittavaa tietoa & tieto on epätäsmällistä tai piilotettuna dokumentteihin	Andersson & Helms (1993), Jusela ym. (2017), King ym. (2018), Martin ym. (2007), Wilbanks ym. (2018)
Potilaan ja läheisten osallistaminen	Potilas, potilaan kognitiivinen tilanne, potilaan läheiset & akuutisti sairaisiin potilaisiin liittyvät lisääntyneet vaatimukset	de Lange ym. (2018), Godfrey ym. (2013), Hibberd (1998), Jeffs ym. (2017), Kollerup ym. (2018), Martin ym. (2007), O'Donnell (2007), Schnipper ym. (2017)
Tehokas ja tyhjentävä vuorovaikutus, jaettu ymmärrys, jaettu vastuu & ymmärrettävä kieli	Puutteelliset tietojärjestelmät: verkostoitumisen, tietostandardien ja tiedonvaihtokyvyn puuttuminen & yksisuuntainen informaation virta	Callaly ym. (1998), Chaboyer ym. (2004), de Lange ym. (2018), Jusela ym. (2017), McCormack ym. (2008), Schnipper ym. (2017)
Tiedon välittäminen suullisesti & kirjallisesti, tarkistuslistaan mukautettu vakioprotokolla	Kotiuttaminen virka-ajan ulkopuolella, akuutti, kiireinen tai ruuhkainen tilanne & monitieteellinen tiimityöskentely	Andersson & Helms (1993), Bost ym. (2011), Gu ym. (2012), Hibberd (1998), de Lange ym. (2018), Johnson ym. (2003), King ym. (2018), Olsen ym. (2013), McKenna ym. (2014), Smith & Alexander (2012), Giske ym. (2018), Wilbanks ym. (2018)
	Hoitotyön teorioiden yleisyys ja monimutkaisen terminologian soveltaminen hoitotyön teoriassa (vaikuttaa heikkolaatuiseen viestintään hoitotyössä ja monitieteellisissä ryhmissä)	McKenna ym. (2014)

Kommunikaatio terveydenhuollon ammattilaisten välillä on ratkaisevan tärkeää tiedonkulun kannalta sekä hoidon suunnittelun ja hoidon siirtymisen helpottamiseksi. Kommunikaatio liittyy laatu- ja turvallisuusasioihin sekä riskien vähentämiseen. (Olasoji ym. 2018.) Tietoa on kyettävä välittämään sellaisessa muodossa, joka takaa tehokkaan tiedon ja hoidon vastuun siirtymisen (Johnson ym. 2003). Täsmällisesti siirretty tieto varmistaa potilaan hoitovastuun vaihdon yhdeltä terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle (de Lange ym. 2018). Kun hoidon siirtymisiä tapahtuu, potilaiden tyytyväisyys ja

luottamus lisääntyvät, jos potilaan hoidon tarjoajia informoidaan ja viestit ovat johdonmukaisia (Durbin ym. 2012).

Tiedon vaihtamisen mekanismit yhdestä terveydenhuollon tapahtumasta toiseen ovat keskeinen ainesosa, jotta ammattilaiset voivat koordinoida hoitoa keskenään, ajan kuluessa (Durbin ym. 2012). Turvallisessa järjestelmässä potilaan hoitovastuun vaihtamisen yhteydessä tieto ei katoa tai ole saavuttamatonta tai unohdettua (Smeulers ym. 2014). Tiedon siirtäminen käsittää potilaan hoitovastuun siirtämisen ”tekniset näkökohdat”, eli kliinisen tiedon välittämisen ja potilaan hoitovastuun siirtävän organisaation, jolla on mahdollisuus tukea tehokasta tiedon siirtoa terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Manser ym. 2010). Relevanttia potilastietoa koskeva tehokas vuorovaikutus strukturoidulla ja standardoidulla formaatilla sisältää aktiivisen taidon kuunnella kuin myös potilaan osallistumisen mahdollistamisen (de Lange ym. 2018). Tiedolla, jota vaihdetaan sairaalan ja kotisairaanhoidon välillä, on huomattava vaikutus ikääntyneen kokemukseen hoidon yhteensovittamisesta (Olsen ym. 2013).

### 3.4 Aihealueeseen kohdistuneet aiemmat tutkimukset

Aihealueeseen liittyvät aiemmat, tähän kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset (LIITE 2) oli suoritettu vuosien 1993 – 2018 välillä USA:ssa (2), Australiassa (4), Isossa-Britanniassa (1), Tanskassa (2), Norjassa (1) sekä Kanadassa (1).

Andersonin ja Helmsin (1993) kotiuttamisen malleja ja niihin liittyvää kommunikaatiota käsittävän epäkokeellisen ja retrospektiivisen tutkimusasetelman tarkoituksena oli selvittää johtavatko sairaaloiden käyttämät erilaiset kotiutuksen suunnittelun mallit viestinnän laadun ja määrän eroihin kotihoitoon siirrettyjen potilaiden kohdalla. Tutkimuksen aineisto käsitti kuusi kotiuttamisen mallia ja 300 kotisairaanhoidon lähetettä. Kuvailevan tilastotieteen avulla analysoitu aineisto osoitti, miten noin puolet oleellisesta tiedosta siirtyy eteenpäin, siirretyn tiedon ollessa luonteeltaan yleisluontoista, sekä miten valittu kotiuttamisen malli vaikuttaa tiedon määrään ja sen luonteeseen.

Bostin ym. (2010) laatima kirjallisuuskatsaus liittyen potilaan kliniseen hoitovastuun vaihtamiseen ensihoidon ja sairaalan päivystysosaston välillä käsitti 252 dokumenttia ja kahdeksan tutkimusta. Kirjallisuuskatsauksen aineistoa analysoitiin kriittisesti, minkä jälkeen tuotiin esille, miten potilaan hoitovastuun vaihtamisesta sekä puutteellisesti suoritettujen siirron seurauksia koskevasta tiedosta löytyy aukkoja, kuten niitä löytyy myös henkilöstön käsityksissä ja koulutuksessa liittyen potilaan siirtämiseen, sekä siirtojen parantamiseen suositeltujen strategioiden arvioimisessa.

Callally ym. (1998) kuvasivat tarkemmin tutkimusmenetelmää tai aineistoa erittelemättä integroidun tietokoneistetun mielenterveyspalveluiden potilastietojärjestelmän (MH-PIMS) teoreettista viitekehystä ja kehittämistä. Tutkimus osoitti tietojärjestelmän hyödyllisyyden auditoinnissa ja strategisessa suunnittelussa tarjoten myös tehokkaan avun asianhallintajärjestelmän funktioon psykiatrialla fasilitoimalla asiakkaiden asianmukaista seuranta, vahvaa kliinistä vastuuvollisuutta sekä johdon päätöksenteon ja laadunvalvonnan tukea.

Cutcliffen ja Grantin (2001) grounded theory -tutkimuksen avulla tarkasteltiin periaatteita ja prosesseja, joita psykiatriset sairaanhoitajat hyödyntävät toivon herättämiseen kognitiivisesti heikentyneissä ikääntyneissä, tutkimuksen tarkoituksena oli myös tuottaa integroitu käsitteellinen viitekehys toivon innoitusta varten. Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla yhden opetussairaalan osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 5), aineistoa analysoitiin jatkuvan vertailun menetelmän avulla. Johtopäätöksenä oli, miten pätevä osaston hoitohenkilökunta herättää toivoa integroidun prosessijärjestelmän ja periaatteiden kautta, joka mahdollistuu hyödyntämällä pragmaattista tietoa ja ihmisten välisiä suhteita, joita tukevat humanismin periaatteet.

Hallin (2001) fenomenologinen tutkimus käsitteli tanskalaisten sairaanhoitajien elettyjä kokemuksia pienen lapsen siirtämisestä tehohoitoyksikköön ja sieltä pois. Tutkimuksessa haastateltiin teho-osastolla, vastasyntyneiden osastolla ja lastenosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 19), aineistoa analysoitiin induktiivisesti fenomenologisten metodien avulla. Tutkimuksen tuloksena oli, miten vastuuvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksistaan ja vaikka sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista velvollisuuksista, joita heillä

oli tässä tilanteessa, vastuut eivät aina sisältäneet potilasta vastaanottavan yksikön kollegoita. On myös suositeltavaa, että hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksista keskustellaan enemmän kliinisessä hoitotyössä.

Johnsonin ym. (2003) systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa tarkasteltiin terveyteen liittyvän tiedon välittämisen tehokkuutta suullisesti välitetyn tiedon ohella sairaalasta kotiutuneille potilaille ja näiden läheisille, sisälsi kaksi lasten sairaalasta kotiuttamista käsittelevää tutkimusta (n = 320), aineisto analysoitiin kahden arvioijan toimesta, viisi askelta sisältävän analyysimetodin avulla. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, miten suullisen ja kirjallisen terveyteen liittyvän tiedon tarjoaminen lisää merkittävästi tietoa ja tyytyväisyyden astetta.

Kendallin ym. (2007) tutkimukseen sairaanhoitajien (n = 8) asenteista liittyen omaan rooliinsa työskennellä yhteistyössä farmaseutin kanssa potilaiden kotiutuksen lääkehoitoon liittyvässä ohjauksessa aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluiden avulla. Aineisto analysoitiin deskriptiivisen laadullisen analyysin avulla. Tutkimus osoitti, miten henkilökunnan laajamittaiselle kehittämiselle on tarvetta ja miten sairaanhoitajat eivät arvostaneet omaa rooliaan potilaiden lääkehoitoon liittyvässä ohjauksessa ennen potilaan kotiuttamista. Myös yhteistyö farmaseutin kanssa oli vastentahtoista ja oma rajallinen vastuunalaisuus hyväksyttiin potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen liittyen.

Kollerupin ym. (2018) etnografinen tutkimus vierailevien sairaanhoitajien lääkehoidon toteuttamisesta kotisairaanhoidossa potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen, potilaan lääkityksen avaintekijöiden tunnistamiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi, käsitti kotisairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien (n = 12) havainnointia ja haastattelua. Tutkimuksen aineisto analysoitiin neljä askelta sisältävän analyysimenetelmän avulla, tuloksena oli, miten sairaalasta kotiutumisen jälkeen kotisairaanhoidon toteuttamaa turvallista lääkehoitoa haastavat hoidon integraatio sekä konteksti, kuten myös hoitajan ja potilaan suhde.

Olsenin ym. (2013) tutkimus käsitteli sairaanhoitajien (n = 14) kokemuksia tiedonsiirtoa estävistä tekijöistä ikääntyneiden potilassiirtojen aikana. Fokusryhmähaastatteluilla



kerättyä aineistoa analysoitiin sisällön analyysin avulla ja tutkimuksen tuloksena oli, miten tiedonsiirron esteet liittyvät hoitajaan, ihmistenvälisiin prosesseihin ja organisaatioon.

Thomsonin ym. (2018) poikittaisessa tutkimusasetelmassa testattiin käsitteellistä mallia tekijöistä, joiden oletetaan vaikuttavan päivystyksen sairaanhoitajien (n = 231) potilaan hoitovastuun vaihdon laatuun vuorovaihteessa. Tutkimuksen aineisto analysoitiin kuvailevan tilastotieteen avulla, tutkimuksen tuloksena oli, miten heikkolaatuinen potilaan hoitovastuun vaihdon yhteydessä tapahtuva kommunikaatio voi johtaa negatiivisiin seuraamuksiin potilaille, sairaanhoitajille ja terveydenhuollon organisaatioille. Potilaiden sujuva kulku päivystykseen sekä positiiviset suhteet vuoron aloittavien ja lopettavien sairaanhoitajien välillä, kuten myös positiivinen ja turvallinen ilmapiiri sekä positiiviset ohjeistukset vaikuttavat positiivisesti potilaan hoitovastuun vaihtamisen laatuun.

Wilbanks ym. (2018) tutkivat perioperatiivisia hoidon siirtymiseen liittyviä tapahtumia, jotka vaikuttavat ammatillisesti epäeettiseen toimintaan, deskriptiivisen tutkimusasetelman avulla, jotta olisi mahdollista tunnistaa yleiset teemat, ennakkotapaukset ja seuraukset kliinisten käytäntöjen parantamiseksi ja tulevan tutkimuksen ohjaamiseksi. Aineisto (n = 19) poimittiin (AANA) -säätiön tietokannasta. Tutkimuksessa kuusi esille nousutta teemaa liittyivät potilaiden siirtämiseen asianmukaiseen hoitoon potilaiden tarpeiden perusteella, tuotantopaineeseen, klinikoiden itse suorittamiin potilasarviointeihin, tieteidenvälisen ryhmäviestinnän epäonnistumiseen, potilaiden riittämättömään seurantaan sekä hoidon siirtämiseen riskialttiiden potilaiden kohdalla.

Kirjallisuuskatsauksen yhteenvedona voidaan todeta, että sairaanhoitajan vastuuta koskien potilaaseen liittyvää tietoa tämän siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, on tutkittu niukasti. Tämä koskee myös yleistä sairaanhoitajan vastuuta liittyen potilasta koskevaan tietoon. Yhdestäkään tämän kirjallisuuskatsauksen 11:sta tutkimusartikkelista ei löytynyt viittausta sairaanhoitajaan tietoon liittyvään vastuuseen ikääntyneen potilaan siirtyessä päivystyksestä kotisairaanhoidon palveluiden piiriin. Kahdesta artikkelista löytyi epäsuora viittaus sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta

potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä ja viidessä artikkelissa oli muutoin epäsuora viittaus sairaanhoitajan vastuuseen koskien potilastietoa. Neljässä artikkelissa oli suora viittaus sairaanhoitajan vastuuseen koskien potilastietoa (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Viittaukset sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen

Suora viittaus sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen	Epäsuora viittaus sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen
<p><b>Cutcliff &amp; Grant (2001):</b> pragmaattisen tiedon avulla voidaan osoittaa sairaanhoitajien huolta omaamansa tiedon käytännön seurauksista.</p> <p><b>Kendall ym. (2007):</b> sairaanhoitajilla on velvollisuus välittää potilastietoa potilaalle</p> <p><b>Kollerup ym. (2018):</b> sairaanhoitajalla on vastuu potilastiedon huomioimisesta</p> <p><b>Thomson ym. (2018):</b> potilaan hoitovastuun vaihtoa käsittelevä kommunikaatio sisältää potilaisiin liittyvän tiedon ja velvollisuuden siirtymisen</p>	<p><b>Anderson &amp; Helms (1993):</b> vastuu potilastiedosta on kaikilla</p> <p><b>Bost ym. (2010):</b> potilastietoa koskeva vastuu siirtyy terveydenhuollon ammattilaisten välillä</p> <p><b>Callaly ym. (1998):</b> case managerin vastuulla on tietojen jatkuva päivittäminen</p> <p><b>Hall (2001):</b> sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista velvollisuuksista, jotka liittyvät potilaan siirtymiseen toimintayksiköiden välillä ja vastuovelvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksistaan</p> <p><b>Johnson ym. (2003):</b> potilastiedon välittäminen on hoitohenkilökunnan vastuulla</p> <p><b>Olsen ym. (2013):</b> kukaan ei ota vastuuta potilastiedosta</p> <p><b>Wilbansk ym. (2018):</b> ammatillinen vastuu ja tieto vaihdetaan yksilöiden kesken, potilaan hoidon hyväksi</p>

Andersson ja Helms (1993) tutkivat erilaisia kotiuttamisen malleja ja niihin liittyvää kommunikaatiota epäkokeellisen ja retrospektiivisen tutkimusasetelman avulla. Bost ym. (2010) puolestaan laativat kriittisen kirjallisuuskatsauksen liittyen potilaan kliniseen hoitovastuun vaihtamiseen ensihoidon ja sairaalan päivystysosaston välillä. Callaly ym. (1998) kuvasivat tarkemmin tutkimusmenetelmää erittelemättä integroidun tietokoneistetun mielenterveyspalveluiden potilastietojärjestelmän teoreettista viitekehystä ja kehittämistä. Cutcliffe ja Grant (2001) tutkivat grounded theory-tutkimusasetelman avulla periaatteita ja prosesseja, joita psykiatriset sairaanhoitajat hyödyntävät toivon herättämiseen kognitiivisesti heikentyneissä ikääntyneissä, Hall

(2001) puolestaan tutki fenomenologisen tutkimusasetelman avulla tanskalaisten sairaanhoitajien elettyjä kokemuksia pienen lapsen siirtämisestä tehohoitoyksikköön ja sieltä pois. Johnson ym. (2003) laativat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen määrittääkseen kirjallisen, terveyteen liittyvän tiedon välittämisen tehokkuutta suullisesti välitetyn tiedon ohella sairaalasta kotiutuneille potilaille ja näiden läheisille. Kendall ym. (2007) tutkivat sairaanhoitajien asenteita omaan rooliinsa liittyen, työskennellessään potilaiden kotiutuksen lääkehoitoon liittyvässä opettamisessa, yhteistyössä farmaseutin kanssa, keräämällä aineistoa fokusryhmähaastatteluiden avulla. Kollerup ym. (2018) sovelsivat etnografista tutkimusasetelmaa tutkiessaan vierailevien sairaanhoitajien lääkehoidon toteuttamista kotisairaanhoidossa potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen, tunnistaakseen potilaan lääkityksen avaintekijöitä potilasturvallisuuden parantamiseksi. Olsen ym. (2013) puolestaan hyödynsivät fokusryhmähaastatteluita omassa tutkimuksessaan, jossa kuvaillaan sairaanhoitajien kokemuksia tiedonsiirtoa estävistä tekijöistä ikääntyneiden potilassiirtojen aikana. Thomsonin ym. (2018) poikittaisessa tutkimusasetelmassa testattiin käsitteellistä mallia tekijöistä, joiden oletetaan vaikuttavan päivystyksen sairaanhoitajien potilaan hoitovastuun vaihdon laatuun vuorovaihteessa, Wilbanks ym. (2018) tutkivat perioperatiivisia hoidon siirtymiseen liittyviä tapahtumia, jotka vaikuttavat ammatillisesti epäeettiseen toimintaan, deskriptiivisen tutkimusasetelman avulla.

### ***Suora viittaus sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen***

Suora viittaus sairaanhoitajan potilastietoon liittyvästä vastuusta on löydettävissä Cutcliffen ja Grantin (2001) artikkelista: sairaanhoitajan tietopohjan keskiössä on pragmaattinen tieto ja termiä "pragmaattinen" voidaan käyttää osoittamaan sairaanhoitajien huolta omaamansa tiedon käytännön seurauksista. Myös Kendallin ym. (2007) artikkelista löytyy suora maininta sairaanhoitajan potilastietoon liittyvään vastuuseen: lääkehoitoon liittyvässä potilaan opettamisessa, sairaanhoitajilla ja farmaseuteilla on samanlainen hoitovelvollisuus informoida potilasta tälle määrätystä lääkehoidosta. Kollerupin ym. (2018) artikkelissa on löydettävissä suora viittaus sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen: sairaanhoitajalla on oltava huomiokykyä, varsinkin hoidettaessa potilasta alentuneella kognitiivisella kapasiteetilla, ettei tärkeää potilastietoa jää huomioimatta. Suora viittaus sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta on löydettävissä myös Thomsonin ym. (2018) artikkelista:

vuoronvaihteessa sairaanhoitajien keskinäinen, potilaan hoitovastuun vaihtoa käsittelevä kommunikaatio sisältää potilaisiin liittyvän tiedon ja velvollisuuden siirtymisen.

***Epäsuora viittaus sairaanhoitajan potilastietoa koskevaan vastuuseen***

Epäsuora viittaus sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta terveydenhuollon toimintayksiköiden välisessä siirtymisessä on löydettävissä Hallin (2001) artikkelista: vastuuvelvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksestaan ja sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista tilanteeseen liittyvistä velvollisuuksista. Wilbanksin ym. (2018) artikkelista on löydettävissä epäsuora viittaus sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta hoidon siirtymisen yhteydessä: hoidon siirtymisen voi määritellä paitsi ammatillisen vastuun vaihtamiseksi potilaan hoidon hyväksi, myös tiedon vaihtamiseksi yksilöiden kesken.

Andersonin ja Helmsin (1993) tutkimusartikkelissa esille tuomat viisi kotiutuksen mallia eivät ole käytännön malleja, vaan pikemminkin yksinkertaisia kuvauksia siitä, kenen vastuulla on potilastietojen valmistelu ja niiden vaihtaminen. Epäsuora maininta sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta terveydenhuollon toimintayksiköiden välisessä siirtymisessä on löydettävissä Andersonin ja Helmsin (1993) artikkelista: vastuuta potilastiedoista ei ole tarkasti määritelty, sillä tietojen katsotaan olevan kaikkien vastuulla. Bostin ym. (2010) artikkelista löytyy epäsuora viittaus sairaanhoitajan potilastietoon liittyvään vastuuseen potilaan siirtyessä ensihoidosta päivystykseen: potilaan kliinistä tilannetta koskevan tiedon vastuu siirtyy yhdeltä terveydenhuollon ammattilaiselta toiselle, ammatillisen vastuullisuuden ja velvollisuuden ohella. Epäsuora viittaus sairaanhoitajan potilastietoon liittyvästä vastuusta on löydettävissä myös Callalyn ym. (1998) artikkelista: case managerin vastuulla on tietojen (myös demografisten) jatkuva päivittäminen, tilannekatsausten tapahtuessa ja palvelusuunnitelmien valmistuessa. Johnson ym. (2003) mainitsevat, miten potilaan kotiutuessa hoitoon liittyvän oikea-aikaisen, ymmärrettävän ja tehokkaan tiedon välittäminen on hoitohenkilökunnan vastuulla, sairaanhoitajaa ei ole eritelty tiedon antajaksi, mutta esille tuodaan se, miten tiedon tarjoaminen sairaalasta kotiutuville potilaille on osa useimpien terveydenhuollon työntekijöiden jokapäiväistä käytäntöä. Epäsuora viittaus sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta terveydenhuollon toimintayksiköiden

välisessä siirtymisessä on löydettävissä myös Olsenin ym. (2013) artikkelista: kukaan sairaalasta ei ottanut vastuuta informoida kotisairaanhoidon potilaan sairaalaan kirjaamisesta, joten kotisairaanhoidon sairaanhoitajat eivät aina pystyneet välittämään tarvittavaa tietoa sairaalaan. Olsenin ym. (2013) tutkimus oli erittäin hyödyllinen, sillä sen esille nostamat puutteet tiedon vaihtamisessa potilassiirtojen aikana ovat tuttuja monissa eri maissa ja terveydenhuollon järjestelmässä tehden tutkimustuloksista todennäköisesti laajalti siirrettävät.

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä sisältää sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä?
2. Mitkä ovat kotiutusprosessiin liittyvät tiedon välittämistä edistävät ja estävät tekijät ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä?

#### 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

##### 5.1 Tutkimusasetelma

Tutkimusasetelma oli kuvaileva. Tutkivat ja kuvailevat tutkimusasetelmat ovat hyödyllisiä silloin, kun kiinnostuksen kohteena olevasta ilmiöstä on vähän tietoa ja uuden tiedon löytämisessä ymmärretään tiettyyn aiheeseen liittyviä merkityksiä (Olasoji ym. 2018). Kuvailevan ja tutkivan tutkimusasetelman (*a descriptive exploratory design*) avulla on mahdollista fokusryhmän avulla saada tietoa sairaanhoitajien asenteista, uskomuksista ja käsityksistä koskien tiedon vaihtamista (Olsen ym. 2013). Kuvailevan luokittelun avulla voidaan kuvata tutkittavaa, käsitteellistä ilmiötä rajatusti sekä avata tietoa mm. ilmiön käsitteistä ja suhteista niiden välillä. (Stolt ym. 2016.)

Tutkimusasetelma muuntui kevään 2020 COVID 19 -pandemian myötä siten, että suunnitelluista fokusryhmähaastatteluista osa muuttui yksilö- tai parihaastatteluiksi.

## 5.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja osallistujat

Tutkimuksen kohderyhmää olivat yhden sairaanhoitopiirin alueella päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat. Haastateltavien mukaanottokriteerit olivat 1) sairaanhoitajan tutkinto (haastateltavien tuli olla laillistettuja sairaanhoitajia) ja 2) työkokemus (3 – 50 vuotta). Haastatteluihin pyrittiin rekrytoimaan heterogeeninen ryhmä, jotta olisi mahdollisuus kerätä kattavasti käsityksiä sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon eri toimintayksiköiden välillä.

## 5.3 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Kutsu osallistua tutkimuksen fokusryhmähaastatteluihin lähetettiin yhden sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevaan päivystykseen noin 345:lle henkilölle, joista tutkimukseen mukaan ilmoittautui yhdeksän sairaanhoitajaa.

Tutkimukseen osallistui yhteensä yhdeksän sairaanhoitajaa ( $n = 9$ ). Aineistonkeruumenetelmänä oli haastattelu ja tutkimuksen aineisto kerättiin yksilö- ja fokusryhmähaastatteluilla (LIITE 4), joista viimeisellä Mäntyrannan ja Kailan (2008) mukaan viitataan erilaisia näkökulmia esille nostavaan ryhmäkeskusteluun, jossa ylläpitäjän roolissa toimii haastattelija. Haastatteluihin osallistuvilta kerättiin taustatiedot lomakkeella (LIITE 5), johon jokainen osallistuja täytti itse taustatietonsa ennen haastattelun alkamista.

