

Maiju Termonen

ESSOTEN PÄIVYSTYSALUEEN JA LÄHIKUNTOUTUSOSASTOJEN VÄLINEN TIEDONSIIRTO POTILASSIIRROISSA

Toimivuus ja kehittämistarpeet
hoitohenkilökunnan näkökulmasta

Opinnäytetyö
Akuutti hoitotyö YAMK

2019



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

Tekijä	Tutkinto	Aika
Maiju Termonen	Akuuttihoitotyö (YAMK)	Maaliskuu 2019
Opinnäytetyön nimi Essoten päivystysalueen ja lähikintoutusosastojen välinen tiedonsiirto potilassiirroissa – Toimivuus ja kehittämistarpeet hoito- henkilökunnan näkökulmasta		
Toimeksiantaja Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä		
Ohjaaja Niina Eklöf		
Tiivistelmä Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä kehitetään potilaan hoitopolkua Mikkelin keskussairaalan (MKS) päivystyksen ja lähikuntien lähikuntoutusosastojen välillä. Hoitopaikan vaihtuessa tiedonsiirto on keskeinen osa potilasturvallisuutta ja hoitovastuun siirrot aiheuttavat merkittävän potilasturvallisuusriskin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tiedonsiirron nykytilaa potilassiirtotilanteissa MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä sekä kartoittaa kehittämistarpeet hoito- henkilökunnan näkökulmasta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua verkkokyselyä. Otoksena olivat MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen hoitajat (N = 181) ja kyselyyn vastasi yhteensä 92 hoitajaa (n = 92). Tutkimustulosten perusteella tiedonsiirrossa on puutteita, vaikka pääosin tiedonsiirto koettiin onnistuvan potilasturvallisuutta vaarantamatta ja kommunikaatio sujuvaksi. Yhteisen potilastietojärjestelmän lisäksi erityisen tärkeäksi koettiin suullinen raportointi ja lääkärin tekstien saatavuus. Potilaan henkilötiedot, hoidon syy ja aiemmat sairaudet raportoitiin hyvin ja niihin liittyvä tiedonsiirto koettiin onnistuneeksi. Lääkehoidon, hoidonrajausten, eristystarpeen ja toimintakyvyn osalta tieto siirtyi puutteellisesti, vaikka lähettävä yksikkö koki kirjaavansa ja raportoivansa nämä hyvin. Erityisesti lääkehoidon tiedonsiirrossa koettiin puutteita niin lääkelistoissa kuin toteutetussa lääkehoidossakin. Potilassiirroissa toisen yksikön toimintamalli tunnettiin huonosti molemmissa yksiköissä. ISBAR-raportointimallin tuntemus ja käyttö oli parempaa MKS:n päivystyksessä ja tärkeät tiedot koettiin siirtyvän paremmin lähikuntoutusosastoille kuin MKS:n päivystykseen. Lähikuntoutusosastoilla potilasta vastaanotettaessa MKS:n päivystyksen hoitajien kirjaukset koettiin selkeiksi, mutta lääkärin tekstien puuttuminen ongelmaksi tiedonsiirrossa. MKS:n päivystyksessä potilasta vastaanotettaessa lääkärin tekstit löytyivät hyvin, mutta hoitotyön kirjausten löytyminen ja lähettävän yksikön suullinen raportointi koettiin puutteelliseksi. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tiedonsiirto koettiin onnistuvan paremmin käytettäessä raportointi- tai kirjaamismallia ja suullinen raportointi koettiin tärkeänä osana tiedonsiirtoa. Tiedonsiirtoa voitaisiin parantaa yhtenäisillä käytännöillä implementoiden strukturoitua raportointia ja dokumentointimalleja sekä perehtymällä paremmin toisen yksikön toimintaan. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kehitettäessä yksikköjen välistä yhteistyötä ja potilaan hoitopolkua Essotessa.		
Asiasanat tiedonsiirto, potilassiirto, ISBAR, kommunikaatio, potilasturvallisuus		

Author	Degree	Time
Maiju Termonen	Master's Degree in Acute Care Nursing	March 2019
Thesis title Transfer of information between ESSOTE emergency department and health center wards in patient transfers - Functionality and development needs from the perspective of nursing staff		
		69 pages 15 pages of appendices
Commissioned by Essote - The South Savo Social And Health Care Authority		
Supervisor Nina Eklöf		
Abstract The South Savo Social and Health Care Authority aims to improve patient's care path between the Emergency Department (ED) and the Health Center Wards (HCW). Information transfer is a key part of patient safety in patient handovers between units. The purpose of this thesis was to describe the current state of information transfer in handovers between ED and HCW and to determine development needs from the perspective of nursing staff. The method of this study was a structured online survey with open questions. The survey was sent to nurses in ED and in HCW (N=181), and the number of responses was 92 nurses (n=92). Results showed that there was deficiency in information transfer, although it mostly managed without compromising patient safety or fluency of communication. Uniform patient information system, verbal communication and the availability of a discharge summary were found to be most important in information transfer. Information transfer related to the patient, reason for the treatment and the previous illnesses was considered sufficient and successfully reported. However, information transfer concerning medication, treatment limitations, need of isolation and previous functioning abilities was regarded insufficient even though the transferring unit considered they reported these well. In both units, there were discrepancy particularly in medication lists and medical treatment. The proper model in handovers was poorly known in both units. The ISBAR communication tool was better known and used at ED, and important information was better transferred to HCW than to ED. In HCW, ED nurses' documentation was found to be clear, but the lack of discharge summary caused deficiency in information transfer. In ED, discharge summaries were available, but there was deficiency in finding nursing, records and verbal communication in HCW was found to be insufficient. In conclusion, information transfer was perceived to be more successful when a communication tool or guided documentation was used. Implementing these and understanding the operation of another unit could improve information transfer. This thesis can be utilized in developing collaboration between units and patient care in Essote.		
Keywords information transfer, patient transfer, handover, communication, ISBAR, patient safety		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	7
2.1	Tiedonhakuprosessin kuvaus	7
2.2	Tiedonsiirto potilassiirroissa.....	8
2.3	Yksiköiden välinen kommunikointi potilassiirroissa.....	13
2.4	ISBAR-menetelmä viestinnän työkaluna.....	15
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
5	TUTKIMUSMENETELMÄT	19
5.1	Aineiston keruu	19
5.2	Aineiston analyysi	20
6	TUTKIMUSTULOKSET	20
6.1	Taustamuuttajat.....	20
6.2	Tiedonsiirron onnistuminen potilassiirroissa potilasturvallisuutta vaarantamatta ..	21
6.3	ISBAR-mallin tuntemus ja käyttö tiedonsiirrossa	22
6.4	Tiedonsiirron sujuvuus: hiljainen raportti ja kotiutushoitaja potilassiirroissa.....	24
6.5	Tiedonsiirto hoitajan vastaanottaessa potilasta toisesta yksiköstä	27
6.6	Tiedonsiirto hoitajan siirtäessä potilasta toiseen yksikköön	37
6.7	Tiedonsiirrossa toimivat asiat nykytilassa	44
6.8	Tiedonsiirrossa kehitettävät asiat.....	48
7	POHDINTA	52
7.1	Tutkimustulosten tarkastelu	52
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	61
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	63
	LÄHTEET	65

LIITTEET

Liite 1. Essoten päivystysalueen ja lähikuntoutusosastojen välinen tiedonsiirto potilassiirroissa – kysely.

Liite 2. Saatekirje.

Liite 3. Taulukko systemaattisen haun tutkimuksista

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on potilaan tarvitseman oikeanlaisen hoidon toteutusta niin, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Yhdysvalloissa potilasturvallisuudesta ja haittatapahtumista on tehty tutkimusta ja hoitovirheiden on arvioitu olevan kolmanneksi yleisin kuolinsyy. Suomessa terveydenhuollon haittatapahtumia kirjataan toistaiseksi hyvin vähän eikä tutkimukseen perustuvaa tietoa haittatapahtumien määrästä juuri ole. (Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7; Roine ym. 2017.)

Hoitopaikan vaihtuessa tiedonsiirto on keskeinen osa potilasturvallisuutta. Potilassiirroissa tapahtuvan hoitovastuun siirrot aiheuttavat merkittävän potilasturvallisuusriskin. Potilasturvallisuuden näkökulmasta potilassiirtoja on tutkittu vähän, mutta haittatapahtumien raportointijärjestelmän avulla saadaan tietoa näistä vaaratilanteista. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2014 tehdyistä ilmoituksista 35 % liittyi lääkehoitoon (koskien usein tiedonsiirtoa) ja 22 % tiedonkulkuun. Potilasturvallisuusriskin aiheuttajana ovat siis kommunikaation katkokset ja eri yksiköiden toimintakulttuurien eroavaisuudet. (Terveydenhuollon ja hyvinvoinnin laitos 2011, 31–32; Tapper ym. 2015.)

