

Minna Laiho

POTILASSIIRTOIHIN LIITTYVÄ TIEDONKULKU

Vanhustyön (Ylempi AMK) koulutusohjelma  
2019

## POTILASSIIRTOIHIN LIITTYVÄ TIEDONKULKU

Laiho, Minna  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Vanhustyön (Ylempi AMK) koulutusohjelma  
Joulukuu 2019  
Sivumäärä: 50  
Liitteitä: 3

Asiasanat: tiedonkulku, potilassiirrot, kirjaaminen

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli arvioida potilassiirtoihin liittyvää kirjallista tiedonkulkua ja laatia kehittämissuhteita kirjaamisen kehittämiseksi. Työssä tarkasteltiin akuutteihin eli ennalta suunnittelemttomiin potilassiirtoihin liittyvää kirjallista tiedonkulkua ja arvioitiin kirjaamisen sisältöä. Työ toteutettiin eräissä pienehkössä Satakunnan kunnassa ja tutkimuksen kohteena oli kunnan kotihoidon ja lyhytaikaishoidon potilaiden ennalta suunnittelemttomat siirrot toiseen hoitoyksikköön.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena ja tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Tutkimusaineiston muodostivat hoitajien tekemät kirjalliset dokumentit potilaiden siirtotilanteista sekä HaiPro- eli haaitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, mikäli ne liittyivät tiedonkulkuun. Sisällönanalyysin runko muodostettiin iSBAR- raportointimallin mukaan. ISBAR- on menetelmä, joka on alun perin otettu käyttöön USA:n merivoimissa raportoinnin parantamiseksi, mutta vakiintunut esimerkiksi terveydenhuollon käyttöön 2000-luvulla tarkoituksenaan parantaa raportoinnin tehokkuutta ja tarkkuutta.

Tulosten mukaan potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta olennaisten tietojen kirjauksissa ilmeni puutteita. Erityisesti potilaan taustatiedot, kuten perussairaudet, lääkehoidon toteuttamisessa tarvittavat tiedot ja potilaan aikaisempi toimintakyky tai käytössä olevan apuvälineet puuttuivat usein kirjauksista. Kirjaaminen oli usein myös hoitajalähtöistä ja potilaan osallisuus omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon näkyi kirjauksissa harvemmin.

Tulosten perusteella pidettiin kehittämissalaveri, jossa päätettiin toimenpiteistä kirjaamisen kehittämiseksi. Henkilökunnan koulutus nähtiin merkittäväksi asiaksi kirjaamisen kehittämisessä. Work shop- tyyppisiä koulutuksia, joissa henkilökunta pääsee harjoittelemaan kirjaamista erilaisten tapausesimerkkien avulla, suunniteltiin kunnassa toteutettavan vuoden 2020 alkupuolella. Koulutuksen lisäksi yksiköissä toimivien kirjaamisvastaavien rooli nähtiin tärkeänä. Heidän tulisi toimia henkilökunnan apuna ja tukena kirjaamisessa sekä jatkossa myös observoida kirjaamista ja sen laatua. Näin voitaisiin varmistaa, että laadukas kirjaaminen jää pysyväksi käytännöksi.

## DOCUMENTATION AND TRANSFERRING DATA OF PATIENT TRANSFERS

Laiho, Minna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

December 2019

Number of pages: 50

Appendices: 3

Keywords: transferring data, patient transfers, documentation

---

The purpose of this thesis was to evaluate the written documentation and transferring data of patient transfers and to draw up propositions to develop the documentation. The thesis focused on the written documentation and the quality of transferring data related to acute patient transfers, i.e. unplanned patient transfers. The task was carried out in a smaller municipality in the region of Satakunta. The thesis focused on acute transfers of patients living at their homes with care provided by the municipal nursing system or patients in the short-term care nursing homes.

The thesis was conducted as a qualitative case study and the research material was analyzed by content analysis. The research material consisted of nurses' written documentation of patient transfers and of so-called HaiPro reports which are notifications of alerts and incidents in case they were related to the documentation. The Content Analysis Framework was constructed according to the ISBAR report template. ISBAR is a method originally introduced by the US Navy to improve reporting. Later on, this method has been established, for example, in healthcare in the 21st century to improve reporting efficiency and accuracy.

The results showed deficiencies in the documentation of data relevant to the continuity of patient care. In particular, the patient's background information, such as the underlying diseases, the information needed to perform the medication and the patient's previous performance status or different aids used, were often missing from the documentation. Documentation was also often nurse oriented, and the patient's involvement and decision-making on his care were not frequently documented.

Based on the results, a development meeting was held to decide on measures to improve documentation. Training of staff was seen as an important issue to improve the documentation. In the municipality concerned the plan is to organize, at the beginning of 2020, some workshop type training, where the staff can practice documentation through various case examples. In addition to training, the role of staff responsible for documentation in different units was considered important. They should assist and support the personnel in the documentation and, in the future, also observe the documentation and its quality. This would ensure that high-quality documentation remains a permanent practice.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS.....	7
	2.1 Kehittämistehtävän tausta ja toimintaympäristö .....	7
	2.2 Kehittämistehtävän tarkoitus .....	8
3	TIEDONKULKU POTILASSIIRROISSA.....	10
	3.1 Tiedonkulku .....	10
	3.2 Tiedonkulun merkitys potilassiirroissa.....	11
	3.3 Kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö .....	15
	3.4 Hyvän kirjaamisen kriteerit.....	16
	3.5 HaiPro-ilmoitukset .....	19
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN METODOLOGIA .....	21
	4.1 Tapaustutkimus .....	21
	4.2 Aineiston keruu tapaustutkimuksessa .....	22
	4.3 Aineiston analysointi tapaustutkimuksessa.....	23
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	25
	5.1 Aineiston keruu .....	25
	5.2 Aineiston analysointi.....	26
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	29
	6.1. Potilassiirtoon liittyvän tilanteen kuvaus .....	29
	6.2. Potilassiirtoon liittyvät taustatiedot.....	30
	6.3. Siirtyvän potilaan nykytilan kuvaus.....	32
	6.4. Suositukset ja tiedot jatkohoidosta.....	33
	6.5. Potilaan tai omaisten osallisuus hoitoon ja päätöksentekoon.....	35
	6.6. HaiPro -ilmoitukset .....	36
	6.7. Muita aineistosta esiin nousseita asioita.....	37
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	39
	7.1. Tulosten tarkastelua.....	39
	7.2. Kehittämisehdotukset .....	43
	7.3. Eettisyys ja luotettavuus .....	44
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomen väestö vanhenee ja ikääntyvän väestön hoivan ja palvelujen tarve lisääntyy. Samanaikaisesti laitospaikkoja pyritään vähentämään ja lisäämään iäkkäiden ihmisten kotona asumista. Esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön 2016- 2018 toteuttaman I & O kärkihankkeen tavoitteena oli pyrkiä kehittämään ikäihmisten kotihoitoa ja kehittää kotiin annettavien palvelujen määrää ja sisältöä (STM:n www-sivut 2019). Tämän seurauksena todennäköisesti tulevaisuudessa ikäihmisistä yhä suurempi määrä on kotihoidon ja muiden kotiin annettujen palveluiden piirissä.

Suurin osa suomalaisista joutuu kokemaan siirron johonkin hoitoyksikköön tai siirtoja hoitoyksiköstä toiseen elämänsä viimeisen kahden vuoden aikana (Aaltonen ym. 2010, 91-98). Potilaan siirron yhteydessä hoitovastuu siirtyy hoitavalta taholta toiselle ja juuri siirtojen yhteydessä potilaiden on todettu olevan todettu olevan erityisen alttiita tiedonkulussa tapahtuville virheille tai puutteille (Metsävainio & Tamminen 2015). Virheetön viestintä ja tiedonkulku on todettu olevan yksi potilasturvallisuuden oleellisimpiä asioita. Potilaan tietojen ja voimien kirjaaminen potilaskertomukseen on oleellinen osa hoitotyötä. Kirjatuista potilastiedoista tulisi hoitavan tahon saada nopeasti ja luotettavasti selkeä kuvaus potilaan sairauksista ja sen hetkisestä tilanteesta. Mikäli potilaiden siirtymiset hoitopaikasta toiseen eivät tapahdu optimaalisella tavalla, voivat seuraukset olla kauaskantoisia. Tämä voi tarkoittaa erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kohdalla uusintakäyntejä sairaalaan, lääkehoitoon liittyviä haittatapahtumia tai jopa kuolleisuutta. Potilaan turvallinen siirto voidaan toteuttaa hyvällä hoitavien tahojen välisellä viestinnällä. (Laugaland, Aase & Barach 2012.)

Hoitajan on todettu olevan keskeisessä roolissa potilaan siirtoon liittyvässä tiedonsiirron prosessissa. Ennen potilaan sairaalaan menoa tapahtuva tiedonsiirto vaikuttaa potilasturvallisuuteen, koska potilaan hoidon suunnittelu ja -toteutus perustuu pitkälti potilaan tilanteesta annettuihin tietoihin. (Matichko 2015, 1-36.)

Tiedonkulun parantamiseksi erilaisille tietojärjestelmille ja teknologialle on asetettu suuria toiveita, mutta aivan ongelmattomaa teknologian käyttöönotto tiedonkulun parantamiseksi ei ole kuitenkaan ollut. Erilaisissa potilastietojärjestelmissä on todettu

olevan lukuisia puutteita eivätkä kaikki järjestelmät keskustele keskenään. Puutteellisesti toimivat sähköiset potilastietojärjestelmät eivät palvele käyttäjiä tiedonsiirrossa organisaatioiden välillä, eivätkä siten lisää potilasturvallisuutta tiedonkulun näkökulmasta (Virjo ym. 2013, 2208, 2210-2212).

Tässä kehittämistehtävässä tullaan tarkastelemaan akuutteja eli ennalta suunnittemattomia potilassiirtoja ja niihin liittyvää kirjallista tiedonkulkua ja arvioidaan kirjaamisen sisältöä. Tehtävään otetaan mukaan myös HaiPro- eli haitta- tai vaaratapahtumanilmoitukset, mikäli ne liittyvät kirjaamiseen tai tiedonkulkuun. Saatujen tulosten perusteella laaditaan kehittämissuhteita, joilla pyritään kehittämään akuutteihin potilassiirtoihin liittyvää kirjaamista ja tiedonkulkua. Akuutissa potilassiirrossa olisi tärkeää, että vastaanottava yksikkö saisi potilaasta aina hoidon kannalta riittävät tiedot, yhdenmukaisesti kirjattuna ja viipymättä.

## 2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAUSTA JA TARKOITUS

### 2.1 Kehittämistehtävän tausta ja toimintaympäristö

Kehittämistehtävä toteutettiin eräässä noin 5500 asukkaan satakuntalaisessa kunnassa. Kyseisessä kunnassa perusterveydenhuollosta vastaa useamman kunnan muodostama terveydenhuollon kuntayhtymä ja erikoissairaanhoidosta Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sairaanhoidon päivystys toimii arkisin aamusta iltaan kuntayhtymän järjestämänä ja öisin, viikonloppuisin ja arkipyhinä Satasairaalassa Porissa.

Aihe kehittämistehtävään saatiin kyseisestä kunnasta. Kunnan vanhuspalveluissa oli toiveena potilassiirtoihin liittyvän kirjaamisen tarkastelu ja kehittäminen. Aiheen valintaan vaikutti myös oma kiinnostukseni tehtävän tekijänä kirjaamista ja tiedonkulkua kohtaan. Koen, että kirjaamisen tärkeys on potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta aihe, joka on aina ajankohtainen ja jossa on aina parannettavaa.

Aiheen valinnan jälkeen aloitettiin aiheeseen perehtyminen ja tutkiminen. Laajan kirjallisuushaun avulla tarkasteltiin potilaiden siirtotilanteisiin liittyvää tiedonkulkua ja raportointia ja selvitettiin, mitä aiheesta on aikaisemmin tiedossa ja tutkittu. Aihepiirin kirjallisuushaussa käytettiin apuna Satasairaalan tieteellisen kirjaston informaattikkoa. Kirjallisuushaussa käytettiin sekä Medic että Public- tietokantoja. Tiedonhaku rajattiin vuosille 2008-2019 ja lisäksi hakuun otettiin vain suomen- ja englanninkieliset julkaisut. Lisäksi hakua täydennettiin runsaasti vielä manuaalisesti perehtymällä löydettyjen tutkimusten lähdeluetteloihin.

Kehittämistehtävän kohteena oleva kunta kuuluu perusterveydenhuollon järjestämisen osalta laajempaan terveydenhuollon kuntayhtymään. Kuntayhtymässä on käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä Pegasos. Pegasos on CGI Suomi oy:n kehittämä ja ylläpitämä potilastietojärjestelmä. Järjestelmä sisältää useita eri toimintoja, kuten esimerkiksi sähköisen potilaskertomuksen, ajanvaraussovelluksen ja neuvonnan. Potilaan nimi- ja osoitetiedot järjestelmä saa suoraan väestörekisterikeskukselta, joten ne ovat järjestelmässä aina ajantasaisia. Järjestelmään on mahdollista tallentaa potilaasta muitakin tietoja, kuten esimerkiksi puhelinnumero.

Kuntayhtymässä ei ole käytössä Lifecare- potilastietojärjestelmää, joka Satakunnassa on muutoin melko laajasti käytössä. Muun muassa Satasairaala, joka vastaa tarkastelun kohteena olevassa kunnassa ilta- ja yöajan päivystyksestä, käyttää Lifecare- potilastietojärjestelmää. Lifecare on Tieto Oy:n potilastietojärjestelmä, joka Satakunnan monin paikoin tuli Effica- järjestelmän tilalle ja joka otettiin asteittain käyttöön vuosien 2018-2019 aikana. Lifecare mahdollistaa yhtenäisen kirjaamisen ja tiedonkulun sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelujen välillä. Tarve yhtenäiselle kirjaamiselle tulee varmasti lisääntymään lähivuosina sote-uudistuksen toteutuessa.

Kyseisessä kunnassa kotihoito ja lyhytaikaishoito kirjaavat siis Pegasos- potilastietojärjestelmään, mutta nämä kirjaukset eivät ole nähtävissä esim. saman alueen erikoissairaanhoidon palveluja tuottavassa Satasairaalassa. Kunnassa päivittäistä hoitotyön kirjaamista suorittavat kaikki kotihoidossa ja lyhytaikaisosastolla työskentelevät työntekijät koulutuksesta riippumatta. Suurin osa työntekijöistä on koulutukseltaan lähihoitajia.

## 2.2 Kehittämistehtävän tarkoitus

Kehittämistehtävän tarkoituksena on analysoida potilassiirtoihin liittyvää kirjallista tiedonkulkua ja tuottaa tietoa kirjaamisen kehittämiseksi. Työstä saatujen tulosten perusteella on tarkoitus laatia kehittämissuhteita kirjaamisen laadun parantamiseksi. Tehtävässä tarkastellaan mitä tietoja potilaasta tai asiakkaasta kirjataan hänen siirtymään hoitopaikasta toiseen tai kotoa kotihoidon piiristä hoitopaikkaan. Potilassiirroista tehtyjen kirjausten sisällönanalyysin avulla pyritään selvittämään, onko kirjatun tiedon sisältö riittävää hoidon jatkuvuuden kannalta? Kirjatun tiedon sisältöä tehtävässä tarkastellaan iSBAR – raportointimallin sisällön mukaisesti. ISBAR on menetelmä, joka on kehitetty tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi kriittisessä viestinnässä (Kupari ym. 2012). Malli on alun perin kehitetty Yhdysvaltojen laivaston käyttöön työvuorojen vaihtoihin, mutta malli on otettu käyttöön terveydenhuollon piirissä 2000- luvun alussa (Metsävainio & Tamminen 2015, 340).

Kirjausmenetelmiä kehittämällä ja yhtenäistämällä on mahdollista vaikuttaa potilasturvallisuuteen potilaan hoitovastuuta siirrettäessä. Potilassiirroilla tarkoitetaan tässä



tapauksessa nimenomaan ennalta suunnittele mattomia, akuutteja siirtoja kotihoidosta joko lyhytaikaisosastolle tai päivystykseen tai lyhytaikaisosastolta päivystykseen. Tarkasteluun ei siis oteta mukaan suunniteltuja siirtoja pitkäaikaiseen hoitoon, kuten palveluasumiseen. Tehtävässä ei myöskään tarkkailla potilasta ja hoidon jatkuvuutta enää siirron jälkeen, joten jatkohoidon sujuvuudesta ei tässä työssä saada tietoa.

Tehtävät ovat:

1. Kuvata potilaiden siirtotilanteisiin liittyvän kirjauksen sisältöä
2. Arvioida potilaiden siirtotilanteisiin liittyvän kirjauksen sisältöä
3. Arvioida, onko kirjaamisen sisällöllä yhteyttä HaiPro-ilmoituksiin?
4. Laatia suunnitelma kirjaamisen kehittämiseksi

### 3 TIEDONKULKU POTILASSIIRROISSA

#### 3.1 Tiedonkulku

Hyvä ja oikea-aikainen tiedonkulku potilaiden siirtotilanteissa parantaa merkittävästi potilasturvallisuutta ja tukee potilaan hoidon jatkuvuutta. Se on olennainen osa hoitotyön laatua, jonka avulla voidaan säästää terveydenhuollon kustannuksia sekä vapauttaa hoitotyöntekijöiden aikaa potilaskohtaiseen hoitotyöhön tietojen etsimisen sijaan. On kuitenkin todettu, että edelleenkin tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. (Kerttunen ym. 2008.)

Asiakas- ja potilastietojen päivittäinen kirjaaminen on tärkeää monestakin syystä, Tärkein syy kirjaamiseen on se, että kirjaamisen avulla tehty työ saadaan näkyväksi. Kirjatun tiedon avulla voidaan myös jälkikäteen tarkastella tehtyä työtä ja sen laatua. Huolellisen kirjaamisen avulla turvataan myös hoidon jatkuvuus ja tietojen välittyminen muille hoitoon osallistuville. Ajantasainen ja oikeaoppinen työn dokumentointi on myös perusta sekä asiakkaan että työntekijän oikeusturvalle. (Ikonen 2013, 165.)