Fokusryhmähaastattelut tarjoavat arvokkaan, laadullisen työkalun käsityksien ja asenteiden keräämiselle. Fokusryhmähaastattelun etuna yksilöhaastatteluun nähden on sen synerginen vaikutus ryhmän jäsenten kesken. Fokusryhmähaastattelun avulla voi kerätä todellisen elämän informaation soveltamalla kommunikaation sosiaalisia prosesseja ja muiden haastateltavien suoman vertaistuen antamaa vapautta ilmaista

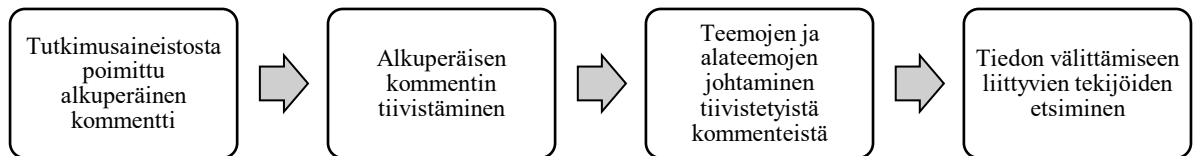
mielipiteitä ja asenteita. Fokusryhmähaastatteluun osallistuvien keskinäinen vuorovaikuttaminen toimii myös informaatiota vahvistavana, muiden ollessa samaa tai eri mieltä, jolloin oleellisten teemojen tunnistaminen aineistosta voi tehostua. (Kendall ym. 2007.) Menetelmällä voidaan saada tietoa sekä yksilöiden että ryhmän kannalta (Goodwin & Happel 2009). Sairaanhoidajia haastatellessa tutkijan rooli on johdatella keskusteluun, rohkaista avoimeen keskusteluun ja osallistaa kaikkia mukanaolijoita (Olsen ym. 2013).

Yksilö- ja fokusryhmähaastattelut toteutettiin 2020 maaliskuu- ja huhtikuun aikana yhden sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevassa päivystyksessä. Jokaiselle haastateltavalle esitettiin tätä tutkimusta varten laadittu case, tapaus Lea (LIITE 6), joka toimi haastattelussa tapahtuvan keskustelun herättäjänä. Haastatteluista yksi oli suunnitelman mukainen fokusryhmähaastattelu (kolme haastateltavaa), yhdessä haastattelussa oli kaksi osallistujaa ja loput neljä olivat yksilöhaastatteluita. Aikaa työajalla suoritettuihin kuuteen haastatteluun käytettiin noin kolmesta minuutista 16:sta minuuttiin per haastattelu. Äänitetyt haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Haastatteluista saatu tutkimusaineisto taulukoitiin Exceliin ja analysoitiin kvalitatiivista sisällönanalyysia soveltaen, jolloin Olsenin ym. (2013) mukaan on mahdollista saada esille toistettavia ja valideja päätelmiä. Tutkimusaineisto pilkottiin osasiin, joista pyrittiin löytämään yhteneväisyyksiä, jotka kuvastivat sairaanhoitajan käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Gläser-Zikudan ym. (2020) mukaan aineistosta voi poimia haastateltavan esittämän maininnan tai viittauksen, minkä jälkeen on mahdollista muodostaa tästä maininnasta tai viittauksesta määritelmä, jonka perusteella voi muodostaa kategorian. Tämän tutkimuksen aineistoa analyysi eteni Gläser-Zikudan ym. (2020) esittelemällä tavalla, eli nostamalla alkuperäisiä kommentteja haastatteluista saadusta aineistosta ja muodostamalla näistä tiivistettyjä kommentteja, joista teemat ja alateemat johdettiin, minkä jälkeen aineistosta etsittiin tiedon välittämistä edistäviä ja estäviä tekijöitä

ikäntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Aineiston analyysistä muodostettiin kuvio (KUVIO 2).



KUVIO 2. Aineiston analyysi

Laadullisessa tutkimusasetelmassa on yleistä soveltaa laadullista sisällönanalyysia. Sisällönanalyysin määrittelytapoja on useita, yleinen määritelmä on systemaattinen ja objektiivinen dokumenttien analysoinnin mahdollistuminen. Sisällönanalyysin avulla kuvaillaan tutkittavana olevaa ilmiötä, josta muodostetaan erilaisia käsitteitä tai niitä kuvaavia kategorioita. (Kyngäs ym. 2011.) Sisällönanalyysin metodia käytetään usein hoitotieteessä, jotta voidaan ymmärtää tietolähteen kokemuksia (Olsen ym. 2013).

Tutkittavan ilmiön kuvaamiseen ja jäsentämiseen soveltuvat laadulliset aineiston käsittelymenetelmät (Stolt ym. 2016). Sisällönanalyysia voidaan määritellä eri tavoin, ja menetelmän avulla voidaan kuvailla tutkittavaa ilmiötä ja käsitteitä sekä käsitteiden välisiä suhteita. Aineisto johdattaa induktiivista sisällönanalyysin tekemisen tapaa, deduktiivisen sisällönanalyysin pohjalta puolestaan löytyy aiempaa tietoa, jonka ympärille rakennetaan analyysirunkoa. (Kyngäs ym. 2011.)

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistuvilta (n = 9) kysyttiin taustatiedot liittyen syntymävuoteen, sukupuoleen ja työkokemukseen sairaanhoitajan ammatissa. Kaikki tutkimukseen osallistujat työskentelivät yhden sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevassa päivystyksessä.



Osallistujista naisia oli kahdeksan kappaletta ja miehiä yksi kappale. Osallistujien työkokemus vaihteli kahden vuoden ja 10 kuukauden ja 38 vuoden välillä. Tutkimukseen osallistuvien taustatiedoista laadittiin taulukko (TAULUKKO 3).

TAULUKKO 3. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Taustatiedot	n
<b>Sukupuoli</b>	
Nainen	8
Mies	1
<b>Työkokemus sairaanhoitajana vuosina</b>	
3	3
≥ 4 – 10	1
≥ 10 - 20	1
≥ 20 - 50	4
<b>Ikä</b>	
50 – 60 vuotta	3
40 -50 vuotta	2
30 – 40 vuotta	2
20 – 30 vuotta	2

## 6.2 Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu

Haastatteluista nousi esille yhdeksän teemaa, jotka ovat vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, vastuu potilaasta, sairaanhoitaja ja organisaatio, kotiuttaminen yöaikaan, potilas ja läheiset, kirjallinen tieto, raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot, kiire tai unohtaminen sekä sähköiset tietojärjestelmät. Jokaisen teeman alle muodostettiin alateemoja (TAULUKKO 4.)

TAULUKKO 4. Teemat ja alateemat

Teema	Alateemat
<b>Vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta</b>	<i>Tiedon välittyminen, tiedonkulun varmistaminen, vastuu ja velvollisuus, potilaan kotiuttaminen, kotisairaanhoito ja päivystys, kirjallinen ja suullinen tieto, tiedon</i>

	<i>unohtaminen tai katoaminen, potilaan hoitoon liittyvät epäselvyydet, potilaan ymmärryksen varmistaminen, Omakanta ja potilaan lääkehoito</i>
<b>Vastuu potilaasta</b>	<i>Jaettu vastuu, potilaan hoitovastuun vaihtaminen, kotiuttamisen suunnittelu ja varmistaminen ja eriävät näkemykset</i>
<b>Sairaanhoitaja ja organisaatio</b>	<i>Perehdyttäminen hoitovastuun vaihtamiseen, pätevyyden luontaisen työn haasteellisuus, omahoitajuus ja tiedontarpeen vaihtelu organisaatiosta riippuen</i>
<b>Kotiuttaminen yöaikaan</b>	<i>Potilaan oma tahto, annetun tiedon varmistaminen, kotiuttamiseen liittyvä epäselvyys, potilaan kotiuttamisen ja kotona pärjäämisen varmistaminen ja kotiuttamisesta ilmoittaminen</i>
<b>Potilas ja läheiset</b>	<i>Potilaan tilanteen arvioiminen, potilaan toiminnan ymmärtäminen ja tukeminen, potilaan hoidossa mukana olevien toimijoiden eriävät näkemykset, kulttuuri, läheinen potilaan hoidossa ja potilas tiedonkulun esteenä</i>
<b>Kirjallinen tieto</b>	<i>Kirjaamisen merkitys ja kirjallisen tiedon välittäminen ja hoidon turvaaminen</i>
<b>Raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot</b>	<i>Yhteystietojen ja yhteydenoton merkitys ja raportointiin liittyvä epäselvyys</i>
<b>Kiire tai unohtaminen</b>	<i>Tiedon katoaminen, tiedon välittämisen tai sisäistämisen estyminen ja hoitotyön asettamat haasteet</i>
<b>Sähköiset tietojärjestelmät</b>	<i>Sähköisen tiedonvälittämisen merkitys ja yhteensopivat järjestelmät</i>

Sairaanhoitajan tietoon liittyvään vastuuseen, ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, sisältyy paitsi potilaan turvallisen kotiutumisen varmistaminen ja lääkehoidon turvaaminen, myös tiedon välittäminen terveydenhuollon toimijoiden kesken. Sairaanhoitajan vastuulla on selvittää potilaaseen liittyvää tietoa, jonka lisäksi tiedon välittyminen oikealle henkilölle on varmistettava. Sairaanhoitajan tulee omata vastuullisuuden lisäksi vastuuntuntoa, joka ratkaisee tiedon välittämisen, tiedon ollessa välitettävissä. Sairaanhoitajan potilastietoon liittyvä vastuu sisältää myös potilaan oikeuden saada tietoa ja potilaan ymmärryksen saamastaan tiedosta, jonka lisäksi potilaan on kyettävä välittämään tätä tietoa eteenpäin.

Haastatteluista saatuja tuloksia verrattiin kirjallisuuskatsaukseen, laatimalla haastattelun pohjalta muodostetuista yhdeksästä teemasta ja alateemoista sekä kirjallisuuskatsauksesta taulukko (LIITE 9). Haastatteluiden aineistosta muodostetusta yhdeksästä teemasta, ensimmäiset kaksi teemaa, vastuu potilaasta ja vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta,

vaikuttavat tiivisti toisiinsa limittyneiltä ja vaikeilta erottaa toisistaan. Myös muut seitsemän teemaa ja kaikkien teemojen alateemat ovat yhteydessä toisiinsa, ollen ajoittain myös päällekkäisiä.

### 6.2.1 Vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta

Sairaanhoitajan vastuulla on tiedon välittyminen toimijoiden kesken, terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä. Tiedon välittyminen on jokaisen sairaanhoitajan vastuulla. Jokaisella sairaanhoitajalla tulee olla vastuullisuuden lisäksi vastuuntuntoa, mikä ratkaisee tiedon välittymisen, sillä tieto on välitettävissä. Sairaanhoitajan välittäessä kollegalle suullisesti potilaaseen liittyvää tietoa jotain tulee melko varmasti unohtumaan. Kirjaamista voidaan vähätellä, mutta kirjatun tiedon kollega voi itse lukea, jolloin tiedon välittyminen ei katkea, eikä tieto joudu kadoksiin.

*”Sairaanhoitajan vastuulla on mun mielestä se tiedon välittyminen sinne toisen toimijan luo.” (haastattelu III) ”Tää on vaikee. Mä sanoisin, et se on jokaisen yksittäisen hoitajan vastuulla. Vastuuntunto, vastuullisuus sil hoitajalla. Se ratkaisee sen, et välittyys se tieto, koska kyl tieto on välitettävissä.” (haastattelu IV)*

*”Vaikka mä kuin kertoisin sulle nyt viimesen kahdeksan tunnin asiat niin mä unohdan taatusti jotain. Niin se, että kun se on kirjattu niin sit sä luet sen sieltä ja sillon se siirtyy niin kun eteenpäin, eikä niin että kirjaamista vähätellään sen takia että hölistään vaan jonkun kanssa...” (haastattelu VI)*

Sairaanhoitajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta sisältää myös sen, että potilas ymmärtää miksi häntä on hoidettu päivystyksessä ja tietää, miten hoitoa on tarkoitus jatkaa. Potilaalla on myös oikeus saada tietää päivystyksessä annetun hoidon sisältö, kuten esimerkiksi tehdyt tutkimukset, diagnoosit ja suunnitelmat. Kenenkään ei tulisi kotiutua päivystyksestä ilman, että ymmärtää mitä päivystyksessä on tehty ja miksi on toimittu siten, kuin on toimittu, sekä mikä on ajatuksena jatkoon suhteen.

*”No, kyl mun mielestä sairaanhoitajan vastuulla on se että potilas ymmärtää ja on tietonen siitä että miksi häntä on hoidettu ja mitä on niin kun hoidon se jatkosuunnitelma...” (haastattelu VI)*

Sairaanhoitajan tulee antaa potilaalle tietoa siten, että potilas ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee välittämään saamaansa tietoa eteenpäin. Sen lisäksi, että potilas on saanut tarvitsemansa tiedon, olisi varmistettava, että potilas ymmärtää mitä sairaanhoitaja tai lääkäri on hänelle sanonut ja että potilas kykenee välittämään saamansa tiedon eteenpäin.

*”Niin, et kyl se pitää se tieto antaa sille potilaalle niin että hän sen ymmärtää ja hän pystyy siirtämään sen tiedon eteenpäin.”* (haastattelu VI)

*”...mutta siis potilaan kuuluu tietää ja niin...niin se, että se tavallaan tarvittaessa osaa toistaa sen, että se ymmärtää myöskin sen, että mitä minä olen sille sanonut tai lääkäri tai joku muu.”* (haastattelu VI)

Terveydenhuollon ammattilainen voi koulutuksensa johdosta ymmärtää tietoa eri tavoin ja tieto voi avautua selkeämmin ammattilaiselle kuin potilaalle. Potilas voi myös kokea stressiä joutuessaan potilaaksi päivystykseen, jolloin kyky tiedon vastaanottamiseen voi alentua, mikä korostaa kirjallisen tiedon potilaalle antamisen merkitystä. Potilasta voidaan myös ohjata Omakantaan huomioiden sen, etteivät kaikki potilaat välttämättä ole tietoisia Omakannasta ja sen, että tieto siirtyy Omakantaan viiveellä. Potilaan hoitoon liittyvä kirjaaminen voi jäädä vaillinaiseksi ja lääkärin sanelu ei välttämättä ole saman tien luettavissa, jolloin kotisairaanhoitoa ja omaista on ohjeistettava tarkastamaan potilasta koskevaa tietoa Omakannasta. On huomioitava, että potilas ja omaiset eivät välttämättä ole terveydenhuollon ammattilaisia, jolloin kirjallisen tiedon välittämisen ja tiedon siirtymisen Omakantaan on varmistettava.

*”...se on stressaantunut siitä niin se vastaanotto... informaation määrä mitä se kykenee vastaanottamaan, on keskimäärin kaks asiaa...ne näkyy Omakannasta, mutta ei ne näy siellä saman tien sillä sekunnilla eikä kaikki osaa mennä, eli siinä mielessä se kirjallisen informaation antaminen pitäis olla suuremmas roolissa mitä se tällä hetkel on...ehkä joskus pääsee unohtumaan meiltä kaikilta että ne potilaat on maallikoita.”* (haastattelu VI)

Hoidon jatkuvuuden kannalta merkittävimpiä asioita on tiedonkulun varmistaminen, hoidon kärsiessä tiedonkulun katkeamisen myötä. Tiedon välittyminen perille ei ole aina varmaa, mutta sitä voi varmistaa ottamalla puhelimitse yhteyttä kotisairaanhoidossa työskentelevään sairaanhoitajaan ja kertomalla, että potilaalle on annettu päivystyksestä kotiutuessa mukaan kirjalliset tulosteet.

*”Hoidon jatkuvuuden kannalta... Varmaan tärkeimpiä asioita sen vanhuksen hoidon kannalta, koska jos se tiedonkulku katkee, niin hoito kärsii suoraan siitä.”* (haastattelu V)

*”Onhan niis aina riskinsä sitten, meneekö tieto perille saakka vai ei. Ainakin puhelinsoitto sinne perään sille kotisairaanhoidajalle, et on tommoset laitettu rouvan mukaan, niin kans vähentää sitä riskiä.”* (haastattelu V)

Sairaanhoidajien potilaaseen liittyvää tietoa tulee välittää eteenpäin potilaan kotiuttamisen yhteydessä, ja jos potilas ei ole kotikuntoinen, sairaanhoidajan tulee tuoda tämä seikka esille. Tähän liittyvää keskustelua on käyty usein ja yleensä sairaanhoidajan päätöstä kunnioitetaan. Sairaanhoidajan vastuulla on potilaan siirtäminen toisen terveydenhuollon toimintayksikön vastuulle siten, että mukana siirtyy riittävästi tietoa, suullisesti ja kirjallisesti. Haastatteluissa tuotiin myös esille, miten vastuu potilaasta kattaa potilaan kuljetuksen varmistamisen, kuten myös omaisten tiedottamisen potilaan kotiuttamisesta

*”Toki siis se, et meidän pitää myös se tieto jakaa siit potilaast. Se tieto, mit meillä on....”* (haastattelu IV)

*”Sairaanhoidajan vastuu on siirtää se potilas sen toisen terveydenhuollon yksikön hoidon piiriin riittävillä tiedoilla. Suullisen raportin kautta ja lisäksi sit vielä ..niin kirjallisen ohjeen mukaan.”* (haastattelu IV)

*”No varmistetaan se kyyti, millä se pääsee...omaisille pitää ilmoittaa, et saadaan ne omaiset kiinni.”* (haastattelu II)

Vastuu potilaaseen liittyvästi tiedosta sisältää potilaan myös lääkityksen varmistamisen, mikä sisältää mahdollisten lääkitysmuutosten ohella päivystyksessä annetut tai antamatta jääneet lääkkeet, mutta myös vastuun lääkityksen jatkohoidon toteuttamisesta. Sekä kotisairaanhoidossa että päivystyksessä työskentelevillä sairaanhoidajilla on vastuu potilaan lääkitykseen liittyvästä tiedosta; päivystyksessä on huolehdittava potilaalle aloitetun antibioottikuurin merkitsemisestä potilaan lääkelistalle ja kotisairaanhoidon on puolestaan huolehdittava, että potilaan kotilääkitys on päivystyksen hoitajien tiedossa.

*”...jos hänellä on muutettu jotain lääkkeitä niin pitää olla tietyt lääkkeet, niin kun kirjattu mitä lääkkeitä hän on saanu päivystyksestä, onko jotkut lääkkeet jääny saamatta tai onko hänellä alotettu uusia lääkkeitä ja onko jotkut aloituslääkkeet annettu jo päivystyksessä vai annetaanko potilaalle mukaan*

*niitä lääkkeitä, jotka alotetaan esimerkiksi uutena lääkkeenä? Et saako hän ensimmäiset annokset kotiin ja kuka hakee apteekista lääkkeet jatkoon?”* (haastattelu III)

*”Ja lääkelista, et yhtä lailla, kun meidän pitää huolehtii täältä päivystyksestä sinne kotisairaanhoidoon, et potilaalle on alotettu vaikka antibiootti, niin se, et sieltä tulis se tieto, et mitä sillä menee siellä kotona.”* (haastattelu V)

Yksi haastateltava toi esille, miten kommunikoinnin eteen päivystyksestä kotisairaanhoidoon nähdään vaivaa, esimerkiksi on selvitettävä, milloin kotisairaanhoidosta saa kiinni hoitajia ja välitettävä tietoa suullisesti sekä kirjallisesti, sisällyttäen mukaan lääkärin epikriisin, sairaanhoitajan kirjaukset, laboratoriotulokset ym. Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu sisältää myös sen, että hoitaja varmistaa tiedon välittyneen oikealle henkilölle. Yksi haastateltava puolestaan mainitsi, miten vastuu potilaasta voi käsittää epäselvyyttä, esimerkiksi vaikka kotihoito saadaan yöaikaan kiinni, voi esiintyä epäselvyyttä liittyen siihen, mikä kotihoidon piiriin potilas kuuluu.

*”...kommunikointi sinne päin myöskin, et ottaa selville, et onks siel, mimmoses aikaa siel on ees hoitajii paikan päällä, just siel kotisairaanhoidossa ja tehdä se suullinen raportti ja sit se kirjallinen raportti, et odottaa, et en lääkärin paperit valmistuu ja on ite kirjannu ne, mitä on ite tehny ja kaikki labra-arvot ja muut.”* (haastattelu IV)

*”...ni sit niissä ollaa usei oltu hämillään et kuka tämä edes on, et ei oo ainakaa heijän niinku potilas...paljo on mun mielest semmosii epäselvyyksiä.”* (haastattelu I)

Myös kotisairaanhoidolla on vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, kotisairaanhoidon lähettäessä potilasta päivystykseen. Potilaan mukana tulisi olla kotisairaanhoidon yhteystiedot ja ajankohdat, koska kotisairaanhoidoa tavoittaa ja koska potilaan voi päivystyksestä kotiuttaa, yöllä vai aamulla. Näitä tietoja vaikuttaa kuitenkin olevan harvoin mukana. Kotisairaanhoidossa työskentelevän sairaanhoitajan tulee kyetä varmistamaan tarvittavien potilastietojen välittyminen päivystykseen. Päivystyksessä työskentelevällä sairaanhoitajalla on vastuu selvittää potilaaseen liittyvää tietoa, kuten esimerkiksi se, että potilas on kotisairaanhoidon asiakas. Myös päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan vastuulla on välittää tietoa kotisairaanhoidolle potilaan päivystyksessä saamasta hoidosta ja mahdollisista lääkitysmuutoksista.

*”Ja yhtä lailla olis tärkeä sit tavallaan, kun se potilas tulee sieltä kotisairaanhoidon lähettämänä tänne päin...Et siellä olis ne hyvät tiedot, kenelle soitetaan mihin aikaan vuorokaudesta voiko potilaan kotiuttaa keskellä yötä vai odotetaanko aamuun... Mut niit harvoin on...” (haastattelu IV)*

*”Sieltä kotoo se kotisairaanhoidon hoitajan täytyy pystyy varmistamaan, et tarvittavat tiedot siit potilaasta välittyä sinne päivystykseen...sit päivystyksestä kun kotiutuu, niin kyl siel päivystykses täytyy tietää, että siellä käy kotisairaanhoido ja viimeaikaisin tieto täytyy välittyä sinne myös, et mitä on tehty ja mitä lääkitysmuutoksii tullu.” (haastattelu V)*

## 6.2.2 Vastuu potilaasta

Haastatteluissa tuotiin esille, miten potilaasta kannetaan suurta vastuuta ja että hoitajan vastuulle kuuluu huolehtia potilaan turvallisesta kotiutumisesta. Lääkärillä ja sairaanhoitajalla voi kuitenkin olla eriäviä näkemyksiä potilaan kotiuttamisesta, ja tarvittaessa sairaanhoitajan on toimittava potilaan puolustajana. Sairanhoitaja on tekemisissä potilaan kanssa lääkäriä enemmän ja omaa siten enemmän tietoa, jonka perusteella arvioida potilaan kotiuttamista, kuljetusta kotiin ja pärjäämistä siellä.

*”Niin no onhan siin tietysti semmonen aika tota niinku suurikin vastuu...” (haastattelu I)*

*”...hoitajan vastuulla on niin kun huolehtia potilaan kotiutumisesta turvallisesti.” (haastattelu III) ”...mut et kylhän se hoitaja on sen potilaan kanssa enemmän tekemisissä ja tietää, et voiks hän esimerkiks kotiin mennä, kotisairaanhoidon piiriin, et mimmoses paikas hän asuu tai miten hän pääsee sinne tai näin, niin ei se lääkäri sitä välttämättä tiedä tai oo kiinnostunut...” (haastattelu IV)*

Haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että tietoon liittyvä vastuu sisältää potilaan kotiutumisen turvaamisen, joka sisältää kuljetuksen ja potilaan kotona vastaanottamisen varmistamisen. Kotisairaanhoidossa työskentelevillä on merkittävä vastuu potilaasta, sekä sairaanhoitajilla että lähihoitajilla. Tästä huolimatta kotisairaanhoidosta on voitu lähettää potilas päivystykseen riittämättömän tiedon kera, ja potilas voi myös oman tilanteensa vuoksi olla kyvytön kertomaan miksi on saapunut päivystykseen, jolloin päivystyksen sairaanhoitajan on tehtävä työtä asian selvittämiseksi. Potilaan kotiuttaminen tulisi myös suunnitella yhdessä kotisairaanhoidon kanssa jo ennen potilaan kotiuttamista, jota ennen tulisi tarkistaa kuka on ottamassa potilasta kotona vastaan ja että

potilaalla on kaikki tarpeellinen mukanaan, kuten esimerkiksi kotiavaimet. Potilaan kotiuttamisen yhteydessä kuljetus varmistetaan esimerkiksi Kela-taksin avulla, jolloin kuljettaja hakee potilaan hoitoyksiköstä, ei päivystyksen ulkoaulasta. Potilasta ei tule myöskään kotiuttaa, jos kukaan, kuten esimerkiksi omainen, ei ole potilasta kotona vastassa.

*”...mut et onhan heil kotisairaanhoidos aika isokin vastuu siit potilaasta.”*  
(haastattelu IV) *”...niin täs olisi pitänyt suunnitella jo etukäteen potilaan kotiutumista kotisairaanhoidon kanssa...ja pitää puhelimessa jo tarkistaa kenellä on avaimet ja kuka ottaa potilaan vastaan ja potilas pitää...”*  
(haastattelu III)

*”Kela-taksi tilata ja Kela-taksi pitää pyytää hoitoyksiköstä hakemaan potilas eikä mistään aulasta...ja potilasta ei missään tapauksessa saa kotiuttaa, jos siellä ei ole joku vastassa - joko omainen tai joka pystyy hoitamaan asioita...”*  
(haastattelu III)

### 6.2.3 Sairaanhoitaja ja organisaatio

Päivystyksessä ja kotisairaanhoidossa tulisi perehdyttää työn aloittavat, uudet sairaanhoitajat, jotta sekä potilaan päivystykseen lähettämistä että päivystyksestä kotiuttamista olisi mahdollista harjoitella. Tähän sisältyy myös sen sisäistäminen, mitä potilaaseen liittyviä papereita kotisairaanhoidosta tulisi lähettää potilaan mukana päivystykseen ja mitä papereita potilaan kotiutuessa päivystyksestä kotisairaanhoitoon. Koulutuksen lisäksi sairaanhoitajien perehdyttämisen yhteydessä tulee painottaa tiedon välittämisen tärkeyttä, sen ollessa merkittävä (muttei itsestään selvä) asia kaikille.