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä Essote aloitti toimintansa 1.1.2017. Essote tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja Mikkelissä ja sen lähikuntien alueella ja järjestää jäsenkuntien puolesta sovitut sosiaali- ja terveystaloudet. (Essote s.a.) Kuntayhtymän myötä Mikkelin keskussairaalan päivystys ja lähikuntien lähikuntoutusosastot toimivat samassa organisaatiossa, mutta käytännöt hakevat vielä paikkaansa ja niiden yhteneväisyyksissä on puutteita. Sairaalsiirroissa päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä yhteneväiset tiedonkulun ja raportoinnin käytännöt helpottaisivat yhteistyön sujuvuutta ja parantaisivat potilasturvallisuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa tiedonsiirron nykytila potilassiirtotilanteissa päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä ja tavoitteena osoittaa käytännön työstä nousevat kehittämissuhteet hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu käsitteiden määrittelystä ja kirjallisuuskatsauksesta. Viitekehystä varten tehtiin tiedonhakua eri tietokannoista käyttäen keskeisiä käsitteitä, joita ovat *tiedonsiirto*, *potilassiirto*, *kommunikointi* ja *ISBAR-malli*. Teoreettinen viitekehys rakentuu systemaattisen ja manuaalisen tiedonhaun tuloksena löydetyistä tutkimustiedosta sekä laeista, asetuksista, säädöksistä ja suosituksista.

2.1 Tiedonhakuprosessin kuvaus

Tiedonhaussa käytettiin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun kirjaston tiedonhakuportaaleja. Tietoa haettiin systemaattisella haulla Pubmed-, Cinahl-, Melinda- ja Medic-tietokannoista hakusanoilla “information transfer”, “hand over”, “hand off”, “patient transfer”, “transition of care”, “ISBAR”, “SBAR”, “patient safety”, “communication” “tiedonsiirto”, “potilassiirto”, “potilasturvallisuus” ja “kommunikaatio”. Systemaattiseen hakuun hakulausekkeeksi muodostui: information trans* AND ((hand off OR hand over OR patient transfer OR transition of care) OR (ISBAR OR SBAR)). Hakuun rajattiin tutkimukset, jotka oli julkaistu viimeisen 10 vuoden sisällä ja joista oli koko teksti saatavilla. Systemaattinen haku tuotti Pubmed-tietokannasta 135 ja Cinahl-tietokannasta 37 hakutulosta, joista osa oli samoja. Vastaava suomenkielinen hakulauseke; tiedonsiirto AND (potilassiirto OR sairaalasiirto) OR ISBAR, ei tuottanut yhtään osumaa Melinda- ja Medic-tietokannoista, joten tietoa haettiin näistä eri hakusanoja yhdistellen. Tiedonhaun tulokset käytiin yksitellen läpi. Sisäänottokriteereinä olivat tutkimukset, jotka palvelivat tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseen vastaamista ja joista oli tehty tieteellinen julkaisu. Pubmed- ja Cinahl-tietokannasta valikoitui kaksikymmentä ulkomaista tutkimusta (liite 3), joista kahdeksantoista systemaattisen haun tuloksena. Melinda- ja Medic-tietokannasta valittiin neljä kotimaista lähdettä. Lisäksi manuaalisen haun tuloksena lähteeksi valikoitui kaksi ulkomaista lehtiartikkelia koskien potilasturvallisuutta, tiedonsiirtoa ja kommunikaatiota.

2.2 Tiedonsiirto potilassiirroissa

Tiedonsiirrolla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilastietojen siirtymistä potilassiirron yhteydessä. *Potilassiirrolla* tarkoitetaan potilaan ja hoitovastuun siirtymistä yksiköstä toiseen.

Tiedonsiirrolla potilassiirroissa on keskeinen vaikutus potilasturvallisuuteen. Potilaskeskeinen hoito ja potilasturvallisuus vaarantuu hoitoprosessien ja palvelujärjestelmän pirstaleisuuden ja tiedonkulun ongelmien vuoksi. Ongelmia aiheuttaa myös potilastietojärjestelmien puutteet potilasturvallisuuden seurannassa ja edistämisessä. Turvallisen hoidon toteutumista hankaloittaa myös niukat henkilöstövoimavarat ja työntekijöiden vaihtuminen tiuhaan. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011, 7–9.)

Potilassiirtoihin liittyvien potilasturvallisuusriskien hallinta edellyttää alueellista yhteistyötä potilasturvallisuuskäytäntöjen sopimisesta sekä saumattomien hoitoketjujen suunnittelussa. Valtuustokausittain tehtävässä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittaminen ja saumattomien palveluketjujen luominen ovatkin avainasemassa potilasturvallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017 – 2021 (2017, 17) huomioi nämä seikat, ja tavoitteena onkin, että vuonna 2021 palveluketjut ovat sujuvia, saumattomia ja yhtenäisiä eri tuottajien välillä ja suojaavat näin potilaita vaaratapahtumilta. (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2011, 31–32.)

Potilassiirtoihin liittyy tutkitusti paljon vaaratapahtumia. Yhdysvalloissa vuonna 2006 The Joint Commission arvioi 35 % kaikista julkisella puolella ilmoitetuista vaaratapahtumista aiheutuvan potilassiirroissa tapahtuvista virheistä ja potilassiirroissa tapahtuvien virheiden osuus vakavista vaaratapahtumista oli lähes 80 % vuosina 2004 – 2014. (Lee ym. 2016, 1.) Potilasturvallisuuskulttuuri eli säännöt, arvot, käyttäytymismallit, rutiinit ja vakiintuneet käytännöt ohjaavat hoitohenkilökunnan käyttäytymistä potilassiirroissa (Lee ym. 2016, 2).

Tehokas tiedon, vastuun ja velvollisuuden siirto olivat välttämättömiä potilasturvallisuuden kannalta ja sitä voidaan parantaa potilassiirtoja arvioimalla ja

kouluttamalla. (Lee ym. 2016, 4–8.) Vuonna 2010 Agency for Healthcare Research and Quality's Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) julkaisi tulokset potilasturvallisuuskulttuuria kosekevasta kyselytutkimuksesta, johon osallistui 885 sairaalaa Yhdysvalloissa. Lee ym. (2016, 3–4) analysoivat tämän tutkimuksen tuloksista potilassiirtojen, niiden käytäntöjen, sekä potilasturvallisuuskulttuurin ja potilasturvallisuuden välisiä suhteita. Tutkimus osoitti, että virheet liittyivät tiedonsiirtoon potilassiirtoissa. Tiimityö ja vaaratapahtumat, niin yksiköissä kuin yksiköiden välilläkin, liittyivät vastuun ja velvollisuuden siirtoon työntekijöiden tai yksiköiden välillä. Henkilöstön käyttäytymistekijöihin potilassiirtolanteissa vaikuttivat sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri eli työntekijöiden käsitykset sairaalan potilasturvallisuuden tasosta. (Lee ym. 2016, 4–8.)

Tutkimustiedon mukaan kommunikaatiossa sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä on puutteita (Jones ym. 2015; Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016). Hoidon koordinoinnissa ongelmia aiheuttaa sekä sairaalan että jatkohoitopaikkojen näkökulmasta muun muassa ajan puute jatkohoittoa järjestettäessä sekä huono tavoitettavuus. Kommunikaatiokatkoksista johtuvat lääkelistojen eroavaisuudet, epäselvät tutkimuslöydökset ja epätietoisuus aiemmasta toimintakyvystä ja kotikuntoisuudesta hankaloittavat hoidon järjestämistä (Jones ym. 2015; Careles ym. 2010; Kerstenetzky ym. 2016; Samal ym. 2016). Tutkimuksen mukaan sairaalan henkilökunta toi esille hankaluuden jatkohoidon järjestämisestä virka-ajan ulkopuolella. Perusterveydenhuollossa ongelmaksi koetaan tiedon puute potilaan sairaalassa olon kestosta, jatkohoidto-ohjeista sekä lääkemuutoksista. Molempien osapuolten mielestä jatkohoidon koordinoinnin kehittämistarpeet ovat ajan resursointi riskipotilaan jatkohoidon järjestämiseen, osapuolten tavoitettavuuden sekä yksiköiden välisen tiedonkulun ja raportoinnin parantaminen. (Jones ym. 2015.)

Tutkimustieto osoittaa, että siirtoepikriisit ovat keskeisessä roolissa tiedonsiirron ja lääkehoidon jatkuvuuden kannalta yksiköiden välillä (Caleres ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016). Potilasasiakirjoissa tulisi asetuksen mukaan olla merkittynä tarpeelliset tiedot hyvän hoidon

järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi (Terveydenhuoltolaki 8. §; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 7. §; Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011, 26–27).