Vajavainen tiedonkulku lisää merkittävästi hoidon haittoja. Jylhän vuonna 2018 tekemässä väitöskirjatutkimuksessa todettiin, että puutteellinen tiedonhallinta ja tiedonkulku ovat yhteydessä haittatapahtumien määrään sairaaloissa. Puutteellinen tiedonkulku aiheuttaa muun muassa virheitä lääkehoidossa, hoitokanteluita sekä erilaisia haittatapahtumia. Potilastietojen kirjaamiseen sähköisesti ja rakenteisesti tulisi olla yhtenäinen ohjeistus, joka vähentäisi kirjaamisen virheitä ja estäisi tietoja häviämästä. Valitettavasti yhtenäisiä ohjeita sähköiseen kirjaamiseen ei juurikaan vielä ole ja rakenteisen kirjaamisenkin käyttö kangertelee monesti. (Jylhä.2018.) Lisäksi sähköisiäkin kirjaamishjelmia on edelleen käytössä useampia erilaisia eivätkä ne aina keskustele keskenään, mikä selkeästi hankaloittaa tiedonkulkua.

Puutteellisen ja epätarkan kirjaamisen on todettu johtavan muun muassa lääkehoidon virheisiin. Virheiden kautta on kuitenkin havaittu myös kirjaamisen kehityskohteet ja virheitä onkin pyritty vähentämään parantamalla hoitavien tahojen keskinäistä raportointia ja vuorovaikutusta. Hoitajan on todettu olevan keskeisessä roolissa potilaan

siirtoon liittyvässä tiedonsiirron prosessissa. Ennen potilaan sairaalaan menoa tapahtuva tiedonsiirto vaikuttaa potilasturvallisuuteen, koska potilaan hoidon suunnittelu ja -toteutus perustuu pitkälti potilaan tilanteesta annettuihin tietoihin. (Matichko 2015, 1-36.)

### 3.2 Tiedonkulun merkitys potilassiirroissa

Suurin osa suomalaisista joutuu kokemaan siirron toiseen hoitoyksikköön tai siirtoja hoitoyksiköstä toiseen elämänsä viimeisen kahden vuoden aikana (Aaltonen ym. 2010, 91-98). Potilaan siirron yhteydessä hoitovastuu siirtyy toiselle hoitavalle taholle ennalta suunnittelematta (Metsävainio & Tamminen 2015). Lehto, Seinelä & Aaltonen (2015) ovat tutkineet iäkkäiden potilaiden siirtoja hoitoyksiköstä toiseen Tampereella. Yleisimpiä syitä suunnittelemattomaan siirtoon tehostetusta palveluasumisesta toiseen hoitoyksikköön olivat kaatumiset, hengitystieoireet, yleinen voimattomuus tai voinnin huonontuminen, raajakipu tai kuume. Asukkaiden päivystyksellisten siirtojen tehostetusta palveluasumisesta toiseen hoitoyksikköön on myös todettu lisääntyneen kuoleman lähestyessä. Päätöksen potilaan siirrosta tehostetusta palveluasumisesta toiseen hoitoyksikköön tekee yleisimmin hoitaja ja useimmiten potilas siirretään päivystykseen. (Vantaja, Seinelä & Valvanne 2015, 61, 64-72.)

Siirtojen yhteydessä hoidon jatkuvuus tulisi turvata. Potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot tulisi välittyä muuttumattomina ja riittävinä hoitavalta taholta toiselle. Aikaisempien tutkimusten valossa kuitenkin juuri siirtymisen yhteydessä potilaiden on todettu olevan erityisen alttiita tiedonkukussa tapahtuville virheille tai puutteille (Metsävainio & Tamminen 2015). Virheetön viestintä ja tiedonkulku on todettu olevan yksi potilasturvallisuuden oleellisimpia asioita. Kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien tulisi saada asianmukaiset ja hoidon kannalta oleelliset tiedot. Tämän vuoksi kirjaamisen tulisi olla järjestelmällistä, aukotonta ja mahdollisimman virheetöntä. (Aaltonen & Rosenberg 2013.)

Potilaan siirtoprosessissa keskeistä on siirtoa edeltävä suunnittelu, hyvä tiedonsiirto, yhteistyö vastaanottavan yksikön kanssa, tehokas kommunikointi ja potilaskeskeisyys.

Jokaiseen vaiheeseen tulee varata aikaa. Riittävä henkilökuntamäärä ja selkeä työnjako parantavat potilassiirron sujuvuutta. Tiedon siirtäminen oikeaan aikaan ja sekä kirjallisen että suullisen informaation selkeys sekä yhteistyö helpottavat potilassiirron onnistumista. (Jauhiainen 2009, 49.)

Mikäli potilaiden siirtymisissä hoitopaikasta toiseen on tiedonkulun ongelmia, voivat seuraukset olla kauaskantoisia. Tämä voi tarkoittaa erityisesti iäkkäiden ja monisairaiden potilaiden kohdalla uusintakäyntejä sairaalaan, lääkehoitoon liittyviä haittatapahatumia tai jopa kuolleisuutta. Potilaan turvallinen siirto voidaan toteuttaa hyvällä hoitavien tahojen välisellä viestinnällä. Tiedonsiirron keinoina voivat olla esimerkiksi siirtokuori, sähköiset järjestelmätyökalut ja yhtenäiset lääkitystiedot. (Laugaland, Aase & Barach 2012.) Siirtokuorella tarkoitetaan Hollannissa kehitettyä ja käyttöön otettua viestintätyökalua, jonka tarkoituksena on parantaa erityisesti kotiutusvaiheen tiedon kulkua. PPDL- työkalun (personalized patient discharge letter) käyttöönotto ja integrointi sähköiseen potilastietojärjestelmään on nähty parantavan potilassiirtoon liittyvää tiedonkulkua. (Buurman ym. 2016, 384-390.)

Hyvällä tiedonkululla on suuri merkitys potilasturvallisuuden sekä hoidon jatkuvuuden kannalta. Akuuteissa potilassiirroissa erityisesti hoitoa tai palvelua antava taho tarvitsee tietoa, jonka perustella voidaan luoda nopeasti kuva asiakkaan hoidon ja palvelujen tarpeesta (Stakes 2008). Hoitoyksiköiden välisen viestinnän haasteita onkin todettu olevan juuri äkilliset ja suunnittelemattomat potilassiirrot etenkin yöllä tai viikonloppuisin. Myös sairaalapaikkojen vähyys, ajan puute sekä se, ettei hoitava taho ole tuntenut tarpeeksi hoidettavaa potilasta ovat lisänneet haasteita. (Shah, Burack & Boockvar 2010, 239–245.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä käsittelevässä tutkimuksessa (Eloranta, Arve & Routasalo 2009, 140-141) hyvänä tiedonsiirron välineenä koettiin viestivihot kotihoidon asiakkaan kotona. Kotihoidon työntekijät kirjoittivat näihin viestivihkoihin asiakkaan voinnista ja voinnin muutoksista. Tiedonsiirrossa koettiin kuitenkin myös puutteita. Ongelmaksi koettiin se, ettei tieto kulkenut suoraan asiakkaan luona käyvän hoitajan ja esimerkiksi lääkärin välillä, jolloin tietoon saattoi tulla katkoksia tai tieto ei ollut lääkärin saatavilla ollenkaan. Kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä ei ollut yhteistä potilastietojärjestelmää ja tieto kulki lähinnä suullisesti. (Eloranta, Arve &

Routasalo 2009, 140-141.) Tosin myös kotihoidon tekemässä sähköisessä kirjaamisessa on todettu olevan puutteita. Kotihoidossa tuotettu terveydenhuollon kanssa yhteinen tieto, on todettu olevan suurelta osin strukturoimatonta ja tietosisällöt vaihtelevia. Myös tiedon kirjaaminen on ollut vaihtelevaa, joskus tieto on kirjattu viiveellä ja paljon tietoa on jäänyt myös kirjaamatta. Kirjaamisjärjestelmät eri kunnissa vaihtelevat ja tarjoavat eri kunnissa työskenteleville työntekijöille hyvin erilaiset mahdollisuudet saada tietoa. (Stakes 2008.)

Tiedonkulkua, raportointia ja kirjaamista onkin tutkittu menneinä vuosina melko paljon. Usein tutkimus on kohdistunut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon väliseen tiedonkulkuun (mm. Kuusisto 2018, Koski 2017, Mikkonen 2014, Lehtonen 2019). Kuusiston väitöskirjatutkimuksessa arvioitiin, miten erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiden potilaiden hoidon jatkuvuus toteutui käytettäessä sähköistä hoitotyön yhteenvetoa (HOIY) ja mikä yhteys sillä oli hoidon tuloksiin hoitotyön ammattilaisen näkökulmasta. Kyseinen tutkimus osoitti, että sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön organisaatiokeskeisyys ja pirstaleisuus haittaavat yhteistyötä ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Tiedollinen hoidon jatkuvuus toteutui heikosti käytettäessä sähköistä hoitotyön yhteenvetoa. Hoitotyön yhteenveto ei itsessään parantanut myöskään hoidon tuloksia. (Kuusisto 2018.)

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön merkittävänä ongelmana on todettu olevan laadukkaan ja ajantasaisen tiedon siirtymisen oikea-aikaisesti potilasta hoitavalle toiselle hoitotaholle. Huonolaatuinen ja ei ajantasainen tieto ei tue hoidon jatkuvuutta ja voi johtaa hoidon viivästymiseen sekä huonompilaatuiseen jatkohoidon toteuttamiseen. Potilaille tiedonkulun ongelmat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä lisäävät turhautumista omaan hoitoonsa ja häntä hoitaviin organisaatioihin. Potilastietojärjestelmien ei myöskään todettu tukevan hoidon jatkuvuutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Potilastietojärjestelmien erilaisuus ja puutteellisuus katsottiin yhdeksi organisaatioiden yhteistyötä vaikeuttavaksi tekijäksi. (Lehtonen 2019.) Toimiva tiedonkulku erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on yksi hoidon tärkeitä kulmakiviä. Jatkuvasti kehittyvistä sähköisistä potilastiedon ja kirjaamisen järjestelmistä on toivottu jo vuosia saatavan apua tiedonkulun ongelmiin, niin nimenomaan organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa tuntuu edelleen olevan ongelmia. (Kuusisto 2016.)

Tiedonkulkuun ja tiedonsiirtoon liittyviä ongelmia nousi esiin myös Mikkosen vuonna 2014 tekemässä pro gradu- tutkimuksessa, jossa tutkittiin potilaan luovutusprosessia ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Potilaan luovutusprosessin tiedonsiirron toteutumisessa ilmeni useita ongelmia. Erilaiset häiriötekijät, kuten kiire, melu ja työn keskeytykset häiritsivät merkittävästi raportointitilannetta. Toimintaympäristön häiriötekijöiden merkitys tässä tutkimuksessa nousi hyvin merkitykselliseksi, tosin tämä tutkimus toteutettiin päivystyksen ja ensihoidon henkilökunnille, joissa työnkuva ja työolosuhteet saattavat olla kiireisemmät, kuin joissakin muissa hoitotyön yksiköissä. Tutkimuksessa todettiin lisäksi suullisen raportoinnin laadussa olevan huomattavia eroja henkilökunnan välillä ja vain murto-osa henkilökunnasta tuns iSBAR-raportointimallin.

Myöskään sairaalasta kotihoitoon siirtyminen ei aina suju niin hyvin, kuin olisi toivottavaa. Niin potilaiden jatkohoidosta huolehtiminen, ennakkovalmistelujen toteuttaminen kuin sairaalan ja kotihoidon välinen yhteistyö on todettu puutteelliseksi. Kotiutumisprosessin yhtenä keskeisenä kehittämiskohteena on todettu olevan yksiköiden välisen tiedonkulun parantaminen. (Koski 2017.) Tiedon kulussa ja yhteistoiminnassa on todettu erityisesti haasteita silloin, kun potilasta hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnassa. Tällöin potilaan hoitoon osallistuvat eri ammattilaiset voivat saada osittain viiveellä käyttöönsä mm. potilaan jatkohoitoa koskevaa keskeistä tietoa kuten lääkitykseen liittyvää tietoa, jatkohoitoon tai hoidon suunnitteluun liittyvää tietoa sekä potilaasta tehdyt epikriisit. Käytännön hoitotyössä tämä tarkoittaa siis sitä, että hoitotyössä syntyy tilanteita, jossa ammattilaiset joutuvat työskentelemään potilaan ensiapu-, siirto- tai kotiuttamistilanteissa ilman riittävää, potilaan hoitoa koskevaa ajantasaista tietoa tai he ovat potilaan muistinvaraisen tiedon varassa. Esimerkiksi hätätilanteissa saatetaan joutua tekemään potilasta koskevia päätöksiä ilman riittävää tietoa. Nämä tulokset osoittavat, että potilaan kokonaisvaltainen ja saumaton hoito ei toteudu silloin kun potilasta hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa. (Asikainen ym. 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2017) julkaisemassa potilas- ja asiakasturvallisuusstrategiassa viestinä on potilasturvallisuuden kannalta se, että rakenteita, prosesseja ja tiedonkulkua on kehitettävä koko ajan. Riskejä esiintyy erityisesti muutosprosessien ja

tiedonhallinnan kohdalla. Näitä ovat esimerkiksi organisaatiotasolla tapahtuvat muutokset ja uudistukset sekä hoitokäytäntöjen, menettelytapojen muutokset perustyössä. Teknologian ja digitalisaation käyttöönottoon liittyy myös turvallisuusriskejä, uusien asioiden opetteluun vuoksi. Teknologialla ja erilaisilla digitaalisilla palveluilla pyritään kuitenkin parantamaan tiedonkulkua ja lisäämään näin ollen hoidon turvallisuutta ja vaikuttavuutta.

Aivan ongelmatonta teknologian käyttöönotto tiedonkulun parantamiseksi ei ole kuitenkaan ollut. Erilaisissa potilastietojärjestelmissä on todettu olevan lukuisia puutteita eivätkä kaikki järjestelmät keskustele keskenään. Puutteellisesti toimivat sähköiset potilastietojärjestelmät eivät palvele käyttäjiä tiedonsiirrossa organisaatioiden välillä, eivätkä siten lisää potilasturvallisuutta tiedonkulun näkökulmasta. Potilastietojärjestelmät eivät siirrä tietoa yhtään paremmin kuin paperiset versiot, jos tieto on vaikeasti löydettävissä potilastietojärjestelmistä. (Virjo ym. 2013, 2208, 2210-2212.)

### 3.3 Kirjaamiseen liittyvä lainsäädäntö

Velvoite hoitotyön kirjaamisesta perustuu lainsäädäntöön ja kirjaamista määrittelevät useat eri lait. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista viittaa terveydenhuollon ammattihenkilöihin. Laissa määritellään potilaan oikeus tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot sekä potilasasiakirjoihin sisältyvä salassapito. Tässä laissa määritellään muun muassa se, että terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Asiakirjoihin liittyvistä merkinnöistä laissa määrätään, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi kaikki tarpeelliset tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2 luku 5,9,12§)

Hoitotyön kirjaamisen tehtävänä on turvata potilaan hoidon joustavaa etenemistä ja jatkuvuutta hoitotyön tietoperustasta käsin. Yhtenäinen kansallinen sähköinen kirjaamisjärjestelmä edellyttää kirjaamista ydintietorakenteiden mukaisesti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 1 luku 1§, 2 luku 6§)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilöt, joilla on oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ja määrittelee velvollisuuden potilasasiakirjojen laatimiseen sekä niihin liittyvien tietojen salassapitoon. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitaitoaan sekä perehtyä ammattitoimintaansa koskeviin säädöksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 3 luku 16§ 17§ 18§)

Sosiaali- ja terveysministeriön antaman asetuksen (298/2009) potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden säilyttämisestä mukaan potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevien käyttöoikeudet tulee määritellä yksityiskohtaisesti. Automaattisen tietojenkäsittelyn avulla pidettävien potilasasiakirjojen käyttöä tulee valvoa käytettävissä olevin teknisin menetelmin. Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Tämä asetus koskee kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä riippumatta siitä kenen palveluksessa he ovat. Potilasasiakirjojen merkintöjen tulee olla alkuperäisiä ja virheettömiä. Asiakirjoissa tulee olla merkinnät asiakkaan perustiedoista, keskeisistä hoitotiedoista, sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät, merkinnät riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista. Asiakirjojen tulee sisältää myös merkinnät konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista sekä ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta. Jokaisesta osasto- ja laitoshoidojaksosta on tehtävä loppulausunto. Myös asiakkaan hoidosta saamat tiedot ja kannanotot on merkittävä. Asetuksessa on määriteltynä myös merkintöjen korjaamiseen liittyvät ohjeet. Korjaaminen on tehtävä niin, että alkuperäinen merkintä on luettavissa. (STM 2009.)

### 3.4 Hyvän kirjaamisen kriteerit

Potilasasiakirjoihin tehty selkeä kirjaaminen tukee potilaan hyvää hoitoa. Kirjausten tulisi sisältää hoidon suunnittelun, järjestämisen, toteuttamisen ja seurannan turvaamisen kannalta tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilaskertomukseen tulisi kirjata päivittäin potilaan tilaa koskevat huomiot, hoitotoimet sekä



muut vastaavat seikat. Potilaan hoidon tulisi lisäksi tapahtua yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Mikäli tämä ei onnistu ja potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, se tulisi kirjata potilasasiakirjoihin. Kirjaukset potilasasiakirjoihin tulisi tehdä viivytyksettä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista määrittelee tämän tarkoittavan viimeistään viiden vuorokauden kuluessa palvelutapahtumasta. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 2009, 7§, 8§.) Joskin akuuteissa potilaiden siirtotilanteissa, joita tehtävässä käsitellään, tiedot siirtyvistä potilaista ja heidän tilanteistaan tulisi kirjata viipymättä, jotta kaikki hoitoon osallistuvat saisivat tiedot potilaasta ja hänen tilanteestaan mahdollisimman nopeasti eikä hoidon aloitus viivästyisi tiedon saannin ongelmien vuoksi.