*”Ja tavallaan molempiin päihin enemmän sitä perehdytyst uusille työntekijöille, sekä kotisairaanhoitoon et meille, et sais kunnon siihen kotiuttamistilanteeseen. Ja sama sieltä siihen lähettämistilanteeseen, mitä paperei kuuluu lähettää mukaan, mitä meidän kuuluu lähettää mukaan.”*  
(haastattelu IV)

*”Koulutukses ja perehdytykses täytyy sitä (tiedon välittämistä) painottaa riittävästi, kuin tärkeä asia se on, jos ei se oo itsestäänselvyys ihmiselle. Kaikille se ei oo.”* (haastattelu V)

Yksi haastateltava toi esille, miten päivystys on haastava paikka aloittaa työ vastavalmistuneena sairaanhoitajana. Päivystyksessä potilaskontakti voi olla lyhyt ja jos



hoitaja on nuori tai ei omaa työkokemusta esimerkiksi vanhusten hoidosta, potilaan kokonaisvaltainen hoito voi olla haasteellista, sillä perspektiiviä liittyen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon voi olla vaikeaa hahmottaa. Päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat voivat myös ajatella, ettei potilaan jatkohoito ole heidän vastuullaan. Sairaanhoitaja, joka toimii potilaan omahoitajana, tuntee potilaan paremmin, hoitaessaan potilasta hoidon alusta sen loppuun. Katkeamattomassa vuorotyössä, kuten päivystyksessä, tämä ei onnistu, mikä korostaa vuoronvaihtojen välissä tapahtuvan raportoinnin ja potilaan hoitoon liittyvän kirjaamisen merkitystä. Päivystyksellinen työ on haastava, kiireen ja työssä olevien sairaanhoitajien niukan määrän vaikuttaessa potilaan hoitoon. Yksi haastatelluista sairaanhoitajista toi esille, miten potilaan hoito olisi perusteellisempaa, jos yhden sairaanhoitajan vastuulla olisi vain muutama potilas.

*”...että ihmiset eivät alottaisi uraansa päivystyksestä...jos sä olet tehnyt esimerkiks vanhuspuolella töitä tai jossain muualla... sä oot nähny sen elämän muultakin kantilta kun siltä et ihmiset tulee sisään ja lähtee 24 tunnin sisään pois ja kun kenellekään meille ei kuulu toi jatkohoito eikä meille kuulu mitkään muut tämmöset tavallaan meidän vastuulle, niin sitä ei myöskään mieti et miltä se tuntuu olla sil toisella puolella?...kyllä sitä toivois että ihmisillä olis elämän kautta työn kokemusta muualtakin kun akuutilta päivystysvastaanotolta koska se antaa siihen eri perspektiiviä - väitän - siihen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon.” (haastattelu VI)*

*”Se ei oo aina mahollista meillä, mutta se auttaisi, jos se potilaan hoito, tavallaan se meidän omahoitajuus siinä mielessä että jos mä hoidan sua alusta loppuun niin mä toki tunnen sun asiat paremmin. Et meillä se tietenkin katkee koska me tehdään katkeamatonta vuorotyötä ja seuraava jatkaa, mut se raportointi siellä välissä...” (haastattelu VI)*

*”...se meidän kiire ja käsien vähyys... et jos olis vaan muutama potilas omalla kontolla, niin taatusti ne tulis hoidettua perusteellisemmin, useammin, mut päivystys on haastavaa.” (haastattelu VI)*

Eri terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat eivät välttämättä ole tietoisia toisen organisaation rakenteesta tai siitä, millaista potilastietoa toisessa organisaatiossa tarvitaan. Pienessä organisaatiossa työskenteleville sairaanhoitajille potilaan tausta on tiedossa, isossa organisaatiossa tämä ei mahdollistu. Myös pienessä ja isossa organisaatiossa tiedontarpeet voivat olla erilaisia. Erilaisten käsityksen takana voi myös olla epäselvyyksiä, epäselviä ohjeita, erilaista tietoa ja muuttuneita toimintatapoja.

Yksi haastateltava toi esille, miten osastolla voi olla selkeämmät toimintatavat, kuin päivystyksessä.

*”...ne ei tiedä sitä, et kuin iso sit esimerkiks meidän ensiapu on, et ei ymmärrä sitä, et mitä kaikkee tietoo me välttämättä tääl tarvitaan, et kun tänne tulee...kun heil on kuitenkin se paljon pienempi, se heidän oma organisaatio...et tääl tarvitaan eri tavoil tietoo.”* (haastattelu IV)

*”...et ku on jotakin niinku epäselvyyksiä ja epäselvii ohjeita ja erilaista tietoo ja sit kun toimintatavaki on muuttunu ni sit voi olla hyvin monel eri käsitys asiasta.”* (haastattelu I) *”Et sit ku mä oon enne ollu tuol osastolla ni siel on ollu aika paljon niinku selkeempi kyl tilanne.”* (haastattelu I)

#### 6.2.4 Kotiuttaminen yöaikaan

Vaikka voidaan kysyä, miksi iäkäs potilas kotiutetaan yöaikaan, sillä yöaikaan kotiuttaminen voi aiheuttaa potilaassa hämmennystä, potilaan kotiuttaminen yöaikaan voi olla riippuvaista potilaan omasta tahdosta. Potilaan kotiutuessa päivystyksestä yöaikaan, potilas ei välttämättä kykene sisäistämään hänelle annettua tietoa, joten tietoa olisi annettava mukaan myös kirjallisesti. Epätietoisuutta toimintatavasta voi aiheuttaa, jos kotihoitoa ei saada yöaikaan kiinni.

*”...ni heti heräs vähän semmonen kysymys, ku noinkin iäkäs potilas oli laitettu niinku ensinnäkään just yöllä kotiin...että ku itekin jos keskellä yötä lähetettäis johonkin, ni olis varmasti jo siitäki jo vähän sillai pihalla...jos potilas o itse välttämättä halunnu kotiin yöllä lähteä.”* (haastattelu I)

*”...yöllä kotiutunu, niin onks hän semmoses tilas että hän esimerkiks pystyy sisäistämään kaikki hänelle kerrotut asiat? Et ois hyvä ehkä antaa ne kirjallisesti hänelle?”* (haastattelu VI)

*”...ja miten yöllä, kun ei joka alueel oo mitää yöpuhelinta käytössä tai muuta.”* (haastattelu I)

Haastatellut sairaanhoitajat toivat myös esille, miten potilaan kotiuttamiseen yöllä voi liittyä epäselvyyttä liittyen siihen, minkä kotisairaanhoidon piiriin potilas kuuluu. Yksi haastateltava oli sitä mieltä, ettei potilasta tule kotiuttaa yöaikaan, jos kukaan (esimerkiksi kotiutustiimin hoitaja) ei ole ottamassa potilasta vastaan. Haastatteluista nousi myös esille, että jos potilas kotiutetaan yöaikaan, potilasta ei tule viedä odottamaan

kotiutumista päivystyksen ulkoaulaan ja jos potilas kotiutetaan yöaikaan, tulee siitä ilmoittaa paitsi omaiselle, myös kotiutustiimille, joka on ensisijainen taho tekemään arviota potilaan tilanteesta yöaikaan.

*”Jos sojitetaan omaiselle ja sovitaan et omainen tulee häntä kotiin vastaan yöllä jollei sinne kotiutustiimiä ole saatavilla, mutta ensisijaisesti terveydenhuollon kotiutustiimi pitäisi saada sinne arvioo paikan päälle tekemään yöllä...”* (haastattelu III)

#### 6.2.5 Potilas ja läheiset

Vaikka sairaanhoitajan keskustelisi potilaan kanssa potilaan kanssa tämän asioiden hoitamisesta, huomioiden potilaan huonontuneen tilan vaikuttavan tämän päätöksentekoon liittyen omaan hoitoonsa, potilas voi sanoa olevansa parempivointinen, kuin hän todellisuudessa on. Potilasta ei välttämättä tunneta päivystyksessä, potilaalla on oma tahto ja potilas voi käyttäytyä päivystyksessä eri tavoin, kuin kotona. Potilaan ollessa hoidettavana päivystyksessä myös hänen vointinsa voi poiketa siitä, mitä sen on kotona ollut.

*”Ja sit, mitä tää ihminen puhuu itte, et kuin uskottava tää ihminen on itte. Ymmärräks sää, et niinku sillai, et se voi sanoo, et hän on paljon parempi.”* (haastattelu II)

*”Oma tahto ja sit hän voi olla skarpimpi täällä, mitä hän on kotona. Ja kun ei me tunneta häntä.”* (haastattelu II)

Kommunikointi potilaan ja sairaanhoitajan kesken voi vaikeutua, johtuen potilaan tilanteesta tai voinnista, joka voi estää potilasta kertomasta omaan terveyteen liittyviä tietoja tai ottamasta vastuuta omasta terveydestään. Potilaalla, potilaan läheisillä, päivystyksen sairaanhoitajilla sekä kotisairaanhoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla voi myös olla eriäviä näkemyksiä potilaan kotiuttamisesta ja kotona pärjäämisestä. Omaiset ja potilas itse voivat toivoa potilaan kotiuttamista, ja päivystyksessä on arvioitu potilaan olevan kotiuttamiseen valmis, kun taas kotisairaanhoidon arvion mukaan potilaan kotona pärjääminen on heikentynyt.

*”No tavallaan sit ehkä myös se potilaan kanssa kommunikointi, et jos se on kovin hankalaa, niin kyllähän sekin estää sitten. Ja sit se, et onks se siin, et onks se ihan klaari siin kohtaa, et hän pystyy myöskin ite ottaa vastuut siitä omasta terveydentilastaan. Ja kertoo sit oma tietoo siitä terveydestään.”*  
(haastattelu IV)

*”...et esimerkiksi kotisairaanhoidol ja omaisilla on oikein eriävät näkemykset, niin se on yks, me ollaan aika välikädes siin, kun omaiset huutaa puhelimes, et se pitää kotiin laittaa ja kotisairaanhoido sanoo, et ei se tänne voi tulla.”*  
(haastattelu IV)

Yksi haastateltava toi esille potilaaseen ja läheisiin liittyen kulttuurin ja mahdollisen kielimuurin vaikutuksen, joka voi olla suurempi kuin päivystyksessä työskentelevä sairaanhoitaja ymmärtää. Kysymyksiä voi nousta esille liittyen naissukupuoleen, tulkin järjestämiseen tai omaisen toimimiseen tulkkina. Omaan hoitoon liittyen tulisi kyetä tekemään päätöksiä, tiedon vastaanottamisen ohella. Vaikka omaisen hyödyntäminen tulkkina tuo esille luottamukseen liittyviä kysymyksiä, omausta hyödynnetään tulkkina, koska se on nopeampaa kiireisessä päivystyksessä. Omaisten huomioiminen potilaan hoidossa katsottiin myös vaikeutuneen nykyisen COVID 19 -pandemian myötä.

*”Kulttuuri- ja kielimuurit, et se tulee joskus esille enemmänkin ja itse asiassa on suurempi asia mitä me ajatellaan siitä. Et tulkki vielä ehkä saadaan joskus, mut se kulttuurillinen...kenen vastuu se on sit...mutta se että päivystykseenkään ei tälläkään hetkellä muuallekaan pääse esimerkiksi juurikaan ketään ja eikä voi ottaa ylimääräisiä tänne niin se, että... kielimuuri ja kulttuuri on yllättävän suuri...”* (haastattelu VI)

Potilaan kotiutuessa päivystyksestä omaisia voidaan osallistaa potilaan hoitoon ottamalla heihin yhteyttä potilaan kotiutuessa päivystyksestä, etenkin jos herää epäily potilaan kotona pärjäämisestä. Tiedon välittymisen estyminen voi liittyä potilaaseen, esimerkiksi potilas voi olla kykenemätön huolehtimaan mukana olevista tavaroista, tai kotisairaanhoidosta tai päivystyksestä mukaan annetusta kirjallisesta tiedosta. Riski kasvaa, jos tulosteet, jotka sisältävät tietoa liittyen päivystyksessä annetusta hoidosta tai lääkitysmuutoksista, katoavat. Vaikka potilaalle mukaan annetut kirjalliset tulosteet voivat kulkeutua potilaan mukana päivystyksestä kotiin, voivat tulosteet kadota epähuomiossa tai potilaan unohtamisen vuoksi, ennen kuin kotisairaanhoidon sairaanhoitaja tapaa asiakkaan potilaan kotiutumisen jälkeen.

*”No, ehkä omaisiakin voi käyttää siinä mielessä, että niille voi soittaa siitä, kun se (potilas) lähtee jos on tarvetta, jos yhtään epäilee, että potilas ei oo...”*  
(haastattelu VI)

*”Rouva on vanha, välttämättä ei pysty ite täydellisesti huolehtimaan tavaroistaan. Jos vaikka häviää se kotisairaanhoidon antama kansio tai lomake matkalla. Tai toisinpäin, kotiutuessa...siinä riski on itse asiassa varmaan suurempi, et annetaan lomakkeet mukaan, mitä on tehty, uus lääkelista. Jos se häviää sinne...”* (haastattelu V)

*”Vaik se kotiin asti päätyis, niin ennen kuin se kotisairaanhoido pääsee sinne, niin jos on hävinny jonnekin se lomake tai rouva ei muista, mihin on laittanu...”* (haastattelu V)

Myös potilaan omaiselle tulee antaa tietoa kirjallisesti, sillä suullisesti välitetty tieto esimerkiksi puhelimitse, voi unohtua. Tiedonkulkua estävänä tekijänä voi myös toimia potilaan oma tilanne kotiutumisen yhteydessä, potilas voi esimerkiksi väsymyksen vuoksi jäädä epäselvyyteen siitä, mitä tietoa päivystyksen lääkäri tai sairaanhoitaja ovat antaneet potilaalle.

*”...et ei riitä pelkkä sanallinen dokumentoiminen tai informaation antaminen omaiselle. Hän voi unohtaa puolet siitä mitä mä puhelimes antaisin.”*  
(haastattelu III)

*”...estävä on esimerkiksi se et potilas on kotiutumistilantees ollu erittäin väsynyt ja ei oo oikein saanut selvää mitä päivystykseen sairaanhoitaja ja lääkäri on kertony, et hänellä ei oo mitään mielikuvaa itsellä...”* (haastattelu III)

#### 6.2.6 Kirjallinen tieto

Potilaan hoitoon liittyvä kirjaaminen on erittäin tärkeää. Haastatteluissa ilmeni useampaan otteeseen, miten potilaalle tulee antaa mukaan kirjallista tietoa päivystyksessä annetusta hoidosta. Haastatteluissa tuotiin esille, miten kotiuttaminen voidaan hoitaa paremmin antamalla kirjalliset ohjeet potilaan mukaan, etenkin jos herää epäily siitä, ettei potilas muista annettua tietoa. Organisaatioiden käytössä olevat sähköiset tietojärjestelmät voivat myös olla erilaisia, jolloin potilaalle tulee antaa mukaan kirjalliset tulosteet.

*”Et kaikenkaikkiaan täs mennään siihen et se kirjaaminen on äärettömän tärkeää...”* (haastattelu VI)

*”Ja teksti mukaan.”* (haastattelu II)

*”...ois voinu paremminki hoitaa esimerkiks just kirjalliset ohjeetki sit laittaa mukaan...”* (haastattelu I)

*” No, ei muuta, kun se että sit tarvittaessa ne olis hyvä antaa kirjallisesti myöskin, et jos niin kun... varsinkin jos herää yhtään semmonen ajatus tai epäily siitä, että potilas ei ite ehkä sit kuitenkaan muista niitä...”* (haastattelu VI)

*”Sitten jos esimerkiks tietojärjestelmät on erit, niin pitää olla myös kirjalliset dokumentit mukana...”* (haastattelu III)

Potilaalle tulisi antaa mukaan kirjalliset tulosteet, joista selviää voimassa olevan lääkelistan lisäksi mahdolliset lääkitysmuutokset sekä jatkohoito-ohjeet. Sairaanhoidajan tulisi myös varmistaa kirjallisella tulosteella, että omainen saa kiinni potilasta hoitaneen tahon, eli hoitajan tulee varmistaa yhteystietojen saavutettavuus antamalla potilaalle mukaan kirjallisesti päivystyksessä potilasta hoitaneen tahon yhteystiedot. Konkreettinen esimerkki tiedon välittymisestä päivystyksestä eteenpäin on kotiutuskuoren hyödyntäminen potilasta kotiutettaessa. Kotiutuskuorta voi käyttää tarkistuslistana liittyen siihen, mitä tietoa potilaan kotiutuessa on varmistettava lähtevän potilaan mukana (epikriisi, tutkimustulokset, jatkohoito-ohjeet).

*”...potilaalla pitää olla kirjalliset epikriisit jatkohoito-ohjeesta lääkäriltä mukana sekä voimassa oleva lääkelista sekä siihen tehdyt lääkemuutokset.”* (haastattelu III)

*”Ja sit ihan ehdoton että on semmonen hoitajan kirjottama lähete et mistä saa omainen kiinni heti hoitoyksikön hoitajan, jos tulee jotain epäselvyyttä kotona...”* (haastattelu III)

*”Jos nyt meiltä ajatteleen semmosen konkreettisen esimerkin, niin kyllähän nää kotiutuskuoret mitä me käytetään, niin onhan ne sillai hyvä muistisääntö et kun sä vähän katot läpi et mitä kaikkee sä siihen voit sisällyttää siihen kotiutuskuoreen mukaan, niin just...Mut sit se on just et siellä on se epikriisi ja siel on ehkä jotain tutkimustuloksia ja jatkohoito-ohjeita ja semmosia.”* (haastattelu VI)

### 6.2.7 Raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot

Yhteystietojen puuttuminen estää tiedon välittymistä kotiutusprosessissa. Haastatteluista nousi esille, miten tiedon välittymistä kotiutusprosessissa edistää yhteydenotto potilaan omaiselle, kotisairaanhoidon tai kotiutustiimiin. Kotisairaanhoidon tulisi soittaa päivällä ja kotiutustiimille yöaikaan, jolloin varmistetaan yhteystietojen välittymisen lisäksi tietoketjun yhtenäisyys. Vaikka tiedon siirtymistä kotisairaanhoidon varmistaa kirjallisen tiedon välittämisen ohella yhteydenotto puhelimitse kotisairaanhoidossa työskentelevään sairaanhoitajaan, on huomioitava, ettei jokaisessa kotisairaanhoidon toimipisteessä työskennellä ympäri vuorokauden. Tiedon välittymistä päivystyksestä estää myös se, ettei puhelinnumeroa päivystykseen ole annettu, sitä ei osata etsiä tai siitä ollaan tietämättömiä.

*”Et tietysti yöllä soitetaan kotiutustiimille ja päiväaikasesti soitettais kotisairaanhoidon ja varmistetaan et kotiutustiimillä on yhteystiedot omaan kotisairaanhoidon, johon he voivat ottaa heti aamulla yhteyden, kun se aukeaa...”* (haastattelu III)

*”Se on tärkeä asia, et aina pitäis olla yhteydessä sinne kotisairaanhoidon, kotihoitoon.”* (haastattelu IV)

*”Ja sit se ehkä se puhelinnumero kanssa mistä meidät sit saa kiinni...niin se että joku numero mihin joku voi soittaa. Että se että joo, meillä on siellä sairaanhoidon neuvonta, mutta ei sekään kenelläkään muulla oo selkäytimessä se numero kun meillä. Et se että sen löytää sieltä netistä...”* (haastattelu VI)

Raportoinnista toivottiin selkeitä ohjeita. Vaikka epäselvyyttä voi olla sen suhteen, milloin sairaanhoitaja soittaa raportin potilaan jatkohoitopaikkaan ja milloin raportin soittaa lääkäri, yhteydenotot tulisi suorittaa matalalla kynnyksellä.

*”...et olis tavallaan selkeät ohjeet esimerkiks siit raportoinnista...esimerkiks tääl ollu paljon sitä, et minne jatkohoitopaikkoihin tarvitsee niinkun hoitajan myöski soittaa raportti, mihin riittää se et lääkäri soittaa kattavan raportin...ja tota sit ihan niinku myöski semmonen just muutenki tavallaan et matalal kynnyksel ollaa sit niinku yhteyksissä.”* (haastattelu I)

Yhteystietojen varmistaminen on tärkeää, etenkin kun kotisairaanhoidossa toimii useita yksiköitä, jolloin päivystyksestä on otettava yhteyttä useaan eri kotisairaanhoidon

yksikköön, jotta löydetään potilaan hoidosta vastuussa oleva kotisairaanhoido. Yhteydenottoihin päivystyksen taholta voi liittyä epäselvyyttä liittyen potilaan kotiuttamiseen.

*”Ja ne yhteystiedot on kyllä ihan tosi tärkeitä. Just se, kun kotihoitot saattaa olla kolme, neljä eri yksikköä tai suuntaa tai olla siellä sun täällä, niin sit se onkin mielenkiintosta soittaa kaikki läpille... Ja kysyy, et onks tää nyt teillä vai eiks tää oo teillä.”* (haastattelu IV)

*”Nii että miten sitten, et kuuluuko siitä viel ilmottaa jos hän kotiutuukin vielä sit samana iltana, ni soitetaanko sit sinne kotihoitoot...”* (haastattelu I)

#### 6.2.8 Kiire tai unohtaminen

Tietoa unohtuu huolimattomuuden, kiireen tai inhimillisen virheen vuoksi. Haastateltavat olivat samaa mieltä siitä, että kiire ja ruuhkautuneet päivystyksen hoitoyksiköt estävät tiedon välittymistä kotiutusprosessissa. On varmistettava, että potilas saa mukaansa kirjallisen tulosteen hoidosta, mutta tämä voi unohtua kiireen vuoksi.

*”Se joko unohtuu, huolimattomuutta, kiirettä tai inhimillisiäkin virheit tapahtuu...”* (haastattelu V)

*”Se on ainoastaan se teksti, katotaan, et se tulee mukaan. Mutta sit kun on kiire, niin se saattaa unohtua.”* (haastattelu II)

Kiireessä sairaanhoitajan kyky sisäistää vaadittavat asiat, voi heikentyä. Sairaanhoidajalta voidaan myös vaatia enemmän, kuin mihin hoitaja pystyy, huolimatta hoitajan suunnitelmallisuudesta, jolloin seurauksena on tiedon välittymisen katkeaminen. Kiireen ohella myös työssä olevien sairaanhoitajien lukumäärällä on merkitystä. Kiire ja potilaaseen liittyvät seikat nivoutuvat yhteen. Potilaan hoitoot liittyviä asioita voi jäädä tekemättä, jos aikaa on käytettävissä vähemmän. Tällöin voi käydä esimerkiksi niin, ettei potilaaseen enntä perehtymään, ja potilas voi antaa itsestään selkeän kuvan huolimatta mahdollisesta muistisairaudesta, jolloin sairaanhoitaja voi olettaa potilaan ymmärtäneen vastaanottamansa tiedon. Kiireen ja potilaaseen itseensä liittyvien seikkojen vuoksi potilas voi kotiutua päivystyksestä ilman kirjallista tietoa saamastaan hoidosta, jonka suhteen potilaalla ei kotona ollessaan ole tarvittavaa tietoa.



*”Hoitajien vähyys ja siinä tulee se kiire et ei pysty... kapasiteetti ei riitä sisäistämään siinä kiireessä ehkä niin montaa asiaa kun ...niin joskus on vaan mahdoton muistaa kaikki vaik sä kuin ajattelin et mä teen seuraavaks tän ja sit mun täytyy muistaa tää...niin joku niist saattaa silti jäädä niin se katkee se informaatio vaikei se oo tarkoituksenmukasta.” (haastattelu VI)*

*”...niin kun et sit sä teet niin kun suppeemmas ajassa ne asiat ja sit sun ehkä jää jotain tekemättä ja sit jos et sä...et ihan kunnolla oo kerenny perehtymään siihen potilaaseen, niin hän esimerkiks voi olla vaikka hyvinkin semmonen muistisairas, mut sit hän antaa itsestään semmosen kuitenkin tosi skarpin kuvan...sul tulee semmonen mielikuva siitä potilaasta...hän ymmärtää ja hän on vastaanottavainen ja muuta ja sä kerrot hänelle ne asiat ja hän nyökkäilee ja on sen olonen että hän ymmärtää kaiken ja sit sä ehkä sen kiireen takii...et ei tuukaan tulostettuu niitä papereita mukaan ja sen enempä ja sit hetken päästä se potilas ei tiedä yhtään mitään et miks hän täältä nyt lähti kotiin ja...” (haastattelu VI)*

#### 6.2.9 Sähköiset tietojärjestelmät

Potilaalle tulisi antaa mukaan kirjalliset tulosteet, mutta tietoa tulee myös välittää sähköisesti. Vaikka potilaalle annetaan mukaan kirjallinen tuloste annetusta hoidosta, tietoa tulisi saada lähetettyä sähköisesti, sillä tuloste voi kadota. Potilas voi myös sanoa, ettei ole saanut kirjallista tulostetta annetusta hoidosta mukaansa, tai potilas voi piilottaa tulosteen, jolloin sähköinen tiedonsiirto on varmempaa. Sähköisten tietojärjestelmien tulisi olla samoja terveydenhuollon eri toimintayksiköissä

*”Et pitää olla kaikki myös kirjallisena mukana ja näihin hoitoyksiköihin pitää lähettää myös sähköisesti ne kaikki informaatiot.” (haastattelu III)*

*”Sähköisesti. Ja sit pitää ainakin se paperi olla mukana, mut sit se potilas voi myös kadottaa sen paperin. Niin sen takia olis tärkeätä, et se saatais sähköisesti lähetettyä.” (haastattelu II)*

*”Niin, että se voi sanoa, et ei hän ole saanut mitään. Hän on voinut pistää sen johonkin lehtien väliin, kun hän menee kotiin. Et sähköinen siirto.” (haastattelu II)*

*”Than tosi loistavaa olis, jos järjestelmät olisivat samoja kaikkialla.” (haastattelu V)*

### 6.3 Tiedonkulkua edistävät ja estävät tekijät

Kotiutusprosessiin liittyvää tiedon välittämistä edistää huolellinen hoitotyön kirjaaminen, kirjallisen tiedon antaminen ja selkeät raportoinnin ohjeet, kuten myös puhelimitse otettu yhteydenotto, joka suoritetaan matalalla kynnyksellä. Tiedon välittymiseen vaikuttaa edistävästi myös uusien sairaanhoitajien potilaan kotiuttamiseen liittyvä perehdyttäminen ja potilaan omahoitajuus sekä hallittavissa oleva, hoidettavien potilaiden lukumäärä.