Tutkimustiedon mukaan potilassiirtojen yhteydessä siirtoepikriiseissä ja lääkelistoissa on paljon puutteita (Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016). Caleres ym. (2018) tutkivat Ruotsissa potilastietojen siirtymistä perusterveydenhuoltoon sairaalasiirron yhteydessä. Kyselytutkimuksessa tarkasteltiin 28:n sairaalan siirtoepikriisejä viikon ajalta sekä lähetettiin kyselylomake 151:een perusterveydenhuollon yksikköön. Tutkimuksessa selvitettiin, vastaanotettiinkö siirtoepikriisi, oliko lääkelista päivitetty ja perusterveyden huollon potilastietoihin merkitty lääkitys sekä suunnitelman toteutuksesta. (Caleres ym. 2010.) Kerstenetzky ja kumppanit (2016) tutkivat myös lääkitysvirheitä ja lääkehoitoon jatkuvuutta. Interventtiokartoitus tehtiin sairaalasta hoitokotiin tai pitkäaikaishoitoon siirtyneiden potilaiden lääkityksistä verraten siirtoepikriiseihin sekä haastatteleamalla jatkohoitopaikan henkilökuntaa lääkityshoidon jatkuvuudesta (Kerstenetzky ym. 2016). Myös yhdysvalloissa tehdyissä kyselytutkimuksissa selvitettiin siirtoepikriisien saatavuutta ja sisältöä (Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017). Robelian ja kumppanien tutkimuksessa kysely lähetettiin satunnaisesti 800:lle American Academy of Family Physicians -jäsenelle, jotka olivat perusterveydenhuollon toimijoita. Jonesin ym. (2017) kyselytutkimukseen vastasivat myös perusterveydenhuollon toimijat (N = 110, n = 71).

Tutkimustulokset osoittavat, että siirtoepikriiseistä alle puolet olivat siirtyneet perusterveydenhuoltoon ja vain kolmasosa lääkelistoista oli päivitetty (Careles ym. 2010). Vain kolmasosa koki, että siirtoepikriisi on saatavissa yli 80 % ajasta ja vain viidesosa koki, että siirtoepikriisi sisältää kaiken tarvittavan tiedon (Robelia ym. 2017). Jonesin ja kumppaneiden tutkimuksessa myös 32 % vastanneista ilmaisi tiedonsiirron olevan riittämätöntä ja jopa 83 % ilmaisi tiedonsiirron riittämättömyydestä aiheutuvan ongelmia ainakin ajoittain. Myös Kerstenetzky ym. (2016) tutkimuksessa haastatelluista 20,3 % raportoi potilaan hoidon viivästymisestä siirtovaiheessa puuttuvien asiakirjojen vuoksi ja lääkelistoista yli 75 %:ssa oli ainakin yksi lääkitysvirhe. Yhteensä havaittiin 191 lääkitysvirhettä 83:ssa lääkelistassa. (Kerstenetzky ym. 2016.)

Tärkeimmiksi asioiksi epikriisin sisällössä koettiin ajantasainen lääkelista, diagnoosiluettelo ja tieto hoidosta. Merkittävimmäksi tekijäksi siirtoepikriisin saatavuudessa osottautui sama potilastietojärjestelmä. (Robelia ym. 2017.) Vain noin puolet kokivat, että siirtoepikriisi on käytettävissä samana tai potilas-siirtoa edeltävänä päivänä. 10 % ilmaisi, ettei saa lainkaan siirtoepikriisiä. Viestintä koettiin yksisuuntaiseksi ja suurimmaksi puutteeksi koettiin lähettävän sairaalan yhteystietojen puute sekä huono mahdollisuus konsultaatioon. (Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016; Sujan ym. 2013.)

Tutkimusten tulokset osoittivat, että tiedonsiirto on puuttellista ja siirtoepikriisejä pystyttiin hyödyntämään puutteellisesti perusterveydenhuollossa. Useita siirtoepikriisejä häviää ja lääkelistojen päivitykset sekä merkinnät lääkityksestä ja sen toteutussuunnitelmasta ovat puutteellisia. Oikea-aikaisella siirtoepikriisin toimituksella, kehittämällä järjestelmiä ja työkaluja, joilla turvataan kriittisten tietojen siirtyminen, sekä kouluttamalla lääkäreitä sisällyttämään epikriisiin perusterveydenhuollon kannalta tärkeimmät asiat voidaan parantaa tiedonsiirtoa eri yksiköiden välillä. (Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016.)

Siirtoepikriisien laatua ja sisältöä voidaan parantaa mallipohjia käyttöönottamalla (Hall ym. 2015). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on määrittänyt kriteerit akuutisti sairaiden aikuisten sairaalahoitoon, jonka mukaan teho-osastolta jatkohoitoon siirrettävän potilaan siirto tulisi tapahtua strukturoidusti kirjallisen dokumentin eli jäsennellyn siirtoepikriisin tukemana. Hall ym. (2015) tarkastelivat siirtoepikriisejä ennen ja jälkeen uuden mallipohjan käyttöönottoa. Ensimmäisessä tarkastelussa epikriiseistä puuttui jatkuvasti keskeisiä kriteerejä kuten potilaan psykososiaalinen tilanne, ravitsemus, kuntoutus, hoidonrajaukset tai kommunikaatio. Epikriisin mallipohjan käyttöönoton jälkeen parannusta havaittiin lähes kaikissa NICE-kriteerien osaluissa, dokumentointi hoidosta ja lääkityksestä parani. Kuten edellämainitut tutkimukset (Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016.) myös tämä tutkimus osoittaa, että epikriisien tai ylipäänsä dokumentoinnin laatua ja tiedon sisällön riittävyttä voidaan parantaa merkittävästi jäsennellyn mallipohjan avulla ja näin ollen parantaa tiedonsiirtoa, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta potilassiirroissa (Hall ym. 2015).

Havaintoja tiedonsiirron puutteista potilassiirroissa päivystyksen ja jatkohoitopaikkojen välillä on tehty myös yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa (Samal ym. 2016; Gillespie ym. 2010; Sujan ym. 2013). Samal ym. (2016) tekivät tutkimuksen Yhdysvaltojen kuudelta eri alueelta, 17:stä eri organisaatiosta, jossa selvitettiin haastatteleamalla terveydenhuollon tietotekniikan käyttöä potilassiirroissa. Vaikka terveydenhuollon tietotekniikkaa käytettiin eniten hoidon koordinointiin ja potilaan monitorointiin, potilaan siirtyessä päivystyksestä terveyskeskuksen vuodeosastoille, palveluasumisyksikköön tai kotihoitoon havaittiin paljon puutteita (Samal ym. 2016.) Sujan ja kumppanit (2013) tutkivat potilassiirtoja ensihoidon ja päivystyksen sekä päivystyksen ja jatko-hoitoyksikön välillä nauhoittaen ja analysoiden 203 potilassiirtoraporttia. Gillespie ym. (2010) puolestaan selvittivät kyselytutkimuksen avulla hoitajien, lääkärien ja muiden terveydenhuolotalan ammattilaisten ($n = 155$) kokemuksia tiedonsiirron onnistumisesta, kommunikaatiosta ja suullisen raportoinnin tarpeellisuudesta päivystyksen ja hoitokodin välillä. Sekä hoitokodissa että päivystyksessä koettiin kommunikaation ja tiedonsiirron olevan puutteellista samoin kuin ensihoidon ja päivystyksen välillä. (Gillespie ym. 2010; Sujan ym. 2013.)

Samalin ym. (2016) tutkimuksen data-analyysissä tunnistettiin puuttellisiksi osaluokiksi tiedonsiirto, seurantajärjestelmät, potilaan omat hoidon ja toimintakyvyn tavoitteet sekä yhteistyö potilaan omahoitajien kanssa., Samankaltaisiin tuloksiin pääsivät myös Gillespie ym. (2010), sillä vain 19 % koki, että kommunikaatio on hyvää yksiköiden välillä, 65 % koki tärkeitä tietoja häviävän potilassiirroissa ja vain 42 % sairaalan työntekijöistä koki, ettei yksiköiden välisessä tiedonsiirrossa olisi ongelmia. Myös Sujan ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan viestinnän olevan yksisuuntaista ja keskittyvän potilaan fysiologisiin prioriteetteihin ja akuutin hoidon tarpeeseen. Vain 1,5–5 % raporteista sisälsi myös tietoa potilaan sosiaalisesta tilanteesta tai psykologisista tarpeista.

Vaikkakin Samalin ym. (2016) tutkimuksessa otos oli pieni ($n=29$), tässä yhteydessä tehty kirjallisuuskatsaus sekä muut tutkimukset tukivat näitä tuloksia, joiden perusteella hoitopaikkojen yhteentoimivuuden puute johtaa tehottomiin prosesseihin ja puuttuviin tietoihin potilassiirroissa. Yhteistyön ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon järjestämiseksi raportoinnissa tulisi huomida myös spykososiaaliset tarpeet ja standardoituihin potilassiirtomalleihin sisällytettä-

essä nämä tulisi huomioida. Standardoitujen mallien avulla voitaisiin mahdollistaa kuvailevan yksisuuntaisen raportoinnin ja tiedonsiirron lisäksi keskustelu pyrkimyksenä yhteisymmärrys ja yhteinen päätöksenteko. Tästä syystä myös suullinen raportointi koettiin olevan tärkeä osa toimivaa kommunikaatiota ja yhteistyötä. (Samal ym. 2016; Sujan 2013; Gillespie ym. 2010.)