Sitä, minkälaista hyvän kirjaamisen tulisi olla, voidaan tarkastella useammasta eri näkökulmasta. THL on vuonna 2012 koonnut Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen oppaan, jota on päivitetty vuonna 2015. Finnish Care Classification eli FinCC muodostuu hoidon tarveluokituksesta, hoidon toimintoluokituksesta ja hoidon tulosluokituksesta. Tämä auttaa terveydenhuollon ammattilaisia kirjaamaan rakenteisesti käyttäen komponentteja, pääluokkia ja alaluokkia. (Liljamo ym. 2012, 3.)

Hoitotyön tarpeeseen tulisi kirjata kuvaus potilaan ongelmista, joihin hoitotoimenpiteillä on mahdollisuus vaikuttaa. Hoitotyön toimintoihin taas kirjataan ne keinot, joilla pyritään vaikuttamaan potilaan tarpeisiin ja oireisiin. Toimintoihin tulisi kirjata myös oireiden ja elintoimintojen seuranta, havainnointia, auttamismenetelmiä ja jatkohoidon koordinoitua. Hoidon tulokseen tulisi kirjata havainnot ja arviointi potilaan tilanteesta. (Liljamo ym. 2012, 3, 9.)

Liian tiukalla rakenteisella kirjaamisella on kuitenkin todettu olevan myös huonoja puolia. Hoitajat ovat kokeneet, että rakenteisen kirjaamisen tiukka noudattaminen on heikentänyt kirjaamisen laatua ja jättänyt kirjaamisesta pois potilaan tuntemuksia ja subjektiivisia kokemuksia. Rakenteinen kirjaaminen on koettu pintapuolisemmaksi ja se on saattanut jopa aiheuttaa olennaisen tiedon poisjäännin kirjauksesta. Tämän vuoksi luokituksen lisäksi olisikin tärkeää kirjoittaa vapaata, narratiivista tekstiä, joka usein koetaan olevan potilaslähtöisempää. (Ukkonen 2016, 121.)

Hyvän ja järjestelmällisen raportoinnin ja kirjaamisen apuvälineeksi on kehitetty myös ISBAR- raportointijärjestelmä, joka on kehitetty 1990-luvulla USA:n merivoimissa parantamaan yhdenmukaista tiedonkulkua. ISBAR on strukturoitu kommunikaatio menetelmä, (Kupari ym. 2012.) joka Suomessa on sovellettu myös terveydenhuoltoon sopivaksi. Menetelmä mahdollistaa yhdenmukaisen kommunikaation terveydenhuollossa esimerkiksi vuororaporttia annettaessa. ISBAR -menetelmä koostuu sanoista I= identify- potilaan tiedot, S= situation- tilanteen tiedot, B= background- potilaan taustatiedot, A= assessment- arvio nykytilanteesta, R= recommendation- suositus. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.) ISBAR-menetelmän käytön on huomattu merkittävästi yhtenäistävän tiedonkulkua ja raportointia sekä parantavan moniammatillista yhteistyötä (Cornell ym. 2014, 334). Menetelmän käytön seurauksena potilassiirtoihin liittyvät prosessit ovat kehittyneet tehokkaammiksi ja tiedon kulkuun liittyvät vaaratapahtumat ovat vähentyneet (Kinnunen & Peltomaa 2009, 87).

Hoitotyön kirjaamisen kriteerien tarkoituksena on ohjata kirjaamista niin, että kirjaataan vain ne tiedot, jotka ovat potilaan hoidon ja hoitotyön kannalta tarpeelliset, välttämättömät ja olennaiset. Kirjauksia tekevän hoitajan tulee huomioida potilaan yksityisyys ja salassapitovelvollisuus. Kirjaamisen on oltava selkeää kieleltään ja sisällöltään eikä siinä saa käyttää lyhenteitä. Siitä tulee lisäksi käydä ilmi, onko kirjattu tieto potilaan tai omaisen kertomaa tai vastaavasti hoitajan havainnoimaa. Potilaalle suullisesti annettujen ohjeiden sisällöstä tulee näkyä merkintä ja kirjattu tieto päivittäisistä toiminnoista tulee olla arvioivaa, ei toteavaa. Hyvän kirjaamisen tarkoituksena on antaa lukijalleen selkeä kuva potilaan tarpeista, hoidon tavoitteista ja saavutetuista tuloksista. Asiakirjoihin tehdyistä merkinnöistä on lisäksi ilmettävä kirjaajan ammattinimike ja nimi. (STM 2009.)

Hyvän kirjaamisen tulisi huomioida myös potilaan osallisuus, potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa ja siihen liittyviin asioihin. Sosiaali- ja terveystieteiden tuottamisessa asiakkaan ja potilaan osallisuus nähdään arvona ja tavoiteltavana päämääränä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään hoitosuunnitelman tekemisestä, tiedon-saantioikeudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Hoitosuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava potilaalle hoitoa koskevan päätöksenteon kannalta merkittävät tiedot tavalla, jonka potilas riittävästi ymmärtää.

Itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Osallisuus käsitteenä liittyy läheisesti asiakaslähtöisyyteen. Laitilan (2010, 5) mukaan asiakaslähtöisyys on muun muassa organisaatiossa vallitseva toimintatapa, joka toteutuu työntekijöiden asiakaslähtöisenä toimintana. Asiakkaan osallisuus tarkoittaa palvelun käyttäjän asiantuntijuuden huomioimista, hyväksymistä ja hyödyntämistä. Asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla voidaan tukea asiakkaan osallisuutta.

### 3.5 HaiPro-ilmoitukset

Tiedonkulkuun liittyvät HaiPro-ilmoitukset päätettiin ottaa mukaan tehtävän aineistoon, koska niistä toivottiin saatavan lisää informaatiota tiedonkulun sujumisesta tai sen mahdollisista ongelmakohdista. Lisäksi tarkastelussa on mahdollista havaita ja analysoida, onko HaiPro -ilmoitusten ja kirjaamisen sisällön välillä yhteyttä.

HaiPro- järjestelmä on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenetelmä ja tietotekninen työkalu, joka on kehitetty VTT:llä yhteistyössä terveydenhuollon yksiköiden kanssa, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja VTT:n rahoituksella. HaiPro- järjestelmä on tarkoitettu toiminnan ja turvallisuuden kehittämiseen työyksiköiden sisäiseen käyttöön ja sen käytössä korostetaan vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta ja syyttelemättömyyttä liittyen vaaratapahtumien ilmoittamiseen. (HaiPro. 2016.)

Kinnusen (2010, 68-73) mukaan HaiPro- raportointijärjestelmä mahdollistaa tietojen jakamisen laajasti, systemaattisesti ja nopeasti. Vaaratapahtumien käsittely on prosessi, jossa ensimmäisenä tunnistetaan vaara- tai läheltä piti -tilanne. Tämän jälkeen vaaratilanteen huomannut tekee ilmoituksen tilanteesta sähköisellä lomakkeella HaiPro- järjestelmään. Yksikön esimiesten tehtävänä on käsitellä ilmoitus ja tuoda esiin asia omassa työyksikössä ja käynnistää toimenpiteet, joilla vaaratapahtuma voidaan poistaa tai sitä voi hallita. Kaikki ilmoitukset tulee käsitellä aina siinä yksikössä, jossa vaaratilanne on tapahtunut.

Kunnallissalan kehittämissäätiö on julkaissut vuonna 2018 raportin; “Tiedonkulun vaikutus SOTE-palvelujen maineeseen”. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhteensä 82 353 sosiaali- ja terveydenhuoltoon tullutta HaiPro- raporttia. Tutkimuksessa nähtiin yhteys laadun (tässä tapauksessa potilasturvallisuuden) ja imagon välillä HaiPro- järjestelmän kautta. Vaikka asiakas- ja potilastietojen hallinta ja erityisesti tietojen kirjaaminen, on kokenut muutoksen sähköisten kirjaamisjärjestelmien ja digitalisaation myötä, tiedonkulun ongelmat ja riskit eivät kuitenkaan ole vähentyneet. Lähes puolet tämän raportin aineistosta kohdentui kirjaamisen ongelmiin. Potilaan laadukkaan ja onnistuneen hoidon, jatkohoidon ja potilasturvallisuuden näkökulmasta, kirjattu potilastieto todettiin olevan usein puutteellinen, tieto puuttui kokonaan tai se oli epäselvä. Suulliseen tiedonkulkuun ja viestintään liittyvät vaaratapahtumat muodostivat lisäksi neljäsosan tiedonkulun ja tiedonhallinnan ongelmista. Tässä tutkimuksessa ei tosin ollut löydettävissä, kuinka moni tiedonkulkuun liittyvä HaiPro- ilmoitus liittyi potilaan siirtotilanteen viestintään, mutta tutkimuksesta on kuitenkin havaittavissa, että erilaiset tiedonkulun ongelmat muodostavat suuren osan vaara- ja haittatapahtumista terveyden- ja sosiaalihuollon toimintayksiköissä.

Haittatapahtumista opitaan ja näin voidaan ehkäistä niiden ilmaantumista uudestaan, mikä parantaa hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Tämä edellyttää avointa ja syylistämätöntä terveydenhuollon kulttuuria, jossa vaaratapahtumat uskalletaan tuoda esiin ja käsitellä. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 13.)

## 4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN METODOLOGIA

### 4.1 Tapaustutkimus

Kehittämistehtävä toteutetaan laadullisena tapaus- eli ns. case-tutkimuksena. Kvalitatiivista tutkimusotetta pidetään soveltuvana silloin, kun ollaan kiinnostuneita yksittäisistä tapahtumista tai tapahtumasarjoista ja niiden sisällöstä. Se soveltuu hyvin, kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita tai halutaan saada tietoa tiettyihin tapauksiin liittyvistä syy-seuraussuhteista, joita ei voida tutkia kokeen avulla. (Metsämuuronen 2005, 203.)

Tapaustutkimukseksi kutsutaan tutkimusstrategiaa, jossa on tarkoituksena tutkia syvällisesti vain yhtä tai muutamaa kohdetta tai ilmiökokonaisuutta. Tapaustutkimuksella pyritään saamaan esiin näistä yksittäisistä tapauksista tai ilmiökokonaisuudesta yksityiskohtaista ja intensiivistä tietoa. Tapaustutkimusanalyysi ei siis pyri tiedon yleistettävyyteen, se pyrkii ymmärtämään ja tulkitsemaan syvällisesti yksittäisiä tapauksia niiden omassa ympäristössään. (Jyväskylän yliopiston [www-sivut](http://www.sivut) 2019.)

Tapaustutkimus ajatellaan soveltuvan lähestymistavaksi erityisesti silloin, kun tarkoituksena on tuottaa työssä kehittämisehdotuksia tai uusia ideoita. Tapaustutkimuksen avulla saadaan tietoa tarkasteltavasta ilmiöstä sen todellisessa toimintaympäristössä. (Moilanen, Ojasalo & Ritalahti 2014, 52-53.) Tapaustutkimuksessa on oleellista, että tutkittavan tapauksen pystyy rajaamaan kohtuullisen selkeästi muusta kontekstista (Eriksson & Koistinen 2005, 14). Tyypillisesti tapaustutkimus liitetään kvalitatiivisiin tutkimusmenetelmiin, jonka keskeiset tutkimusmenetelmät ovat: havainnointi, haastattelu ja tekstianalyysi (Metsämuuronen 2005, 203), joista tässä tehtävässä käytettiin tekstianalyysiä. Kehittämistehtävässä tarkastellaan akuuteista potilassiirroista tehtyjä kirjallisia dokumentteja. Dokumenteista tehdyn sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan potilassiirtoihin liittyvästä tiedonkulusta mahdollisimman tarkkaa ja syvällistä tietoa sekä löytämään mahdollisia tiedonkulun parantamiseen liittyviä kehityskohteita.

## 4.2 Aineiston keruu tapaustutkimuksessa

Tapaustutkimuksessa vastaus tutkimusongelmaan voidaan kerätä monista eri lähteistä. Tiedon lähteinä voi olla kirjallisia dokumentteja, teemahaastatteluja, kyselyitä tai ha-  
vainnoiteja (Kananen 2013, 77). Tutkimusaineistona käytettävä kirjallinen materiaali  
voidaan jakaa kahteen luokkaan, yksityisiin dokumentteihin ja joukkotiedotuksen tuot-  
teisiin. Yksityisillä dokumenteilla tarkoitetaan esimerkiksi puheita, kirjeitä, päiväkir-  
joja ja muistelmia. Joukkotiedotuksen tuotteilla tarkoitetaan esimerkiksi sanoma- ja  
aikakauslehtiä sekä radio- ja tv-ohjelmia. Näiden kaikkien dokumenttien analyysissä  
voidaan käyttää sisällönanalyysiä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 86.)

Kehittämistehtävän aineisto on potilaiden siirtotilanteista tehdyt kirjaukset, jotka muo-  
dostavat tehtävässä tutkittavan tapauksen. Kirjallisten lähteiden etuna on niiden muut-  
tumattomuus ja pysyvyys. Tutkimustilanteella tai tutkimuksen tekijällä ei yleensä ole  
vaikutusta niiden sisältöön. Kirjallisista lähteistä saadaan esiin ilmiöön liittyviä fak-  
toja, sillä yleensä mitään mielipiteitä ei kirjata ylös. Kirjalliset aineistot on aina kui-  
tenkin laadittu jotakin tarkoituspäätteen varten eli tässä suhteessa ne eivät välttämättä aina  
ole aivan totuudenmukaisia. On mahdollista, että raportoiija on tehnyt kirjaamansa ai-  
neiston osalta valintaa, jolloin kyseessä on ns. dokumentoijan vaikutus tai virhemah-  
dollisuus. (Kananen 2013, 81.) Aineiston keruussa on kiinnitettävä erityistä huomiota  
siihen, että kaikki aineisto eli ilmiöön liittyvät kaikki dokumentit saadaan kerättyä.  
Aineiston keräämisessä ei saa käyttää minkäänlaista “valintaa”, vaan käsiteltäväksi tu-  
lee ottaa kaikki ilmiöön liittyvät dokumentit tietyn ajanjakson ajalta. Aineistoa kerä-  
tessä ja käsitellessä tulee myös muistaa, että aineistoa käsitellään ja säilytetään asian-  
mukaisesti, ja tutkittavien henkilöiden tietosuoja säilyttäen. Aineiston keruussa pyri-  
tään välttämään sitä virhettä, että aineistoa vain kerätään ja kerätään. Siksi kerätyn  
aineiston lukeminen ja analysointi aloitetaan heti alusta lähtien. Näin saadaan kasva-  
tettua ymmärrystä asiasta.

Potilaalla tässä tehtävässä tarkoitetaan joko kotihoidon piirissä olevaa asiakasta tai  
kunnan lyhytaikaisosastolla olevaa potilasta. Potilaiden siirroilla tarkoitetaan siten  
joko kotihoidon piirissä olevan asiakkaan lähettämistä hoitoon joko lyhytaikaisosas-  
tolle tai päivystykseen tai sitten lyhytaikaisosastolla olevan potilaan lähettämistä päi-

vystykseen. Tehtävässä tarkastellaan vain akuutteja potilassiirtoja. Tehtävässä tarkastellaan potilassiirroista tehtyjen kirjausten lisäksi myös samalta ajanjaksolta tehtyjä HaiPro-ilmoituksia, mikäli ne liittyvät tiedonkulkuun.

#### 4.3 Aineiston analysointi tapaustutkimuksessa

Tapaustutkimuksella ei ole omia analyysimenetelmiä, sillä tapaustutkimus pohjautuu hyvin pitkälle laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen aineistojen perinteinen perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi, jossa tavoitteena on analysoida erilaisia aineistoja ja kuvata niitä. (Löfman 2014, 80.) Kehittämistehtävässä tutkittava aineisto analysoidaan sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla tutkitaan lähinnä kielellistä aineistoa, jossa tutkija pyrkii erilaisten luokittelujen avulla analysoimaan tutkittavaan ilmiöön liittyviä sisältöjä ja rakenteita (Seitamaa-Hakkarainen 2014).

Sisällön analyysi sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineiston analyysiin eli sitä voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjeiden, artikkeleiden, puheiden, raporttien, kirjojen ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Aineiston analyysin alkuvaihetta voidaan sanoa kvalitatiiviseksi sisällön erittelyksi, jossa tutkimuksen tarkoitus ja aineisto ohjaavat sisällön kulkua. Analyysin lopputuloksena tutkija tuottaa tutkimusaineistosta teoreettisen kokonaisuuden, jossa kuvataan ilmiötä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.) Analyysillä pyritään siis luomaan selkeyttä aineistoon, jotta sen perusteella tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä luotettavia johtopäätöksiä

Laadullisten aineistojen analyysia ei yleensä nähdä tutkimusprosessin viimeisenä vaiheena vaan tutkimus on luonteeltaan syklistä ja aineiston analysointi alkaa aineiston keruun yhteydessä. Analyysi aloitetaan yleensä koko aineiston lukemisella, jolloin siitä alkaa hahmottua jonkinlainen yleiskuva. Aineistoon perehtyminen ja luokittelun kehittäminen tapahtuu jaksoittain koko ajan. Kvalitatiivisessa sisällön analyysissä luokittelukategoriat kehittyvät ja muuttuvat aineiston karttumisen ja analysoinnin aikana ja mahdollisen lisäaineiston keruun myötä. Uusia analyysiluokkia voi syntyä analyysin

edetessä ja vuorovaikutuksessa aineiston keruun kanssa. (Seitamaa-Hakkarainen 2014.)

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai teorialähtöisesti eli deduktiivisesti tai yhdistämällä molempia näkökulmia. Teorialähtöisessä eli deduktiivisessa sisällönanalyysissä käytetään tiettyä teoriaa, mallia tai aikaisemman tiedon avulla laadittua teoreettista lähtökohtaa tutkimusilmiön määrittelyssä, mikä näkyy tutkimuksen raportoinnissakin. Täten aineiston analyysiä ohjaa aikaisempi tieto ilmiöstä ja sen perusteella luotu kehys. Laadullisessa aineistolähtöisessä analyysissä lähdetään liikkeelle ilman ennakko-oletuksia tai määritelmiä, mikä tarkoittaa pelkistetyimmillään teorian rakentamista empiirisestä aineistosta käsin. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)



## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tehtävässä tarkasteltiin ennalta suunnittelemattomia potilassiirtoja ja näistä tehtyjä dokumentteja sekä analysoitiin sisällönanalyysin avulla potilassiirtoihin liittyvää tiedonkulkua. Tehtävässä käytetyt kirjalliset dokumentit olivat hoitotyöntekijöiden kirjauksia potilaiden siirtotilanteista. Samassa yhteydessä tarkasteltiin myös tehdyt HaiPro- ilmoitukset, mikäli ne liittyivät kirjaamiseen tai tiedonkulkuun.