Kotiutusprosessiin liittyvää tiedon välittämistä estää päivystyksellisen työn luonne, katkeamaton vuorotyö ja epätietoisuus siitä, mitä tietoa toisessa organisaatiossa tarvitaan. Tiedon välittymiseen vaikuttaa estävästi myös henkilökunnan vajoisuus, kiire, huolimattomuus, unohtaminen, epätietoisuus tai epäselvyys toimintatavoista, yhteystietojen puuttuminen sekä potilaan kotiuttaminen yöaikaan, jolloin potilas voi hämmentyä tai toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä ei ole ketään tavoitettavissa. Myös potilaaseen tai potilaan läheiseen liittyvät seikat voivat vaikuttaa estävästi tiedon välittymiseen. Sähköisillä tietojärjestelmillä on tiedon välittymiseen sekä edistävä että estävä vaikutus (TAULUKKO 5.)

#### TAULUKKO 5. Tiedon välittymiseen vaikuttavat tekijät

Tiedon välittämistä edistävät tekijät	Tiedon välittämistä estävät tekijät
Sähköiset tietojärjestelmät, yhteensopivat järjestelmät	Sähköiset tietojärjestelmät, yhteensopivat tietojärjestelmät, Omakannan käyttämisen vieraus
Kirjallinen ja suullinen tieto, huolellinen kirjaaminen, kirjallisen tiedon välittäminen, selkeät raportoinnin ohjeet, annetun tiedon varmistaminen	Hoitotyön asettamat haasteet, päivystysluontoinen työ, katkeamaton vuorotyö, kiire, kotiuttaminen yöaikaan, potilas ja läheiset, eriävät näkemykset, kulttuuri
Perehdyttäminen hoitovastuun vaihtamiseen, kotiuttamisesta ilmoittaminen, matalan kynnyksen yhteydenotto puhelimitse	Hoitovastuun vaihtaminen, organisaatioiden erilainen tiedontarve
Potilaan tilanteen arvioiminen, toiminnan ymmärtäminen ja tukeminen, omahoitajuus	Tiedon sisäistämisen estyminen, tiedon unohtaminen tai kadottaminen
Hallittavissa oleva potilasmäärä, jaettu vastuu	Kotiuttamiseen liittyvä epäselvyys, yhteystietojen puuttuminen, epäselvä raportointi, epätietoisuus toimintatavoista

## 7 POHDINTA

Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu, ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, käsittää potilaan turvallisen kotiutumisen tukemisen välittämällä tietoa sekä varmistamalla tiedon välittymistä. Sairaanhoitajan potilastietoon liittyvä vastuu kattaa potilaan oikeuden tiedon saamiseen, mutta myös varmistuksen siitä, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon ja kykenee välittämään sitä eteenpäin. Tiedonvälittymistä edistää huolellinen kirjaaminen, kirjatun tiedon antaminen, selkeät raportoinnin ohjeet ja perehdyttäminen sekä matalalla kynnyksellä suoritettut yhteydenotot, kuten myös omahoitajuus ja hallittavissa oleva potilasmäärä. Tiedonvälittymistä estäviä seikkoja ovat akuuttihoitotyön luonne, kiire, henkilökunnan vajuus, vuorotyö, omainen tai läheiset sekä epätietoisuus liittyen eri organisaatioiden tietotarpeisiin tai toimintatapoihin, unohtamisen ja huolimattomuuden ohella. Sähköisillä tietojärjestelmillä on tiedonvälittymiseen sekä edistävä, että estävä vaikutus.

Potilaan hoitovastuun vaihdolla viitataan tiedon siirtoon, ammatilliseen velvollisuuteen sekä vastuuseen terveydenhuollon tarjoajien kesken (Gantz ym. 2015). Potilaan hoitovastuun vaihtaminen on prosessi, jossa tarvittavaa tiedon ohella siirretään vastuu potilaan hoidosta yhdeltä terveydenhuollon toimijalta toiselle, yhdeltä palvelulta tai ohjelmalta toiselle tai yhdeltä organisaatioista toiselle. Potilaan hoitovastuun vaihto on terveydenhuollon kriittinen prosessi, johon sairaanhoitaja osallistuu useita kertoja työpäivän aikana. (Gu ym. 2012.) Toccafondi ym. (2012) määrittelevät potilaan hoitovastuun vaihdon ammatillisen vastuun ja velvollisuuden siirtämiseksi (koskien potilaan tai potilasryhmän koko hoitoa tai osaa siitä) toiselle henkilölle tai ammatilliselle ryhmälle tilapäisesti tai pysyvästi).

Olsenin ym. (2013) mukaan toiminnallisen tilanteen heikentyessä ikääntynyt potilas on erityisen haavoittuvainen siirtyessään terveydenhuollon sektorilta toiselle. Väestön ikääntyessä, useissa maissa terveydenhuollossa on alettu etsimään keinoja, joiden avulla siirtää enemmän vastuuta ja tehtäviä perusterveydenhuoltoon. Yhtenä vaihtoehtona on kehittää kokonaisvaltainen kliininen hoitopolku, joka sisältää tehtävien siirtämisen perusterveydenhuoltoon ennen ja jälkeen sairaalaan joutumista, jolloin sekä ehkäistään

uudelleen sairaalaan joutumista, että aikaistetaan sairaalasta kotiuttamista. (Grimsmon ym. (2018.)

Yksiköiden välistä potilaan hoitovastuun vaihtoa tapahtuu terveydenhuoltojärjestelmässä eri hoitoyksiköiden välillä tai suuremman järjestelmän eri asetusten välillä. Hoitovastuun vaihto on tunnistettu haavoittuvaksi osaksi hoitoprosessia, sen muodostaessa inhimillisiin tekijöihin liittyvän suunnittelun haasteen ja edellyttäessä yhteisen päänsisäisen mallin ja standardoidun viitekehyksen ollakseen tehokasta. (Toccafondi ym. 2012.) Turvalliseen ja tehokkaaseen potilaan hoitovastuun vaihtamiseen liittyvien standardien tulisi mennä yli strukturoidun informaation välittämisen, ja hoitovastuun vaihdon tulisi sisältää myös sopeutumisen ja joustavuuden sallivia tiimityöskentelyn elementtejä (Manser ym. 2010). Potilaan hoitovastuun vaihtamisen prosessien kehittäminen on kansanvälinen välttämättömyys terveydenhuollon järjestelmissä (Bost ym. 2014).

Organisaatiossa tapahtuva vuorovaikutus suuntaa sen sisällä tapahtuvaa toimintaa (Anderson & Helms 1993). Tehokkaan saumattoman hoidon toteuttamiseksi tärkein tekijä voi olla organisaatioryhmien välisten rajojen vähäisempi erottelu, yhdessä korkeatasoisen vuorovaikuttamisen ja yhteistoiminnan kanssa (Hibberd 1998). USA:ssa on joissain paikassa hyödynnetty geriatriasia sairaanhoitajia, jotka työskentelevät päivystyksessä kommunikoinnin tehostamiseksi, avustaen myös koordinaatiota eri toimipaikkojen lävitse ja vähentäen tarpeettomia akuuttihoitoon palveluita. Hoitajat avustavat potilashoidossa, jouduttavat sairaalaan pääsemistä sekä ovat mukana kotiuttamisen suunnittelussa (Crilly ym. 2006). Yksi strategia, jolla vastata kommunikaation ongelmiin ja odotuksiin, on Magneettisairaalan tunnustusohjelma (the Magnet Recognition program), joka tukee yhteistyötä kaikkien potilaan hoidossa mukana olevien osastojen kesken (Clark & Normile 2002).

Potilaan hoitovastuun vaihto sosiaalista uusia henkilökunnan jäseniä työpaikan kulttuuriin ja toimintoihin, välittäen myös hoidon malleja ja ydinarvoja (Accordini ym. 2017). Hoidon tarjoajan tiedon ja kokemuksen tason on ehdotettu vaikuttavan potilaan hoitovastuun vaihtamisen turvallisuuteen. Lyhyemmän työkokemuksen omaava sairaanhoitaja ei välttämättä omaa riittävästi tietoa tai perspektiiviä ymmärtääkseen vaillinaiseen potilaan hoitovastuun vaihtoon liittyviä riskejä (Gu ym. 2012.)

Terveydenhuollon organisaatioiden väliseen yhteistyöhön ja sen lisääntyneeseen tarpeeseen tulisi kiinnittää huomiota, tiedonkulkuun liittyviä ongelmia esiintyy sairaalan ja kunnallisten terveydenhuollon organisaatioiden välillä. Riittävä tiedon saavuttaminen ja tiedon vaihtaminen oikeaan aikaan nojaavat hyvään kommunikaatioon (Or ym. 2009)

Perusterveydenhuollon ja muiden terveydenhuollon tarjoajien välisen lujan tiedon jatkuvuus omaa potentiaalia parantaa hoidon tehokkuutta, turvallisuutta ja laatua (Durbin ym. 2012). On suositeltavaa sairaanhoitajien käyttää standardoitua tietoa yleisen tiedon (potilaan tunnistetiedot, kliininen historia, kliininen tila, hoitosuunnitelma ja hoidon tulokset, kliiniset riskit, arvioitu kotiuttamisen aika) ohella (Giske ym. 2018). Virheettömän tiedon oikea-aikainen tiedon siirtäminen on merkityksellistä palveluiden luotettavuuden, potilasturvallisuuden, henkilökunnan tyytyväisyyden sekä potilaan luottamuksen edistämisen suhteen (Accordini ym. 2017).

Terveydenhuollon johtajien on luotava ja suojattava siirtymäkautta, jonka aikana sähköinen tieto voi alkaa virrata ja jossa kliinistä työtä tekevät ryhmät voivat olla mukana, jolloin organisaatioiden välinen tiedonvaihto paranee tiedonsaajien aktiivisen palautteen antamisen kautta tiedon lähettäjille (Belanger 2016). Monet hoidon jatkuvuuden parantamiseksi tehdyt aloitteet ovat olleet lyhytaikaisia ja niitä on kehitetty eristyksissä, kuten myös arvioitu heikosti (McCormack ym. 2008). Termillä "transmuraalinen" viitataan läheisessä yhteistyössä toteutettuun potilashoittoon ja yhteiseen vastuuseen kotisairaanhoidon ja sairaalan välillä (Temminck ym. 2001). Jotta voidaan lisätä kontaktia ja valmiutta työskennellä yhdessä eri rajapinnoilla, muutoksia voidaan tarvita koulutuksellisella, organisatorisella sekä käytännön tasolla (Hibberd 1998). Motivaatio jakaa ja kyky liittyä tarkoituksellisesti muiden toimintasuunnitelmiin on biologisesti koodattu ihmisten käyttäytymiseen; tästä huolimatta kyky rakentaa yhteistä kantaa on kulttuurisesti määriteltyä ja siten muokattavissa (Toccafondi ym. 2012).

Vaikka terveydenhuolto- ja sosiaalipalvelujärjestelmien jatkuvuuden kohentamiseksi on tehty useita aloitteita, ”parhaiten toimivasta” on edelleen vähän ymmärrystä (McCormack ym. 2008). Prosessien dynamiikkaan liittyvät yhteistyö, vastuuvellisuus, informaatioteknologian hyväksyminen sekä koulutus ovat suorituksen parantamiseen liittyviä kriittisiä toimenpiteitä (Almaden ym. 2011). Niputtamalla yhteen useita potilaan

hoitovastuun vaihtamiseen liittyviä strategioita (muistitekniset tehokeinot, tiimikoulutus jne.), voi seurauksena olla paranneltu potilaan hoitovastuun vaihtaminen (Thomson ym. 2018). Vierihoidon kirjaamisen laitteet sekä muu hoidon pisteisiin liittyvä teknologia omaa potentiaalia parantaa potilaan hoitovastuun vaihtamisen laatua organisoimalla ja virtaviivaistamalla potilastiedon esittämistä (Thomson ym. 2018). Simulaatio on yleisesti käytetty metodi, jonka avulla voi parantaa kommunikaatiota terveydenhuollon erilaisten tarjoajien välillä, ja simulaatio voi toimia oleellisena instrumenttina jatkuvalla oppimiselle ja testaukselle. (Di Delupis ym. 2014.) Ryhmäkoulutusta ja sanallisen viestinnän standardisointia on ehdotettu menetelmiksi henkilöstön kommunikaation (ja tätä kautta potilasturvallisuuden) parantamiseksi (Rabøl ym. 2011).

Radikaaleja muutoksia on tapahduttava muodostamalla yhteyksiä yli rajojen, jotka ovat luontaisia terveydenhuolto- ja sosiaalijärjestelmissä. On luotava yhteyksiä järjestöjen hierarkioiden kesken ja helpotettava laadukkaampaa ja tehokkaampaa viestintää organisaatioiden ja niissä työskentelevän henkilöstön kesken, muutoin jännitteet säilyvät järjestelmässä, joka johtaa organisaatiokeskeisiin palveluihin henkilökeskeisten palveluiden sijasta. (McCormack ym. 2008.) Työskentely kohti paranneltuja hoidon prosesseja sisältää standardoituja kommunikaation muotoja sekä potilaan valmentamista, aktiivointia ja voimaannuttamista, mutta myös sairaanhoitajien suorittamaa hoidon koordinoitua eri toimintaympäristöissä sekä lääkehoidon täsmäytystä (Lester 2009). Ryhmätyön ja kommunikaation tukemiseksi organisaatioiden on välitettävä henkilöstölle tietoa, taitoja ja asenteita liittyen turvalliseen tiedon vaihtamiseen etenkin potilaan hoitovastuun vaihtamisen ja puhelimitse tapahtuvan tiedonvaihdon aikana henkilöstöryhmien ja erikoisalojen välillä. Inhimillisten tekijöiden näkökannalta tällä on merkittävämpi vaikutus, jos sitä tuetaan standardoiduilla tekniikoilla ja tarkistuslistoilla. (Rabøl ym. 2011.)

Siirtyminen sairaalasta kunnalliseen hoitoon on erityisen haavoittuvainen aika hoidon koordinoinnissa tapahtuville virheille. Heikkolaatuinen kommunikaatio voi johtaa lääkevirheiden ohella epäohjonmukaisiin hoitosuunnitelmiin. (Durbin ym. 2012.) Kommunikaatiossa tapahtuva epäonnistuminen on suurin hoidon siirtymiseen liittyvä haitallisten tapahtumien aiheuttaja (Wilbanks ym. 2018). King ym. (2018) ehdottavat palautteen mahdollistavien ”silmukoiden” (feedback loops) vakiinnuttamista

terveydenhuollon eri järjestelmien kesken, hoidon siirtymisen prosessien kohentamiseksi. Terveysthuollon tarjoajia on myös neuvottu ottamaan oppia ilmailualan käyttämistä, standardoiduista kommunikoinnin mallinteista ja tehokeinoista, joiden avulla minimoidaan väärinymmärryksen ja virheellisen kommunikoinnin riskiä, sekä informaation huomiotta jättämistä, kriittistä informaatiota välitettäessä. (Smith & Alexander 2012.)

Potilaan saumattomaan hoitoon voidaan soveltaa suulliseen ja kirjalliseen kommunikaatioon perustuvaa mallia, jolloin potilas yleensä ottaa vastuun itsehoidosta ja siirtää hoidossa mukana oleville ammattilaisille dokumentaatiota kirjallisesti ja/tai elektronisesti, eli puhelimitse, faksamalla tai sähköpostilla. Täydellisen tiedon on kuitenkin ehdottomasti siirryttävä ajantasaisena, jotta perusterveydenhuollossa toimivilla on hallussaan riittävä tieto sekä valmius tehokkaaseen hoitoon. (Hibberd 1998.) Sairaaloiden ja kotisairaanhoidon tulisi kehittää suunnitelma potilaiden siirtämiselle sairaalaan ja takaisin, jolloin potilaalle koituvat riskit ja/tai sairaalaan uudelleen joutuminen vähenevät. Strategioita kommunikaation parantamiseen terveydenhuollon ammattilaisten kesken tulisi kohentaa, liittyen lähetteisiin sekä ymmärrettävän hoitotyön yhteenvedon ja hoitosuunnitelman välittämiseen. (Smith & Alexander 2012.)

Kommunikaation epäonnistumisten on tunnistettu olevan merkittävä, mutta ennaltaehkäistävä potilaalle haittaa aiheuttava asia (Di Delupis ym. 2014). Riittämätön vuorovaikutus terveydenhuollon tuottajien kesken voi aiheuttaa kustannuksia tai negatiivisia tuntemuksia kysyttäessä samaa asiaa uudestaan, tietoa tarvitseva terveydenhuollon organisaatio joutuu käyttämään aikaa ja resursseja kerätessään puuttuvaa materiaalia. (Anderson & Helms 1993.)

Arviointikäytännöillä ja hoidon koordinoinnilla on merkittävä vaikutus hoidon jatkuvuuteen (McCormack ym. 2008). Kommunikaatio on tunnistettu merkittäväksi tekijäksi, joka vaikuttaa sairaalasta kotiutumisen jälkeiseen aikaan. Vaikka hoidon siirtyminen on yleinen ja tavallinen asia, haasteet hoidon siirtymisen parantamiseksi jatkuvat terveydenhuollossa. (Jusela ym. 2017.) Suora kommunikaatio ja yhdessä koordinointi madaltaa organisaatioiden välisiä rajoja ja ymmärrys toisen organisaatiokulttuurista kasvaa, jolloin toimijoilla on selkeä kuva vuorottaisista rooleista

ja velvollisuuksista. Tämä edellyttää sekä sairaalan, että perusterveydenhuollon henkilökunnan osallistumista, jolloin hoidonjatkuvuus toteutuu hyvän kommunikaation ja jaetun velvollisuuden (kaikki terveydenhuollon toimijat, potilas, läheiset) kautta. (Hibberd 1998.)

Terveydenhuollon tarjoajat ovat tärkeässä asemassa rakentaessaan siltaa sairaalassa ja sairaalan ulkopuolella hoidettavien potilaiden väliin jäävässä aukkopaidassa; potilaan kotiuttamista ei tulisi nähdä omien velvollisuuksien päättymisenä, vaan pikemminkin pyrkimyksenä edistää turvallista ja tehokasta hoidon siirtymistä soveliaan kotiutuksen suunnittelun ja tehokkaan kommunikoinnin potilaiden avulla (Jusela ym. 2017). Laittamalla alkuun muutosta siinä, miten, kenen toimesta ja milloin potilaaseen liittyvän tiedon kommunikoinnin katsotaan olevaan prioriteetti, on mahdollista muuttaa hoidon siirtymisen prosesseja eri terveydenhuollon järjestelmien välillä (King ym. 2018).

Tehokas siirtymävaiheen potilashoito edellyttää organisaatioiden välistä yhteistyötä ja tukea. Eri sektoreiden välisen hoidon integroiminen on välttämätöntä kokonaisvaltaisten palveluiden tarjoamiselle, mutta tämä edellyttää hierarkioiden ja ammatillisten rajojen rikkomista. (Hibberd 1998.) Vahva suositus potilaan hoitovastuun vaihdolle on sen standardoiminen. Erilaisia siirtymisiä tapahtuu erilaisissa asiayhteyksissä, jonka johdosta standardoitujen potilaan hoitovastuun vaihtamisen mallien tulee olla joustavia sopiakseen potilaan viitekehukseen, paikalliseen ympäristöön ja organisaatiokulttuuriin. (Bost ym. 2014.)

### 7.1. Tutkimuksen luotettavuus

Jokaisen tutkimuksen tutkimustulosten tulisi olla mahdollisimman luotettavia ja jokaista tutkimusta tulisi arvioida suhteessa toimenpiteisiin, joiden avulla tulokset on kerätty (Graneheim & Lundman 2004). Kaiken tutkimuksen avainasemassa ovat tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti, joihin tulee erityisesti kiinnittää huomiota kvalitatiivisessa tutkimuksessa, jonka yhteydessä tapahtuva aineiston analysointi voi heikentyä tutkijan subjektiivisuuden vuoksi. (Cypress 2017.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää saavuttaa luotettavuutta ja autenttisuutta, joilla viitataan sellaisiin vastaaviin termeihin



kuin valideetti ja reliabiliteetti kvantitatiivisessa tutkimuksessa (Colorafi & Evans 2016).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista, kuten uskottavuus, siirrettävyys ja luotettavuus (Graneheim & Lundman 2004). Jos tutkimuksen raportointi epäonnistuu, voi tämä olla viite analyysistä, joka ei myöskään ole onnistunut. Tällöin ongelma voi olla kesken jääneessä abstrahoinnin prosessissa tai aineiston saturaation epäonnistumisessa. On huomioitava, että kykenemättömyys soveltaa tutkimusmenetelmää tai raportoida tuloksia voi johtaa yksinkertaiselta vaikuttavaan tulokseen riippumatta tutkimusmenetelmästä. (Kyngäs ym. 2011.)

Laadulliselle tutkimukselle ja sen luotettavuudelle on asetettu useita kriteerejä, kuten esimerkiksi yhteyden osoittaminen tulosten ja aineiston kesken; yhteistä eri kriteereille on pyrkimys täsmälliseen analyysin raportoimiseen, jota tukee suorien lainausten käyttäminen. Tutkijan on kyettävä onnistuneen sisällönanalyysin toteuttamiseen myös aineiston pelkistämiseen ja tutkittavaa ilmiötä kuvaavien, luotettavien käsitteiden muodostamiseen. Aineisto asettaa ehdot analyysin etenemiseen induktiivisessa sisällönanalyysissä, jolloin tutkimuksen raportoimiseen liittyy sellaisia haasteita kuten vaikeasti avattavia tutkijan omia pohdintoja. (Kyngäs ym. 2011.) Vinouman ehkäisyksi tutkijan on reflektoitava sekä yksilön että ryhmän kanssa suunnittelun, analyysin ja tulkinnan kautta; tämä merkitsee tutkijan ymmärtävän olevansa osa tutkimaansa sosiaalista maailmaa, jolloin omat tunteet ja ennakkokäsitykset on siirrettävä sivuun (Olsen ym. 2013).

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen mukaan valituista yhdestätoista tutkimusartikkelista yksikään ei ole laadittu Suomessa ja artikkeleista yksi oli 1990-luvun alusta (Anderson & Helms 1993). Ainoastaan yhdessä mukaan valitussa tutkimusartikkelissa (Olsen 2013) oli maininta tutkimustuloksien olevan todennäköisesti laajalti siirrettävät. Tutkimus tuo myös esille yksipuolisen päivystyksen näkökulman tutkittavaan aiheeseen, sillä tutkimukseen osallistui ainoastaan yhden sairaanhoitopiirin alueella toimivassa päivystyksessä työskenteleviä sairaanhoitajia, otoksen ollessa niukka ( $n = 9$ ). Kutsu osallistua tutkimuksen fokusryhmähaastatteluihin lähetettiin myös yhden

sairaanhoidopiirin alueella sijaitsevaan kotihoidon yksikköön, jossa työskentelee seitsemän sairaanhoitajaa, joista yksikään ei ilmoittautunut mukaan tutkimukseen.

Tutkimusasetelman muuttuessa yksipuoliseksi ja saatujen tulosten heijastaessa ainoastaan päivystyksen sairaanhoitajien käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta, tämän tutkimuksen antamien tulosten siirrettävyys on sovellettavissa lähinnä akuuttihoitotyön ympäristöön. Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten luotettavuutta ja uskottavuutta tukee tutkimuksen eri vaiheisiin liittyvä tunnollinen kirjaaminen, kuten myös pyrkimys huolellisuuteen ja sääntillisyyteen aineiston keräämisessä, käsittelyssä ja raportoinnissa. Tutkimukseen pyrittiin rekrytoimaan mukaan heterogeeninen ryhmä haastateltavia päivystyksestä, jotta olisi mahdollista kerätä kattavasti haastateltavien käsityksiä sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta kääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon eri toimintayksiköiden välillä.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa sitouduttiin hyvään tieteelliseen käytäntöön (TENK 2012, EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2018), jonka avulla varmistettiin tutkimuksen eettisyyttä. Myös Euroopan Unionin toukokuussa 2018 asettama tietosuoja-asetus huomioitiin tutkimusta tehdessä: "Tietosuojaperiaatteita olisi sovellettava kaikkiin tietoihin, jotka koskevat tunnistettua tai tunnistettavissa olevaa luonnollista henkilöä." (EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2018 /viitattu 20.9.2018). Pro gradu -tutkielmaan hankittua aineiston käsittelyssä otettiin huomioon Turun yliopiston datapolitiikka, hyvän tieteellisen käytännön keskiössä ollessa aineiston hallinta. (Turun yliopisto 2016.)

Tutkimukselle haettiin ja saatiin tutkimusluvut käytänteiden mukaisesti tutkimuksen kohteena olevista organisaatiosta. Eettistä ennakoarviointia ei pyydetty tätä tutkimusta varten (Turun yliopisto, viitattu 2018), koska ammattihenkilöiden haastattelututkimukseen ei käytännön mukaan ole tarpeen pyytää eettisen toimikunnan lausuntoa. Fokusryhmähaastatteluihin osallistuville annettiin tutkimuksesta tietoa suullisesti ja kirjallisesti, tutkittavilta pyydettiin myös kirjallinen, tietoon perustuva suostumus tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 5). Tutkimukseen osallistuminen oli

vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus jättäytyä tutkimuksesta niin halutessaan, missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimukseen käytettiin työaikaa, jonka lisäksi tutkimuksesta ei ollut seurauksena taloudellisia kustannuksia tai muita rasitteita.