2.3 Yksiköiden välinen kommunikointi potilasiirroissa

Kommunikoinnilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä potilassiirtojen yhteydessä tapahtuvaa viestintää. Potilassiirroissa suullisen ja kirjallisen kommunikaation merkitys on tärkeässä roolissa potilasturvallisuuden kannalta. Kommunikaation ongelmat myötävaikuttavat noin 70 prosenttiin terveydenhuollon haittatapahtumista (Kupari ym. 2012, 29,13; Dingley ym. 2008). Potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen yleisiä haittatapahtumien syitä ovat tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen. Työyhteisössä tulisi olla tiedottamisen toteutuksessa yhteisesti sovitut käytännöt. Kommunikoinnin ja dokumentoinnin selkeys on pohja asianmukaisen tiedonkulun varmistumiselle, kun taas tiedonkulku on laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa yksi perustekijä. (Helo-vuo ym. 2011, 72; Hohenstein ym. 2016.)

Vuodesta 2013 saakka terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) on edellyttänyt turvallisuussuunnitelman laatimista kaikissa organisaatioissa. Potilasturvallisuussuunnitelmassa on määriteltävä tiedonkulun periaatteet myös eri hoitoyksiköiden välillä, sillä potilasturvallisuuden kannalta tietoa kulkee niin terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin organisaatioidenkin välillä. Saksassa (Hohenstein ym. 2016) tutkittiin kommunikaatiovirheistä johtuvia vaaratapahtumia potilaan siirtyessä sairaalaan. Kaikkiaan 845 vaaratapahtumaraporttia arvioitiin vuosien 2005 – 2015 välillä, joista 247 raporttia liittyi kommunikaatiovirheisiin. 27,5 % kaikista raportoiduista tapauksista liittyi kommunikaation puutteisiin. Data-analysistä erottui selkeästi kuusi kommunikaatiovirheiden kategoriaa: 1) ehdotuksen kuittaamattomuus, 2) lääkitysvirhe 3) lähettävän tahon kommunikaation puute 4) väärin kuultu / ymmärretty lausahdus 5) tiedonsiirron puutteet kahden henkilön välillä 6) muu kommunikaatiovirhe. (Hohenstein ym. 2016.)

Strukturoituja potilas- ja tiedonsiirtomallia sekä standardoituja prosesseja on suositeltu useissa tutkimuksissa Segallin ym. (2012) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan. Tässä yhdysvalloissa tehdyssä laajassa kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin leikkauksen jälkeisen potilassiirron nykytilaa. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin 31 tutkimusta, jotka osoittivat osittain samoja tuloksia kuin Hohensteinin ja kumppaneiden (2016) tutkimus. Kirjallisuuskatsauksen perusteella potilassiirtojen heikkouksia ovat huono ryhmätyö ja viestintä, potilaan tilan vaarantuminen siirrossa, epäselvät menettelyt, tekniset virheet, jäsentelemättömät prosessit, keskeytykset, häiriötekijät, oleellisen tiedon raportointi, usean asian tekeminen yhtä aikaa ja tarkkaavaisuuden häiriintyminen. (Segall ym. 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen (Segall ym. 2012) tutkimuksista 24:ssä oli suositus strukturoidusta potilas- ja tiedonsiirrosta. Muita useasti esille tulleita suosituksia olivat kliinisten tehtävien loppuun saattaminen ennen siirtoa, ainoastaan potilaaseen liittyvän keskustelun salliminen raportin aikana, kaikkien asianomaisten läsnäolo sekä koulutus tiimityöstä ja viestinnästä. Neljässä tutkimuksessa oli toteutettu interventio, joissa kaikissa tuloksena oli vaikuttavuuden, tehokkuuden ja tiimityön parantuminen. Suosituksia noudattamalla voidaan siis parantaa potilassiirron laatua, tiedonsiirtoa ja potilasturvallisuutta. (Segall ym. 2012.)

Edellämainittuja tutkimustuloksia tukee myös Lontoossa tehty kirjallisuuskatsaus (Pucher ym. 2015), jonka mukaan tiedonsiirtoa potilassiirtoprosessissa voidaan parantaa ottamalla käyttöön tarkastuslistoja tai standardoituja malleja. Samaan tulokseen pääsi myös Dingley ja kumppanit (2008) omassa tutkimuksessaan, tutkiessaan vistinän ”työkalupakin” implementoinnin vaikutuksia. Pucherin ja kumppaneiden kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin tutkimuksia, jotka käsittelivät potilassiirron interventioita kirurgisia potilaita koskien ja verrattiin tutkimustuloksia The Joint Commissionin asettamiin potilasturvallisuuden ja hoidon laadun kriteereihin. Kaikissa tutkimuksissa raportoitii jonkin verran parannusta potilassiirtoprosessissa, mutta vain yksi tutkimus pystyi parannuksilla täyttämään kaikki The Joint Commissionin asettamat kriteerit. Dingley ja kumppaneiden (2008) tutkimuksen ”työkalupakki” sisälsi standardoituja viestintä menetelmiä kuten SBAR-mallin. Implementoinnin jälkeen kommunikointiin käytetty aika lyheni merkittävästi, hoitajien tyytyväisyys viestintään parani.

Myös ongelmien ratkaisuun käytetty aika lyheni merkittävästi ja potilaan hoitoaika lyheni. Kuten Pucherin ym. (2015) kirjallisuuskatsaus, tämäkin tutkimus osoitti, että standardoituja viestintätyökaluja yhdistelemällä ja edelleen kehittämällä voidaan parantaa viestinnän selkeyttä ja raportoinnin sisältöä, tiedonsiirtoa, hoitajien tyytyväisyyttä viestintään, potilaan hoitoa ja potilasturvallisuutta (Dingley ym. 2008; Pucher ym. 2015).

Raportointia tutkittiin myös Yhdysvalloissa ja tulokset osoittivat, että standardoitu raportointiprotokolla paransi ja selkeytti merkittävästi tärkeiden tietojen siirtymistä ja kommunikaatiota, mutta ei vaikuttanut huonontavasti potilaan vointiin tai pidentänyt raportointi aikaa. (Segall ym. 2016; Malenka ym. 2018.) Malenkan ym. (2018) tutkimuksessa selvitettiin standardoidun raportointi protokollan, mukaan lukien tsekkauksista, vaikutusta potilassiirrosta tapahuvaan raportointiin siirrettäessä lapsipotilasta leikkaussalista lasten teho-osastolle. Ennen – jälkeen tutkimuksessa havainnoitiin raportoinnin kestoa, tärkeiden tietojen siirtymistä sekä potilaan vointia kipua arvioimalla. Myös Segall ja kumppanit (2016) tekivät ennen-jälkeen havainnointi- ja haastattelututkimuksen leikkaussalista teho-osastolle siirtyvien potilaiden potilassiirrosta keskittyen ihmislähtöisiin tekijöihin. Tutkimus osoitti, että ihmislähtöisiin tekijöihin keskittyvän strukturoidun potilassiirtomallin käyttöönotto selkeytti tiedonsiirtoa, paransi tiimityöskentelyä, vähensi työkuormaa sekä lisäsi tyytyväisyyttä potilassiirrosta. (Segall ym. 2016.)

Kuten aiempi tutkimustieto osoittaa, kommunikaation ongelmat voivat johtaa vakaviin vaaratapahtumiin sairaalahoidossa, minkä vuoksi toimiva kommunikaatio on tärkeä osa tiedonsiirtoa ja potilasturvallisuutta. Tiedonkulun jatkuvuus on avainasemassa laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa. Tehokas tiimityö ja viestintä sekä standardoidut viestinnän toimintamallit ehkäisevät virheiden syntymistä ja parantavat potilasturvallisuutta. (Leonard ym. 2004; World Health Organisation 2007; Dingley ym. 2008; Hohenstein ym. 2016).

2.4 ISBAR-menetelmä viestinnän työkaluna

ISBAR (kuva 1) (Identify = tunnista, Situation = tilanne, Background = tausta, Assessment = nykytila, Recommendation = toimintaehdotus) on USA:ssa

1990-luvulla kehitetty strukturoitu raportoinnin työkalu. Se kehitettiin merivoimissa yhdenmukaistamaan suullista tiedonkulkua. ISBAR (kuva 1) muotoutui myös terveydenhuollon käyttöön vuonna 2003. (Vardaman ym. 2012, 89 – 90.)

Potilasturvallisuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että hoitotyön raportointi on rakenteeltaan ja sisällöltään systemaattista. Raportointi on tärkeä osa hoitotyön tiedonkulussa ja se on perustekijä turvallisen ja laadukkaan hoidon toteutumisessa (Helovuori ym. 2011, 72). Terveydenhuollossa suullinen raportointi on hoitoa antavien henkilöiden välillä tärkein viestintämenetelmä ja sen parantamiseksi on kehitetty strukturoituja malleja, kuten ISBAR. Kansainvälisesti tämä malli tunnetaan lyhenteellä SBAR. (Ponzer & Castrén 2013, 136).