### 5.1 Aineiston keruu

Potilaiden siirtotilanteista tehtyjen kirjausten kerääminen aloitettiin maaliskuussa 2019. Käytännössä aineiston keruu tapahtui niin, että kunnassa työskentelevä geronomi kopioi potilassiirroista tehdyt kirjalliset dokumentit poistaen asiakirjoista samalla potilaiden tunnistetiedot. Muokatut dokumentit toimitettiin tehtävän tekijälle sähköpostin välityksellä. Potilassiirtoja tapahtui melko harvakseltaan, joten dokumenttien keräysaikaa jatkettiin syksyyn 2019 saakka.

Aineiston lukeminen aloitettiin samanaikaisesti dokumenttien keräämisen kanssa. Samalla kirjallisista dokumenteista tehtiin muistiinpanoja kirjauksista esiin nousseista keskeisistä asioista. Syyskuussa 2019 vaikutti, että dokumenttien sisällössä löytyi aina vain aikaisemman materiaalin kanssa yhteneväisiä sisältöjä eikä dokumenteista ollut löydettävissä enää mitään uutta, joten aineisto vaikutti olevan ns. saturoitunut ja aineiston keruu päätettiin lopettaa. Potilaiden siirtoja hoitopaikasta toiseen oli tuolloin kertynyt yhteensä 42 kappaletta. Siirtymisistä suurin osa tapahtui kotihoidosta joko päivystykseen (28 kappaletta) tai lyhytaikaishoittoon (8 kappaletta). Loput siirtymisistä (6 kappaletta) tapahtui lyhytaikaishoidosta päivystykseen. Samalta ajanjaksolta oli tehty yksi HaiPro- ilmoitus liittyen tiedonkulkuun ja dokumentointiin. Kolmesta potilassiirrosta ei ollut ollenkaan kirjausta, Näistä siirroista kaksi oli kotihoidosta akuutisti päivystykseen ja yksi siirto kotihoidosta akuutisti lyhytaikaisosastolle.

Kehittämistehtävässä tarkasteltiin vain kirjallista tiedonkulkua potilaiden siirtotilanteiden yhteydessä. Kirjallista tiedonkulkua tarkasteltiin potilaan siirtotilanteissa tehdyistä kirjallisista dokumenteista. Kirjatuissa dokumenteissa ei ollut mainintoja, että siirtotilanteessa olisi käytetty suullista raportointia esimerkiksi puhelimen välityksellä.

## 5.2 Aineiston analysointi

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla aineistoa yhä uudelleen ja uudelleen. Näin aineistosta alkoi muodostua lukijalle jonkinlainen ymmärrys. Lukeminen myös auttoi havaitsemaan sen, milloin aineisto oli saturoitunut ja aineiston keruu voitiin lopettaa.

Sisällönanalyysi aloitettiin luomalla teorialähtöinen analyysirunko, joka muodostettiin aikaisemmin luodun iSBAR-raportointimallin mukaan. Strukturoidun raportointimallin ajateltiin soveltuvan hyvin akuutteihin potilaiden siirtotilanteisiin. Aineiston analyysiä ohjasi siis aikaisemmin luotu teoreettinen kehys, mutta koska sisällönanalyysi on analyysimenetelmänä joustava ja mahdollistaa tutkimuksen edetessä myös uusien luokkien muodostamisen, täydentyi analyysirunko tutkimuksen edetessä vielä sisältölähtöisesti.

Sisällönanalyysissä luokittelun pääluokat muodostettiin iSBAR-raportointimallin mukaan. ISBAR- raportointimalli koostuu sanoista I = identity – potilaan tiedot, S = situation – tilanteen tiedot, B = background – potilaan taustatiedot, A = assesment – potilaan nykytila ja R = recommendation – suositukset jatkohoidon suhteen. Aineiston luokittelun alaluokat taas muodostettiin niistä tietosisällöistä, joita kyseisen raportointimallin mukaan kuhunkin luokkaan ajatellaan kuuluvan. ISBAR – luokittelun alaluokkien tietosisältöjen muodostamisessa käytettiin apuna Sairaanhoidtajaliiton vuonna 2013 tekemää ISBAR- mallia (ks. taulukko 1). I eli identifikaation kohtaa ei otettu mukaan luokitteluun, koska nykyiset sähköiset potilastietojärjestelmät varmistavat potilaan henkilötietojen siirtymisen sekä myös kirjaajan tietojen ja työyksikön tallentumisen.

Aineisto luokiteltiin taulukoihin iSBAR- raportointimallin mukaan. Taulukoinnilla aineisto saatiin selkiytettyä. ISBAR- menetelmän mukaan tieto potilaasta välitetään aina

samalla tavalla, saman kaavan mukaan. Johdonmukainen ja oleelliset tiedot sisältävä tiedonsiirto on erityisen tärkeää silloin kun on kiire (Helovu 2011). Siirrot eri yksiköiden välillä luokiteltiin omiin taulukoihinsa, joten taulukkoja muodostui näin ollen kolme; kotihoidosta akuutisti lyhytaikaisosastolle, kotihoidosta akuutisti päivystykseen ja lyhytaikaisosastolta akuutisti päivystykseen.

Taulukko 1. Isbar- luokittelu (muokattu Sairaanhoidajaliiton 2013 tekemästä taulukosta)

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Hoitajan havainnot potilaan voinnista / voinnin muutoksista	S = Situation, tilanne (syy kirjaukseen ja potilaan siirtoon)
Potilaan havainnot omasta voinnistaan / voinnin muutoksista	
Aikaisemmat sairaudet	B = Background, tausta
Lääkitys, lääkehoito	
Potilaan aikaisempi toimintakyky	
Tiedot peruselintoiminnoista	A = Assesment, nykytila
Tiedot potilaan senhetkisestä tilasta	
Hoitajan tekemät mittaukset	
Tajunnan taso	
Liikuntakyky	
Ravitsemukseen liittyvä tieto	
Suunnitelmat jatkohoidon suhteen	R = Recommendation, suositus (jatkohoidon suhteen)
Siirtoon liittyvä tieto	
Omaisten osallisuus	Osallisuus
Potilaan osallisuus	

ISBAR-luokittelun lisäksi taulukkoon ja tarkasteltavaksi otettiin myös potilaiden ja omaisten osallisuus, joka nousi merkittävänä esiin tarkasteltavassa aineistossa. Osallisuudesta muodostettiin taulukkoon oma pääluokka, jonka alaluokiksi eriteltiin omaisten tai potilaan osallisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus (2017) ohjaa ottamaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden omat näkemykset huomioon tarvitsemistaan palveluista ja avun tarpeesta. Asiakkaan on oltava itse mukana hoito-, palvelu- ja/tai kuntoutussuunnitelman laatimisessa ja asiakkaiden osallisuus ja valintojen tukeminen tulee turvata. (STM 2017, 18-19.) Osallisuuden vahvistamiseen ohjaa Suomen perustuslaki (731/1999, 2 luku 6§), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, 2 luku 4§ 8§), Sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 4 luku 36§ 37§ 38§) sekä Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012, 2 luku 5§ 6§).

Koska hoitajien tekemät kirjaukset potilaiden siirtotilanteista olivat melko suppeita, aineiston käsittelyssä ei tehty pelkistämistä, vaan aineistoa luokiteltaessa taulukkoon voitiin ottaa alkuperäiset ilmaukset kokonaisuudessaan. Alkuperäisissä kirjauksissa esiintyvät potilaiden nimet on taulukoihin muutettu potilaiden yksityisyyden turvaamiseksi. Sisällönanalyysissä aineisto siis pilkottiin ja alkuperäiset ilmaisut potilaiden siirtoon liittyvistä kirjauksista sijoitettiin taulukkoon ilmaisua kuvaavaan alaluokkaan.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1. Potilassiirtoon liittyvän tilanteen kuvaus

Aineistosta löytyi hyvin potilassiirtoon liittyvän tilanteen kuvauksia. Lähes jokaisessa potilaan siirtoon liittyvässä kirjauksessa ilmeni, minkä vuoksi tai minkäläisten oireiden vuoksi potilas oli päätetty siirtää akuutisti toiseen hoitoyksikköön. Tyypillisimpiä aineistosta esiin nousseita syitä potilaiden siirtoon olivat kaatumiset kotona ja tähän liittyvät loukkaantumiset ja kivut. Lisäksi yleistilan lasku, hengenahdistus ja tajunnan tason lasku olivat melko usein syynä potilaan siirtoon. Tilanteiden kuvaukset olivat pääsääntöisesti lyhyitä ja täsmällisiä kuvauksia potilaan fyysisistä oireista.

*”Kertoo kaatuneensa aamulla vessakäynnillä ja lyönyt päänsä laattalattiaan 6-7 välillä. Otsassa iso kuhmu vasemmalla puolella, ei ihorikkoa. Niskassa kipua ja ylösnousussa huimaa voimakkaasti”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Potilaan voinnin ja oireiden kuvauksissa hoitajan tekemiä havaintoja vaikutti olevan hieman enemmän, kuin potilaan omia, subjektiivisia tuntemuksia eli kirjaamisen potilaslähtöisyys ei vaikuttanut aivan toteutuvan. Toisissa kirjauksissa jäi myös hieman epäselväksi, olivatko potilaan oireet ja tuntemukset hoitajan havaitsemia vai potilaan ilmaisemia omia tuntemuksia. Tällaisten kirjausten sisällön luokittelussa tutkija on luottanut omaan käsitykseensä tiedon tuottajasta.

*”Selkäsäryt yltynyt vatsaan, vatsa kosketusarkaa mistä johtuu hengityskatkoksia. Silmät punoittanut”. (katkelmia kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Joissakin yksittäisissä tapauksissa siirtopäivänä kirjatusta tiedosta ei löytynyt ollenkaan mainintaa, että potilas on lähetetty jatkohoitoon tai syytä, minkä vuoksi potilas on lähetetty jatkohoitoon.

*”Löydetty kaatuneena lattialta. Ei ollut loukannut itseään. Huimauksen vuoksi kaatunut. Puheidensa mukaan maannut useamman tunnin lattialla. Turvarannekkeesta ei mennyt hälytys perille. Näkkärin söi lääkkeiden kanssa”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta päivystykseen siirtyneestä potilaasta)*

*”Sohvalla lepäilemässä, ei pääse ilman hoitajan apua ylös. Kävelyyn tarvitsi myös hoitajan apua, keittiössä niin ahdasta ettei rollilla pääse kulkemaan. Otti päivälääkkeet valvotusti. Ateriapalvelun ateriasta 2/3 osaa tarjolle, jäi ruokalemaan”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta päivystykseen siirtyneestä potilaasta)*

Kaksi yllä olevaa kirjausta ovat alkuperäisestä aineistosta, jossa ovat siirtopäivänä potilaasta tehdyt kirjaukset kokonaisuudessaan. Molemmat kirjaukset ovat sisällöltään melko niukkoja. Ylimpänä olevassa esimerkissä potilaan tilanteen kuvaus ja jatkohoitoon lähettämisen syy ei selkeästi tule esiin. Kirjauksessa ei ole myöskään mainintaa, että potilas on lähetetty päivystykseen. Alempana olevassa esimerkissä mainitaan potilaan liikuntakyvyn heikentymisestä, mutta kirjauksesta ei myöskään ilmene, että potilas on lähetetty päivystykseen. Tämän tyyppisiä kirjauksia löytyi aineistosta muutamia.

## 6.2. Potilassiirtoon liittyvät taustatiedot

Päivystysluonteisessa tai kiireellisessä raportoinnissa ja kirjaamisessa taustatiedoilla tarkoitetaan tiivistettyä ja oleellista tietoa siitä, mitä potilas sairastaa, mitä lääkkeitä hän käyttää ja mikä on hänen toimintakykynsä. Esimerkiksi tietyt riskilääkkeet ja niihin liittyvät sairaudet, kuten diabetes tai verenhennuslääkkeiden käyttö, olisi hyvä aina muistaa informoida hoitavalle taholle. Myös tieto potilaan aikaisemmasta toimintakyvystä auttaa jatkohoidon suunnittelussa.

Potilaiden taustatietoja tarkasteltavasta aineistosta löytyi niukasti. Lyhytaikaisosastolta akuutisti päivystykseen siirrettyjen potilaiden kohdalla hoitajan tekemistä siirto-tilanteen kirjauksista ei löytynyt ollenkaan tietoa aikaisemmista sairauksista, aikaisem-

masta toimintakyvystä tai senhetkisestä lääkityksestä. Toki toisinaan päätöksen lyhytaikaisosastolla olevan potilaan lähettämisestä päivystykseen oli tehnyt hoitajan konsultoima mobiililääkäri, joten mahdollisesti lääkäri oli tuolloin tehnyt kirjauksen siirtävästä potilaasta. Lääkärin tekemiä kirjauksia ei tässä tutkimuksessa ollut mukana.

Kaikista tarkasteltavista 42:sta akuutista potilassiirrosta vain yhdessä kirjauksessa oli mainittu potilaan aikaisemmat sairaudet ja toimintakyky. Siirtopäivänä annetuista lääkkeistä oli maininta joissakin kirjauksissa, mutta usein kirjaus myös puuttui tai oli epäselvä. Esimerkiksi kirjaus ”*Aamulääkkeet laitettu keittiön pöydälle esille, iltalääkkeet tassille*”, ei kerro oikeastaan juurikaan potilaan lääkehoidon toteutumisesta, vaan enemmänkin hoitajan tekemistä toiminnoista.

Taustatietoihin liittyvissä alaluokissa parhaiten löytyi kirjauksia kuitenkin lääkehoidon osalta. Lääkehoidon osalta useimmiten oli mainintoja, mikäli potilas oli ottanut jotakin ylimääräistä, tarvittaessa käytettävää lääkitystä, kuten Nitroa tai astmalääkettä kyseisenä päivänä. Niissä tapauksissa, joissa potilaalle siirtopäivänä annetuista lääkkeistä oli maininta, oli lääkitykseen liittyvät tiedot kuitenkin toisinaan vajavaisia. Kirjauksessa saatettiin mainita esimerkiksi että; *Insuliinia ei annettu tai Sai Panadol 1g klo 10:20*. Kirjauksesta ei kuitenkaan selvinnyt, miksi edellä mainitut lääkkeet oli annettu tai jätetty antamatta. Särkylääkkeen antamisen jälkeen ei kirjauksesta myöskään löytynyt mainintaa lääkkeen vaikuttavuuden arvioinnista.

*”Kyseessä 86-vuotias rouva, joka asuu yksin kerrostaloasunnossa. Anamneesissa verenpainetauti, hypotyreoosi, hyperkolesterolemia, kihti. Alzheimerin tauti todettu vuonna 2015. Kohtu poistettu syövän vuoksi. Polvi protetisoitu vuonna 2015. laktoositon ruokavalio. Inkontinenssia, siteet olleet käytössä. Rollin avulla liikkuu. Melko omatoiminen, tarvitsee kannustusta ja ohjausta toisinaan. Viime aikoina kastellut runsaammin ja ollut hieman sekavan oloinen. Kaa-  
tanut muutamaa otteeseen viime aikoina ja liikkuminen epävarmaa. Otti päivälääkkeet valvotusti”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Yllä oleva kirjaus oli koko aineiston ainoa kirjaus, jossa on selkeästi kirjattuna potilaan taustatiedot ja tiedot potilaan toimintakyvystä. Kirjauksessa on myös tieto potilaan

käyttämästä apuvälineestä sekä tieto siitä, milloin ottanut lääkkeitä viimeksi. Lähes poikkeuksetta nämä tiedot puuttuivat kirjauksista, vaikka potilaan hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden kannalta tiedot olisivat tärkeitä.

### 6.3. Siirtyvän potilaan nykytilan kuvaus

Aineiston luokittelussa potilaan nykytilaa kuvaavat alaluokat olivat tiedot potilaan peruselintoiminnoista, tiedot potilaan senhetkisestä tilasta, hoitaja tekemät mittaukset, potilaan tajunnan taso, liikuntakyky ja ravitsemukseen liittyvät tiedot. Kirjausten sisältöä luokiteltaessa potilaan nykytilaa kuvaavat asiat ja potilaan tilannetta kuvaavat asiat vaikuttivat olevan melko samankaltaisia. Tutkijana pyrin erottamaan tietosisällöt niin, että potilaan tilanteen kuvauksen osioon (S, situation) taulukoitiin yleinen tieto potilaan tilanteesta tai siihen johtaneista tekijöistä. Nykytilanteen kuvaus- osioon taulukkoon valittiin vain potilassiirron eli aivan senhetkisen tilanteen tietoja potilaan voinnista.

Nykytilaa kuvaavista tiedoista parhaiten löytyi kirjauksia potilaan senhetkisestä tilanteesta, tajunnan tasosta ja potilaan liikuntakyvystä. Liikuntakyvyn heikkeneminen, kotoona pärjäämättömyys ja tajunnan tason lasku olivat usein myös syynä jatkohoitoon lähettämiseen. Peruselintoimintoihin, kuten hengittämiseen liittyviä kirjauksia oli niukemmin, mahdollisesti nämä onkin kirjattu vain silloin, kun niissä on ollut ongelmia.

*”Reinon hengitys todella pinnallista ja tiheätahtista. RR mitattu, yläpaine todella korkea”. (katkelma kotihoitosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Peruselintoimintoja ja nykytilaa kuvaavia asioita oli aineistossa kirjattu osin hoitajan näkökulmasta ja osin potilaan näkökulmasta. Joissakin kirjauksissa tiedon tuottaja jäi epäselväksi, kuten kirjauksessa *”hyvin raskas hengittää”*, josta ei voi varmuudella sanoa, onko kyseessä hoitajan vai potilaan oma näkemys. Nykytilaa kuvaavista asioista hoitajan tekemiä mittauksia löytyi kirjauksista myös jonkin verran. Usein kirjattuna oli kuitenkin vain tieto, *RR mitattu* tai *muut mittaukset normaalit*. Koska kirjauksista ei löydy mittauksen arvoa, jää tehdyn mittauksen informaatioarvo niukaksi.