Aineiston käsittelyssä ja säilyttämisessä huomioitiin tietosuoja (Turun yliopisto 2016). Luottamuksellisuus varmistettiin säilyttämällä litteroidut haastattelut salasanalla suojatulla muistitikulla ja muu tutkimukseen liittyvä kirjallinen materiaali lukollisessa kaapissa. Sähköpostissa oleva, tutkimukseen liittyvä materiaali (esimerkiksi rekrytoitavien sähköpostit) olivat ainoastaan tutkijan käytössä.

### 7.3 Tutkimustulosten hyödynnettävyys

Tässä tutkimuksessa kehitettiin ikääntyneen potilaan terveydenhuollon toimintayksiköiden väliseen siirtymiseen liittyvä, tiedonkulun turvaava tarkistuslista (LIITE 8). Tarkistuslistasta muodostettiin yhden sivun mittainen kaavio, joka on helppo laminoida ja kiinnittää näkyvälle paikalle sellaiseen tilaan, jossa potilaan kotiuttamisen (päivystys) sekä potilaan vastaanottamisen (kotisairaanhoido) suunnittelu yleensä tapahtuu, eli potilaskansliaan tai vastaavaan huoneeseen, jossa on tietokone, puhelin ja tulostin.

Tutkittuun tietoon pohjautuvan käytännön edistämiseksi tarvitaan useita strategioita (Martin ym. 2007). Suullisesti tapahtuvaa potilaan hoitovastuun vaihtamisen laatua voi parantaa käyttämällä tarkistuslistaan mukautettua vakioprotokollaa, jossa muistitekniset tietosarjat on lueteltu tietyssä järjestyksessä (Giske ym. 2018). Standardoidut rakenteet voivat parantaa toimintoja, kuten auditointia, laadunvarmistusta ja tutkimusta. Strukturoiduissa kaavakkeissa voidaan hyödyntää myös sähköisiä tietueita ja automaattisen optimoinnin työkaluja. Kaavakkeen yksityiskohtaisuuden ja pituuden määrittäminen on haastavaa. (Durbin ym. 2012.)

Strukturoitu potilaan hoitovastuun luovuttamisen työkalu tuottaa täydellisemmän ja tarkan potilaan hoitovastuun vaihdon, luo kunnioittavaa ja tehokasta kommunikaatiota

sekä yksilöi päivystyksessä työskentelevään henkilökuntaa (Di Delupis ym. 2015). Kotiutuksen prosessin organisoimisessa käytettävät työkalut (yhteenvedo potilasta koskevasta tiedosta) yhdessä kotiuttamisen sisältämän lämpimän suhtautumisen kanssa (henkilökohtaisesti, hoidon tarjoajalta tarjoajalle) voivat mahdollisesti vähentää väärinymmärryksiä kommunikaation yhteydessä ja siten mahdollistaa onnistunutta siirtymistä. Standardoituihin työkaluihin kuuluu esimerkiksi tarkistuslista, jonka on katsottu olevan avainstrategia hoidon siirtymisen optimoinnin kannalta. (Jeffs ym. 2017.)

Sairaanhoitajat kaipaavat rutiineja varmistaakseen suullisen informaation laadukkaan sisällön, esimerkiksi tarkistuslistan muodossa (Olsen ym. 2013). Potilaan siirtyessä terveydenhuollon yksiköiden välillä, tiedon välittämisen rakenteellisena apuvälineenä sairaanhoitaja voi käyttää esimerkiksi ISBAR:a, joka muodostaa muistilistan ja rakenteen järjestelmälliseen, suulliseen raportointiin ja jota voi käyttää myös puhelimesta asioidessa, potilaan hoitovastuun siirtyessä terveydenhuollon sisällä. (ISBAR 2017.) Jotkut viestintävälineet, kuten SBAR, ovat osoittautuneet tehokkaiksi tiedon siirtämisessä (Zhuowen ym. 2017). ISBAR on käytössä mm. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteispäivystyksessä.

Tässä tutkimuksessa laadittuun yksinkertaiseen tarkistuslistaan ei ole tarkoitus tehdä merkintöjä tai muistiinpanoja, vaan sen on tarkoitus tukea sairaanhoitajien työtä sekä päivystyksessä, että kotisairaanhoidossa. Tarkistuslista mahdollistaa kummankin terveydenhuollon toimintayksikön sairaanhoitajien ymmärrystä toistensa työstä ja vastuualueista sekä siitä, mikä on yhteistä eli siitä, että kummankin terveydenhuollon toimintayksikössä kannetaan vastuuta potilaasta, potilaan kotona pärjäämisen varmistamisesta sekä suunnitellun jatkohoidon turvaamisesta jo potilaan saapuessa päivystykseen.

#### 7.4 Jatkotutkimusehdotukset

##### ***Kotiuttaminen, päivystykseen sijoittuvan kotiutus***

Tarvetta potilaan kotiuttamisen kehittämiseksi on raportoitu olleen vuosikymmeniä ja ehdotetut kehittämisen kohteet ovat sisältäneet paremman ammattiryhmien välisen

yhteistyön lisäksi edistyneemmän kirjaamisen ja kommunikaation sekä potilaaseen liittyvän konsultaation. (Baker & Wellman 2005.) Vaikka hoitotyön ammattikunnassa ollaan tietoisia siitä, kuinka tärkeää kotiuttaminen on, aiheeseen liittyvä tutkimus on perinteisesti keskittynyt sairaalaan joutuneen potilaan tarpeisiin. Päivystykseen sijoittuvasta kotiuttamisesta ei ole julkaista paljoa tutkimusta, joka olisi sovellettavissa päivystykseen. (Han ym. 2009.)

### ***Hoidon tai hoitovastuun siirtävät interventiot***

Viimeisen vuosikymmenen aikana tarve potilaan hoitovastuun siirtäville interventioille on kasvanut, interventioiden tähdätessä väärinymmärrysten ja -kommunikaation sekä kriittisen tiedon ohittamisen vähenemiseen. (Smeulers ym. 2014.) Tulevaisuudessa tutkimusta edellytetään sairaanhoitajien toteuttamien interventioiden eri komponenttien tehokkuudesta ja siitä, missä tilanteessa ne toimivat. (Jeffs ym. 2017.)

### ***Sairaanhoitajan rooli, sairaanhoitajan kokemus hoidon siirtymisestä***

On tärkeää suorittaa tarkempaa tutkimusta sairaanhoitajien kokemista, tiedonvaihtoa mahdollisesti estävistä tekijöistä (Olsen ym. 2013). Tutkimusta tarvitaan myös sairaanhoitajien suorittamien valtavan toimintojen määrän näkyväksi tekemiseen, jotta sairaanhoitajien roolia olisi mahdollista arvostaa oikealla tavalla (Brand 2006). Sairaanhoitajien kokemuksia vuorovaikutuksesta ja olosuhteista, joissa informaatiota välitetään ikääntyneen potilaan hoitovastuun siirtyessä kotisairaanhoidon ja sairaalan välillä, ei ole tutkittu kovin paljoa (Olsen ym. 2013). Myös kotisairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat ovat avainasemassa hoidon siirtymisessä ja sairaanhoitajien kokemuksista hoidon koordinoinnista yhdessä muiden klinikoiden kanssa, tiedetään vähän (Jones ym. 2017). Lisää tutkimusta on suoritettava liittyen sairaanhoitajien kokemuksiin hoidon siirtymisen yhteydessä (Almaden ym. 2011; Hall 2001).

### ***Tiedonvaihtamisen prosessi, muutosjohtaminen, kommunikaatiovirheet***

Enemmän tutkimusta tarvitaan ikääntyneen potilaan potilassiirtoja koskevan tiedon lisäämiseksi, jotta pystytään ymmärtämään paremmin tiedonvaihtamisen prosessia (Olsen ym. 2013). Päätöksentekijät tarvitsevat tietoa ja toimeenpanevia strategioita siitä, kuinka siirtyä akuuttihoitoon ratkaisusta kroonisen hoidon tarpeisiin (Godfrey ym. 2013).

Tulevaisuudessa tutkimusta tulisi suunnata täsmentämään muutosjohtamisen lähestymistapoja, jotka vaikuttavat paitsi potilaiden läpivientiin, myös tarjoavat potilaskeskeistä hoitoa ja parantavat sekä potilaiden, että kliinistä työtä tekevien tyytyväisyyttä (Almaden ym. 2011). Suositeltavaa on lisätä syvyyttä kommunikaatiovirheisiin liittyvään tutkimukseen tarkastelemalla tavoitteita, kommunikaatiovälineitä, yhteisöllisyyttä, sääntöjä ja työnjakoa kaikille potilaishoitoon osallistuville yksilöille (Rabøl ym. 2011).

### ***Hoidon jatkuvuus, hoitovastuun vaihtaminen vierihoidona***

Akuutisti sairastuneen, sairaalaan joutuneen ikääntyneen ja hoidon jatkuvuuden yhteys on hedelmällinen aihe enemmälle tutkimukselle (Crilly ym. 2006). Tulevaisuudessa tutkimusta tulisi jatkaa paitsi tarkastelemalla yksilöön liittyviä seikkoja, myös eri instituutioiden laaduntasoa hoidon siirtymisen aikana. (Jusela ym. 2017.) Suuri osa hoidon siirtymistä koskevasta tutkimuksesta on keskittynyt potilaan hoitovastuun vaihtoon samassa hoitoyksikössä, joskin yksiköiden välistä vaihtoa tukevia järjestelmiä koskeva työ on kasvussa (Toccafondi ym. 2012). Kansainvälisesti, potilaan hoitovastuun vaihtaminen vierihoidona on kasvava trendi (Pun ym. 2019).

### ***Eri organisaatioiden välinen yhteistyö, rajapinnat***

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen rajapinnan hallinta, mukaan lukien viestintästrategiat, on huomioon otettava tutkimusaihe (Durbin ym. 2012). Myös tuottoa tavoittelevien ja ei-tuottoa-tavoittelevien tahojen suhdetta, akuuttihoitoa ja sairaalan ulkopuolella jatkuvan hoidon ohella, tulisi tutkia (Jusela ym. 2017). Tulevaisuudessa tutkimusta tulisi liittää myös teoreettisiin viitekehyksiin, jotka kohdistuvat ryhmien väliseen vuorovaikuttamiseen, joiden avulla on mahdollista luoda huippuluotettavia tiimejä (Wilbanks ym. 2018).

### ***Terveydenhuollon järjestelmien integroituneisuus ja sirpaleisuus, case management***

Sairaalahoidon integroinnin tai sirpaleisuus vaikuttaa hoidon siirtymävaiheen prosessiin ja myös tätä tulevaa tutkimusta tulisi suunnata järjestelmän tasojen asiayhteyden vaikuttavia tekijöihin, suunniteltaessa interventioita hoidon siirtymisen kohentamiseksi (King ym. 2018). Vastuuvelvollisuuden luominen käyttämällä suoritusta arvioivia mittareita yhdistettynä potilaan siirtymiseen, korostuu Almadenin ym. (2011)

tutkimuksessa, jossa suositellaan tämän mallin soveltamista tulevaisuuden tutkimuksessa hahmottamaan parhaita case management -toimintoja.

### 7.5 Johtopäätökset

Sairaanhoidajan tietoon liittyvä vastuu, ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä, käsittää potilaaseen liittyvän tiedon selvittämisen, potilaan oikeuden tiedon saamiseen, potilaan turvallisen kotiutumisen, jatkohoidon varmistamisen sekä välitettävissä olevan tiedon vaihtamisen ja varmistamisen terveydenhuollossa työskentelevien toimijoiden kesken.

Tiedonvälittymistä edistää selkeät raportoinnin ohjeet, huolellinen kirjaaminen ja kirjallisen tiedon antaminen, matalan kynnyksen yhteenotot, perehdyttäminen, omahoitajuus sekä hallittavissa oleva potilasmäärä. Tiedonvälittymistä estää kiire, henkilökunnan vajaus, vuorotyö, yhteystietojen puuttuminen, epätietoisuus liittyen eri organisaatioiden tietotarpeisiin ja toimintatapoihin sekä potilaaseen ja läheisiin liittyvät seikat, mutta myös huolimattomuus tai unohtaminen, potilaan yöaikaan tapahtuvan kotiuttamisen ohella. Sähköisillä tietojärjestelmillä on tiedon välittymiseen sekä edistävä, että estävä vaikutus. Tutkimusta aiheeseen liittyen on syytä suorittaa lisää.

## LÄHTEET

Accordini M., Saita E., Irtelli F., Buratti M. & Savuto G. 2017. Stories of change: the text analysis of handovers in an Italian psychiatric residential care home. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(4):232-242.

Almaden S., Freshman B. & Quaye B. 2011. Case Management Redesign in an Urban Facility. *Professional case management*, 16(4):199-209.

Anderson M.A. & Helms L. 1993. An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care.... including commentary by Scandlyn JN. *Orthopaedic Nursing* 12(4):41-49.

Aubin M., Giguère A., Martin M., Verreault R., Fitch M.I., Kazanjia A. & Pierre-Hugues Carmichael P.H. 2012. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(7). Doi: 10.1002/14651858.CD007672.pub2

Belanger M. 2016. Pedaling Out of the HIE Peloton. *Journal of AHIMA; Chicago*, 87(3): 24-27.

Bost N. Crilly J. & Wallen K. 2014. Characteristics and process outcomes of patients presenting to an Australian emergency department for mental health and non-mental health diagnoses. *International Emergency Nursing*, 22(3):146-152.

Bost N., Crilly J., Wallis M., Patterson E. & Chaboyer W. 2010. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *International Emergency Nursing*, 18(4):210-220.

Brand S.L. 2006. Nurses' roles in discharge decision making in an adult high dependency unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(2):106-14.

Callaly T., Faulkner P., Hollis G., McIlroy D. & Hantz P. 1998. The development of a mental health service patient information management system. *Australian Health Review*, 21(3):182-193

Cambridge Dictionary. 2020. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/communication> /viitattu 26.2.20

Chaboyer W., Foster M., Kendall E. & James H. 2004. The impact of a liaison nurse on ICU nurses' perceptions of discharge planning. *Australian Critical Care*, 17(1): 25-32.

Clark K. & Normile L. 2002. Delays in implementing admission orders for critical care patients associated with length of stay in emergency departments in six Mid-Atlantic States. *Journal of Emergency Nursing*, 28(6):489-95.

Colorafi K.J. & Evans B. 2016. Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research & Design Journal* , 9(4):16-2.



- Crilly J., Chaboyer W. & Wallis M. 2006. Continuity of care for acutely unwell older adults from nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2):122-34.
- Cutcliffe J.R. & Grant G. 2001. What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 8(5):427-436.
- Cypress B. 2017. Rigor or Reliability and Validity in Qualitative Research: Perspectives, Strategies, Reconceptualization, and Recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(4):253-263.
- de Lange S., van Eeden I. & Heyns T. 2018. Patient handover in the emergency department: 'How' is as important as 'what'. *International Emergency Nursing* 36 (-):46-50.
- Di Delupis F.D., Mancini N., di Nota T. & Pisanelli P. 2015. Pre-hospital/emergency department handover in Italy. *Internal & Emergency Medicine*, 10(1):63-72.
- Di Delupis F.D., Pisanelli P., Di Luccio G., Kennedy M., Tellini S., Nenci N., Guerrini E., Pini R. & Franco Gensini G. 2014. Communication during handover in the pre-hospital/hospital interface in Italy: from evaluation to implementation of multidisciplinary training through high-fidelity simulation. *Internal & Emergency Medicine*, 9(5):575-582.
- Durbin J., Barnsley J., Finlayson B., Jaakkimainen L., Lin E., Berta W. & McMurra J. 2012. Quality of Communication between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 39(4):445-461.
- EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2018. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679> /viitattu 20.9.2018
- Faria C., Teixeira-Salmela L., Nascimento V., Costa A., Brito N. & Rodrigues-De-Paula F. 2011. Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia* set, 15(5): 399-405.
- Finto. 2020. <https://finto.fi/koko/fi/page/p81135> /viitattu 2.3.2020
- Finto. 2018. <http://finto.fi/mesh/fi/page/D010360> /viitattu 1.7.2019
- Finto II. 2018. <https://finto.fi/mesh/fi/page/D062209> /viitattu 2.3.2020
- Foged S., Nørholm V., Andersen O. & Petersen H.V. 2018. Nurses' perspectives on how an e-message system supports cross-sectoral communication in relation to medication administration: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3/4):795-806.

- Foster s. & Manser T. 2012. Receiving care providers' role during patient handover. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 2(4):156-160.
- Giske T., Melås S.N. & Einarsen K.A. 2018. The art of oral handovers: A participant observational study by undergraduate students in a hospital setting. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(5-6):767-775.
- Godfrey C.M., Harrison M.B., Lang A., Macdonald M., Leung T. & Swab M. 2013. Homecare safety and medication management: a scoping review of the quantitative and qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(7):82–130.
- Goodwin V. & Happell B. 2009. Seeing both the forest and the trees: a process for tracking individual responses in focus group interviews. *Nurse Researcher*, 17(1):62-67.
- Gordon M. & Findley R. 2011. Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. *Medical Education*, 45(11):1081-1089.
- Graneheim U.H. & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2):105–112.
- Gu X., Andersen H.B., Madsen M.D., Itoh K. & Siemsen I.M.D. 2012. Nurses' views of patient handoffs in Japanese hospitals. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(4):372-380.
- Gläser-Zikuda M., Hagenauer G. & Stephan M. 2020. The Potential of Qualitative Content Analysis for Empirical Educational Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 21(1): -.
- Hall E.O. 2001. From unit to unit: Danish nurses' experiences of transfer of a small child to and from an intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(4):196-205.
- Han C.Y., Barnard A. & Chapman H. 2009. Emergency department nurses' understanding and experiences of implementing discharge planning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6):1283-1292.
- Hibberd P.A. 1998. The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork--missing link for seamless care? *Journal of Clinical Nursing*, 7(3):274-282.
- ISBAR. 2017.  
[https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/materiaalejapotilasturvallisuus/ISBAR.pptx?web=1/viitattu 30.8.2018.](https://santra.vsshp.fi/potilashoito/potilasturvallisuus/materiaalejapotilasturvallisuus/ISBAR.pptx?web=1/viitattu%2030.8.2018)
- Jeffs L., Kuluski K., Law M., Saragosa M., Espin S., Ferris E., Merkley J., Dusek B., Kastner M. & Bell C.M. 2017. Identifying Effective Nurse-Led Care Transition Interventions for Older Adults With Complex Needs Using a Structured Expert Panel. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 14(2):136-144.

- Johnson A., Sandford J. & Tyndall J. 2003. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD003716.
- Jones C.D., Jones J., Richard A., Bowles K., Lahoff D., Boxer R.S, Masoudi F.A., Coleman E.A. & Wald H.L. 2017. "Connecting the Dots": A Qualitative Study of Home Health Nurse Perspectives on Coordinating Care for Recently Discharged Patients. *The Journal of General Internal Medicine*, 32(10):1114-1121.
- Jusela C., Struble L., Gallagher N.A., Redman R.W. & Ziembra R.A. 2017. Communication between Acute Care Hospitals and Skilled Nursing Facilities during Care Transitions: A Retrospective Chart Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(3):19-28.
- Kendall S., Deacon-Crouch M. & Raymond K. 2007. Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(4):173-179.
- Kielitoimiston sanakirja. 2020. <https://www.kielitoimistonsanakirja.fi/#/> /viitattu 1.3.2020
- King B.J., Gilmore-Bykovskyi A.L., Roberts T.J., Kennelty K.A., Mirr J.F., Gehring M.B., Dattalo M.N. & Kind A.J.H. 2018. Impact of Hospital Context on Transitioning Patients From Hospital to Skilled Nursing Facility: A Grounded Theory Study. *The Gerontologist*, 58(3):521-529.
- Kollerup M.G., Curtis T. & Schantz Laursen B. 2018. Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1):222-232.
- Kyngäs H., Elo S., Pölkki T., Kääriäinen M. & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2):138–148.
- Last J.M. 2007. *A Dictionary of Public Health*. Oxford University Press, 1. painos.
- Lester P., Stefanacci R.G. & Chen D. 2009. Nursing home procedures on transitions of care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(9):634-638.
- Lexico. 2020. <https://www.lexico.com/definition/knowledge> /viitattu 26.2.2020
- Manser T., Foster S., Gisin S., Jaeckel D. & Ummenhofer W. 2010. Assessing the quality of patient handoffs at care transitions. *Quality and Safety in Health Care*, 19(6): -.
- Martin M.L., Jensen E., Coatsworth-Puspoky R., Forchuk C., Lysiak-Globe T. & Beal G. 2007. Integrating an evidenced-based research intervention in the discharge of mental health clients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2):101-111.

- Mayo A.M., Harris M. & Buron B. 2016. Integrating Geropsychiatric Nursing and Interprofessional Collaborative Practice Competencies into Adult-Gerontology Clinical Nurse Specialist Education. *The Journal for Advanced Nursing Practice*, 30(6): 324-331.
- McCormack B., Mitchell E.A., Cook G., Reed J. & Childs S. 2008. Older persons' experiences of whole systems: the impact of health and social care organizational structures. *Journal of Nursing Management*, 16(2):105-114.
- McKenna H., Pajnkihar M. & Murphy F. 2014. *Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice*. John Wiley & Sons, Incorporated. 2. painos.
- McNeil D., Strasser R., Lightfoot N. & Pong R. 2016. A "Simple" Evidence-Based Intervention to Improve Care Transitions for Frail Patients with Complex Health Conditions: Why Didn't It Work as Expected? *Healthcare quarterly*, 19(2):67-72.
- Merriam-Webster. 2020. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/communication/viitattu> 26.2.20
- Mitchiner J.C. & Yeh C.S. 2002. The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act: what emergency nurses need to know. *Nursing Clinics of North America*, 37(1):19-34.
- Netteland G. 2017. Improving Handovers between Hospitals and Primary Care: Implementation of E-Messages and the Importance of Training. *Studies in Health Technology & Informatics*, 235(-):564-568.
- O'Donnell L.T. 2007. Ethical dilemmas among nurses as they transition to hospital case management: implications for organizational ethics, part II. *Professional case management*, 12(4):219-231.
- Olasoji M., Plummer V., Reed F., Jacob S., Shaw L., Shanti M. & Cross W. 2018. Views of mental health consumers about being involved in nursing handover on acute inpatient units. *Journal of Mental Health Nursing*, 27(2):747-755.
- Olsen R.M., Østnor B.H., Enmarker I. & Hellzén O. 2013. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19/20):2964-2973.
- Or C.K.L., Valdez R.S., Casper G.R., Carayon P., Burke L.J., Brennan P.F. & Karsh B. 2009. Human factors and ergonomics in home care: Current concerns and future considerations for health information technology. *Work (Reading, Mass.)*, 33(2):201-209.
- Pun J., Chan E.A., Man M., Eiggins S. & Slade D. 2019. Pre- and post-evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 28(15/16):3001-3011.

Rabøl I.L., Andersen L.M., Ostergaard D., Bjørn B., Lilja B. & Mogensen T. 2011. Republished Error Management: Descriptions of Verbal Communication Errors Between Staff. An Analysis of 84 Root Cause Analysis-Reports from Danish Hospitals. *Postgraduate Medical Journal*, 87(1033):783-789.

Schnipper J.L., Heyison H., Magny-Normilus C., Park E., Nolido N., Thompson R.W. & Crevensten G. 2017. Barriers to implementation of a transitional care intervention: a qualitative analysis. Conference: 40th annual meeting of the society of general internal medicine, SGIM 2017. United States, 2017, 32.

Smeulders M., Lucas C. & Vermeulen H. 2014. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Doi: 10.1002/14651858.CD009979.pub2.

Smith S.B. & Alexander J.W. 2012. Nursing perception of patient transitions from hospitals to home with home health. *Professional case management*, 17(4):175-185.

Stahl K., Palileo A., Schulman C.I., Wilson K., Augenstein J., Kiffin C. & McKenney M. 2009. Enhancing patient safety in the trauma/surgical intensive care unit. *The Journal of trauma*, 67(3):430-435.

Stolt M., Axelin A. & Suhonen R. (toim.). 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:73/2016

Swedberg L., Michélsen H., Chiriac E.H. & Hylander I. 2015. On-the-job training makes the difference: healthcare assistants' perceived competence and responsibility in the care of patients with home mechanical ventilation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2):369-378.

Temmink D., Hutten J.B., Francke A.L., Rasker J.J., Abu-Saad H.H. & van der Zee J. 2001. Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis and Rheumatism*, 45(3):280-286.

TENK. 2012. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf) /viitattu 20.9.2018

Thomson H., Tourangeau A., Jeffs L. & Puts, M. 2018. Factors Affecting Quality of Nurse Shift Handover in the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4):876-886.

Tieteen termipankki. 2018. <http://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:informaatio/viitattu> 1.11.2018

Tieteen termipankki. 2014. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Nimitys:tieto> /viitattu 24.2.2020

Toccafondi G., Albolino S., Tartaglia R., Guidi S., Molisso A., Venneri F., Peris A., Pieralli F., Magnelli E., Librenti M., Morelli M. & Barach P. 2012. The collaborative

communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Quality & Safety*, 21(-):58-66.

Turun yliopisto. 2016. Avoin tiede ja tutkimus. Turun yliopiston datapolitiikka. [http://www.utu.fi/fi/Tutkimus/avoin-tiede/tutkimusaineistot/Documents/ty\\_datapolitiikka.pdf](http://www.utu.fi/fi/Tutkimus/avoin-tiede/tutkimusaineistot/Documents/ty_datapolitiikka.pdf) /viitattu 1.11.2018

Turun yliopisto. <http://www.utu.fi/fi/Tutkimus/eettisyys/ei-laaketieteellisten-ennakkoarviointi/Sivut/millaiseen-tutkimukseen.aspx> /viitattu 25.11.201

Wilbanks B., Geisz-Everson M., Clayton B.A. & Boust R. 2018. Transfer of Care in Perioperative Settings: A Descriptive Qualitative Study. *AANA (American Association of Nurse Anesthetists) Journal*, 86(5):401-407.