ISBAR – kiireetön tilanne	
1.IDENTIFY Tunnista	<ul style="list-style-type: none"> Nimesi, ammatti, yksikkö Potilaan nimi, ikä ja sosiaaliturvatunnus
2.SITUATION Tilanne	<ul style="list-style-type: none"> Syy raportointiin
3.BACKGROUND Tausta	<ul style="list-style-type: none"> Nykyiset sekä aikaisemmat oleelliset sairaudet, hoidot ja ongelmat Allergiat Tartuntavaara/eristys
4.ASSESSMENT Nykytilanne	<ul style="list-style-type: none"> Vitaalielintoiminnot Oleelliset asiat potilaan tilaan liittyen
5.RECOMMENDATION Toimintaehdotus	<p>Ehdota</p> <ul style="list-style-type: none"> Tarkkailun lisäämistä Toimenpidettä Siirtoa toiseen yksikköön Hoitosuunnitelman muutos <p>Varmista</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuinka kauan...? Kuinka usein...? Koska otan uudelleen yhteyttä...? <ul style="list-style-type: none"> Onko vielä kysyttävää? Olemmeko samaa mieltä?

Kuva 1. ISBAR-kortti (Sairaanhoitajaliitto 2014)

ISBAR-mallin hyödyistä on tehty paljon tutkimuksia. Tutkimusten (Ramasubbu ym. 2017; Fabila ym. 2016; World Health Organisation 2007) mukaan standardoidulla raportoinnin työkalulla kuten ISBAR, voidaan parantaa merkittävästi raportoinnin ja tiedonsiirron laatua sekä työn sujuvuutta ja potilasturvallisuutta potilassiirroissa.

Muun muassa Ramasubbu ym. (2017) ovat tutkineet yhdysvalloissa ISBAR-menetelmän vaikuttavuutta potilasturvallisuuteen ja tiedonsiirron laatuun lääkärin välisessä potilassiirroissa. Tutkimuksessa havainnoitiin ja pisteytettiin 50 potilaan luovutusta sekä ennen että jälkeen ISBAR-mallin käyttöönottoa. Ennen ja jälkeen havainnointien kokonaispisteissä oli merkittävä ero. Myös Singaporessa tehdyssä tutkimuksessa (Fabila ym. 2016) tulokset olivat samansuuntaisia. Tutkimuksessa selvitettiin havainnoinnin ja kyselyn avulla pediatrien potilaiden siirtoprosessia teho-osastolta vuodeosastolle ennen ja jälkeen uuden potilassiirtoprotokollan. PETS- (pre-handover, equipment handover, tiemout and sing out) ja SBAR-protokollan implementoinnin jälkeen tiedon riittävyys ja selkeys paranivat molemmat merkittävästi, virheet vähenivät ja raportti eteni johdonmukaisemmin. (Fabila ym. 2016.)

Kuten aiemmin jo todettu, kommunikaation ongelmat kuten tiedonkulun katkeaminen tai väärin ymmärtäminen ovat osana noin 70 % prosentissa terveydenhuollon haittatapahtumista (Kupari ym. 2012, 29–31, Helovuori 2011, 72). Tiedonkulku on perustekijä laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa. Hoitoketjussa toimivien kesken tulee olla yhteisesti sovitut käytännöt tiedon jakamisesta ja suullisen raportoinnin systemaattisuuteen tulee panostaa. (Helovuori ym. 2011, 72; Dingley ym. 2008) ISBAR on systemaattinen raportoinnin työväline ja sen on useiden tutkimusten mukaan todettu vähentävän kommunikatiokatkoksia ja vähentävän vaaratapahtumia (World Health Organisation 2007). ISBAR-menetelmä on WHO:n (2007) suosittama viestinnän työkalu potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen. Myös Käypä hoito -suosituksen (2016) mukaan strukturoidun kommunikointitavan käyttäminen on suositeltavaa, jotta turvataan oikeellisen tiedon välittyminen.

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Mikkelin keskussairaalan päivystys toimii koko Etelä-Savon alueella ympäri-vuorokautisena päivystyspisteenä erikoissairaanhoidon ja yleislääketieteen potilaille. Päivystyksen alueita ovat yleislääketieteen prosessi, sisätautien prosessi sekä kirurgian prosessi. Lisäksi päivystyksessä toimii 19 paikkainen lyhytaikaista (max. 48 h) hoitoa tarjoava päivystysosasto. (Essote s.a.) Kaikilta näiltä alueilta siirtyy potilaita jatkohoitoon lähikuntoutusosastoille. Lähikuntoutusosastot ovat vuodeosastoja, jotka toimivat terveystieteiden eli nykyiseltä nimeltään hyvinvointikeskusten yhteydessä. Essoten alueella nämä ovat Juvan, Kangasniemen, Mikkelin ja Mäntyharjun lähikuntoutusosastot. Päivystysalueelta lähikuntoutusosastolle siirtyy potilaita, jotka vointinsa ja sairautensa puolesta tarvitsevat jatkohoitopaikan, mutta heidän hoitonsa ei edellytä erikoissairaanhoidon jatkohoitopaikkaa. Potilaita siirtyy jatkohoitoon kaikilta erikoisaloilta ja jatkohoidon järjestää hoitohenkilökunta tai virka-aikaan toimiva kotiutus- eli SAS-hoitaja.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata tiedonsiirron nykytila potilassiirtotilanteissa päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä. Tutkimuksen tavoitteena on osoittaa kehittämistarpeet, jotka ovat hoitohenkilökunnan näkökulmasta tunnistettavissa käytännön työstä.

Tutkimustehtävät:

1. Koetaanko potilassiirroissa tiedonsiirron onnistuvan potilasturvallisuutta vaarantamatta?
2. Miten kommunikaation ja tiedonsiirron sujuvuus koetaan potilassiirroissa?
3. Kokevatko hoitajat tuntevansa ISBAR-raportointimallin ja käyttävätkö he sitä raportoinnissa?
4. Miten tiedonsiirron koetaan onnistuvan potilasta vastaanottaessa toisesta yksiköstä?
5. Miten tiedonsiirron koetaan onnistuvan potilasta siirrettäessä toiseen yksikköön?
6. Mitä kehittämiskohteita hoitohenkilökunta tunnistaa tiedonsiirrossa?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin kokonaisotantana. Tutkimukseen osallistuivat Mikkelin keskussairaalan päivystyksen sekä Juvan, Kangasniemen, Mikkelin ja Mäntyharjun lähikuntoutusosastojen hoitohenkilökunta. Päivystyksessä hoitohenkilökuntaa on 80 ja lähikuntoutusosastoilla yhteensä 101 työntekijää (N = 181).

Tutkimus toteutettiin strukturoituna likert-asteikollisena kyselynä (Liite 1), jossa oli myös avoimia täydentäviä kysymyksiä. Kyselyn väittämät laadittiin tätä tutkimusta varten aiemmista tutkimuksista saadun teorian tiedon sekä ISBAR-raportointimallin pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 140–144.)

Kysely sisälsi yhteensä 17 kysymystä. Kyselyn kysymykset 1 – 4 koskivat taustamuuttujia ja ne esitettiin monivalintakysymyksinä. Kysymykset 5 – 15 sisälsivät väittämiä, joihin vastattiin likertasteikolla 0 – 4 (0 = ei mielipidettä, 1 = täysin erimielä, 2 = jokseenkin erimielä, 3 = jokseenkin samaa mieltä, 4 = täysin samaa mieltä). Kysymykset 16 ja 17 olivat avoimia kysymyksiä.

Kysymysten 5 – 6 väittämät koskivat tutkimuskysymyksiä 1, 2 ja 3 eli potilasturvallisuutta, kommunikaation sujuvuutta ja ISBAR-mallin tuntemusta. Kysymysten 7 – 11 väittämät puolestaan koskivat tutkimuskysymystä 4 eli tiedonsiirtoa tilanteessa, jossa hoitaja ottaa potilaan vastaan. Kysymysten 12 – 15 väittämät koskivat tutkimuskysymystä 5 eli tiedonsiirtoa tilanteessa, jossa hoitaja siirtää potilasta jatkohoitoon. Kysymykset 16 ja 17 olivat avoimia kysymyksiä koskien tiedonsiirron toimivuutta nykytilassa ja kehittämiskohteita vastaten tutkimuskysymykseen 6.

Kysely toteutettiin verkkokyselynä Webropol-ohjelman kautta ja siihen vastaaaminen oli vapaaehtoista. Linkki kyselyyn lähetettiin saatekijineen (liite 2) työntekijöiden työ sähköpostiin ja kahden viikon välein lähetettiin muistutusviesti kyselyyn vastaamisesta. Kyselyn vastaaminen vei aikaan n. 10 – 15 minuuttia ja työntekijät vastasivat kyselyyn työajalla. Kyselyn vastausaikaa jatkettiin kahdesti mahdollisimman kattavan otoksen saamiseksi ja kokonaisuudessaan se toteutettiin 7.5. – 31.8.2018.