Kirjauksissa potilaan tajunnan taso oli kirjattu melko usein ja kirjaukset olivat selkeitä ja ymmärrettäviä. Kirjauksissa mainittiin esimerkiksi: ”*Puhuu selkeästi ja orientoituu aikaan ja paikkaan*” tai ”*Puhuu sekavia, sekavia puhunut ja touhunnut kotona myös vaimon mukaan*”.

Aineistossa potilaan senhetkistä liikuntakykyä kuvaavat ilmaisut olivat enimmäkseen hoitajan tekemiä kuvauksia potilaan liikuntakyvystä. Potilaan omaa näkemystä liikunta- tai toimintakyvystään siirtotilanteessa ei tullut kirjauksissa esille. Kirjauksissa nousee esiin, että potilaiden liikuntakyky on monesti todella huono. Jo pienten matkojen kulkeminen kotona tai sängystä ylösnouseminen voi tuottaa hankaluuksia. Esimerkiksi ”*Sohvalla lepäilemässä, ei pääse ilman hoitajan apua ylös*” tai ”*Istuu olohuoneen sohvalla, eikä liiku mihinkään. Avustettunakaan ei suostunut eikä päässyt nousemaan seisomaan ennen kuin ensihoitaja paikalla*” Kirjauksissa ei mainittu suunnitelmista tai toiminnoista apuvälineiden hankkimiseksi tai lisäämiseksi.

Potilaan ravitsemukseen liittyviä tietoja löytyi aineistosta melko niukasti. Usein kirjauksissa korostui myös hoitajan rutiininomaiset tehtävät, eikä niinkään potilaan ravitsemukseen liittyvä tieto. Kuten: ”*Kysytty syömisistä ja juomisista, kertoo syöneensä ja juoneensa*”, ”*Päivemmällä viety lounas*” tai ”*Aamupalaa tehty, jota jäi syömään*”. Edellä mainituista kirjauksista ei saada tietoa potilaan ruokahalusta tai ravitsemustilasta, vaan kirjaus käsittää pääasiassa hoitajan tekemiä toimintoja. Vain joistakin kirjauksista löytyi tietoa potilaan ruokahalusta ja näissä kirjauksissa potilaan ruokahalu näyttäytyi usein melko huonona. Esimerkiksi: ”*Lounas lämmitetty, ei maistu*” tai ”*Halusi päivälliseksi vain kiisseliä ja pyysi saada syödä huoneessaan, oli syönyt n. 1dl verran*”.

#### 6.4. Suositukset ja tiedot jatkohoidosta

Pääsääntöisesti tieto potilaan akuutista siirrosta joko päivystykseen tai lyhytaikaisosastolle löytyi kirjauksista. Mikäli päätöksen jatkohoitoon lähettämisestä oli tehnyt joku muu kuin kotihoidon tai lyhytaikaisosaston työntekijä, tämä oli mainittu kirjauksessa. Päätöksen tekijä saattoi olla esimerkiksi kotihoidon tai kotisairaalan sairaanhoitaja tai mobiililääkäri. Usein kirjauksissa oli myös maininta, miten potilas on siirtynyt jatkohoitoon sekä minne potilas on viety. Potilaan siirtymiset jatkohoitoon tapahtuivat

joko ambulanssilla tai Kela-taksilla. Potilaan siirrosta oli hyvin myös muistettu informoida omaisia, joka näkyi useissa kirjauksissa.

*”Soitettu 112. Sairaankuljetus ottanut EKG:n ja lähtenyt viemään Satasairaalan päivystykseen n. klo 13:50. Poika käynyt juuri ennen ambulanssin tuloa katsomassa Ritvaa. Kerrottu pojalle tilanteesta ja, että kotisairaalan lääkäri määrännyt lähetettäväksi päivystykseen”. (katkelma lyhytaikaishoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

*”Konsultoitu sairaanhoitajaa asiasta, joka käski soittaa ambulanssin. Ambulanssi hälytetty paikalle. Siellä otettu verenpaine, sydänfilmi, mitattu lämpö. Siirtyi ambulanssin lähettämänä Poriin päivystykseen lisätutkimuksiin. Pojalle yritetty soittaa, mutta tuloksetta. Lähetetty viesti”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Edellisessä esimerkissä nousee hyvin esiin asia, joka ilmeni muutamissa muissakin kirjauksissa. Kotihoidossa työskentelevälle työntekijälle vaikuttaa olevan tärkeää, että saatavilla on sairaanhoitaja tai lääkäri, jota voi tarvittaessa konsultoida, mikäli kaipaa tukea tai neuvoja jatkohoidon järjestämisen suhteen. Kotihoidossa työskentelevälle yksittäiselle työntekijälle vastuu asiakkaan tilasta, voinnista ja jatkohoidon järjestämisestä on suuri ja tätä vastuuta on hyvä voida jakaa. Tätä kuvaa hyvin myös aineistosta löytynyt ilmaisu: *”Soitettu 112 ja toimittu ohjeiden mukaan. Ensivasteen ja ambulanssin tulon jälkeen hoitovastuu heille”*.

Jatkohoidon järjestämiseen liittyvistä tiedoista löytyi niukasti kirjauksia lääkeshoidon jatkuvuuden järjestämisestä. Koko aineistossa vain muutamassa kirjauksessa oli maininta siitä, että potilaan hoitopapereita, lääkelista tai dosetti oli annettu siirtyvän potilaan mukaan. Tämä on mielestäni erittäin huomionarvoista, koska erikoissairaanhoidon päivystys, jonne potilaat usein siirtyivät käyttää eri potilastietojärjestelmää eikä näin ollen saa potilaan lääkitystietoja omasta järjestelmästä. Kanta- järjestelmän kautta toki näkee kaikki potilaalle tehdyt sähköiset lääkemääräykset ja aikaisempia lääkärin tekemiä tekstejä potilaasta, mutta päivitettyä tietoa ajantasaisesta lääkelistasta sieltä ei löydy.

## 6.5. Potilaan tai omaisten osallisuus hoitoon ja päätöksentekoon

Omaiset ovat usein aktiivisesti mukana potilaan hoidossa ja täydentävät kotihoidon tekemiä käyntejä sekä toimivat tiedonvälittäjinä kotihoidon ja asiakkaiden välillä. Kotihoidon piirissä olevan potilaan siirtyessä joko lyhytaikaisosastolle tai päivystykseen tuntui omaisten osallisuudella olevan suuri merkitys. Potilaan siirtoa lähdettiin usein järjestämään omaisen otettua yhteyttä ja ilmaistessa huolta läheisestään. Myös kotihoidon työntekijät saattoivat ottaa yhteyttä omaiseen ja pohtia yhdessä asiakkaan jatkohoidon järjestämistä.

*”Menty tyttären pyynnöstä käymän ja kartoittamaan Mirjan vointia. On ma-  
kuulla sängyssä ja reilusti henkeä ahdistaa. Tytär kertoo antaneensa lisäannok-  
sen Furesista, virtsaa tullut reilusti. Tilattu aika päivystykseen ja Kelataksi. Ty-  
tär lupaa mennä omalla autolla perässä”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen  
siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

*”Mies soitteli aamulla. Kertoi, että yöt menneet tosi huonosti. Raija ei öisin rau-  
hoitu nukkumaan. Touhuaa läpi yön. Sanoi ettei jaksaa tällaista, kun ei saa nu-  
kuttua. Soitettu lyhytaikaisosastolle ja siellä olisi paikka. Kerrottu siitä miehelle  
ja sanoi vievänsä Raijan tänään osastolle, vaikka epäilikin, että voi olla vaikeaa  
saada Raija lähtemään”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta lyhytaikais-  
osastolle siirtyneestä potilaasta)*

Tarkasteltaessa osallisuutta potilaan siirron yhteydessä tehdyissä kirjauksissa, nousee esiin seikka, että kotihoidon piirissä olevien potilaiden kohdalla löytyy runsaasti kir-  
jauksia erityisesti omaisten osallisuudesta. Jos taas potilas oli hoidettavana lyhytai-  
kaisosastolla ja hänet siirrettiin sieltä akuutisti päivystykseen ei potilaan tai omaisten  
osallisuudesta ollut kirjauksia.

Potilaan oma osallisuus, omat toiveet tai mielipiteet jatkohoidon suhteen mainitaan  
kotihoidon tekemissä kirjauksissa melko harvoin. Kirjausten perusteella asiakas  
useimmiten vaikuttaa olevan hoidon kohde. Päätöksen jatkohoitoon lähettämisestä te-  
kee useimmiten kotihoidon työntekijä tai sairaanhoitaja tai lääkäri, joita konsultoidaan  
puhelimitse. Usein myös omaisella on suuri rooli päätettäessä potilaan jatkohoidosta.

Osallisuuteen liittyy kiinteästi myös eettisyys ja potilaan itsemääräämisoikeus, joka tutkimustuloksissa ajoittain nousi esiin. Kirjatuista dokumenteista tuli esiin, että toisinaan potilas siirrettiin jatkohoitoon omaisen toivomuksesta tai vastoin potilaan omaa toivetta.

*”Keskusteltu asiakkaan kanssa tilanteesta, ei haluaisi lähteä kuolemaan osastolle, mutta pitkän suostuttelun jälkeen tokaisi, että miten vaan. Oli vihainen siirrostaan, syyttää lapsiaan. Tyttärelle ilmoitettu siirrosta, josta oli kovin iloinen”. (katkelma kotihoidosta lyhytaikaisosastolle siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

## 6.6. HaiPro -ilmoitukset

Kehittämistehtävässä tarkasteltiin myös tehtyjä HaiPro -ilmoituksia, mikäli ne liittyivät tiedonkulkuun. Maaliskuun – syyskuun 2019 väliseltä ajanjaksolta kunnan vanhustenhuollossa oli tehty yksi HaiPro- ilmoitus, joka liittyi tiedonkulkuun ja dokumentointiin. Kyseisessä HaiPro -ilmoituksessa oli ollut kyse siitä, että epäselvien kirjausten vuoksi potilaalla oli jäänyt saamatta yksi injektiona annettava lääke. Asian taustalla oli ilmeisesti ollut puutteellinen kirjaaminen ja ilmoituksen mukaan myös yksikössä tapahtuneet henkilöstövaihdokset. Varsinaisesti tämä ilmoitus ei kuitenkaan liity potilassiirtoon liittyvään tiedonkulkuun, joten tämän vuoksi HaiPro ilmoituksista ei saada tässä yhteydessä juurikaan tietoa. Vaikka tiedonkulussa siis ajoittain onkin puutteita, HaiPro -ilmoituksia näistä tilanteista ei ole tehty.

*”Lääkärin ohjeen mukaan soitettu ambulanssi päivystykseen menoa varten. Häkestä neuvottu soittamaan taksi, koska ei akuuttia hoidon tarvetta. Kela-taksi hakenut klo 21:30. Päivystyksestä soittivat klo 22:30 ja tiedustelivat minkä vuoksi potilas sinne lähetetty, koska eivät potilastietojärjestelmän kirjauksia erikoissairaanhoidon päivystyksessä näe. Luettu Pegasoksesta lääkärin lähetteen tekstiä”. (katkelma lyhytaikaishoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

Kyseisessä kirjauksessa nousee selkeästi esiin se, kuinka tärkeää potilaan mukaan olisi laittaa potilaspapereita ja ainakin viimeisimmät kirjat potilaan tilasta, sairauksista ja lääkehoidosta. Koska erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto tässä tapauksessa käyttävät eri potilastietojärjestelmiä, voi tiedonkulku tällaisessa tapauksessa kärsiä ja jäädä paljolti jopa potilaan tai omaisten vastuulle.

#### 6.7. Muita aineistosta esiin nousseita asioita

Alkuperäistä aineistoa tarkasteltaessa nousi esiin myös se, että tarkasteltavalla ajanjaksolla oli kolme potilassiirtoa, joista ei ollut tehty ollenkaan kirjausta sähköiseen potilastietojärjestelmään. Yksi näistä siirroista tapahtui kotihoidosta akuutisti lyhytaikaisosastolle ja kaksi kotihoidosta akuutisti päivystykseen. Tällaisessa tapauksessa on mahdotonta arvioida, onko jatkohoitopaikka saanut potilaasta mitään taustatietoja tai tietoja siirtoon johtaneista syistä. Myös kotihoidon työn sujuvuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi olisi potilastiedoissa hyvä olla tieto siitä, jos potilas on väliaikaisesti toisessa hoitopaikassa. Kunnan geronomilta saadun henkilökohtaisen tiedonannon mukaan siirrot, joista ei ole ollenkaan kirjausta saattavat olla käynnejä, jotka on tehty turvapuhelimen hälytyksen vuoksi. Näissä tapauksissa kotihoidon työntekijä on aina mukana kotikäynnillä vartijan työparina. Koska asiakkaalle ei ole tuolle ajankohdalle suunniteltua asiakaskäyntiä, ei mobiililla kirjaaminen asiakkaan kotona onnistu. Tällöin kirjaus pitäisi muistaa tehdä myöhemmin kotihoidon toimistolla.

Alkuperäisissä kirjauksissa sähköisen potilastietojärjestelmän otsikointeja oli käytetty melko vaihtelevasti. Lisäksi kirjauksissa oli käytetty useimmiten vain yhtä otsikkoa, jonka alle koko kirjaus oli tehty. Kirjaamisen rakenteisuus FinCC- luokituksen mukaisesti ei näin ollen toteutunut.

Kirjauksessa käytetty otsikko: *Potilaan selviytymiskyvyn arviointi*

*”Hoitajan tullessa asiakas lattialla kaatuneena ja huone todella sekaisin, Virtsa tullut alle. Valitteli lonkkakipua ja puheli sekavia. Tilattu ambulanssi. Tyttärelle ilmoitettu”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta päivystykseen siirtyneestä potilaasta)*

Kirjauksessa käytetty otsikko: *Selviytymiseen liittyvä ohjaus*

*”Löydetty kaatuneena lattialta. Ei ollut loukannut itseään. Huimauksen vuoksi kaatunut. Puheidensa mukaan maannut useamman tunnin lattialla. Turvarannekkeesta ei mennyt hälytys perille. Näkkärin söi lääkkeiden kanssa”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta päivystykseen siirtyneestä potilaasta)*

Kirjauksessa käytetty otsikko: *Ruokailun järjestäminen*

*”Varattu aika tk klo 18:15. Omainen lähtee mukaan. Aila juttelee sekavia, mutta suostuu pitkän suostuttelun jälkeen lähtemään vo:lle. Kerrottu geriatrin terveiset (ks. GER kirjaus munuaisten sekä sydämen vajaatoiminnasta sekä lab. vast). Lämmitetty lounasta, jonka syö kaikki. Lääkkeet veden kera”. (Kirjaus kokonaisuudessaan kotihoidosta päivystykseen siirtyneestä potilaasta)*

Jonkin verran esiintyi vaihtelua myös siinä, miten potilas lähetetään jatkohoitoon. Toisinaan potilaan siirto päivystykseen tapahtui Kela-taksilla ja toisinaan taas potilaalle tilattiin ambulanssi päivystykseen menoa varten. Kirjattujen potilaiden oireiden tai voinnin perusteella kuljetuksen valinnassa ei vaikuttanut olevan selkeää linjaa eikä perusteita kuljetuksen valinnalle tullut esiin kirjauksista.

*”On makuulla sängyllä ja reilusti henkeä ahdistaa. Pyydetty asiakasta istumaan, istuu tovin, muttei ahdistus helpota. Hyvin raskas hengittää. Nyt ei koe rintakipua. Tilattu aika päivystykseen ja Kela-taksi”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

*”Asiakasta huimaa tavallista enemmän, hengitys raskasta ja vähän katkonaista. Kertoo olon olevan huono. Soitettu ambulanssi”. (katkelma kotihoidosta päivystykseen siirtyneen potilaan kirjauksesta)*

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida potilassiirtoihin liittyvää kirjallista tiedonkulkua ja tuottaa tietoa kirjaamisen kehittämiseksi. Kehittämistyössä arvioitiin hoitohenkilökunnan tekemiä kirjallisia dokumentteja potilaiden siirtotilanteista. Lisäksi tarkasteluun otettiin mukaan myös HaiPro- eli haitta- ja vaaratapahtumailmoitukset, mikäli ne käsittelivät tiedonkulkua tai dokumentointia. Kehittämistehtävässä saatujen tulosten pohjalta pidettiin kehittämispalaveri ja tuotettiin kehittämis ehdotuksia kirjaamisen parantamiseksi.

### 7.1. Tulosten tarkastelua

Tutkittavassa aineistossa potilaan tilanne ja sen hetkinen vointi oli kuvattu usein selkeästi ja lyhyesti. Usein kirjauksissa oli myös kuvattu tilanteeseen johtaneet seikat, esimerkiksi potilaan kaatuminen. Tämän perusteella potilaan vastaanottava yksikkö saa helposti ja nopeasti tiedon, miksi potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan ja mikä on potilaan vointi. Tämä auttaa merkittävästi potilaan hoidon suunnittelua ja jatkohoidon toteutumista. Hyvän ja oikea-aikaisen tiedonkulun potilaiden siirtotilanteissa on todettu olevan olennainen osa potilasturvallisuutta ja hoitotyön laatua, jonka avulla voidaan säästää terveydenhuollon kustannuksia sekä vapauttaa hoitotyöntekijöiden aikaa potilaskohtaiseen hoitotyöhön tietojen etsimisen sijaan. (Kerttunen ym. 2008.)