Zhuowen Yu, Yuxia Zhang, Ying Gu, Xiaofeng Xu & McArthur A. 2017. Pediatric clinical handover: a best practice implementation project. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 15(10):2585-2596.

## LIITE 1. Taulukko tiedonhausta

Päivämäärä	Tietokanta, rajaukset	Hakulauseke	Osumat	Päällekkäislähteet	Mukaan otetut artikkelit
27.3.2018	PubMed, ei kriteereitä	responsibility AND information AND "home care" AND nurse	29	11	1 Kollerup ym. (2018)
27.3.2018	Cinahl, ei kriteereitä	responsibility AND information AND "home care" AND nurse	21	0	2 Anderson & Helms (1993), Olsen ym. (2013)
7.3.2019	Cochrane, ei kriteereitä	("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND "information" AND ("Patient Handoff"[Mesh] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Mesh]) AND "responsibility"	14	1	1 Johnson ym. (2003)
7.3.2019	PubMed, Most recent	("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND ("Health Information Exchange"[Mesh] OR "Health Information Management"[Mesh] AND "Patient Handoff"[Mesh] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Mesh]) AND ("Social Responsibility"[Mesh] OR responsib*)	89	0	2 Bost ym. (2010), Kendall ym. (2007)
2.5.2019	CINAHL, ei kriteereitä	"nurse" AND "information" AND ((MH "Social Responsibility+") AND (MH "Transfer, Discharge"))	388	2	2 Callaly ym. (1998), Cutcliffe & Grant (2001)
29.2.2020	PubMed, ei kriteereitä	("Nurses"[Mesh] OR "Nursing"[Mesh]) AND ("Information communication"[Mesh] OR "Knowledge communication"[Mesh])	20	0	2

		AND "Patient Handoff"[Mesh] OR "Patient Transfer"[Mesh] OR "Patient Discharge"[Mesh]) AND ("Social Responsibility"[Mesh] OR accountab*)			Hall (2001), Wilbanks ym. (2018)
29.2.2020	CINAHL, ei kriteereitä	nurse AND (accountability or responsibility) AND (information or knowledge transfer) AND (elderly or aged patient discharge or transfer) AND communication	29	1	1 Thomson ym. (2018)



## LIITE 2. Taulukko tutkielman aiheeseen liittyvistä tutkimuksista

Tutkimus, tekijä(t), vuosi & maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Menetelmä	Päätulokset
An assessment of discharge planning models: communication in referrals for home care. Anderson M.A. & Helms L., USA, 1993.	Tutkia erilaisia potilaan kotiuttamisen malleja ja niihin liittyvää kommunikaatiota. Selvittää johtavatko sairaaloiden käyttämät erilaiset kotiutuksen suunnittelun mallit viestinnän laadun ja määrän eroihin kotihoitoon siirrettyjen potilaiden kohdalla.	Kuusi kotiuttamisen mallia, 300 kotisairaanhoidon lähetettä.	Epäkokeellinen, retrospektiivinen, deskriptiivinen tutkimusasetelma. Aineisto analysoitiin kuvailevan tilastotieteen avulla.	Noin puolet oleellisesta tiedosta siirtyy eteenpäin, siirretty tieto on luonteeltaan yleisluontoista. Valittu kotiuttamisen malli vaikuttaa tiedon määrään ja sen luonteeseen.
Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. Bost N., Crilly J., Wallis M., Patterson E. & Chaboyer W. Australia, 2010.	Tuottaa kriittinen katsaus tutkimuksesta, joka kohdistuu potilaan kliiniseen hoitovastuun vaihtamiseen ensihoidon ja sairaalan päivystysosaston välillä.	Kahdeksan tutkimusta, 252 dokumenttia.	Kirjallisuuskatsaus, josta saatu aineistoa analysoitiin kriittisesti.	Potilaan hoitovastuun vaihtamista sekä puutteellisesti suoritetun siirron seurauksia koskevasta tiedosta löytyy aukkoja, kuten niitä löytyy myös henkilöstön käsityksissä ja koulutuksessa liittyen potilaan siirtämiseen, sekä siirtojen parantamiseen suositeltujen strategioiden arvioimisessa.
The development of a mental health service patient information management system. Callaly T., Faulkner P., Hollis G., McIlroy D. & Hantz P. Australia, 1998.	Kuvata integroidun tietokoneistetun mielenterveyspalveluiden potilastietojärjestelmän MHPIMS:n (psykiatrisen potilaan terveystiedon hallintajärjestelmä) teoreettinen viitekehys ja kehittäminen.	Aineistoa ei eritelty tarkemmin.	Eriyistä aineiston analysoinnin menetelmää ei kuvattu.	MH-PIMS on tietojärjestelmä, joka on hyödyllinen auditoinnissa ja strategisessa suunnittelussa, ja joka tarjoaa tehokkaan avun asianhallintajärjestelmän funktioon psykiatrialla, fasilitoimalla asiakkaiden asianmukaista seuranta, vahvaa kliinistä vastuuvollisuutta sekä johdon

				päätöksenteon ja laadunvalvonnan tukea.
What are the principles and processes of inspiring hope in cognitively impaired older adults within a continuing care environment? Cutcliffe J.R. & Grant G. UK, 2001.	Tutkia periaatteita ja prosesseja, joita psykiatriset sairaanhoitajat käyttävät toivon herättämiseen kognitiivisesti heikentyneissä ikääntyneissä ja tuottaa integroitu käsitteellinen viitekehys toivon innoitusta varten.	Yhden opetussairaalan osastolla, jolla hoidettiin alentuneen kognitiivisen tilan omaavia ikääntyneitä, työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 5).	Grounded theory - tutkimusasetelma, josta semistrukturoiduilla haastatteluilta kerättyä aineistoa analysoitiin jatkuvan vertailun menetelmän avulla.	Pätevä osaston hoitohenkilökunta herättää toivoa integroidun prosessijärjestelmän ja periaatteiden kautta. Tämä mahdollistuu hyödyntämällä pragmaattista tietoa ja ihmisten välisiä suhteita, joita tukevat humanismin periaatteet.
From unit to unit: Danish nurses' experiences of transfer of a small child to and from an intensive care unit. Hall E.O.C., Tanska, 2001.	Tutkia tanskalaisten sairaanhoitajien elettyjä kokemuksia pienen lapsen siirtämisestä tehohoitoyksikköön ja sieltä pois.	Teho-osastolla, vastasyntyneiden osastolla ja lastenosastolla työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 19).	Fenomenologinen, epäkokeellinen, eksploratiivinen tutkimusasetelma, josta semistrukturoiduilla haastatteluilta saatua aineistoa analysoitiin induktiivisesti Spiegelbergin ja Van Manen fenomenologisten metodien avulla.	Vastuuvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksistaan. Vaikka sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista velvollisuuksista, joita heillä oli tässä tilanteessa, vastuut eivät aina sisältäneet potilasta vastaanottavan yksikön kollegoita. On suositeltavaa, että hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksista keskustellaan enemmän kliinisessä hoitotyössä.
Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Johnson A., Sandford J. & Tyndall J. Australia, 2003.	Määrittää kirjallisen, terveyteen liittyvän tiedon välittämisen tehokkuutta suullisesti välitetyn tiedon ohella sairaalasta kotiutuneille potilaille ja näiden läheisille.	Kaksi tutkimusta, jossa lapsia kotiutettiin lastensairaalaan USA:ssa (n = 197) ja Kanadassa (n = 123).	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Aineisto analysoitiin viisi askelta sisältävän analyysimetodin avulla, kahden arvioijan toimesta.	Suullisen ja kirjallisen terveyteen liittyvän tiedon tarjoaminen lisää merkittävästi tietoa ja tyytyväisyyden astetta.
Nurses' attitudes toward their role in patient discharge medication education and	Tutkia sairaanhoitajien asenteita omaan rooliinsa liittyen, työskennellessään potilaiden	Sairanhoitajia (n = 8).	Fokusryhmähaastattelusta (yksi kappale) saatua tietoa analysoitiin deskriptiivisen	Henkilökunnan laajamittaiselle kehittämiselle on tarvetta. Sairanhoitajat eivät arvostaneet

toward collaboration with hospital pharmacists: a staff development issue. Kendall S., Deacon-Crouch M. & Raymond K. Australia, 2007.	kotiutuksen lääkehoitoon liittyvässä opettamisessa, yhteistyössä farmaseutin kanssa.		laadullisen analyysin avulla Nvivo:a hyödyntäen.	omaa rooliaan potilaiden lääkehoitoon liittyvässä kouluttamisessa ennen potilaan kotiuttamista, ja yhteistyö farmaseutin kanssa oli vastentahtoista. Oma rajallinen vastuunalaisuus hyväksyttiin potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen liittyen.
Visiting nurses' posthospital medication management in home health care: an ethnographic study. Kollerup M.G., Curtis T. & Schantz Laursen B., Tanska, 2018.	Tutkia vierailevien sairaanhoitajien lääkehoidon toteuttamista kotisairaanhoidossa potilaan sairaalasta kotiutumisen jälkeen, sekä tunnistaa potilaan lääkityksen avaintekijöitä potilasturvallisuuden parantamiseksi.	Kotisairaanhoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 12).	Kvalitatiivinen tutkimusasetelma. Etnografinen tutkimus. Kotisairaanhoidon hoitajan havainnointi ja epämuodollinen haastattelu, joista saatu aineisto analysoitiin neljä askelta sisältävän analyysimenetelmän avulla.	Sairaalasta kotiutumisen jälkeen kotisairaanhoidon toteuttamaa turvallista lääkehoitoa haastaa hoidon integraatio sekä konteksti, kuin myös hoitajan ja potilaan suhde.
Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. Olsen R.M., Østnor B.H., Enmarker I. & Hellzén O., Norja, 2013.	Kuvailla sairaanhoitajien kokemuksia tiedonsiirtoa estävistä tekijöistä ikääntyneiden potilassiirtojen aikana.	Sairaalan ja kotisairaanhoidon sairaanhoitajia (n = 14).	Kvalitatiivinen tutkimusasetelma. Fokusryhmähaastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.	Tiedonsiirron esteet liittyvät hoitajaan, ihmistenvälisiin prosesseihin ja organisaatioon.
Factors Affecting Quality of Nurse Shift Handover in the Emergency Department. Thomson H., Tourangeau A., Jeffs L. & Puts, M. Kanada, 2018.	Testata käsitteellistä mallia tekijöistä, joiden oletetaan vaikuttavan päivystyksen sairaanhoitajien potilaan hoitovastuun vaihdon laatuun vuorovaihteessa.	Päivystyksessä työskenteleviä sairaanhoitajia (n = 231).	Kvantitatiivinen, poikittainen tutkimusasetelma, josta Likert-tyyppisellä asteikolla kerättyä aineistoa analysoitiin kuvailevan tilastotieteen avulla.	Heikkolaatuinen potilaan hoitovastuun vaihdon yhteydessä tapahtuva kommunikaatio voi johtaa negatiivisiin seuraamuksiin potilaille, sairaanhoitajille ja terveydenhuollon organisaatioille. Potilaiden sujuva kulku päivystykseen, positiiviset suhteet vuoron aloittavien ja lopettavien sairaanhoitajien välillä, positiivinen ja turvallinen ilmapiiri

				sekä positiiviset ohjeistukset vaikuttavat positiivisesti potilaan hoitovastuun vaihtamisen laatuun.
Transfer of Care in Perioperative Settings: A Descriptive Qualitative Study. Wilbanks B., Geisz-Everson M., Clayton B.A. & Boust R. USA, 2018.	Tutkia perioperatiivisia hoidon siirtymiseen liittyviä tapahtumia, jotka vaikuttavat ammatillisesti epäeettiseen toimintaan, jotta voitaisiin tunnistaa yleiset teemat, ennakkotapaukset ja seuraukset kliinisten käytäntöjen parantamiseksi ja tulevan tutkimuksen ohjaamiseksi.	American Association of Nurse Anesthetists (AANA) - säätiön luoman suljettujen vaatimusten tietokanta (n = 19).	Deskriptiivinen, kvalitatiivinen tutkimusasetelma, josta saatua aineistoa analysoitiin konventionaalisen laadullisen sisällönanalyysimenetelmän avulla.	Kuusi esille noussutta teemaa liittyvät potilaiden siirtämiseen asianmukaiseen hoitoon potilaiden tarpeiden perusteella, tuotantopaineeseen, klinikoiden itse suorittamiin potilasarviointeihin, tieteidenvälisen ryhmäviestinnän epäonnistumiseen, potilaiden riittämättömään seurantaan sekä hoidon siirtämiseen riskialttiiden potilaiden kohdalla.

## LIITE 3. Tiedote tutkimuksesta

**TUTKIMUSTIEDOTE****Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä**

Hyvä sairaanhoitaja, kollega

Opiskelen terveystieteiden maisteriksi, opintoihini kuuluvan pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata päivystyksessä ja kotisairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien käsityksiä tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä.

Pyydän Sinua osallistumaan fokusryhmähaastatteluun, jossa keskustellaan sairaanhoitajan tietoon liittyvästä vastuusta ikääntyneen siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden (päivystys - kotisairaanhoito) välillä. Haastattelu nauhoitetaan.

Tutkimuksen avulla saavutetaan mahdollista hyötyä ikääntyneen potilaan hoidon parantamiseksi. Tutkimuksesta ei koidu haittaa tai epämukavuutta, lukuun ottamatta työajalla suoritettujen haastatteluiden edellyttämää ajankulua.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai keskeyttää osallistumisen syytä ilmoittamatta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Jos päätät osallistua tutkimukseen, suostumus annetaan kirjallisena. Haastattelu kestää noin 60–90 minuuttia ja se suoritetaan työajalla. Lupa tämän tutkimuksen toteuttamiseen on saatu organisaatiostasi.

Henkilöllisyytesi ja muut tunnistetiedot ovat ainoastaan tutkijan tiedossa ja hän on salassapitovelvollinen. Kaikkia kerättäviä tietoja käsitellään siten, ettei yksittäistä osallistujaa pystytä tunnistamaan tutkimuksen tutkimustuloksista, selvityksistä tai julkaisuista. Aineiston käsittelyssä ja säilyttämisessä noudatetaan tietosuojaa, aineisto hävitetään välittömästi tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Jos olet kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen, ota yhteyttä TtM-opiskelija Katja Lustreen. Mikäli Sinulla on kysyttävää tai haluat lisätietoja, vastaamme mielellämme kysymyksiisi.

Katja Lustre  
TtK, TtM -opiskelija  
Hoitotieteen laitos  
20014 Turun yliopisto  
kamalu@utu.fi  
Puh. [REDACTED]

Riitta Suhonen  
TtT, professori, pro gradu -tutkielman ohjaaja  
Hoitotieteen laitos  
20014 Turun yliopisto  
riisuh@utu.fi  
Puh. [REDACTED]

#### LIITE 4. Haastattelurunko

##### **Haastattelukysymykset päivystyksen ja kotisairaanhoidon sairaanhoitajille**

1. Mitä mielestäsi sisältää tai mitä on sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä?
2. Mitkä tekijät mielestäsi edistävät ja estävät kotiutusprosessiin liittyvän tiedon välittämistä ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä?
3. Avoin kysymys haastattelun loppuun: muuta mieleen tulevaa?

## LIITE 5. Tietoinen suostumus-lomake

**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA****Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu ikääntyneen potilaan siirtyessä terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä**

Olen lukenut ja ymmärtänyt saamani kirjallisen tutkimustiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen oikeuksistani, tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta sekä tutkimuksen hyödyistä ja riskeistä tutkimuksen tarkoituksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti, minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen. Tiedän, että tietojani käsitellään luottamuksellisesti eikä niitä luovuteta sivullisille. Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista. Olen tietoinen siitä, että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta, ja siitä, että mikäli peruutan suostumukseni, minusta ennen suostumuksen peruuttamisesta kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tiedot antoi tutkimuksen tekijä, TtM-opiskelija Katja Lustre \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_.

**Allekirjoituksellani vahvistan suostumukseni osallistua tähän tutkimukseen.**

---

Tutkittavan nimi

---

Päivämäärä

---

Allekirjoitus

## LIITE 6. Taustatietolomake

**Kyselylomake taustatietojen keräämiseen haastattelussa**

1. Syntymävuosi:
2. Sukupuoli:
3. Työkokemus sairaanhoitajan ammatissa:



## LIITE 7. Case, tapaus Lea

**Case, tapaus Lea**

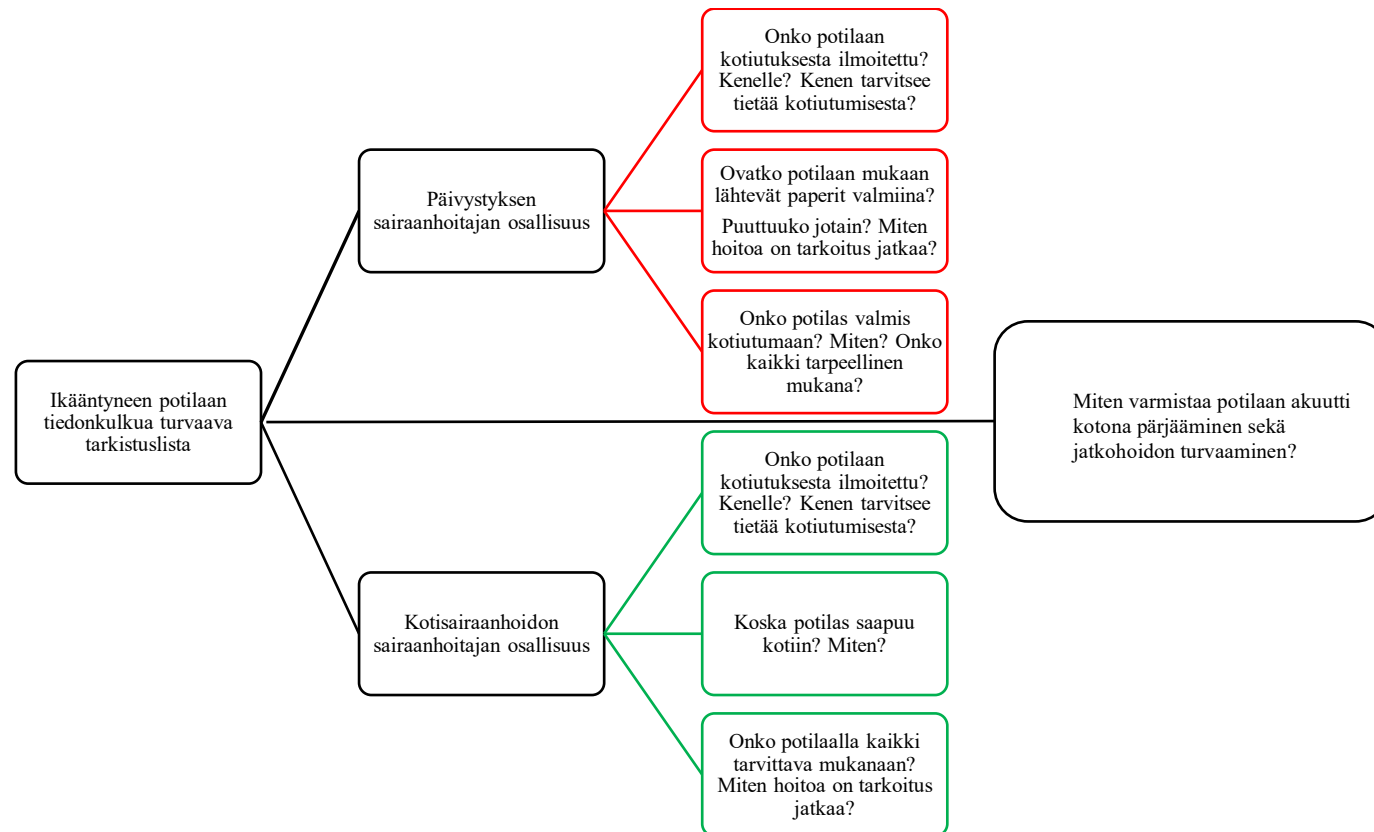
Kotisairaanhoidon ikäännytynyt potilas on 85-vuotias Lea, asiallinen ja omatoiminen rouva. Lealla on muiden perussairauksien lisäksi alentunut kuulo, jonka johdosta hänellä on ollut kuulolaite käytössään yli 50 vuoden ajan. Lean liikkuminen ei ole niin varmaa kuin ennen, ja hänellä on käytössään kävelykeppi sekä turvapuhelin.

Lea on kotisairaanhoidon potilas juuri asiallisuutensa ja itsenäisyytensä vuoksi. Lea lähes menehtyi vakavan sairauden vuoksi, ja vaikka Lea on läheinen omaistensa kanssa, haluaa hän tehdä itsenäisesti päätökset omaan terveyteensä liittyen. Lean vakavan sairauden vuoksi hänen toimintakykynsä alentuu tilapäisesti ja hän tarvitsee apua mm. lääkehoidon toteuttamisessa. Lea kokee, ettei itsenäinen päätöksenteko täysin onnistu omaisten ollessa mukana hoidossa, joten Lea ja omaiset päätyvät kompromissiin. Lea ottaa vastaan kotisairaanhoidon tarjoamat palvelut, joihin kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä.

Päivystyksen potilaaksi Lean ohjaa kotisairaanhoidon lääkäri. Päivystyksessä suoritetaan tarvittavat tutkimukset, joiden perusteella laaditaan jatkohoitosuunnitelma ja vaadittavat lääkitysmuutokset. Klo 03 yöllä Lea päätetään kotiuttaa päivystyksestä kotiin, omaisille ilmoitetaan sovitusti Lean kotiutumisesta taksilla. Sairaanhoitaja vie Lean pyörätuolilla päivystyksen ulkoaulaan ja kertoo tilanneensa taksin. Lea odottaa Kelataksia kahden tunnin ajan, jonka jälkeen käy ilmi, ettei taksia ole tilattu.

Kotiin päästyään Lea toteaa omaisilleen olevansa erittäin väsynyt, ja ettei oikein saanut selvää, mitä päivystyksen sairaanhoitaja ja lääkäri kertoivat tehdyistä tutkimuksista. Lealle ei annettu mukaan kirjallista tietoa päivystyksen käynnistä, joten kotisairaanhoidon sairaanhoitaja soittaa päivystykseen seuraavana päivänä ja tiedustelee tehdyistä tutkimuksista sekä jatkosuunnitelmasta

## LIITE 8. Tiedonkulun turvaava tarkistuslista



## LIITE 9. Haastatteluista poimittujen teemojen ja alateemojen vertailu kirjallisuuskatsaukseen

TEEMA	HAASTATTELU	KIRJALLISUUSKATSAUS
<p><b>Vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta:</b></p> <p><i>tiedon välittyminen, tiedonkulun varmistaminen, vastuu ja velvollisuus, potilaan kotiuttaminen, kotisairaanhoido ja päivystys, kirjallinen ja suullinen tieto, tiedon unohtaminen tai katoaminen, potilaan hoitoon liittyvät epäselvyydet, potilaan ymmärryksen varmistaminen, Omakanta, potilaan lääkehoito</i></p>	<p><i>Sairaanhoitajan vastuulla on tiedon välittyminen toimijoiden kesken, terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä.</i></p> <p><i>Tiedon välittyminen on jokaisen sairaanhoitajan vastuulla.</i></p> <p><i>Jokaisella sairaanhoitajalla tulee olla vastuullisuuden lisäksi vastuuntuntoa, mikä ratkaisee tiedon välittymisen, sillä tieto on välitettävissä.</i></p> <p><i>Sairaanhoitajan tietoon liittyvä vastuu sisältää sen, että hoitaja varmistaa tiedon välittyneen oikealle henkilölle.</i></p> <p><i>Hoidon jatkuvuuden kannalta merkittävimpiä asioita on tiedonkulun varmistaminen, hoidon kärsiessä tiedonkulun katkeamisen myötä.</i></p> <p><i>Tietoon liittyvä vastuu sisältää potilaan kotiutumisen turvaamisen, joka sisältää kuljetuksen ja potilaan kotona vastaanottamisen varmistamisen.</i></p> <p><i>Sairaanhoitajien potilaaseen liittyvää tietoa tulee välittää eteenpäin potilaan kotiuttamisen yhteydessä ja jos potilas ei ole kotikuntoinen, sairaanhoitajan tulee tuoda tämä seikka esille, tähän liittyvää keskustelua on käyty usein ja yleensä sairaanhoitajan päätöstä kunnioitetaan.</i></p> <p><i>Vastuu potilaasta kattaa potilaan kuljetuksen varmistamisen ja omaisten tiedottamisen potilaan kotiuttamisesta.</i></p> <p><i>Myös kotisairaanhoidolla on vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, kotisairaanhoidon lähettäessä potilasta päivystykseen.</i></p>	<p>Sairaanhoitajalla on merkittävä vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta, potilaaseen liittyvän tiedon täsmällisellä välittämisellä on yhteys hoidon jatkuvuuteen ja turvallisuuteen.</p> <p>Sairaanhoitajalla on vastuu potilastiedon huomioimisesta.</p> <p>Vastuu potilastiedosta on kaikilla.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtoa käsittelevä kommunikaatio sisältää potilaisiin liittyvän tiedon ja velvollisuuden siirtymisen.</p> <p>Ammattilaisten vaihtaessa hoitovastuuta potilaasta, sisältää tämä vastuuvollisuuden siirtämisen ohella tiedon siirtämisen.</p> <p>Potilastietoa koskeva vastuu siirtyy terveydenhuollon ammattilaisten välillä.</p> <p>Sairaanhoitajat vaikuttavat olevan hyvin tietoisia erilaisista velvollisuuksista, jotka liittyvät potilaan siirtymiseen toimintayksiköiden välillä ja vastuuvollisuus on nähtävillä kaikessa, mitä sairaanhoitajat kertoivat hoidon siirtymiseen liittyvistä kokemuksestaan.</p> <p>Potilastiedon välittäminen on hoitohenkilökunnan vastuulla.</p> <p>Tietoa on kyettävä välittämään siten, että sen avulla on mahdollista taata tehokas tiedon ja hoidon vastuun siirtyminen.</p>