5.2 Aineiston analyysi

Kyselyn strukturoitu osuus analysoitiin tilastollisesti. Analyysin pohjalta kysymyksittäin raportoitii jakaumia sekä kuvattiin muuttujien välisiä suhteita ja riippuvuuksia. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällön analyysin tuotoksena olivat ilmiötä kuvaavat kategoriat, joiden avulla saatiin kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Tässä tutkimuksessa avoimien kysymyksien sisällön analyysissä käytettiin induktiivisen eli aineistosta lähtevän sisällönanalyysin periaatteita. Tuotetut vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin ensin alakategorioihin, joista muodostettiin ylä- ja yhdistäviä kategorioita. Analyysissä myös kvantifioitiin vastausten määrä. Analyysin pohjalta tehtiin johtopäätöksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23-24; Vilkkä 2007, 118-131; Kyngäs & Latvala 1999, 4–7.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustamuuttujat

Kysely jaettiin sähköpostitse yhteensä 181 hoitajalle (N = 181). Kyselyyn vastasi yhteensä 92 hoitajaa (n = 92) eli vastausprosentti oli 50,8 %. Kyselyssä kysymykset 1 – 4 käsittelivät taustamuuttujia, jotka esitellään taulukoissa 1 ja 2. Vastaaajista 43 oli Mikkelin keskussairaalan päivystyksestä, kuusi (6) Mikkelin lähikuntoutusosastolta, kymmenen (10) Juvan lähikuntoutusosastolta, 18 Mäntyharjun lähikuntoutusosastolta ja 15 Kangasniemen lähikuntoutusosastolta (Taulukko 1).

Taulukko 1. Taustamuuttujat: työyksikkö

Taustamuuttujat (n=92)	n=92	% vastanneista	% työ- yksiköstä
1.Työyksikkö			
MKS päivystys	43	46,7	53,8
Mikkelin lähikuntoutusosasto	6	6,5	20,7
Juvan lähikuntoutusosasto	10	10,9	52,6
Mäntyharjun lähikuntoutusosasto	18	19,6	81,8
Kangasniemen lähikuntoutusosasto	15	16,3	48,4

Vastaajista 75 % oli sairaanhoitajia ja 25 % lähihoitajia. Mikkelin keskussairaalan (MKS) päivystyksestä suurin osa vastaajista oli sairaanhoitajia (93 %). Lähikuntoutusosastoilta vastaajat jakautuivat tasaisemmin sairaanhoitajiin (59,2 %) ja lähihoitajiin (40,8 %). Noin puolella vastaajista oli hoitoalan työkokemusta 11 vuotta tai yli. Vastaajista 35 % oli työskennellyt nykyisessä yksikössä 1-5 vuotta ja 30 % yli 11 vuotta. MKS:n päivystyksessä suurin osa vastanneista (41,9 %) oli työskennellyt kyseisessä yksikössä 1-5 vuotta ja lähikuntoutusosastoilla suurinosa vastanneista (36,7 %) oli työskennellyt kyseisessä yksikössä yli 11-vuotta. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Taustamuuttujat: ammatti ja työkokemus

Taustamuuttujat (n=92)	n=92	% vastanneista	MKS päivystys (n=43)	Lähikuntoutusosastot (n=49)
2.Ammattinimike				
Sairaanhoitaja	69	75	40	29
Lähihoitaja	23	25	3	20
3.Työkokemus hoitoalalta				
< 1 vuosi	3	3,3	2	1
1-5 vuotta	25	27,2	19	6
6-10 vuotta	15	16,3	5	10
11 vuotta tai yli	49	53,3	17	32
4.Työkokemus nykyisessä yksikössä				
< 1 vuosi	17	18,5	10	7
1-5 vuotta	32	34,8	18	14
6-10 vuotta	15	16,3	5	10
11 vuotta tai yli	28	30,4	10	18

6.2 Tiedonsiirron onnistuminen potilassiirroissa potilasturvallisuutta vaarantamatta

Kysymyksessä 5 esitettiin väittämiä, jotka koskivat tiedonsiirron onnistumista potilasturvallisuutta vaarantamatta sekä kommunikaation sujuvuutta (taulukko 3).

Taulukko 3. Kysymys 5: tiedonsiirto ja kommunikaatio potilassiirroissa

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
		%	%	%	%
Potilassiirroissa tiedonsiirto onnistuu potilasturvallisuutta vaarantamatta	2.7	2.2	28.3	63.0	6.5
Mks päivystys	2.8	2.3	18.6	72.1	7.0
Lähikuntoutusosastot	2.7	2.0	36.7	55.1	6.1
Potilassiirroissa kommunikaatio on sujuvaa	2.8	0	32.6	59.8	7.6
Mks päivystys	2.8	0	25.6	65.1	9.3
Lähikuntoutusosastot	2.7	0	38.8	55.1	6.1
(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)					

Tiedonsiirron koettiin pääosin onnistuvan potilasturvallisuutta vaarantamatta, mutta kaikista vastanneista (n=92) vain kuusi (6,5 %) oli täysin samaa mieltä tiedonsiirron onnistumisesta potilasturvallisuutta vaarantamatta. Keskiarvoksi väittämä sai 2,7. Vastanneista 69,6 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilassiirroissa tiedonsiirto onnistuu potilasturvallisuutta vaarantamatta. MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen vastausten välillä ei ollut suurta eroa. (Taulukko 3.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia. Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastauksissa ei myöskään ollut suurta eroa.

Kommunikaation koettiin pääosin sujuvan (ka 2,7). Vastanneista 67,4 % oli melko tai täysin samaa mieltä siitä, että kommunikaatio on sujuvaa potilassiirroissa. Kukaan vastanneista ei ollut täysin eri mieltä siitä, että kommunikaatio on sujuvaa. MKS:n päivystyksessä kommunikaation koki sujuvan 74,4 % (ka 2,8) ja lähikuntoutusosastoilla 62,2 % (ka 1,7) vastanneista. (Taulukko 3.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suurta eroa. Alle 6 vuotta hoitoalalla työskennelleistä 78,6 % ja yli 6 vuotta työskennelleistä 62,5 % koki kommunikaation sujuvaksi.

6.3 ISBAR-mallin tuntemus ja käyttö tiedonsiirrossa

Kysymyksessä 5 esitettiin väittämiä, jotka koskivat ISBAR-mallin tuntemusta ja sen käyttöä raportoinnissa (Taulukko 4).

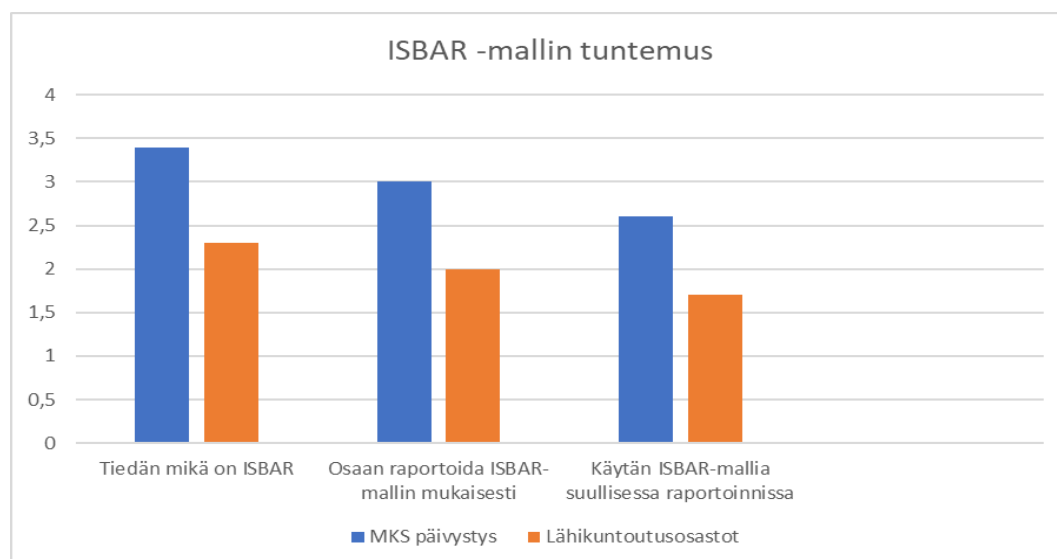
Taulukko 4. Kysymys 5: ISBAR-mallin tuntemus ja käyttö

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
		%	%	%	%
Tiedän mikä on ISBAR	2.9	24.1	4.8	31.3	39.8
Mks päivystys	3.4	2.3	7.0	34.9	53.5
Lähikuntoutusosastot	2.3	38.8	2.0	22.5	20.4
Osaan raportoida ISBAR-mallin mukaisesti	2.5	24.7	19.8	34.6	21.0
Mks päivystys	3.0	7.0	16.3	46.5	27.9
Lähikuntoutusosastot	2.0	34.7	18.4	16.3	10.2
Käytän ISBAR-mallia suullisessa raportoinnissa	2.2	35.1	23.4	31.2	10.4
Mks päivystys	2.6	11.6	30.2	39.5	14.0
Lähikuntoutusosastot	1.7	44.9	10.2	14.3	4.1

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

ISBAR-malli tiedettiin melko hyvin, mutta sen tuntemuksessa ja käytössä oli paljon vaihtelevuutta. ISBAR-mallin tiesi 64,1% vastanneista (ka 2,9), mutta alle puolet koki osaavansa raportoida sen mukaan (ka 2,5) ja vain reilu kolmasosa käytti tätä raportoinnissa (ka 2,3). (Taulukko 4.)