Potilaan taustatietojen kirjaamisessa ilmeni puutteita. Erityisesti potilaan aikaisemmat sairaudet, lääkehoidon toteuttamisessa tarvittavat tiedot ja potilaan aikaisempi toimintakyky tai käytössä olevan apuvälineet puuttuivat lähes aina kirjauksista. Samansuuntaisia tuloksi ilmeni myös Kosken (2017) sekä Kuusiston (2016) tekemissä tutkimuksissa, joissa todettiin myös tiedonkulussa olevan runsaasti ongelmia nimenomaan organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa, vaikka toimiva tiedonkulku erityisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä olisi yksi hoidon tärkeitä kulmakiiviä. Kuten Jylhä vuonna 2018 tekemässä väitöskirjassaankin toteaa, vajavaisen tiedonkulun on todettu merkittävästi lisäävän hoidon haittoja. Puutteellinen tiedonhal-

linta ja tiedonkulku ovat yhteydessä haittatapahtumien määrään terveydenhuollon yksiköissä. Puutteellinen tiedonkulku aiheuttaa muun muassa merkittävästi lääkitysvirheitä, hoitokanteluista sekä erilaisia haittatapahtumia. Hoitotyöntekijä tietysti voi ajatella taustatietojen, kuten aikaisempien sairauksien, toimintakyvyn tai lääkehoidon näkyvän sähköisessä potilastietojärjestelmässä ennestään, mutta tuolloin tietojen ajantasaisuudesta ei ole varmuutta. Mikäli esimerkiksi päivitettyjä tietoja potilaan sairauksista tai lääkityksestä ei ole kirjattu, on mahdollista, että potilasta hoidetaan virheellisten lääkitys- tai terveystietojen perustella.

Tuloksissa ilmeni myös, että päivystykseen siirtyvän potilaan mukaan laitetaan kirjausten mukaan vain harvoin hoitopapereita, lääkelistaa tai lääkedosettia. Koska kyseisessä kunnassa on käytössä eri potilastietojärjestelmä kuin saman alueen erikoissairaanhoidon päivystyksessä luo tämä merkittävän tietokatkon potilaan tietojen saatavuuteen. Tiedon välitys potilaan sairauksista tai lääkityksestä voi jäädä potilaan tai hänen omaistensa vastuulle ja tieto saadaan mahdollisesti käyttöön viiveellä. Käytännön hoitotyössä tämä tarkoittaa siis sitä, että hoitotyössä voi syntyä tilanteita, jossa ammattilaiset joutuvat työskentelemään potilaan siirtotilanteissa ilman riittävää, potilaan hoitoa koskevaa ajantasaista tietoa tai he ovat potilaan muistinvaraisen tiedon varassa. Esimerkiksi hätätilanteissa saatetaan joutua tekemään potilasta koskevia päätöksiä ilman riittävää tietoa. Nämä tulokset ovat yhdenmukaisia Asikaisen ym. vuonna 2008 tekemän tutkimuksen kanssa ja osoittavat, että potilaan kokonaisvaltainen ja saumaton hoito ei toteudu silloin kun potilasta hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa.

Omaisten osallisuus potilaiden hoidossa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa nousi aineistosta merkityksellisenä. Potilaiden osallisuus näkyi kirjauksissa selkeästi niukemmin, vaikka laki potilaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa terveydenhuollon työntekijöitä ottamaan potilaita mukaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaan osallisuuden tukeminen olisi tärkeää siksi, että se voimaannuttaa potilasta ja luo tunteen oman elämän hallinnasta. Voimaantumisen mahdollistaminen on tärkeää, koska voimaantunut potilas sitoutuu paremmin hoitoonsa ja on siihen tyytyväisempi. (Tuorila 2013, 667.) Ennakoivan hoitosuunnitelman teko myös kotihoidon piirissä ole-



ville asiakkaille yhdessä asiakkaan omaisten kanssa voisi mahdollistaa paremmin potilaan oman osallisuuden hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja potilaan itsemääräämisoikeiden toteutumisen.

Omaisien vaikutus jatkohoitoon lähettämisessä tai sairaanhoitajan konsultointi näkyi kirjauksissa melko usein, mistä voidaan päätellä asian olevan merkityksellinen. Saattaa olla, että kotihoidossa työskentelevät kaipaavat toisinaan tukea ja vahvistusta päätöksentekoon, kun potilaan voinnissa on tapahtunut muutoksia. Mahdollisesti kunnassa ei ole mitään selvää ohjeistusta jatkohoitoon lähettämisen suhteen, vaan asiat mietitään tapauskohtaisesti. Yhtenäisen ohjeistuksen puutteesta saattaa kertoa sekin, että samantyyppisissä tilanteissa toinen potilas lähetetään ambulanssilla erikoissairaanhoidon päivystykseen ja toinen potilas taas Kela-taksilla perusterveydenhuollon päivystykseen. Tällaisessa tilanteessa potilaiden tasa-arvoinen kohtelu ja hoitoon pääsy voi vaarantua, jos hoitajilla ei ole yhtenäistä ohjeistusta käytännöistä ja toimintatavoista.

Mikäli potilastietoihin ei ole kirjattu tietoa jatkohoitoon lähettämisestä ollenkaan, jää tuon tiedon välittäminen hoitajan muistin ja hoitajien välisen kanssakäymisen varaan. Tämä ei tue kotihoidon työntekijöiden työn jatkuvuutta eikä suunnitelmallisuutta. Käytännön työssä kiire, vuorotyö ja henkilökunnan vaihtuminen voi johtaa siihen, että asia jää raportoimatta. Tämä saattaa johtaa siihen, että seuraavassa työvuorossa oleva tekee asiakkaan luokse turhan käynnin, koska kirjauksissa ei ole tietoa potilaan siirtymisestä toiseen hoitopaikkaan.

Tuloksista nousi esiin myös seikka, että kirjaaminen ei ollut aina potilaslähtöistä. Eri-tyisesti potilaan vointia, liikuntakykyä ja ravitsemusta koskevissa kirjauksissa näkyi usein hoitajan subjektiivinen näkemys asioista. Kirjaamismerkinnöissä kuvastui jonkin verran kotihoidon työntekijän rutiininomainen tekeminen ja sen kirjaaminen, kuten *tiskit tiskattu, roskat viety, leipiä tehty kaksi jääkaappiin* eikä niinkään potilaan subjektiivinen kokemus voinnistaan tai tarvitsemastaan avusta. Myös Tiusanen ym. (2009) on havainnut potilaan subjektiivisten tuntemusten dokumentoimisen olevan puutteellista. Potilas kuvataan kirjaamisessa usein hoidon objektina, eikä potilaan omaa kokemusta voinnistaan tai tarpeistaan kirjata riittävästi. Myös Jokinen ym.

(2011) toteaa, että hoitotyön kirjaamisen pääpaino tulisi siirtää hoitajan tekemisen kuvaamisesta potilaan toimintakyvyn ja voinnin sekä hoidon tulosten kuvaamiseen.

Yksiköiden välisiä eroja tarkasteltaessa on huomioitavaa, että lyhytaikaisosaston tekemissä kirjauksissa ei ollut kirjattuna lainkaan potilaan taustatietoihin liittyviä tietosisältöjä eikä myöskään mainintoja omaisten tai potilaan osallisuudesta. Toki on huomioitava, että kokonaismäärä lyhytaikaishoidosta päivystykseen siirtyneistä potilaista oli aineistossa vain kuusi kappaletta, joten näin pienestä määrästä ei voi ehkä luotettavasti tehdä johtopäätöksiä. Päätöksen lyhytaikaisosastolla olevan potilaan lähettämisestä päivystykseen teki joissakin tapauksissa konsultoitu lääkäri tai sairaanhoitaja, joten tälläkin voi olla ehkä vaikutusta siihen, että omaisten tai potilaan omaa osallisuus ei ole tullut huomioiduksi.

Tarkasteltaessa kirjausten rakennetta nousi selkeästi esiin se, että kirjaaminen ei ollut kansallisesti yhtenäisen hoitotyön systemaattisen kirjaamismallin FinCC-luokituksen mukaista. Kirjaukset oli tehty pääsääntöisesti yhden otsikon alle ja yhdestä kirjatusta kappaleesta löytyi kaikki potilaasta kyseisenä päivänä kirjattu tieto, riippumatta siitä käsittikö kirjaus potilaan päivittäisiin toimintoihin, lääkehoitoon, hengittämiseen, jatkohoidon järjestämiseen tai muuhun liittyviä seikkoja. Tämä tulos on samansuuntainen, kuin Stakesin jo vuonna 2008 tehdyssä raportissa, jossa todetaan, että kotihoidossa tuotettu terveydenhuollon kanssa yhteinen tieto, on suurelta osin strukturoimattonta ja tietosisällöt vaihtelevat. Tiedon kirjaaminen on vaihtelevaa, joskus tieto kirjaetaan viiveellä ja paljon tietoa jää myös kirjaamatta. Kirjaamisjärjestelmät eri kunnissa myös vaihtelevat ja tarjoavat eri kunnissa työskenteleville työntekijöille hyvin erilaiset mahdollisuudet saada tietoa. (Stakes, Raportteja 32/2008.) Hoitotyön kirjaamisen rakenteisuus olisi tärkeää tiedon myöhemmän jäljitettävyyden vuoksi. Selkeästi strukturoitu ja rakenteinen kirjaaminen auttaa merkittävästi, mikäli jokin tieto on tarpeen löytää myöhemmin esimerkiksi uuden työntekijän ollessa hoitamassa potilasta tai hoitovirheen tai kantelun selvittämiseksi. Kunnan geronomilta saadun henkilökohtaisen tiedonannon mukaan suurin syy rakenteisen kirjaamisen käyttämättömyyteen kotihoidossa ovat puutteelliset hoitosuunnitelmat. Jos kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelmalla ei ole esimerkiksi jatkohoito- komponenttia, ei siihen ole mahdollista kirjata kotihoidon käyttämällä mobiililaitteella. Kirjaukset on kuitenkin aina mahdollista tehdä

myös suoraan Pegasos- potilastietojärjestelmään kotihoidon toimistolla, mikä mahdollistaisi komponenttien käytön, mutta ilmeisesti tämä toimintatapa ei ole kotihoidossa vakiintunut käytäntö.

## 7.2. Kehittämis ehdotukset

Kehittämistehtävästä saatujen tulosten perusteella pidettiin kehittämispalaveri yhdessä kunnan vanhustyönjohtajan kanssa. Palaverissa esiteltiin tehtävästä saatuja tuloksia ja muita esiin nousseita asioita. Kehittämistehtävän tulokset päätettiin esittää myös kunnan vanhustyön esimiehille ja kirjaamisvastaaville. Näin työn tulokset saadaan jalkautettua työyhteisöihin ja käytäntöön.

Kehittämispalaverissa nousi esiin henkilökunnan koulutuksen tärkeys. Esimerkiksi work shop- tyyppiset koulutukset, joissa henkilökunta harjoittelee kirjaamista erilaisien potilastapausten kautta tai henkilökunta arvioi jo valmiita kirjauksia nähtiin hyvinä harjoituksina. Tämän tyyppisiä koulutuksia suunniteltiin järjestää kunnassa vuoden 2020 alkupuolella. Koulutuksissa henkilökunnan olisi myös mahdollista yhdessä tarkistaa jo kunnassa valmiina olevia ohjeita, kuten kirjaamisen minimivaatimuslista. Kirjaamisen minimivaatimuslista on kunnassa jo aikaisemmin luotu muistilista tilanteisiin, joissa potilas lähetetään päivystykseen. Muistilista ohjaa muun muassa avun soittamisen, siirtotapahtuman riittävän kirjaamiseen, lääkelistan mukaan laittamisen sekä omaisten informoimisen kiireellisessä tilanteessa. Mahdollisesti lista ei ole ollut kunnassa kuitenkaan kovin aktiivisesti käytössä. Kirjaamisen minimivaatimuslistan aktiivinen käyttö selkiyttäisi ja yhtenäistäisi kirjaamista ja toimisi työntekijän muistin tukena. Myöskin vierikoulutus on havaittu toimivaksi sähköisen kirjaamisen opetustavaksi, mikäli siihen on mahdollista käyttää riittävästi aikaa (Jokinen ym. 2011).

Lisäksi yksiköissä toimivan kirjaamisvastaavan rooli nähtiin tärkeänä. Kirjaamisvastaavan tulee olla kiinnostunut kirjaamiseen liittyvistä seikoista ja toimia henkilökunnan apuna ja tukena kirjaamiseen liittyvissä asioissa. Hyödyllistä voisi olla myös se, mikäli kirjaamisvastaava jatkossakin ajoittain observoisi yksikössä tapahtuvaa kirjaamista ja antaisi tästä palautetta esimerkiksi osastotunneilla

Oleellinen ja tärkeä osa kirjaamisen kehittämisessä on työyksikössä vallitseva ajattelutapa. Kirjaaminen tulisi nähdä tärkeänä osana hoitotyötä, jolla turvataan potilaiden hoidon jatkuvuus työntekijöiden ja hoitopaikkojenkin vaihtuessa. Hyvä kirjaaminen potilaan siirtotilanteessa parantaa hoidon sujuvuutta ja jatkuvuutta potilaan vastaanotaneessa yksikössä ja vapauttaa työntekijöiden aikaa potilaiden hoitamiseen tiedon etsimisen sijaan. Kehittämistyössä on pitkälti kyse totuttujen työtapojen muuttamisesta, mikä voidaan kokea kuormittavana, joten yhteisen motivaation löytäminen on tärkeää.

Tiedonkulun puutteet ilmenivät myös sähköisten potilasjärjestelmien yhteensopimattomuutena, jolloin potilaan tiedot eivät välittyneet potilastietojärjestelmistä eri organisaatioiden kesken. Tulevaisuudessa potilastietojärjestelmien valintaan ja kehittämiseen tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota. Potilastietojärjestelmien olisi hyvä olla helppokäyttöisiä ja yhdenmukaisia kaikkialla. Kaikilla samalla sairaanhoitopiirin alueella toimivilla kotihoitoalueilla tulisi olla yhteneväiset menetelmät kirjaamiseen. Tällöin erikoissairaanhoidossa tiedettäisiin aina, mihin potilaan tiedot on merkitty huolimatta siitä, millä kotihoitoalueella potilas asuu. (ks. Virjo 2013, 2210-2212.)

Teknologian kehittymisen myötä tulevaisuutta voi olla myös erilaiset etäyhteyksimenetelmät. Etäyhteyden avulla hoitaja tai potilas itse voisi ottaa yhteyttä sairaanhoitajaan tai lääkäriin voinnin muuttuessa. Potilaan kotoa otettavaa etäyhteyttä voisi käyttää myös esimerkiksi ennakoivasti potilaan yleistilan laskiessa, jo ennen päivystykseen lähettämistä.

Potilassiirtoihin liittyvän kirjaamisen kehittymistä voitaisiin tarkastella järjestämällä uusi tutkimus, jossa tarkasteltaisiin myös kirjaamisen sisältöä. Tutkimuksen tuloksia verrattaessa nyt saatuihin tuloksiin pystyttäisiin arvioimaan, onko kirjaamisen sisältö muuttunut riittävämmäksi, yhdenmukaisemmaksi ja potilaslähtöisemmäksi.

### 7.3. Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistehtävän eettisyys huomioitiin noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä työn kaikissa vaiheissa (TENK 2012, 6-7). Työn jokaisessa vaiheessa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Tämä koskee niin aineiston hankintaa, tulosten

analysointia kuin tulosten esittämistä. Jo aiheen teoreettiseen taustaan perehdyttäessä kiinnitettiin huomiota siihen, että tarkasteltava kirjallinen aineisto oli luotettavaa ja riittävän uutta. Kehittämistehtävälle anottiin ja saatiin asianmukaiset tutkimusluvut tutkimuksen kohteena olevan kunnan vanhustenhuollosta sekä Satakunnan ammatti-korkeakoululta.

Kehittämistehtävä tehtiin eräässä pienehkössä Satakunnan kunnassa. Kunnan kotihoi-dossa ja lyhytaikaishoidon yksikössä työskentelevä henkilökuntamäärä on melko pieni, jonka vuoksi kunnan nimeä ei tuoda tehtävässä esiin. Myös kotihoion piirissä ja lyhytaikaishoidon yksikössä olevat asiakasmäärät ovat suhteellisen pieniä, minkä vuoksi kirjauksissa esiintyvien potilaiden nimet on muutettu. Aineiston keruun suoritti kunnassa työskentelevä geronomi, joka kopioi tutkijalle potilassiirroista tehdyt kir-jaukset poistaen niistä samalla potilaiden tunnistetiedot. Dokumentit toimitettiin tutki-jalle sähköpostin välityksellä. Aineiston käsittelyssä sekä tallentamisessa otettiin huo-mioon henkilöiden yksityisyyden suoja ja aineisto säilytettiin niin, ettei se joutunut ulkopuolisten haltuun. Työn toteuttamiseksi saatuja potilastietoja ei myöskään käy-tetty muuhun, kuin kehittämistehtävässä sovittuun tarkoitukseen.

Ongelmallista tehtävässä oli se, että tapauksia tutkittiin jälkikäteen, jolloin tapaukset olivat irrallaan kontekstistaan eli toimintaympäristöstään. Kontekstin muodostavat ne toimijat ja toiminnot, joihin valittu tapaus liittyy läheisesti. Konteksti muodostuu ta-pauksen historiallisesta taustasta, laajemmasta ympäristöstä, kuten esimerkiksi kult-tuuriympäristöstä, toimialasta, toimintaympäristöstä. (Eriksson & Koistinen 2005, 16). Näin tapaustutkimuksella saadaan vain yksityiskohtainen ja tiheä kuvaus tarkastelta-vasta ilmiöstä, mutta ei esimerkiksi tietoa ilmiön taustalla vaikuttavista asioista. Toi-saalta voidaan ajatella sen parantaneen tapaustutkimuksen luotettavuutta, että tapauk-sia tutkittiin jälkikäteen objektiivisesti. Tutkimuksen tiedonantajilla ei ollut myöskään tietoa tehdystä tutkimuksesta eikä se ole näin ollen voinut vaikuttaa kirjaamisen sisäl-töön. Lisäksi tutkijan puolueettomuus eli se, ettei tutkijalla ole mitään siteitä tutkimuk-sen kohteena olevaan yksikköön parantaa varmasti myös tutkimuksen luotettavuutta.