	<p><i>Potilaan mukana tulisi olla kotisairaanhoidon yhteystiedot ja ajankohdat, koska kotisairaanhoidon tavoittaa, kuten myös tietoa, koska potilasta voi päivystyksestä kotiuttaa, yöllä vai aamulla, näitä tietoja vaikuttaa kuitenkin olevan harvoin mukana.</i></p> <p><i>Kotisairaanhoidossa työskentelevän sairaanhoitajan tulee kyetä varmistamaan tarvittavien potilastietojen välittyminen päivystykseen.</i></p> <p><i>Terveystieteiden ammattilainen voi koulutuksensa johdosta ymmärtää tietoa eri tavoin ja tieto voi avautua selkeämmin ammattilaiselle, kuin potilaalle, päivystykseen potilaaksi joutumisen ollessa potilaalle stressaava kokemus.</i></p> <p><i>Päivystyksessä työskentelevällä sairaanhoitajalla on vastuu selvittää potilaaseen liittyvää tietoa, kuten esimerkiksi se, että potilas on kotisairaanhoidon asiakas.</i></p> <p><i>Päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan vastuulla on välittää tietoa kotisairaanhoidolle potilaan päivystyksessä saamasta hoidosta ja mahdollisista lääkitysmuutoksista.</i></p> <p><i>Kirjaamista voidaan vähätellä, mutta kirjatun tiedon kollega voi itse lukea, jolloin tiedon välittyminen ei katkea, eikä tieto joudu kadoksiin.</i></p> <p><i>Potilas voi kokea stressiä joutuessaan potilaaksi päivystykseen, jolloin kyky tiedon vastaanottamiseen voi alentua, mikä korostaa kirjallisen tiedon potilaalle antamisen merkitystä.</i></p> <p><i>Sairanhoitajan vastuulla on potilaan siirtäminen toisen terveydenhuollon toimintayksikön vastuulle siten, että mukana siirtyy riittävästi tietoa, suullisesti ja kirjallisesti.</i></p> <p><i>Sairanhoitajan välittäessä kollegalle suullisesti potilaaseen liittyvää tietoa, jotain tulee melko varmasti unohtumaan.</i></p> <p><i>Tiedon välittyminen perille ei ole aina varmaa, mutta sitä voi varmistaa ottamalla puhelimitse yhteyttä kotisairaanhoidossa työskentelevään</i></p>	<p>Ammatillinen vastuu ja tieto vaihdetaan yksilöiden kesken, potilaan hoidon hyväksi.</p> <p>Sairanhoitajan tulee ymmärtää oma rooli kotiuttamisen prosessin koordinoijana, ja varmistaa että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon.</p> <p>Potilaan kotiuttamiseen yhteydessä oleva sairaanhoitajan työ on valmista kommunikoinnin ollessa selkeää ja tiedon välityksessä turvallisesti eteenpäin.</p> <p>Sairanhoitaja turvaa ja koordinoi hoitoa ja hoidon jatkuvuutta tyhjentävän vuorovaikutuksen, jaetun ymmärryksen ja ymmärrettävän kielen kautta.</p> <p>Täsmällisesti siirretty tieto varmistaa potilaan hoitovastuun vaihtamista terveydenhuollon ammattilaisten kesken, ja kommunikaatiolla ammattilaisten kesken on puolestaan merkittävä vaikutus tiedonkulkuun.</p> <p>Vaikka hoitohenkilökunnan vastuulla on välittää tietoa oikea-aikaisesti ja tehokkaasti, sairaanhoitajat eivät välttämättä ole motivoituneita käyttämään aikaa tiedon käsittelyyn potilaan hoidon kustannuksella.</p> <p>Kukaan ei ota vastuuta potilastiedosta.</p> <p>Jos potilastietoihin liittyvä vastuu jätetään määrittelemättä, voidaan tietojen katsoa olevan kaikkien vastuulla, jolloin terveydenhuollossa työskentelevien kesken esiintyy epäselvyyttä sekä vastuualueista, että velvollisuuksista liittyen potilaaseen.</p> <p>Sairanhoitaja voi toimia ”gatekeeperina”, jolloin hänellä on potilaaseen liittyvää tietoa, jonka suhteen hoitaja tekee päätöksen tiedon eteenpäin välittämisestä.</p>
--	--	--

	<p><i>sairaanhoidajaan ja kertomalla, että potilaalle on annettu päivystyksestä kotiutuessa mukaan kirjalliset tulosteet.</i></p> <p><i>Vastuu potilaasta voi käsittää epäselvyyttä, esimerkiksi vaikka kotihoito saadaan yöaikaan kiinni, voi esiintyä epäselvyyttä liittyen siihen, mikä kotihoidon piiriin potilas kuuluu.</i></p> <p><i>Sairaanhoidajan vastuu potilaaseen liittyvästä tiedosta sisältää sen, että potilas ymmärtää miksi häntä on hoidettu päivystyksessä ja tietää, miten hoitoa on tarkoitus jatkaa.</i></p> <p><i>Sairaanhoidajan tulee antaa potilaalle tietoa siten, että potilas ymmärtää saamansa tiedon ja kykenee välittämään saamaansa tietoa eteenpäin.</i></p> <p><i>Sen lisäksi, että potilas on saanut tarvitsemansa tiedon, on varmistettava, että potilas ymmärtää mitä sairaanhoitaja tai lääkäri on hänelle sanonut ja että potilas kykenee välittämään saamansa tiedon eteenpäin.</i></p> <p><i>Potilaalla on oikeus saada tietää päivystyksessä annetun hoidon sisältö, kuten esimerkiksi tehdyt tutkimukset, diagnoosit ja suunnitelmat.</i></p> <p><i>Kenenkään ei tulisi kotiuttaa päivystyksestä ilman, että ymmärtää mitä päivystyksessä on tehty ja miksi on toimittu siten, kuin on toimittu, sekä mikä on ajatuksena jatkon suhteen.</i></p> <p><i>Potilasta voidaan ohjata Omakantaan, huomioiden sen, etteivät kaikki potilaat välttämättä ole tietoisia Omakannasta ja sen, että tieto siirtyy Omakantaan viiveellä.</i></p> <p><i>Potilaan hoitoon liittyvä kirjaaminen voi jäädä vaillinaiseksi ja lääkärin sanelu ei välttämättä ole saman tien luettavissa, jolloin kotisairaanhoidoa ja omaista on ohjeistettava tarkastamaan potilasta koskevaa tietoa Omakannasta.</i></p>	<p>Sairaanhoidaja, etenkin hoitotyössä vähemmän aikaa toiminut, voi olla epäröivä tiedon esille tuomisessa, huolimatta mahdollisesta potilaalle aiheutuvasta vaaratilanteesta.</p> <p>Sairaanhoidaja voi kieltää omaavansa tietoa, jota ei arvosteta muiden toimesta.</p> <p>Pragmaattisen tiedon avulla on mahdollista osoittaa sairaanhoitajien huolta omaamansa tiedon käytännön seurauksista.</p> <p>Sairaanhoidajalta edellytetään huomiokykyä, jottei potilastietoa jätetä huomiotta, etenkin jos potilaan kognitiivinen kapasiteetti on alentunut.</p> <p>Jos potilas ei luota tai ole varma sairaanhoitajalta saamaansa tietoon, potilas ei välttämättä hyödynnä tätä tietoa tai noudata annettuja ohjeita.</p> <p>Sairaanhoidajilla on velvollisuus välittää potilastietoa potilaalle.</p> <p>Sairaanhoidajan rooli tiedon välittäjänä sisältää tiedon hankkimisen ja sen välittämisen lisäksi ymmärryksen varmistamista, aktiivista kuuntelua ja potilaan sekä läheisten opettamista.</p> <p>Potilaan opettamisen kannalta sairaanhoitaja on merkittävässä roolissa, potilaan opettaminen on sairaanhoitajalle laillinen, moraalinen ja ammatillinen velvollisuus.</p> <p>Hoitajat katsovat potilaan opettamisen olevan tärkeää, ennen kuin potilas kotiutuu päivystyksestä.</p>
--	---	--

	<p><i>On huomioitava, että potilas ja omaiset eivät välttämättä ole terveydenhuollon ammattilaisia, jolloin kirjallisen tiedon välittäminen ja tiedon siirtyminen Omakantaan on varmistettava.</i></p> <p><i>Vastuu potilaaseen liittyvästi tiedosta sisältää potilaan lääkityksen varmistamisen, mikä sisältää mahdollisten lääkitysmuutosten ohella päivystyksessä annetut tai antamatta jääneet lääkkeet, mutta myös vastuun lääkityksen jatkohoidon toteuttamisesta.</i></p> <p><i>Sekä kotisairaanhoidossa, että päivystyksessä työskentelevillä sairaanhoitajilla on vastuu potilaan lääkitykseen liittyvästä tiedosta; päivystyksessä on huolehdittava potilaalle aloitetun antibioottikuurin merkitsemisestä potilaan lääkelistalle ja kotisairaanhoidon on puolestaan huolehdittava, että potilaan kotilääkitys on päivystyksen hoitajien tiedossa.</i></p> <p><i>Kommunikoinnin eteen päivystyksestä kotisairaanhoitoon nähdään vaivaa, esimerkiksi on selvitettävä milloin kotisairaanhoidosta saa kiinni hoitajia ja välitettävä tietoa suullisesti sekä kirjallisesti, sisällyttäen mukaan lääkärin epikriisin, sairaanhoitajan kirjaukset, laboratoriotulokset ym.</i></p>	
<p><b>Vastuu potilaasta:</b> <i>potilaan hoitovastuun vaihtaminen, jaettu vastuu, kotiuttamisen suunnittelu ja varmistaminen, eriävät näkemykset</i></p>	<p><i>Kotisairaanhoidossa työskentelevillä on merkittävä vastuu potilaasta, sekä sairaanhoitajilla että lähihoitajilla.</i></p> <p><i>Kotisairaanhoidosta on voitu lähettää potilas päivystykseen riittämättömän tiedon kera, ja potilas voi myös oman tilanteensa vuoksi olla kyvytön kertomaan miksi on saapunut päivystykseen, jolloin päivystyksen sairaanhoitajan on tehtävä työtä asian selvittämiseksi.</i></p> <p><i>Potilaasta kannetaan suurta vastuuta ja hoitajan vastuulle kuuluu huolehtia potilaan turvallisesta kotiutumisesta.</i></p>	<p>Potilaan hoitovastuun vaihtaminen voi tapahtua samassa sairaalassa yksikön sisällä tai yksiköiden välisenä, tiimityöskentelynä tai organisaatioiden kesken.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtamisella potilaan hoidossa on merkittävä rooli, joka sisältää vuorovaikuttamisen ohella vastuun ja velvollisuuden siirtämistä terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Hoitovastuun vaihtamisen prosessin ymmärtäminen on merkityksellistä.</p> <p>Sairanhoitajilla on keskeinen rooli hoitovastuun vaihtamisen prosessissa.</p>

	<p><i>Potilaan kotiuttaminen tulisi suunnitella yhdessä kotisairaanhoidon kanssa jo ennen potilaan kotiuttamista.</i></p> <p><i>Potilaan kotiuttamisen yhteydessä kuljetus varmistetaan esimerkiksi Kela-taksin avulla, jolloin kuljettaja hakee potilaan hoitoyksiköstä, ei päivystyksen ulkoaulasta.</i></p> <p><i>Tulisi tarkistaa kuka on ottamassa potilasta kotona vastaan ja että potilaalla on kaikki tarpeellinen mukanaan, kuten esimerkiksi kotiavaimet.</i></p> <p><i>Potilasta ei tule kotiuttaa, jos kukaan, kuten esimerkiksi omainen, ei ole potilasta kotona vastassa.</i></p> <p><i>Lääkärillä ja sairaanhoitajalla voi olla eriäviä näkemyksiä potilaan kotiuttamisesta, tarvittaessa sairaanhoitajan on toimittava potilaan puolustajana.</i></p> <p><i>Sairaanhoitaja on tekemisissä potilaan kanssa lääkäriä enemmän, ja omaa siten enemmän tietoa, jonka perusteella arvioida potilaan kotiuttamista, kuljetusta kotiin ja pärjäämistä siellä.</i></p>	<p>Hoidon siirtyminen limittyy vastuun siirtämiseen, hoidon siirtymisen yhteydessä korostuu vastuuseen ja velvollisuuteen liittyvät seikat.</p> <p>Potilaan hoitovastuun siirtäminen merkitsee potilasta koskevan ammatillisen vastuun siirtämistä, jolloin potilasta koskeva vastuu käsittää potilaan turvallisuuden ja tyytyväisyyden.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtamiselle on vahvasti suositeltu sen standardoimista.</p> <p>Hoidon jatkuvuus sisältää vastuun ja velvollisuuden siirtämistä ja jaettu vastuu sisältyy onnistuneeseen kotiuttamisen prosessiin.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtaminen sisältää tiedon välittämisen, jaetun ymmärryksen sekä työskentelyn ilmapiiriin, johon voi vaikuttaa negatiivisesti vahva hierarkia.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtaminen sisältää ammatillista vastuuta ja velvollisuutta, joihin limittyy luontaista ymmärrystä, yhteyttä identiteetin muodostumiseen sekä suhteiden rakentamista muihin ammattilaisiin.</p> <p>Positiivinen ja turvallinen ilmapiiri tukee potilaan hoitovastuun vaihtoa.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihdon turvaaminen sisältyy onnistuneeseen kotiuttamisen prosessiin.</p> <p>Tutkittuun tietoon perustuva hoitovastuun vaihtaminen on edellytyksenä tehokkaalle ja toimivalle potilaan tietojen siirtämiselle.</p> <p>Tiimityöskentely antaa mahdollisuuden kompromissiin hoitovastuun vaihtamisessa, jaetun vastuun kautta.</p> <p>Hoitovastuun siirtäminen voi olla tehokasta tai se voi toimia esteenä hoidon jatkuvuudelle, muodostaen potilashoidossa korkean riskin vaiheen.</p>
--	---	--

		<p>Potilaan hoitovastuun vaihtoon voi vaikuttaa negatiivisesti sairaanhoitajan kokema väsymys, ajallinen paine, työhön liittyvä stressi, kommunikaation taso, välineistöä koskevat ongelmat, kiire, työn määrä, koulutuksen puuttuminen tai keskeytykset.</p> <p>Vaikka monessa sairaalassa potilaan kliinisen hoitovastuun vaihtamisen on katsottu olevan keskeinen asia, moni sairaanhoitaja saa asiaan niukan koulutuksen.</p> <p>Vastuun ottaminen potilaasta ja potilasturvallisuudesta voi edellyttää kypsyttä yksilöllisellä tasolla.</p> <p>Potilaan epämuodollisen hoitovastuun vaihtaminen vaikuttaa epäonnistuneeseen tiedon vaihtamiseen.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtamista voi estää mm. organisaation kilpailevat prioriteetit tai taloudelliset rajoitteet.</p> <p>Työpaikan kulttuuri ("näin asiat täällä tehdään") vaikuttaa potilaan hoitovastuun siirtämiseen.</p> <p>Päivystyksessä potilaan hoitovastuuseen liittyvän epäkunnioittavan käytöksen voidaan katsoa olevan "normaalia".</p>
<p><b>Sairaanhoitaja ja organisaatio:</b></p> <p><i>perehdyttäminen hoitovastuun vaihtamiseen, päivystysluonteisen työn haasteellisuus, omahoitajuus,</i></p>	<p><i>Sekä päivystyksessä, että kotisairaanhoidossa tulisi perehdyttää työn aloittavat, uudet sairaanhoitajat, jotta sekä potilaan päivystykseen lähettämistä, että päivystyksestä kotiuttamista olisi mahdollista harjoitella.</i></p> <p><i>Perehdytykseen sisältyy sen sisäistäminen, mitä potilaaseen liittyviä papereita kotisairaanhoidosta tulisi lähettää potilaan mukana päivystykseen ja mitä papereita potilaan kotiutuessa päivystyksestä kotisairaanhoitoon.</i></p>	<p>Organisaatiossa oppimiseen voidaan yhdistää harjoittelu, sosialisatio ja ryhmän yhtenäisyyden ylläpito.</p> <p>Hoidon siirtymisen yhteydessä korostuu saumaton hoito, roolien selkeys ja moniammatillisuus.</p> <p>Potilaan kotiuttaminen on merkityksellinen, suunniteltu prosessi.</p> <p>Epäonnistumisen tunnistaminen ja potilasturvallisuuteen sitoutuminen on merkityksellistä, hoidon siirtymisen koordinoinnin lisäksi.</p>



<p><b><i>tiedontarpeen vaihtelu organisaatiosta riippuen</i></b></p>	<p><i>Koulutuksen lisäksi sairaanhoitajien perehdyttämisen yhteydessä tulee painottaa tiedon välittämisen tärkeyttä, sen ollessa merkittävä (muttei itsestään selvä) asia kaikille.</i></p> <p><i>Päivystyksellinen työ on haastava, kiireen ja työssä olevien sairaanhoitajien niukan määrän vaikuttaessa potilaan hoitoon.</i></p> <p><i>Päivystys on haastava paikka aloittaa työ tuoreena sairaanhoitajana.</i></p> <p><i>Päivystyksessä potilaskontakti voi olla lyhyt ja jos hoitaja on nuori tai ei omaa työkokemusta esimerkiksi vanhusten hoidosta, potilaan kokonaisvaltainen hoito voi olla haasteellista, sillä perspektiiviä liittyen potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon voi olla vaikeaa hahmottaa.</i></p> <p><i>Päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat voivat myös ajatella, ettei potilaan jatkohoito ole heidän vastuullaan.</i></p> <p><i>Sairaanhoitaja, joka toimii potilaan omahoitajana, tuntee potilaan paremmin, hoitaessaan potilasta hoidon alusta sen loppuun.</i></p> <p><i>Katkeamattomassa vuorotyössä, kuten päivystyksessä, omahoitajuus ei onnistu, mikä korostaa vuoronvaihtojen välissä tapahtuvan raportoinnin ja potilaan hoitoon liittyvän kirjaamisen merkitystä.</i></p> <p><i>Potilaan hoito olisi perusteellisempaa, jos yhden sairaanhoitajan vastuulla olisi vain muutama potilas.</i></p> <p><i>Osastolla voi olla selkeämmät toimintatavat, kuin päivystyksessä.</i></p> <p><i>Eri terveydenhuollon toimintayksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat eivät välttämättä ole tietoisia toisen organisaation rakenteesta tai siitä, millaista potilastietoa toisessa organisaatiossa tarvitaan.</i></p> <p><i>Pienessä organisaatiossa työskenteleville sairaanhoitajille potilaan tausta on tiedossa, isossa organisaatiossa tämä ei mahdollistu.</i></p> <p><i>Pienessä ja isossa organisaatiossa tiedontarpeet voivat olla erilaisia.</i></p>	<p>Tiedon välittymiseen voi vaikuttaa mm. ammatillinen koulutus, vastuualueet, organisaatioon liittyvät esteet tai persoonalliset piirteet.</p> <p>Vaikka potilaan kotiuttamisen tulisi alkaa potilasta sairaalaan sisälle otettaessa, hoitajilla on usein vaikeuksia ymmärtää omaa paikkaa kotiuttamisen prosessissa.</p> <p>Tiedonkulun esteisiin voidaan lukea sairaanhoitajan persoonalliset piirteet, motivaation, hallinnan- tai tiedonpuute, hoitohenkilökunnan vaihtuvuus (vuoronvaihto, vapaapäivät, osa-aikaisuus) tai asiankuulumattomat rutiinit ja toimintatavat.</p> <p>Selkeiden standardien puuttuminen liittyen puhelinkontakteihin ja epätietoisuus siitä, keneen ottaa yhteyttä, on huomioitu sekä sairaalassa, että kotisairaanhoidossa työskentelevien sairaanhoitajien puolesta.</p> <p>Oman roolin tunnistaminen voi olla haasteellista, rooleihin liittyvä epätietoisuus ja henkilöiden väliset prosessit vaikuttavat tiedonkulun ongelmiin.</p> <p>Hoidon siirtymisen esteet liittyvät sitoutumiseen, kilpaileviin prioriteetteihin, kommunikaatioon, hoitopolkuihin ja kokemattomuuteen laadun kehittämisessä.</p> <p>Motivaatio, koettu vastuullisuus ja henkilöiden välinen vuorovaikutus on tärkeää.</p> <p>Omahoitajuuden avulla voidaan turvata hoidon jatkuvuutta ja selkeyttä vastuualueita.</p> <p>Eri organisaatioissa työskentelevillä voi olla vain vähän tietoa toisistaan.</p> <p>Eri organisaatioissa työskentelevillä sairaanhoitajilla voi olla eriäviä näkemyksiä tai kykenemättömyyttä ymmärtää toistensa näkökantoja.</p> <p>Motivaatio vaikuttaa tiedon välittymiseen.</p>
--	---	--

		<p>Resursoinnilla, selkeällä työnkuvalla, vastuualueilla ja toimintatavoilla on merkitystä.</p> <p>Resursointi ja hoitohenkilökunnan vaihtuvuus voidaan yhdistää tiedon välittymisen ongelmakohtiin.</p> <p>Sairaalat kohtaavat paikkaan sidottuja haasteita liittyen potilaan turvalliseen hoidon siirtymiseen.</p> <p>Terveystieteiden eri toimipaikoissa työskentelevien sairaanhoitajien keskinäinen vuorovaikutus on usein vajaata, epätäsmällistä ja väärin ajoitettua.</p> <p>Tiedon vastaanottamisen esteitä ovat mm. hoitotyötä toteuttavan työskentelyn kulttuuri sekä valmius muutokseen yksilön ja organisaation tasolla.</p> <p>Tiedonkulun esteet liittyvät organisaatioon, ihmistenvälisiin prosesseihin ja sairaanhoitajiin.</p> <p>Sirpaloitunut terveydenhuollon järjestelmä ja organisaation ilmapiiri vaikuttavat tiedon vaihtamisen epäonnistumiseen.</p> <p>Terveystieteiden siiloutunut rakenne ja terveydenhuollon toimintayksikön kulttuuri vaikuttavat tiedonkulun ongelmiin.</p> <p>Integroitunut vs. sirpaloitunut terveydenhuollon järjestelmä, hierarkian vähentäminen, yhteistyövalmius ja tiimityöskentely on merkityksellistä.</p> <p>Tiedon välittämisen mekanismeilla on merkitystä hoidon jatkuvuuden kannalta, keskittyminen tekniseen suoritukseen vaikuttaa tiedon välittymiseen.</p> <p>Yksittäiset toimijat (asenteet) ja organisatoriset tekijät (järjestelmä) ovat yhteydessä hoidon jatkuvuuden saavuttamiseen.</p>
--	--	---

		<p>Hoidon jatkuvuus sisältää jaettua ymmärrystä, toisten syyttely ja epäluottamus vaikuttavat tiedon vaihtamisen epäonnistumiseen.</p> <p>Terveystieteiden ammattilaisten toiminta, asenteet ja käyttäytyminen ovat yhteydessä potilassiirtoihin liittyvään työpaikan kulttuuriin, jonka tulisi sisältää ymmärrettävää kieltä, kunnioitusta ja tarkkaavaista kuuntelua.</p> <p>Toisessa organisaatiossa työskentelevää sairaanhoitajaa voidaan syyttää, jos yhteistyö eri organisaatioiden välillä epäonnistuu.</p> <p>Hoitotyön johtaminen ja laadukkaan johtamisen organisaatiokulttuurin visioiminen on haasteellista.</p>
<p><b>Kotiuttaminen yöaikaan:</b> <i>potilaan oma tahto, annetun tiedon varmistaminen, kotiuttamiseen liittyvä epäselvyys, potilaan kotiuttamisen ja kotona pärjäämisen varmistaminen, kotiuttamisesta ilmoittaminen</i></p>	<p><i>Vaikka voidaan kysyä, miksi iäkäs potilas kotiutetaan yöaikaan, sillä yöaikaan kotiuttaminen voi aiheuttaa potilaassa hämmennystä, potilaan kotiuttaminen yöaikaan voi olla riippuvaista potilaan omasta tahdosta.</i></p> <p><i>Potilaan kotiutuessa päivystyksestä yöaikaan, potilas ei välttämättä kykene sisäistämään hänelle annettua tietoa, joten tietoa olisi annettava mukaan myös kirjallisesti.</i></p> <p><i>Potilaan kotiuttamiseen yöllä voi liittyä epäselvyyttä liittyen siihen, minkä kotisairaanhoidon piiriin potilas kuuluu.</i></p> <p><i>Potilasta ei tule kotiuttaa yöaikaan, jos kukaan (esimerkiksi kotiutustiimin hoitaja) ei ole ottamassa potilasta vastaan.</i></p> <p><i>Jos potilas kotiutetaan yöaikaan, potilasta ei tule viedä odottamaan kotiutumista päivystyksen ulkoaulaan.</i></p> <p><i>Jos potilas kotiutetaan yöaikaan, tulee siitä ilmoittaa paitsi omaiselle, myös kotiutustiimille, joka on ensisijainen taho tekemään arviota potilaan tilanteesta yöaikaan.</i></p>	<p>Virka-ajan ulkopuolella tapahtuva potilaan kotiuttaminen voidaan yhdistää tiedon välittymisen ongelmakohtiin.</p> <p>Hyvin sairaskin potilas voi haluta olla kotona tutussa ympäristössä sairaalaan joutumisen sijaan.</p> <p>Hoidon jatkuvuus sisältää yhteyden myös aikaan liittyen.</p> <p>Potilaan kotiuttamiseen tulee löytää tasapaino oikea-aikaisessa, kliinisessä päätöksenteossa.</p>