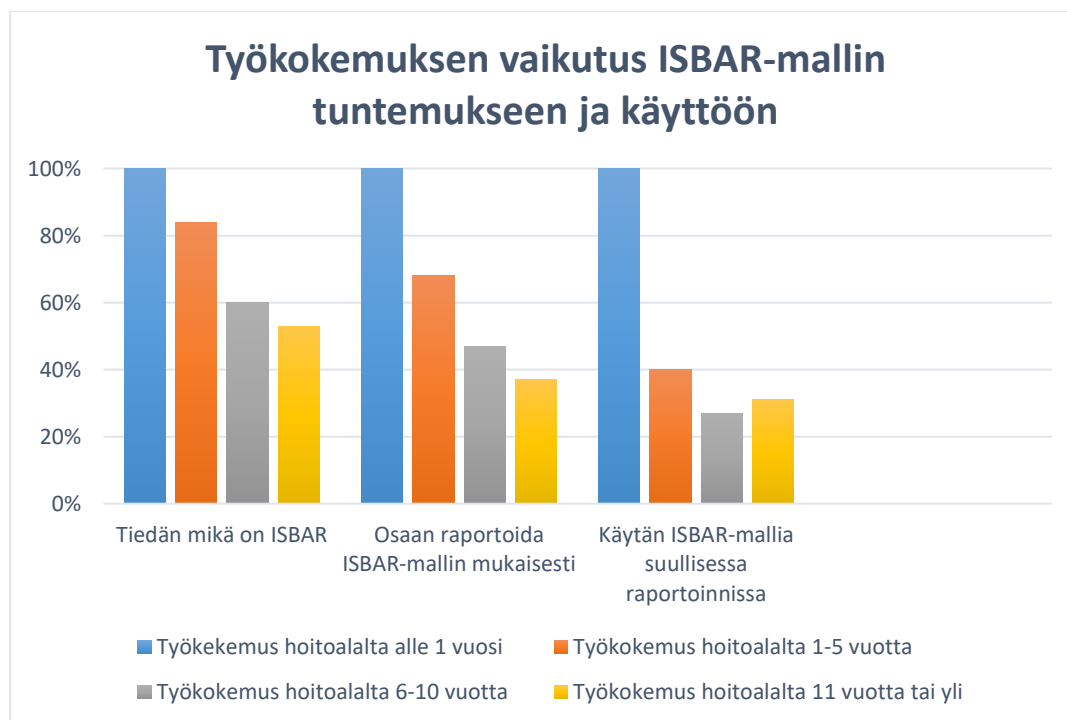
ISBAR-mallin tuntemuksessa oli eroavaisuuksia MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä (Kuva 2). MKS:n päivystyksessä 88,4 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tiesi mikä on ISBAR-malli. MKS:n päivystyksessä 74,4 % ja osasi raportoida sen mukaisesti, mutta raportoinnissa sitä käytti vain noin puolet. Lähikuntoutusosastoilla ISBAR-mallin tunsi alle puolet, vain reilu neljäsosa osasi raportoida sen mukaisesti, raportoinnissa käytti alle viidesosa. (Taulukko 4.)



Kuva 2. ISBAR-mallin tuntemus MKS:n päivystyksessä ja lähikuntoutusosastoilla.

Sairaanhoitajista 69,6 % tiesi mikä on ISBAR-malli, noin puolet osasi raportoida sen mukaan, mutta vain 39,1 % käytti tätä suullisessa raportoinnissa. Lähahoitajista alle puolet (47,8 %) tunsi mallin, alle kolmasosa (30,4 %) osasi raportoida sen mukaan, mutta vain viidesosa (21,7 %) käytti tätä suullisessa raportoinnissa.

Työkokemuksella oli myös merkitystä ISBAR-mallin tuntemukseen. Mitä vähemmän kokemusta hoitoalalta oli, sitä paremmin ISBAR-malli tunnettiin (Kuva 3). Alle kuusi vuotta hoitoalalta työkokemusta omaavista 85,7 % tunsi ISBAR-mallin kun taas yli kuusi vuotta hoitoalan kokemusta omaavista ISBAR-mallin tunsi vain noin puolet (54,7 %).



Kuva 3. Hoitoalan työkokemuksen vaikutus ISBAR-mallin tuntemukseen ja käyttöön

6.4 Tiedonsiirron sujuvuus: hiljainen raportti ja kotiutushoitaja potilassiirroissa

Kysymyksen 6 väittämät käsittelivät hiljaisen raportin toimivuutta potilassiirroissa sekä kotiutushoitajan (SAS-hoitaja) välityksellä tapahtuvaa potilassiirtoa ja tiedonsiirron sujuvuutta tässä yhteydessä (taulukko 5).

Taulukko 5. Kysymys 6: tiedonsiirron sujuvuus, hiljainen raportti ja SAS-toimintamalli

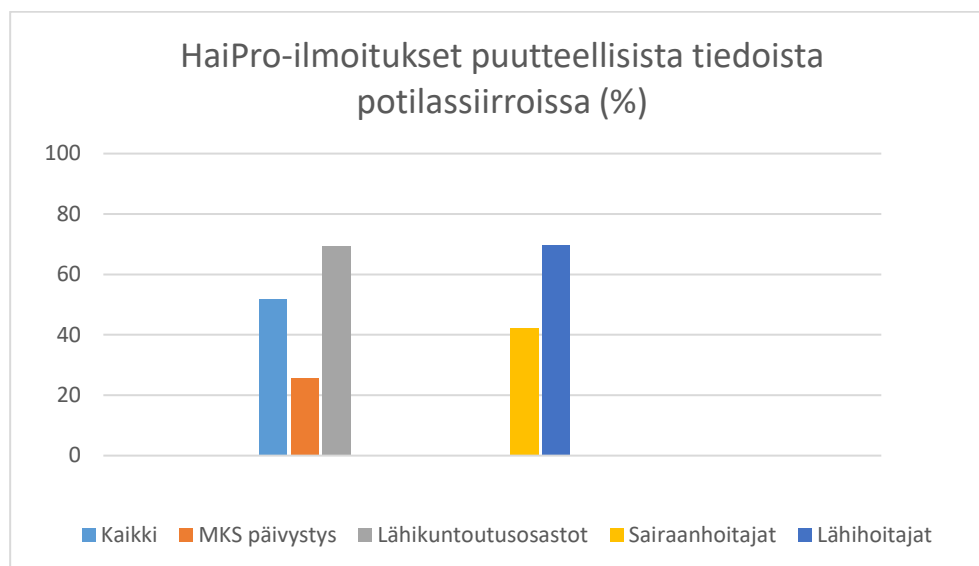
Osatekijä		\bar{x}	1	2	3	4
			%	%	%	%
Potilassiirrossa hiljainen raportti on riittävä		1.7	42.4	46.7	10.9	0
	Mks päivystys	1.9	30.2	53.5	16.3	0
	Lähikuntoutusosastot	1.5	53.1	40.8	6.1	0
Hiljaista raporttia käytettäessä löydän kaiken tarvittavan tiedon		2.1	27.1	42.4	28.3	2.2
	Mks päivystys	2.2	16.3	51.2	27.9	4.7
	Lähikuntoutusosastot	1.9	36.7	34.7	28.6	0
Potilassiirroissa paperitulosteiden lähettäminen on turhaa, sillä tiedot löytyvät yhteisestä		2.6	18.5	25.0	35.9	20.7
	Mks päivystys	2.9	9.3	23.3	39.5	27.9
	Lähikuntoutusosastot	2.3	25.5	26.5	32.7	14.3
Teen HaiPro-ilmoituksen puutteellisista tiedoista potilassiirroissa		2.5	20.7	27.6	28.8	23.0
	Mks päivystys	2.0	27.9	44.1	23.2	2.3
	Lähikuntoutusosastot	3.0	12.3	10.2	30.6	38.8
Toimintamalli on selkeä potilaan siirtyessä jatkohoitoon SAS-hoitajan (kotiutushoitaja) kautta		2.6	9.1	36.4	42.1	12.5
	Mks päivystys	2.7	7.0	25.6	51.2	14.0
	Lähikuntoutusosastot	2.4	10.2	42.9	30.6	10.2
Tiedonsiirto on sujuvaa potilaan siirtyessä jatkohoitoon SAS-hoitajan (kotiutushoitaja) kautta		2.6	8.1	40.2	40.2	11.5
	Mks päivystys	2.7	4.7	37.2	37.2	14.0
	Lähikuntoutusosastot	2.5	10.2	38.9	38.9	8.1

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Hiljainen raportti koettiin riittämättömäksi potilassiirroissa. Riittämättömäksi hiljaisen raportin koki jopa 89 % ja keskiarvoksi väittämä sai vain 1,7. Kukaan vastanneista ei ollut täysin samaa mieltä ja 42,4 % vastanneista oli täysin eri mieltä siitä, että hiljainen raportti olisi riittävä potilassiirrossa. Vastanneista yli puolet koki, ettei kaikkea tarvittavaa tietoa löydä potilastietojärjestelmästä hiljaista raporttia käytettäessä. Reilu puolet vastanneista kuitenkin koki, että paperitulosteiden lähettäminen siirron yhteydessä on turhaa (ka 2,6). (Taulukko 5.) MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen tai sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä ei ollut suuria eroja. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei myöskään ollut suurta eroavaisuutta.