Tapaustutkimusta on useasti kritisoitu juuri sen vuoksi, että tapaustutkimukset tulokset eivät ole yleistettävissä. Tapaustutkimuksen kohdalla saatetaan pohtia, mitä voidaan oppia yhdestä tapauksesta. Robert E Staken mukaan (2000, 236) kysymys onkin siitä,

että halutaan optimoida tapauksen syvälinen ymmärtäminen enemmän kuin sen yleistäminen. Yleisesti ottaen tapaus ei siis ole yleistettävissä, mutta toisaalta tutkija saattaa löytää tapauksia yhdistävän, yhteisen piirteen. Yleistäminen ei saa kuitenkaan olla itsetarkoitus, vaan oleellisempaa kuin yleistäminen, tulee olla tapauksen ymmärtäminen (Metsämuuronen 2005, 207). Tässä tehtävässä riittävä aineistomäärä ja aineiston kerääminen niin sanottuun saturoitumiseen saakka mahdollisti kuitenkin sen, että kyseisestä ilmiöstä saatiin luotettava kuva.

Tehtäessä laadullista tutkimusta tulee pohtia, että saadaanko tutkimusmenetelmällä esiin totuus tutkittavasta ilmiöstä. Määrällisen tutkimuksen metodologiaan on kehitetty monenlaisia keinoja hallita virhepäätelmiä. Sen sijaan laadullinen tutkimusprosessi on pitkälti tutkijan omaan intuitioon, tulkintaan, järkeilykykyyn, yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin perustuvaa. On monta tapaa tehdä päätelmiä samasta aineistosta. (Metsämuuronen 2005, 197.) Kyseisessä kehittämistehtävässä aineiston analyysin luokittelu tehtiin valmista iSBAR- raportointimenetelmän mukaista luokittelua käyttäen. Alaluokat muodostettiin iSBAR- mallin tietosisältöjen perusteella. Luokitte- lua täydennettiin lisäksi aineistolähtöisesti, jolloin aineistosta esiin noussut osallisuuden merkitys otettiin mukaan sisällön analyysiin. Luotettavuutta paransi se, että kaikki aineisto voitiin ottaa mukaan taulukkoon alkuperäisessä kirjausmuodossaan sekä se, että aineiston on luokitellut vain yksi tekijä.

Kehittämistyön uskottavuuden kannalta on merkittävää, että arvioinnissa tehdyt tul- kinnat saavat tukea toisista vastaavia ilmiöitä tarkastelleista tutkimuksista (Vilka 2015, 197). Verrattaessa tämän kehittämistyön tuloksia aikaisempiin tutkimuksiin, on tuloksissa todettavissa yhteneväisyyksiä. Toisaalta täysin vastaavia tutkimustuloksia ei voida esittää, koska aivan samanlaisessa tutkimusympäristössä tehtyä tutkimusta ei löydetty.

## LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim.
- Aaltonen M., Forma L., Rissanen P., Raitanen J. & Jylhä M. 2010. Transitions in health and social service system at the end of life. *European Journal of Ageing* 7 (2), 91–100.
- Asikainen, P., Suominen, T., Mäenpää, T. & Maass, M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävä tiedon siirto ja yhteistoiminta aluetietojärjestelmän käyttöönottoavaiheessa. *Hoitotiede* Vol 20, no 2/ -08, 59-69.
- Awanic.com- verkkosivut. 2019. HaiPro, sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Viitattu 18.11.2019. [www.awanic.com/haipro](http://www.awanic.com/haipro)
- Buurman BM, Verhaegh KJ, Smeulders M, Vermeulen H, Geerlings SE, Smorenburg S & de Rooij SE. 2016. Improving handoff communication from hospital to home: the development, implementation and evaluation of a personalized patient discharge letter. *International Journal for Quality In Health Care: Journal Of The International Society For Quality In Health Care* 28 (3), 384-390.
- Cornell, P., Townsend Gervis, M., Yates, L. & Vardaman, J M. 2014. Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding. Verkkootikkeli. *MEDSURG Nursing*. 23 (5), 334-342. Viitattu 9.10.2019.
- Eloranta S., Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaaliala- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 23 (3). 136-145.
- Eriksson, P. & Koistinen, K. 2005. Monenlainen tapaustutkimus. *Kuluttajatutkimuskeskuksen julkaisuja* 4:2005.
- HaiPro. 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Verkkojulkaisu. Tampere. Awanic Oy. Viitattu 28.10.2019. <https://www.haipro.fi/fin/default.aspx>
- Heino, M. 2019. Geronomi. Nakkilan kunta. Henkilökohtainen tiedonanto 2.12.2019.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Helsinki: Fioca Oy.
- Hyppönen, H (toim.), Turunen, T., Hämäläinen, P., Kärki, J. & Palojoki, S. Ammattilaisten tiedontarpeista sosiaali- ja terveydenhuollon rajalla. *Stakes. Raportteja* 32/2008. Helsinki: Stakes.
- Ikonen, Eija-Riitta 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Jauhiainen V. 2009. Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina. Pro gradu-tutkielma. Tampere.

Jokinen, T., Isotalo, T., Turunen, R., Aho, V., Koskivirta, J., Myyryläinen, M., Jaakkola, V., Keränen, S., Toivainen, S., Kupiainen, M., Aura, H. & Helldan, P. 2011. Hoitotyön kirjaamismuutos Helsingin terveystieteiden keskuksessa. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2011, vol. 84, 54–57.

Jylhä, V. *Information Management in Health Care. A Model for Connecting Information Culture and Patient Safety*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. 2018.

Jyväskylän yliopiston www-sivut. Viitattu 21.8.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/tapaustutkimus>

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Kerttunen, M., Korjonen, P., Kurtti, A. & Paasovaara, S. 2008. Tiedonkulku ei aina toimi organisaatorajat ylittävissä potilassiirroissa. *Sairaanhoitaja*. 4/2008, vol 81.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. *Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Kinnunen, M. 2010. Virheistä oppimisen esteet ja mahdollistajat organisaatiossa. Verkkojulkaisu. Vaasa: Vaasan yliopisto johtamisen yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 28.10. 2019. [https://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn 978-952-476-323-3.pdf](https://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn%20978-952-476-323-3.pdf)

Koski, J. *Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen*. Pro gradu- tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. 2017.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä: Puolustusvoimissa kehitetty strukturoitu kommunikaatioväline voi parantaa henkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta. *Sairaanhoitaja*. 85 (3), 29-31.

Kuusisto, A. *Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla*. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. 2018.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-13.

Laitila M. 2010. *Asiakkaan osallisuus mielen- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa*. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. *Dissertations in Health Sciences* 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/ 980 muutoksineen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 muutoksineen.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/ 159 muutoksineen.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 muutoksineen.



Laugaland K., Aase K. & Barach P. 2012. Interventions to improve patient safety in transitional care--a review of the evidence. *Work* 41 (1), 2915-2924.

Lehto V., Seinälä L. & Aaltonen M. 2015. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden siirrot – taustatekijät ja siirtojen syyt. *Gerontologia* 29 (1), 12-24.

Lehtonen, S. 2019. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia. Pro Gradu. Tampereen yliopisto

Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas – SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet: 2/2012. [Verkkodokumentti]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 23.9.2019.

Löfman, P. 2014. Tapaustutkimus itseohjautuvuudesta sairaanhoitajakoulutuksen eri vaiheissa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Matichko K. 2015. Handoff communication in the emergency department. *DNP Forum* 1, (1)1-36.

Metsämuuronen, J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2005.

Mikkonen, S. Potilaan luovutusprosessi ensihoitopalvelun ja päivystyspoliklinikan välillä. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. 2014.

Moilanen, T. Ojasalo, K. Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Metsävainio, K-M. & Tamminen, J. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest* 48 (4), 338-343.

Sairaanhoitajaliitto. 2013. ISBAR-kortti. Esite.

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällön analyysi. Viitattu 21.9.2019 [https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon -analyysi/](https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-alyysi/)

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

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/ 1301

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021. Sosiaali- ja terveysministeriö, STM. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:9

Stake, R. 2000. Case Studies. Teoksessa NK Denzin & YS Lincoln. Handbook of qualitative research. Sage publications. Thousand Oaks.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asetus potilasasiakirjoista. 2009. 298/2009.
- STM. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/ 731.
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 20.11.2016. <http://www.tenk.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. [Verkkajulkaisu]. Tampere. [Viitattu 5.9.2019]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/handle/10024/116921>
- Tiusanen, T., Junntila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoidon kirjaamisen arviointi. *Hoitotiede* 2009, 21 (4), 269-281.
- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 129 (6). 666-671.
- Ukkonen, A-E. 2016. Sana on vapaa – narratiivisen tekstin rooli sähköisissä potilastietojärjestelmissä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 8, 120-126.
- Vanttaja K., Seinälä L. & Valvanne J. 2015. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. *Gerontologia* 29 (2), 61-74.
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Virjo I., Mäkelä K., Aho J. Kalliola P., Kurunmäki H., Uusitalo L., Valli M. & Ylinen S. 2013. Tiedonkulku erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen takkuu yhä. *Suomen Lääkärilehti* 68 (36), 2208-2212.

Kotihoidosta akuutisti lyhytaikaisosastolle (N8)

Kirjaus seitsemästä siirrosta, yhdestä siirrosta ei kirjausta

Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Silmissä verenpurkaumia. Alaselässä mustelma ja päässä kuhmu eilisen kaatumisen seurauksena. Arvioitu asiakkaan vointi yhdessä kollegan kanssa.	Hoitajan havainnot potilaan voinnista/voinnin muutoksista	S = Situation, Tilanne
Edelleen kipua vatsalla ja selässä. Oli kaatunut eilen, kipeä ja arka kohta oikealla puolella pakaralihaksessa. Anna kertoo, ettei ole kipuja, vaan heikko huterä olo. Kertoi käyneensä jo lypsylläkin, mutta nyt väsyttää. Valittaa kovaa kipua selässä.	Potilaan havainnot omasta voinnistaan/voinnin muutoksista	
	Aikaisemmat sairaudet	B = Background, Taustatiedot
Aamulääkkeet annettu. Annettu aamulääkkeiden lisäksi Panadol 1g ja jätetty yksi päivään ja yksi tabletti iltaan. Toinen hoitaja oli jo aamukäynnille mentäessä antanut aamulääkkeet.	Lääkitys, lääkehoito	
	Potilaan (aikaisempi) toimintakyky	

	Tiedot peruselintoiminoista	A = Assesment, Nykytila
Nukkui sohvalla päällysvaatteet päällä.	Tiedot potilaan senhetkisestä tilasta	
Tax 36,1. Virtsavastaus mennyt viljelyyn.	Hoitajan tekemät mittaukset	
	Tajunnan taso	
Nouseminen sängystä vaivalloista ja kivuliasta. Asiakkaan ylösnousu sängylle istumaan ei onnistu, hetken kokeiltuaan pääsi istumaan, ylösnoussussa ongelmia. Käyty vessassa hoitajan kannattellessa koko matkan, polvet notkahtelivat. Halusi pestä kasvot ja kammata hiukset peilin edessä, mutta notkahteli hoitajan syliin. Avustettu sängylle. Soitettu ovikelloa, vastaa ettei pääse sängystä ylös. Ei päässyt yksin sängystä ylös, autettu. Kävely onnistui rollaattorin turvin.	Liikuntakyky	
Oli tehnyt voileipiä valmiiksi ja kertoo syöneensä yhden, kahvit oli keittänyt itse. Poika käy auttamassa ruokailuissa. Anna oli aamupalaa syömässä sängyn reunalla. Päivemmällä viety lounas. Omainen talutti Annan pöydän viereen, jossa rupesi syömään lounasta. Muutaman lusikallisen jälkeen sanoi, ettei jaksaa enempää, jää kuitenkin	Ravitsemukseen liittyvä tieto	

<p>vielä pöydän viereen, jos maistuu. Päiväkäynnillä ateriat vielä oven takana. Lounas lämmitetty, ei maistu.</p>		
<p>Soitettu potilaan tilanteesta kotisairaalaan, josta ollaan yhteydessä lääkäriin. Intervallijakso olisi alkanut juhannusaattona, mutta aikaistetaan jaksoa jo tänään. Soitettu lyhytaikaisosastolla, jossa ainakin nyt olisi paikka, jos vointi huononee. Soitettu lyhytaikaisosastolle, siellä olisi paikka.</p>	<p>Suunnitelmat jatkohoidon suhteen</p>	<p>R = Recommendation, Suositus (jatkohoidon suhteen)</p>
<p>Poika vie lyhytaikaisosastolle. Soitettu Kelalta paritaksi ja pakattu mukaan vaihtovaatteet, lämmin huivi, dosetti, insuliinit, rautatiipat sekä silmätipat. Tilattu taxi, pakattu mukaan vaatteita ja dosetit. Tyttärelle ilmoitettu siirrosta, josta oli kovin iloinen.</p>	<p>Siirtoon liittyvä tieto</p>	
<p>Tytär soitti, edellisellä kerralla virtsatulehdus alkanut samalla tavalla ja mennyt kotona toimintakyvyttömäksi kivun vuoksi, toivoi yhteydenottoa kotisairaalaan. Poika soittaa ja kertoo äidin vuorokausirytmien olevan sekaisin, valvoo yöt ja nukkuu päivät. Soitettu tyttärelle, joka on saanut paikan DiaVi-reestä.</p>	<p>Omaisten osallisuus</p>	<p>Osallisuus</p>

<p>Mies soitteli aamulla. Kertoi, että yöt menneet tosi huonosti. Raija ei öisin rauhoitu nukkumaan, touhuaa läpi yön. Mies sanoi, ettei jaksaa tällaista, kun ei saa nukuttua. Kerrottu miehelle, että lyhytaikaisosastolla olisi paikka ja mies vie Raijan tänään osastolle, vaikka epäilikin että voi olla vaikeaa saada Raija lähtemään.</p>		
<p>Potilas ei halua vielä soitetavan kotisairaalaan. Keskusteltu asiakkaan kanssa tilanteesta, ei haluaisi lähteä kuolemaan lyhytaikaisosastolle, mutta pitkän suostuttelun jälkeen tokaisi, että miten vaan. Oli vihainen siirrostaan, syyttää lapsiaan.</p>	<p>Potilaan osallisuus</p>	

Kotihoidosta akuutisti päivystykseen (N 28)

Kirjaukset 26:sta siirrosta, kahdesta siirrosta ei kirjausta

Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Oikea pohje reilusti turvoksissa, laahaa jalkaa perässään.  Vatsa nyt kovin turvonneen oloinen ja pinkeä. Kalpea ja itkuinen mies.  Hoitajan tullessa asiakas lattialla kaatuneena ja huone todella sekaisin. Virtsatullut alle.  Löydetty asiakas kaatuneena lattialta.  Otsassa iso kuhmu vasemmalla puolella, ei ihorikkoa.  Käynnillä huonovointinen, väsynyt, vaikeuksia pysyä hereillä.  Käyty katsomassa vointia, nyt vuoteessa makaa-massa, vointi väsynyt ja voipunut.  Asiakas käynnille mentäessä huonovointinen.  Vasen jalka turvonnut entisestään, nyt koko pohje kivikova ja hyvin kosketusarka. Jalassa hentoista punoitusta, ei kuitenkaan kuumotusta.  Selkäsäryt yltyneet vatsaan, vatsa kosketusarkaa mistä johtuu hengityskatkoksia, silmät punoittanut.  Flunssainen, cystofix-letkussa sakkua, mutta on tullut vielä virtsaa. Nyt välillä horkkamaista tärinää käynnin aikana.</p>	<p>Hoitajan havainnot potilaan voinnista/ voinnin muutoksista</p>	<p>S = Situation, Tilanne</p>

<p>Palpoiden aristaa molempien trokanterin seutuja, vasen kivuliaampi.</p> <p>Löydetty kaatuneena ulkoa, oli ollut roskia viemässä.</p> <p>Asiakas väsynyt, ei nouse ylös.</p> <p>Asiakas wc:n lattialla kaatuneena selällään. Ulkoisia vammoja ei nähtävissä.</p> <p>Vatsa toiminut runsaasti ja sotkenut hieman itseään.</p> <p>Asiakas ei vastaa ovikellon soittoon eikä puheliimeen, menty aamukäynnille sisään avaimilla, huuilun jälkeen asiakkaan ääni kuulunut makuuhuoneesta, jonka väliovi lukittuna. Päästy sisään huoneeseen lusikalla tiirikaimalla. Asiakas löytyi lopulta vaatehuoneesta lattialle ovea vasten kaatuneena.</p> <p>Kaatunut vasemman olkapään päälle, on kosketusarka eikä pysty liikkumaan.</p>		
<p>Oikea olkapää kovin arka, siinä jonkinlainen paise, ei osaa sanoa milloin ilmaantunut. Vs arvot olleet aamulla lk 14.</p> <p>Valittelee lonkkakipua</p> <p>Vatsan kertoo toimineen, ajoittain ollut ripulia.</p> <p>Ei ollut loukannut itseään, huimauksen vuoksi kaatunut. Puheidensa mukaan maannut lattialla useamman tunnin.</p> <p>Kertoo kaatuneensa aamulla vessakäynnillä ja lyönyt pänsä laattalattiaan 6-7 välillä. Niskassa</p>	<p>Potilaan havainnot omasta voinnistaan/voinnin muutoksista</p>	



<p>kipua ja ylösnousussa hui- maa voimakkaasti. Asiakasta huimaa taval- lista enemmän. Kertoo olon olevan huono. Kertoo koko aamun ol- leen kipua rinnassa, ei osaa arvioida kivun voi- makkuutta. Välillä kipu menee kertomansa mu- kaan ohi. Huimausta kävellessä sekä nyt myös maaten ol- lessa. Kaatunut sohvalle aamuyöstä voimakkaan huimauksen vuoksi ja rin- takipujakin ollut ja kyl- mähikisyyttä jonkin ver- ran. Kertoo, että kuolema on lähellä. Vasemman jalan kova kipu esti nousemisen soh- valta. Yöllä hikoillut runsaasti, molempien lonkkien ki- puja valittaa, ollut jo muu- tampia viikkoja, vaivaa kä- vellessä, nukkuessa ja oi- keastaan koko ajan. Käynnille tullessa lepäi- lemässä sohvalla, kysyttä- essä vointi jo parempi. Tukisiteet riisunut, ei ha- lua niitä kun puristaa jal- koja. Kipuja alaselässä ja oikea jalka ei kantanut. Päättään ei ollut lyönyt, kaatumi- seen johtaneita syitä ei osannut eikä muistanut kertoa. Asiakkaalla ei muistiku- vaa milloin tai miksi sinne (vaatehuoneeseen) men- nyt. Hyväntuulisena jutte- lee hoitajan kanssa, ker- too ettei ole itseään satut- tanut. Selässä kuitenkin kokee tuntemuksia.</p>		
--	--	--