<p><b>Potilas ja läheiset:</b> <i>potilaan tilanteen arvioiminen, potilaan toiminnan ymmärtäminen ja tukeminen, potilaan hoidossa mukana olevien toimijoiden eriävät näkemykset, kulttuuri, läheinen potilaan hoidossa, potilas tiedonkulun esteenä</i></p>	<p><i>Vaikka sairaanhoitaja keskustelisi potilaan kanssa tämän asioiden hoitamisesta, huomioiden potilaan huonontuneen tilan vaikuttavan tämän päätöksentekoon liittyen omaan hoitoonsa, potilas voi sanoa olevansa parempivointinen, kuin hän todellisuudessa on.</i></p> <p><i>Potilasta ei välttämättä tunneta päivystyksessä, potilaalla on oma tahto ja potilas voi käyttäytyä päivystyksessä eri tavoin, kuin kotona.</i></p> <p><i>Potilaan ollessa hoidettavana päivystyksessä, hänen vointinsa voi poiketa siitä, mitä sen on kotona ollut.</i></p> <p><i>Kommunikointi potilaan ja sairaanhoitajan kesken voi vaikeutua, johtuen potilaan tilanteesta tai voinnista, joka voi estää potilasta kertomasta omaan terveyteen liittyviä tietoja tai ottamasta vastuuta omasta terveydestään.</i></p> <p><i>Omaan hoitoon liittyen tulisi kyetä tekemään päätöksiä, tiedon vastaanottamisen ohella.</i></p> <p><i>Potilaalla, potilaan läheisillä, päivystyksen sairaanhoitajilla sekä kotisairaanhoidossa työskentelevillä sairaanhoitajilla voi olla eriäviä näkemyksiä potilaan kotiuttamisesta ja kotona pärjäämisestä.</i></p> <p><i>Omaisiet ja potilas itse voivat toivoa potilaan kotiuttamista, ja päivystyksessä on arvioitu potilaan olevan kotiuttamiseen valmis, kun taas kotisairaanhoidon arvion mukaan potilaan kotona pärjääminen on heikentynyt.</i></p> <p><i>Potilaaseen ja läheisiin liittyy kulttuurin ja mahdollisen kielimuurin vaikutusta, joka voi olla suurempi kuin päivystyksessä työskentelevä sairaanhoitaja ymmärtää.</i></p> <p><i>Kysymyksiä voi nousta esille liittyen naissukupuoleen, tulkin järjestämiseen tai omaisen toimimiseen tulkkina.</i></p>	<p>Ikääntyneellä, kroonisia tai akuutteja sairauksia omaavalla potilaalla hoidon siirtyminen on yleistä.</p> <p>Kompleksiset potilaat tarvitsevat elämän hallinnan tukea kotona asumiseen.</p> <p>Potilaan alentunut kognitiivinen tila voi aiheuttaa sekavuuden ajanjakson hoidon siirtymisen vaiheessa.</p> <p>Ikääntyneiden määrä lisääntyy ja ikääntyneiden hoitotyön tarpeet voivat olla vaativia, ongelmien kompleksisuuden sekä fyysisten ja psyykkisten rajoitusten johdosta.</p> <p>Ikääntyneiden sairaalaan joutuminen ja sieltä kotiutuminen, potilaan krooninen sairaus ja heikentynyt kognitiivinen tilanne ovat yhteydessä lääkehoidossa tapahtuviin virheisiin.</p> <p>Ikääntynyt, perussairauksia omaava ja kotisairaanhoidon palveluita tarvitseva potilas voi olla sairaalasta kotiutumisen jälkeen haavoittuvainen.</p> <p>Potilaalla voi olla ahdistuneisuuden ja epävarmuuden tuntemuksia tiedonpuutteen johdosta.</p> <p>Potilaalla voi olla voimattomuuden tunteita tai hänelle voi aiheutua sosioekonomisia seurauksia, jos potilasturvallisuus ja hoidon jatkuvuus vaarantuvat kommunikaation ja koordinaation puutteen johdosta.</p> <p>Kotisairaanhoidossa työskentelevä sairaanhoitaja voi ymmärtää potilaan kokemaa turvallisuuden tunnetta omassa kodissaan, paremmin kuin sairaalassa työskentelevä sairaanhoitaja.</p> <p>Hyvinkin sairas potilas voi haluta olla omassa kodissaan, joka on tuttu ympäristö, sairaalahoidon sijasta.</p>
---	---	--

<p><i>Omaisten huomioiminen potilaan hoidossa on myös vaikeutunut nykyisen COVID-19 -pandemian myötä.</i></p> <p><i>Vaikka omaisen hyödyntäminen tulkkina tuo esille luottamukseen liittyviä kysymyksiä, omaista hyödynnetään tulkkina, koska se on nopeampaa kiireisessä päivystyksessä.</i></p> <p><i>Potilaan kotiutuessa päivystyksestä, omaisia voidaan osallistaa potilaan hoitoon ottamalla heihin yhteyttä potilaan kotiutuessa päivystyksestä, etenkin jos herää epäily potilaan kotona pärjäämisestä.</i></p> <p><i>Potilaan omaiselle tulee antaa tietoa kirjallisesti, sillä suullisesti välitetty tieto esimerkiksi puhelimitse, voi unohtua.</i></p> <p><i>Tiedonvälittymisen estyminen voi liittyä potilaaseen, esimerkiksi potilas voi olla kykenemätön huolehtimaan mukana olevista tavaroista, tai kotisairaanhoidosta tai päivystyksestä mukaan annetusta kirjallisesta tiedosta.</i></p> <p><i>Vaikka potilaalle mukaan annetut kirjalliset tulosteet voivat kulkeutua potilaan mukana päivystyksestä kotiin, voivat tulosteet kadota epähuomiossa tai potilaan unohtamisen vuoksi, ennen kuin kotisairaanhoidon sairaanhoitaja tapaa asiakkaan potilaan kotiutumisen jälkeen.</i></p> <p><i>Tiedonkulkua estävänä tekijänä voi myös toimia potilaan oma tilanne kotiutumisen yhteydessä, potilas voi esimerkiksi väsymyksen vuoksi jäädä epäselvyyteen siitä, mitä tietoa päivystyksen lääkäri tai sairaanhoitaja ovat antaneet potilaalle.</i></p>	<p>Potilaan kognitiivinen ja fyysinen tilanne, perhesuhteiden ohella, vaikuttaa hoitoon varustautumiseen kotona.</p> <p>Potilaan kognitiivisen tilanteen lisäksi, potilaan fyysinen väsymys voi olla altistavat tekijä virheelle, jolloin potilas voi sanoa ymmärtävänsä tiedon siitä syystä, ettei halua vastata kysymyksiin.</p> <p>Puutteellinen kommunikaatio terveydenhuollon tarjoajien välillä voi johtaa potilaan uudelleen sairaalaan joutumiseen.</p> <p>Potilaan hoito alkaa usein päivystyksestä.</p> <p>Potilaan liikkuminen kodin ja sairaalan välillä osallistaa potilaan ja läheisten lisäksi sairaalaa ja kunnallista sektoria.</p> <p>Ideat, uskomukset ja arvot vaikuttavat potilaiden ja läheisten päätöksentekoon.</p> <p>Potilailla ja läheisillä on merkittävä rooli onnistuneessa hoidon siirtymisessä.</p> <p>Ikääntyneet potilaat ja läheiset kokevat positiiviseksi asiaksi luotetun henkilön (“go to person”), joka tuntee potilaan ja läheiset, ja jolta voi pyytää apua.</p> <p>Potilaita ja läheisiä tulee osallistaa ja voimaannuttaa hoidon suunnitteluun, mahdollistamalla resursseja ja työkaluja.</p> <p>Osallistamalla potilasta ja läheisiä voi johtaa ymmärrykseen potilaskeskeisestä hoitovastuun vaihdosta.</p> <p>Potilas ja läheiset eivät aina ole tietoisia erilaisista valinnoista ja vaihtoehtoista, tai niiden saavutettavuus on rajallista.</p> <p>Tiedon välittyminen voi katketa myös oletukseen potilaan läheisen tuesta.</p>
--	---

		<p>Potilaalle ja läheisille voi aiheuttaa hämmennystä, jos kommunikaatio on tehotonta.</p> <p>Potilaan siirtyessä lisääntynyt hauraus, useat diagnoosit sekä perheen antaman tuen ja puolesta toimimisen puuttuminen kasvattavat virheen riskiä.</p> <p>Potilaat ja läheiset voivat olla taloudellisiin tai tunteisiin liittyvien seikkojen vuoksi haavoittuvaisia, jolloin voidaan hyödyntää case managerin palveluita.</p> <p>Hoidon siirtymisen esteenä voi toimia potilaan läheisen epäavuliaisuus, sitoutumatta jättäminen tai saavutettavuus.</p> <p>Perheiden osallistaminen voi olla haasteellista, ikääntynyt voidaan ohittaa hoitoa koskevassa päätöksenteossa tai ikääntynyt voi jäädä soveliaan hoidon ulkopuolelle.</p> <p>Ikääntyneen ja hauraan, kotona asuvan ja kotisairaanhoidon piiriin kuuluvan potilaan läheiset voivat olla ahdistuneita tai tuntee syyllisyyden ja epäonnistumisen tunteita.</p> <p>Potilaan perheen sisäisillä konflikteilla voi olla negatiivinen vaikutus kotiuttamisen suunnitteluun, kulttuurin ja arvojen vaikuttaessa myös haavoittuvien yksilöiden päätöksentekoon.</p> <p>Potilas voi unohtaa relevanttia tietoa kotiutumisen jälkeen.</p> <p>Välittäessään omaa hoitoa koskevaa potilastietoa eteenpäin, potilas voi väärinymmärtää lukemaansa tietoa.</p> <p>Potilas voi joutua toistamaan tietoa tai käymään uudelleen kokeissa tiedonkulkuun liittyvien katkosten vuoksi, jonka ohella hoito voi viivästyä ja potilas vastaanottaa ristiriitaista tietoa.</p>
--	--	---

		<p>Potilaan saamat useat eri yhteydenotot eri toimijoilta voivat häkellyttää potilasta.</p> <p>Sairaalassa hoidon vastuu on ammattilaisilla, kotona hoitoon voi osallistua muu perhe.</p> <p>Potilaan ja läheisten osallistaminen antaa mahdollisuuden tiedon saamiseen ja epäselvän tiedon oikaisemiseen.</p> <p>Ikääntyneillä henkilöillä hoidon suunnitteluun liittyy henkilöstöresursseja, joihin voidaan lukea läheisen saavutettavuus.</p> <p>Potilaan ja läheisten opastaminen tulee huomioida.</p> <p>Potilas ja läheiset voidaan yhdistää tiedon välittymisen ongelmakohtiin.</p>
<p><b>Kirjallinen tieto:</b></p> <p><b><i>kirjaamisen merkitys, kirjallisen tiedon välittäminen ja hoidon turvaaminen</i></b></p>	<p><i>Potilaan hoitoon liittyvä kirjaaminen on erittäin tärkeää.</i></p> <p><i>Potilaalle tulee antaa mukaan kirjallista tietoa päivystyksessä annetuista hoidosta.</i></p> <p><i>Kotiuttaminen voidaan hoitaa paremmin laittamalla kirjalliset ohjeet potilaan mukaan päivystyksestä kotiutuessa, etenkin jos herää epäily siitä, ettei potilas muista annettua tietoa.</i></p> <p><i>Sähköiset tietojärjestelmät voivat olla erilaisia, jolloin potilaalle tulee antaa mukaan kirjalliset tulosteet.</i></p> <p><i>Potilaalle tulisi antaa mukaan kirjalliset tulosteet, joista selviää voimassa olevan lääkelistan lisäksi mahdolliset lääkitysmuutokset sekä jatkohoito-ohjeet.</i></p> <p><i>Konkreettinen esimerkki tiedon välittämisestä päivystyksestä eteenpäin, on kotiutuskuoren hyödyntäminen potilasta kotiutettaessa.</i></p>	<p>Kommunikaatioon sisältyy tiedon välittäminen, vaihtaminen ja ilmaisu kirjallisessa muodossa, suullisen ja elektronisen lisäksi.</p> <p>Potilaalla ja läheisillä on perustavanlaatuinen oikeus saada kirjallista tietoa saadusta hoidosta ja kotiutumisen jälkeisestä hoidosta.</p> <p>Sairaanhoitajat koordinoivat potilaan kotiuttamisen ja työstävät tähän liittyvän kirjallisen työskentelyn.</p> <p>Tiedon antaminen potilaalle kirjallisesti ja suullisesti sekä potilaan tarpeet huomioiden, on huomioitu terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa merkittäväksi asiaksi.</p> <p>Terveydenhuollon palveluiden oikeaa käyttöä voidaan ohjata antamalla kirjallista tietoa jatkohoidosta, potilaan kotiutumisen jälkeen.</p> <p>Tietoa tulee välittää kirjallisesti, suullisen ja elektronisen tiedon välittämisen lisäksi.</p>

	<p><i>Kotiutuskuorta voi käyttää tarkistuslistana liittyen siihen, mitä tietoa potilaan kotiutuessa on varmistettava lähtevän potilaan mukana (epikriisi, tutkimustulokset, jatkohoito-ohjeet).</i></p>	<p>Kirjallisen tiedon välittämisen on ehdotettu olevan itsehoitoa edistävä tekijä.</p> <p>Potilaan kotiutuessa sairaalasta, on suositeltavaa hyödyntää sekä kirjallista, että suullista tietoa.</p> <p>Standardoidun tiedon välittäminen potilaalle edellyttää kirjallisen ja suullisen tiedon yhdistelmää, jolloin tietämys ja tyytyväisyys lisääntyvät, vastuun ja velvollisuuden siirtymisen lisäksi.</p> <p>Tiedon jatkuvuuteen sisältyvät mm. kirjallisesti välitettävät kotiuttamisen yhteenvedot ja lähetteet.</p> <p>Potilaan hoidon vastaanottavan tahon tulee arvioida potilaan tilanteen lisäksi potilaaseen liittyvät kirjalliset tiedot, kommunikaation varmistamiseksi.</p> <p>Epämuodollinen tiedon välittäminen tapahtuu usein puhelimitse, kirjallisen tiedon välittämisen sijasta.</p> <p>Kadotetut kirjalliset potilastiedot vaarantavat potilaan hoitoa ja hoidon laatua.</p> <p>Potilasdokumentit voidaan postittaa kotisairaanhoidolle, muttei ole varmuutta, onko oikea ihminen vastaanottamassa dokumentteja.</p> <p>Tehokasta kotiuttamista estävä tekijä voi olla kirjallinen kommunikaatio, joka heikentää päätöksentekoa.</p> <p>Kirjallista, potilaaseen liittyvää tietoa voi kadota virheellisen arkistoinnin tai tarkasteltavaksi ottamisen johdosta, jolloin potilashoidolle voi aiheutua negatiivisia seurauksia.</p> <p>Kadonnut kirjallinen tieto voi heijastaa hoidon käytäntöjä tai kulttuuria.</p>
--	---	--



		<p>Sirpaloituneessa terveydenhuollon järjestelmässä kommunikointi tapahtuu usein kirjallisesti, jolloin tietoa voi olla useita sivuja ilman ymmärrystä tiedon sisällöstä.</p> <p>Kirjallinen tiedon välittäminen taksin, ensihoidon, potilaan tai potilaan läheisen kautta, voi herättää sairaanhoitajissa epävarmuuden tunteita.</p>
<p><b>Raportointi, yhteydenotto ja yhteystiedot:</b></p> <p><i>yhteystietojen ja yhteydenoton merkitys, raportointiin liittyvä epäselvyys</i></p>	<p><i>Yhteystietojen puuttuminen estää tiedon välittymistä kotiutusprosessissa.</i></p> <p><i>Sairaanhoitajan tulisi varmistaa kirjallisella tulosteella, että omainen saa kiinni potilasta hoitaneen tahon, eli hoitajan tulee varmistaa yhteystietojen saavutettavuus antamalla potilaalle mukaan kirjallisesti päivystyksessä potilasta hoitaneen tahon yhteystiedot.</i></p> <p><i>Tiedon välittymistä kotiutusprosessissa edistää yhteydenotto potilaan omaiselle, kotisairaanhoitoon tai kotiutustiimiin.</i></p> <p><i>Kotisairaanhoitoon tulisi soittaa päivällä ja kotiutustiimille yöaikaan, jolloin varmistetaan yhteystietojen välittymisen lisäksi tietoketjun yhtenäisyys.</i></p> <p><i>Vaikka tiedon siirtymistä kotisairaanhoitoon varmistaa kirjallisen tiedon välittämisen ohella yhteydenotto puhelimitse kotisairaanhoidossa työskentelevään sairaanhoitajaan, on huomioitava, ettei jokaisessa kotisairaanhoidon toimipisteessä työskennellä ympäri vuorokauden.</i></p> <p><i>Tiedon välittymistä päivystyksestä estää myös se, ettei puhelinnumeroa päivystykseen ole annettu, sitä ei osata etsiä tai siitä ollaan tietämättömiä.</i></p> <p><i>Raportoinnista toivotaan selkeitä ohjeita.</i></p> <p><i>Vaikka epäselvyyttä voi olla sen suhteen, milloin sairaanhoitaja soittaa raportin potilaan jatkohoitopaikkaan, ja milloin raportin soittaa lääkäri, yhteydenotot tulisi suorittaa matalalla kynnyksellä.</i></p>	<p>Tiedon hankkiminen ja välittäminen, ymmärryksen varmistaminen ja aktiivinen kuuntelu sekä interaktiivinen kommunikaatio on merkityksellistä.</p> <p>Yhteistyön ja kommunikaation puuttuminen ja tiedon saavutettavuus vaikuttavat tiedon vaihtamisen epäonnistumiseen.</p> <p>Laadukas kommunikaatio sisältyy onnistuneeseen kotiuttamisen prosessiin.</p> <p>Hoidon jatkuvuus sisältää vuorovaikuttamista, hoidon siirtyminen liittyy tiedon vaihtamiseen.</p> <p>Tiedon pitäminen itsellä tai tiedon sovittelu vaikuttaa tiedon välittymiseen.</p> <p>Yhteistyötä tehdään eri sektoreiden välillä, toiminta on koordinoitua ja moniammatillista.</p>

	<p><i>Yhteistietojen varmistaminen on tärkeää, etenkin kun kotisairaanhoidossa toimii useita yksiköitä, jolloin päivityksestä on otettava yhteyttä useaan eri kotisairaanhoidon yksikköön, jotta löydetään potilaan hoidosta vastuussa oleva kotisairaanhoido.</i></p> <p><i>Yhteydenottoihin päivityksen taholta voi liittyä epäselvyyttä liittyen potilaan kotiuttamiseen.</i></p> <p><i>Epätietoisuutta toimintatavasta voi aiheuttaa, jos kotihoitoa ei saada yöaikaan kiinni.</i></p>	
<p><b>Kiire tai unohtaminen:</b></p> <p><i>tiedon katoaminen, tiedon välittymisen tai sisäistämisen estyminen, hoitotyön asettamat haasteet</i></p>	<p><i>Tietoa unohtuu huolimattomuuden, kiireen tai inhimillisen virheen vuoksi.</i></p> <p><i>Kiire ja ruuhkautuneet päivityksen hoitoyksiköt estävät tiedon välittymistä kotiutusprosessissa.</i></p> <p><i>On varmistettava, että potilas saa mukaansa kirjallisen tulosteen hoidosta, mutta tämä voi unohtua kiireen vuoksi.</i></p> <p><i>Kiireessä sairaanhoitajan kyky sisäistää vaadittavat asiat, voi heikentyä.</i></p> <p><i>Sairaanhoitajalta voidaan vaatia enemmän, kuin mihin hoitaja pystyy, huolimatta hoitajan suunnitelmallisuudesta, jolloin seurauksena on tiedon välittymisen katkeaminen.</i></p> <p><i>Kiireen ohella, myös työssä olevien sairaanhoitajien lukumäärällä on merkitystä.</i></p> <p><i>Potilaan hoitoon liittyviä asioita voi jäädä tekemättä, jos aikaa on käytettävissä vähemmän.</i></p> <p><i>Voi käydä esimerkiksi niin, ettei potilaaseen ennätä perehtymään, ja potilas voi antaa itsestään selkeän kuvan huolimatta mahdollisesta</i></p>	<p>Yleisin syy kriittisen tiedon hukkaamiselle on sen unohtaminen.</p> <p>Tiedon unohtaminen vaikuttaa tiedon vaihtamisen epäonnistumiseen ja tiedon saavutettavuuteen.</p> <p>Tieto voi hukkaa potilaan hoitovastuun vaihtamisen aikana päivityksessä toistuvien keskeytysten johdosta.</p> <p>Terveydenhuollon toimintayksikön toimintatavat ovat yhteydessä siihen, kuinka paljon aikaa on käytettävissä potilaan hoitovastuun vaihtamiseen.</p> <p>Riittävä aika on avainasemassa hallittavissa olevan kotiuttamisen kannalta.</p> <p>Sairaanhoitajan voi olla vaikeaa osallistua kotiuttamiseen mm. työn määrän ja ajan vuoksi.</p> <p>Potilaan siirtymisen kiirehtiminen on ahdistavaa potilaille ja läheisille.</p> <p>Integroituneessa terveydenhuollon järjestelmässä potilaille ja läheisillä on tunne, ettei siirtymistä kiirehdiä.</p> <p>Kiireiset osastot ovat esteitä potilaan hoitovastuun vaihtamisessa.</p>

	<p><i>muistisairaudesta, jolloin sairaanhoitaja voi olettaa potilaan ymmärtäneen vastaanottamansa tiedon.</i></p> <p><i>Kiireen ja potilaaseen itseensä liittyvien seikkojen vuoksi potilas voi kotiutua päivystyksestä ilman kirjallista tietoa saamastaan hoidosta, jonka suhteen potilaalla ei kotona ollessaan ole tarvittavaa tietoa.</i></p>	<p>Tiedonvaihtamisen esteellä voidaan viitata sairaanhoitajan kokemuksiin ajan puutteesta.</p> <p>Päivystyksessä ajanpuute vaikuttaa käsitykseen kotiuttamisen merkityksestä.</p> <p>Hektinen työtilanne voi aiheuttaa sairaanhoitajalle kokemuksen vähäiseen joustavuuteen työskentelyssä.</p> <p>Kiire ja toistuvat keskeytykset aiheuttavat hallinnan tunteen katoamista sairaanhoitajilla.</p>
<p><b>Sähköiset tietojärjestelmät:</b></p> <p><i>sähköisen tiedonvälittämisen merkitys, yhteensopivat järjestelmät</i></p>	<p><i>Potilaalle tulisi antaa mukaan kirjalliset tulosteet, mutta tietoa tulee myös välittää sähköisesti.</i></p> <p><i>Vaikka potilaalle annetaan mukaan kirjallinen tuloste annetusta hoidosta, tietoa tulisi saada lähetettyä sähköisesti, sillä tuloste voi kadota.</i></p> <p><i>Potilas voi sanoa, ettei ole saanut kirjallista tulostetta annetusta hoidosta mukaansa tai potilas voi piilottaa tulosteen, sähköinen tiedonsiirto on varmempaa.</i></p> <p><i>Sähköisten tietojärjestelmien tulisi olla samoja terveydenhuollon eri toimintayksiköissä.</i></p>	<p>Informaatio- ja kommunikaatioteknologiaa hyödynnetään lisääntyvästi terveydenhuollossa, jolloin informaation vaihtaminen on digitaalista.</p> <p>Kommunikaatio terveydenhuollon tarjoajien välillä tapahtuu sähköpostilla tai e-viestillä.</p> <p>Tiedon jatkuvuuden perustavanlaatuisiin aineisosiin sisältyy elektronisesti välitetty kotiuttamisen yhteenveto.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtoa voidaan turvata elektronisella e-viestillä.</p> <p>Elektronisen kirjaamisen apuvälineen hyödyntäminen alentaa tiedon katoamisen riskiä.</p> <p>E-viesti on taipuvainen tukemaan yksisuuntaista informaation virtsaa, informaatioketjun sijaan.</p> <p>Sähköisiä viestijärjestelmiä avulla parannetaan lisääntyvästi tiedonvaihtoa eri sektoreiden välillä.</p> <p>Rajapintojen ylittäminen on merkityksellistä.</p>

		<p>Potilaan hoitovastuun vaihtamisen rajapinnalla on merkityksellistä käyttää yhteistä kommunikoinnin työkalua.</p> <p>Yhteiseen palvelupisteeseen pohjautuvat tietojärjestelmä hyödyttää järjestelmien työskentelyä yli organisaatorajojen.</p> <p>Elektronisten järjestelmien avulla voidaan alentaa organisaatioiden välisiä rajoja.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtamiseen liittyy elektronisten järjestelmien implementointi.</p> <p>Hoidon siirtymisen esteisiin liittyy erilaiset tietokonejärjestelmät ja kirjaamisalustat.</p> <p>Riittämättömät tietokoneressit voivat häiritä tiedon virtaamista ja teknologia voi myös aiheuttaa ongelmia tiedonvälityksessä.</p> <p>Potilaan hoitovastuun vaihtoon tarkoitettu teknologia voi estää potilaan hoitovastuun vaihtamisen tehokkuutta.</p> <p>Elektronisiin terveysjärjestelmiin liittyy haasteita, kuten järjestelmien yhteentoimivuus.</p> <p>Hoitoyhteenvetojen vaihtaminen tietotekniikan rajapinnalla on monimutkainen asia järjestää.</p> <p>Kotisairaanhoidon pääsy elektroniseen terveystietojärjestelmään mahdollistaa tiedon saamisen päivystyksessä annetusta hoidosta.</p> <p>Puutteelliset tietojärjestelmät, joihin kaikilla ei ole pääsyä, toimii potilaan luovuttamisen tai hoitovastuun siirtämisen esteenä.</p> <p>Terveystietojärjestelmien organisaatioiden sisäisiltä tietojärjestelmiltä puuttuu verkostoituminen, tietostandardit ja tiedonvaihtokyky.</p>
--	--	---