<p>Kyseessä 86-vuotias rouva, joka asuu yksin kerrostaloasunnossa. Anamneesissa verenpainetauti, hypotyreoosi, hyperkolesterolemia, kihti, Alzheimerin tauti todettu vuonna 2015. Kohtu poistettu syövän vuoksi. Polvi protetisoitu vuonna 2015. Laktoositon ruokavalio.</p>	<p>Aikaisemmat sairaudet</p>	<p>B = Background, Tausta</p>
<p>Ottanut Nitroakin tänään lounaan jälkeen. Näkkärin söi lääkkeiden kanssa. Aamulääkkeet otti ensivasteen ollessa paikalla, insuliinia ei annettu. Otti päivälääkkeet valvotusti. Aamulääkkeet laitettu keittiön pöydälle esille, iltalääkkeet tassille. Vs mittaukset teki ja pisti itse insuliinin. Lantus 30ky laitettu. Annettu aamulääkkeet ja Ventolinea. Lääkkeet veden kera. Ei halua ottaa lääkkeitään. Targiniq tuotu takaisin toimistolle (tytär tietoinen). Sai Panadol 1g klo 10:20. Kertoo pistäneensä insuliinin ja aamulääkkeet ottanut. Kotisairaala ohjeistanut pistämään Novorapidia 4ky, joka pistetty.</p>	<p>Lääkitys, lääkehoito</p>	
<p>Inkontinenssia, siteet olleet käytössä. Viime aikoina kastellut runsaammin ja ollut hieman sekavan oloinen. Rollin avulla liikkuu. Melko omatoiminen, tarvitsee kannustusta</p>	<p>Potilaan (aikaisempi) toimintakyky</p>	

<p>ja ohjausta toisinaan. Kaatunut muutama otteeseen viime aikoina ja liikkuminen epävarmaa.</p>		
<p>Otsa lämmin. Hyvin raskas hengittää. Reinon hengitys todella pinnallista ja tiheätahtista. Hengitys raskasta ja vähän katkonaista. Selkeästi hengästynyt lyhyestäkin kävelystä. On makuulla sängyllä ja reilusti henkeä ahdistaa. Pyydetty asiakasta istumaan, istuu tovin, muttei ahdistus helpota. Kaisa tosi huonovointinen ja kauhea hengenahdistus. Hengitys korisevaa.</p>	<p>Tiedot peruselintoiminoista</p>	<p>A = Assesment, Nykytila</p>
<p>Ihon väri kalpea ja otsa ja kädet kylmänhikisiä. Nyt ei koe rintakipua. Painoa tullut + 5kg alkuvuodesta, jaloissa turvotusta. Virtsaa tullut reilusti. Virtsatieinfektioepäily. Kesken suihkun silmät pyörähtivät päässä ympäri ja asiakas meni aivan veltoiksi, ei vastannut puhutteluun. Saatu asiakas seinää vasten istumaan ja hän vastasi puhutteluun, nyt paineet huomattavasti korkeammat, oksensi hie-man.</p>	<p>Tiedot potilaan senhetkisestä tilasta</p>	
<p>Lämpö 38,3, muut mittaukset normaalit. Korkea pulssi, lähes 100/min. Spo2 90, lämpö korvasta 38,7. RR mitattu. RR mitattu, yläpaine todella korkea. RR mitattu 127/93, p. 97.</p>	<p>Hoitajan tekemät mittaukset</p>	

<p>Mitattu vs 7,1. Yritetty ottaa 5 kertaa verenpainetta, mutta tuloksetta, koska näytti erroria.</p> <p>Verenpaine ihan normaalirajoissa.</p> <p>RR 151/69 p. 87, pika CRP 29, Hb 92.</p> <p>Rr mitattu, laskemaan päin 167/78.</p> <p>Hgt ja RR mitattu.</p> <p>Verensokeri Hi, aamulukemista vihossa söherystä, en saanut selvää.</p>		
<p>Puhuu sekavia.</p> <p>Istuu puolittain makavassa asennossa keinutuolissa silmät kiinni, herätellään. Ei tiedä, kuinka kauan on ollut tuolissa, yövaatteet päällä.</p> <p>Puhuu selkeästi ja orientoituu aikaan ja paikkaan.</p> <p>Vastailee kysymyksiin.</p> <p>Käynnille tullessa löydetty Teuvo lattialta tajuttomana, ei vastetta mihinkään.</p> <p>Aila juttelee osittain sekavia.</p> <p>Asiakas todella sekava tullessa käynnille illalla.</p> <p>Ahdistunut on ja näkee harhoja esim. tyttäret ulkona eikä itse pysty hakemaan heitä kotiin. Pyytänyt hoitajaa hakemaan tytöt pihalta. Myös edesmennyttä miestään kaipaa kotiin reissuistaan ja on peloissaan siitä, että on sattunut jokin onnettomuus, kun miestä ei kuulu kotiin. Keittiössä on penkonut pakastimesta ruokaa tuolille sulamaan.</p>	<p>Tajunnan taso</p>	

<p>Puhuu sekavia, sekavia puhunut ja touhunnut kotona myös vaimon mukaan.</p> <p>Puheet sekavia, ei orientoitu omaan kotiin eikä aikaan.</p>		
<p>Tulee avaamaan oven. Menee tuoliin istumaan, liikkuminen kovin hankalaa.</p> <p>Avustettu pukeutumisessa, hankaluuksia saada esim. kenkiä jalkaan turvotuksen vuoksi.</p> <p>Ei ota yhtään jaloilleen. Kävely huteraa.</p> <p>Päässyt itse ylös ja kävelyt sänkyyn. Ei halua yrittää nousta.</p> <p>Käynnillä mennyt keittiön pöydän viereen töpöttävästi ja hetken päästä tullut takaisin sänkyyn. Meinnannut kaatua matkalla.</p> <p>Sohvalla lepäilemässä, ei pääse ilman hoitajan apua ylös. Kävelyyn tarvitsi myös hoitajan apua. Keittiössä niin ahdasta, ettei rollilla pääse kulkemaan.</p> <p>Käynnille mentäessä maannut sängyssä. Istumaan noustessa ollut vaikeuksia, mutta onnistunut lopulta. Seisomaan nousu ei onnistu.</p> <p>Ei päässyt sohvalta istumaan.</p> <p>Ei pysty jalalle kunnolla varaamaan.</p> <p>Istuu olohuoneen sohvalla, eikä liiku mihinkään. Avustettunakaan ei suostunut eikä päässyt nousemaan seisomaan ennen kuin ensihoitaja paikalla.</p>	<p>Liikuntakyky</p>	

<p>Menty suihkuun, jossa pesi itsenäisesti, hoitaja auttoi hiusten pesussa.</p>		
<p>Kysytty syömisistä ja juomisista, kertoo syöneensä ja juoneensa.  Annetaan juotavaa.  Ateriapalvelun ateriasta 2/3 osaa tarjolle, jäi ruokailemaan.  Aamupalaa tehty, jota jäi syömään.  Lämmitetty lounasta, jonka syö kaikki.  Ei halua ottaa iltapalaa.  Syönyt vielä, mutta hitaammin kuin aikaisemmin.  Tiskit tiskattu, roskat viety, leipiä tehty kaksi jääkaappiin.</p>	<p>Ravitsemukseen liittyvä tieto</p>	
<p>Palliativisen polin hoitaja lupasi järjestää Einolle paikkaa. Soitettu Kela-taksi.  Tilattu ambulanssi.  Soitetaan ambulanssi, sairaankuljetus tulee ja potilas viedään Satasairaalaan.  Tilattu aika päivystykseen ja Kela-taksi.  Soitettu 112 klo 8:52.  Soitettu ambulanssi. Ambulanssi tutkii asiakasta ambulanssissa pihassa, kun lähden, Kertovat kuitenkin, etteivät nyt asiakasta kotiin jätä.  Soitettu 112 ja toimittu ohjeiden mukaan. Ensivasteen ja ambulanssin tulon jälkeen hoitovastuu heille.  Soitettu ambulanssi, kerrottu sieltä tulevan. Ambulanssi lähtenyt viemään</p>	<p>Suunnitelmat jatkohoidon suhteen</p>	<p>R = Recommendation, Suositus (jatkohoidon suhteen)</p>

<p>Mikkoa terveyskeskukseen.</p> <p>Konsultoidaan sairaanhoitajaa.</p> <p>Soitettu 112, josta ensihoito vienyt terveyskeskukseen.</p> <p>Soitettu ambulanssi paikalle, arvioinnin jälkeen kuljetus ambulanssilla Satasairaalan päivystykseen.</p> <p>Soitettu ambulanssi.</p> <p>Konsultoitu sairaanhoitajaa asiasta, joka käski soittaa ambulanssin. Ambulanssi hälytetty paikalle. Siellä otettu verenpaine, sydänfilmi, mitattu lämpö. Siirtyi ambulanssin lähettämänä Poriin päivystykseen lisätutkimuksiin.</p> <p>Varattu aika tk klo 18:15, omainen lähtee mukaan, Aila suostuu pitkän suostuttelun jälkeen lähtemään vo:lle, kerrottu geriatrin terveiset (ks. GER kirjaus munuaisten sekä sydämen vajaatoiminnasta sekä lab.vast.).</p> <p>Soitettu ambulanssi, asiakas viety Satasairaalan päivystykseen jatkotutkimuksiin.</p> <p>Viety Poriin tutkimuksiin.</p> <p>Terveyskeskussairaalaan saatu paikka ja poika tulee kuljettamaan ennen puolta päivää.</p> <p>Soitettu 112, lähti ambulanssilla lisätutkimuksiin.</p> <p>Soitettu hätäkeskukseen ja odoteltu yhdessä ambulanssia.</p> <p>Soitettu asiakkaan voinnista ja väsymyksestä ja sokereista kotisairaalaan.</p> <p>Kotisairaala tulee noin 15</p>		
---	--	--

<p>maissa tarkistamaan asiakkaan vointia. Asiakas antaa jättää oven auki lukosta.</p> <p>Ambulanssi soitettu paikalle ja asiakas jatkotutkimuksiin Satasairaalaan.</p> <p>Soitettu paikalle toinen hoitaja nostoavuksi sekä 112 klo 9:45.</p>		
<p>Avustettu Einoa pakkaamaan mukaan tarvittavia tavaroita.</p> <p>Tyttärelle ilmoitettu.</p> <p>Soitetaan veljelle tieto.</p> <p>Tytär lupaa mennä omalla autolla perässä.</p> <p>Turvarannekkeesta ei mennyt hälytys perille.</p> <p>Insuliinikynä ja lääkelista annettu mukaan.</p> <p>Pojalle soitettu asiasta.</p> <p>Ilmoitettu omaiselle sekä peruttu ruoka.</p> <p>Hoitajan soittaessa naisystävälle, ei vastannut. soitetaan myöhemmin uudestaan.</p> <p>Omaiselle ilmoitettu.</p> <p>Pojalle yritetty soittaa, mutta tuloksetta, lähetetty viesti.</p> <p>Lääkkeet laitettu mukaan ja pojalle ilmoitettu.</p> <p>Tyttärelle ilmoitettu asiasta.</p>	Siirtoon liittyvä tieto	
<p>Menty tyttären pyynnöstä käymään ja kartoittamaan Mirjan vointia.</p> <p>Tytär kertoo antaneensa lisäannoksen Furesista.</p> <p>Tytär paikalla tultaessa.</p> <p>Sovittu tyttären kanssa, että soittavat ambulanssin. Tytär soittaa kotihoitoon jatkosta.</p>	Omaisten osallisuus	Osallisuus



<p>Omainen ollut huolissaan aamulla käydessään, ei ollut saanut häntä ylös.</p> <p>Tytär tuli kylään, sovittu, että soittaa ambulanssin ja lähtee mukaan.</p> <p>Soitettu tytär Liisa paikalle myös, oli myös huomannut äidistään, ettei ole kunnossa päivällä, kun oli käynyt.</p> <p>Laina soittanut tyttärelle, ettei happi kulje, tytär mennyt sinne ja soittanut ambulanssin, koska Laina ei ollut itse halukas soittamaan. Tytär lupaili ilmoittaa kotihoidolle lisää heti, kun selviää uutta tietoa.</p> <p>Poika soittanut, ab-kuuri päättyy tänään, vointi huonontunut.</p> <p>Vaimo valvonut kolme yötä seuraten vointia, on myös väsynyt. Toivoneet molemmat, että Asko pääsisi terveyskeskussairaalaan toipumaan.</p>		
<p>Pelkää joutuvansa olemaan pitkään sairaalassa, jos suostuu lääkäriin lähtemään. Suostuttelun jälkeen saatu lupa soittaa palliatiivisen polin hoitajalle.</p> <p>Soittanut aamulla kotihoitoon ja kertonut, ettei pärjää kotona jalan kivun vuoksi.</p> <p>Aamulla tehnyt turvahälytyksen ennen klo 7 aamulla, vartijan kanssa menty asiakkaan luo.</p>	Potilaan osallisuus	

## Lyhytaikaisosastolta akuutisti päivystykseen (N6)

Alkuperäinen ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>Toisen osaston hoitajat näki, kun Hilja meni vessaan, oli nojannut rolliin vessan ovella ja kun pääsi vessan puolelle, oli kuulunut kolinaa, menty katsomaan.</p> <p>Aamulla ihottuma punoitavampaa, kuin nyt puolen päivän aikaan tarkasteltuna. Veijo edelleen lämpöilevä ja huonovointinen.</p> <p>Huomattu, että oik. käsi varsi kyynärtaipeesta oli turvonnut, oli monin verroin paksumpi kuin eilen. Myös vasen kyynärtaive oli turvoksissa.</p>	<p>Hoitajan havainnot potilaan voinnista/voinnin muutoksista</p>	<p>S = Situation, tilanne</p>
<p>Eilen oksentanut. Myös sydäntuntemuksia ollut, niihin Nitroa ottanut tarvittaessa. Veijo itse tilanteeseen turhautunut ja apealla mielellä.</p> <p>Kertoi että ne (kyynärtaipeet)ei ole kipeät, mutta ne on jäykät.</p>	<p>Potilaan havainnot omasta voinnistaan/ voinnin muutoksista</p>	
	<p>Aikaisemmat sairaudet</p>	<p>B = Background, tausta</p>
	<p>Lääkitys, lääkehoito</p>	
	<p>Potilaan (aikaisempi) toimintakyky</p>	

Hengitys raskasta, krohisevaa ja puuskuttavaa.	Tiedot peruselintoiminoista	A = Assesment, nykytila
Hilja makasi kyljellään pää oven kynnyksellä. Vatsa toiminut vesiripulia. Hengästynyt ja hätäntynyt kävellessä.	Tiedot potilaan senhetkisestä tilasta	
Hgt oli 8,0 Lämpö 37,4. Happisaturaatio 63. Happisaturaatio huoneilmalla 78, kun kävellyt noin kahden metrin matkan. Saturaatio pudonnut 88:sta 78:aan lähes välittömästi, kun lähtenyt liikkeelle ja pysynyt siinä.	Hoitajan tekemät mittaukset	
Yritetty puhuttaa, ei vastannut, ei puristanut kädestä tai muutenkaan reagoanut mitenkään. Silmät oli kiinni ja kun hoitaja raotti silmäluomia, ei kohdistanut katsetta, ei vastannut puhutteluun. Aamupalan jälkeen vuoteessa silmät raollaan, herätelty. Arja raottanut hie-man silmiä, mutta ei vastannut puhutteluun. Silmät menneet takaisin kiinni.	Tajunnan taso	
Vointi väsähtänyt, kävely horjuvaa. Pyytänyt apua vessareisulle.	Liikuntakyky	
Halusi päivälliseksi vain kiisseliä ja pyysi saada syödä huoneessaan, oli syönyt n. 1dl verran.	Ravitsemukseen liittyvä tieto	

<p>Soitettu ambulanssi, joka haki potilaan klo 18.</p> <p>Soitettu keuhko-osastolle tänään aamulla huomattusta läiskikkäisestä ihotumasta. Keuhko- osastolta ohjeistettu lähettämään takaisin osastolle.</p> <p>Soitettu Kelan paritaksi klo 13 ja paritaksi hakenut klo 13.</p> <p>Kysytty ohjeita kotisairaalaan ja hoitaja ohjeistanut lähettämään ambulanssilla jatkohoitoon.</p> <p>Lääkärin ohjeen mukaan soitettu ambulanssi päivystykseen menoa varten. Häkestä neuvottu soittamaan taksi, koska ei akuuttia hoidon tarvetta. Kela-taksi hakenut klo 21:30.</p> <p>Soitettu 112, josta lähetävät ambulanssin tarkistamaan tilanteen. Ambulanssi vienyt Arjan päivystykseen klo 9:45.</p> <p>Soitettu 112. Sairaankuljetus ottanut EKG:n ja lähtenyt viemään Satasairaalan päivystykseen n. klo 13:50.</p>	<p>Suunnitelmat jatkohoidon suhteen</p>	<p>R = Recommendation, suositus (jatkohoidon suhteen)</p>
<p>Sukulaiselle ilmoitettu siirrosta.</p> <p>Annettu mukaan tubilääkkeet sekä hoitopaperit. Tyttärelle ilmoitettu siirrosta.</p> <p>Tyttärelle ilmoitettu ja sovittu, että aamulla soitetaan, jos ei mitään akuuttia yön aikana ilmene. Päivystyksestä soittivat klo 22:30 ja tiedustelivat, minkä vuoksi potilas sinne lähetetty, koska eivät terveyskeskuksen kirjauksia näe.</p>	<p>Siirtoon liittyvä tieto</p>	

<p>Luettu Pegasoksesta lääkärin lähetteen tekstiä.          Pojalle ilmoitettu.          Poika käynyt juuri ennen ambulanssin tuloa katsomassa Ritvaa. Kerrottu pojalle tilanteesta ja, että kotisairaalan lääkäri määrännyt lähetettäväksi päivystykseen.</p>		
	Omaisten osallisuus	Osallisuus
	Potilaan osallisuus	