Puutteellisista tiedoista tiedonsiirrossa HaiPro-ilmoituksia tehtiin melko vähän (kuva 4). Vain puolet vastanneista vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, siitä että tekee HaiPro-ilmoituksen puutteellisista tiedoista (ka 2,5). MKS:n päivystyksessä HaiPro-ilmoituksen puutteellisista tiedoista teki

vain neljäsosa vastanneista ja lähikuntoutusosastolla 69,4 % vastanneista. (Taulukko 5.) Lähihoitajat (69,6 %) tekivät enemmän ilmoituksia kuin sairaanhoitajat (42 %) (Kuva 4). Puolet niistä, joilla hoitoalan työkokemusta oli yli 10 vuotta, teki HaiPro-ilmoituksen kun taas vain kolmas osa niistä, joilla hoitoalan työkokemusta oli 6-10 vuotta. Työkokemusta nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei ollut suuria eroja.



Kuva 4. HaiPro-ilmoitukset puutteellisista potilastiedoista.

Toimintamallin potilaan siirtyessä SAS-hoitajan kautta koettiin melko selkeäksi, mutta tiedonsiirto tässä yhteydessä hieman puutteelliseksi. Toimintamallin koki selkeäksi noin puolet, mutta tiedonsiirron tässä yhteydessä sujuvaksi alle puolet vastanneista. Molemmat väittämät saivat keskiarvoksi 2,5. (Taulukko 5.) MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen tai sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä vastauksissa ei ollut suurta eroa. Hoitoalan työkokemuksella oli vaikutusta siihen, miten SAS-toimintamalli ja tiedonsiirto tässä yhteydessä koettiin. Alle kuusi vuotta tai yli 10 vuotta hoitoalalla työskennelleistä yli puolet koki toimintamallin selkeäksi kun taas 6-10 vuotta hoitoalalla työskennelleistä vain viidesosa. Myös tiedonsiirron sujuvuuden kokemiseen tässä yhteydessä hoitoalan työkokemus vaikutti ja tulokset olivat saman suuntaiset. Työkokemusta nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei ollut suuria eroja.

6.5 Tiedonsiirto hoitajan vastaanottaessa potilasta toisesta yksiköstä

Kysymyksien 7 – 11 väittämät koskivat tiedonsiirtoa hoitajan vastaanottaessa potilasta toisesta yksiköstä (MKS:n päivystyksestä tai lähikuntoutusosastolta).

Toimintamallien tuntemus ja suullinen raportointi

Kysymyksen 7 väittämät koskivat oman ja lähettävän yksikön toimintamallien tuntemusta sekä yhteydenottoa vastaanotettaessa potilasta toisesta yksiköstä (Taulukko 6).

Taulukko 6. Kysymys 7, toimintamallien tuntemus ja suullinen raportointi potilasta vastaanottaessa

Osatekijä		\bar{x}	1	2	3	4
Vastaanottaessani potilasta..			%	%	%	%
..osaan yksikköni toimintamallin		3.4	0	3.3	52.2	44.6
potilassiirroissa	Mks päivystys	3.3	0	7.0	53.5	39.5
	Lähikuntoutusosastot	3.5	0	0	51.0	49.0
.. tiedän mistä yksiköstä potilast on		3.2	0	14.1	56.5	29.4
tulossa	Mks päivystys	3.0	0	16.3	67.4	16.3
	Lähikuntoutusosastot	3.3	0	12.2	46.9	40.8
..tiedän lähettävän yksikön		2.2	17.4	50.0	30.2	2.3
toimintamallin potilassiirroissa	Mks päivystys	2.1	23.2	44.2	25.6	4.7
	Lähikuntoutusosastot	2.2	10.2	49.0	30.6	0
..saan potilassiirtoa edeltävästi suullisen		2.1	33.3	30.0	30.0	6.7
raportin	Mks päivystys	1.7	53.5	23.3	14.0	7.0
	Lähikuntoutusosastot	2.4	14.3	34.7	42.9	6.1
..lähettävän yksikön yhteystiedot ovat		2.4	14.3	40.7	34.1	11.0
helposti saatavilla	Mks päivystys	2.3	14.0	44.2	34.9	7.0
	Lähikuntoutusosastot	2.5	14.3	36.7	32.7	14.3

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Oman yksikön toimintamalli potilasta vastaanottaessa tunnettiin hyvin. Vastanneista lähes kaikki (96,7 %) koki osaavansa oman yksikkönsä toimintamallin potilassiirroissa (ka 3,4) ja täysin samaa mieltä oli vastanneista lähes puolet. Kukaan vastanneista (n = 92) ei ollut täysin erimieltä ja vain kolme jokseenkin eri mieltä. (Taulukko 6.) MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen tai sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä ei ollut suurta eroa. Työkokemusta hoitoalalla tai kyseisessä yksikössä tarkasteltaessa ei vastauksissa myöskään ollut suurta eroa.

Yksikkö, josta potilas oli siirtymässä, tiedettiin pääsääntöisesti kaikissa yksiköissä (ka 3,2). Vastanneista 85,9 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että yksikkö, josta potilas siirtyy, on tiedossa. Lähikuntoutusosastoilla 87,7% oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tiesi mistä yksiköstä potilas on tulossa. MKS:n päivystyksessä vastaukset olivat saman suuntaisia, 83,3% oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. (Taulukko 6.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suurta eroa. Työkokemus hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä ei myöskään tuonut suurta eroa vastauksiin.

Lähtävän yksikön toimintamalli potilassiirroissa tunnettiin huonosti. 63 % vastanneista oli täysin tai jokseenkin erimielistä ja vastanneista (n=92) vain kaksi oli täysin samaa mieltä siitä, että tietää lähtävän yksikön toimintamallin. MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä ei ollut suurta eroa, mutta työkokemus näytti vaikuttavan vastauksiin. Alle 6 vuotta työskennelleistä 39,3 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietää lähtävän yksikön toimintamallin, kun taas yli 6 vuotta työskennelleistä kukaan ei ollut täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä vain 26,6 %. Myös lähtävän yksikön yhteystiedot koettiin löytyvän huonosti. Yli puolet oli jokseenkin tai täysin erimielistä, siitä että lähtävän yksikön yhteystiedot ovat helposti saatavilla (ka 2,4). MKS:n päivystyksessä ja lähikuntoutusosastoilla vastaukset olivat samansuuntaiset. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suurta eroa. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei myöskään ollut suurta eroavaisuutta.

Suullisen raportoinnin koettiin toteutuvan melko huonosti ennen potilassiirtoa. Yli puolet (62 %) oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että saa suullisen raportin ennen potilassiirtoa ja keskiarvoksi väittämä sai 2,1 (taulukko 6). Potilaan siirtyessä MKS:n päivystyksestä lähikuntoutusosastoille, suullinen raportointi toteutui paremmin ja lähikuntoutusosastoilla 77,6 % koki saavansa potilaasta suullisen raportin siirron yhteydessä. Potilaan siirtyessä lähikuntoutusosastoilta MKS:n päivystykseen suullinen raportointi oli vähäistä. MKS:n päivystyksessä vain 20,9 % koki saavansa suullisen raportin ennen potilassiirtoa ja vain kaksi (n = 43) oli täysin samaa mieltä suullisen raportoinnin toteutumi-

sesta tässä yhteydessä. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastaukset olivat samansuuntaiset. Työkokemus hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei ollut suurta eroa.

Potilaan hoitoa koskevien tärkeiden ja oleellisten tietojen siirtyminen

Kysymyksen 8 väittämät koskivat ISBAR-mallin mukaisessa raportoinnissa annettavien potilastietojen siirtymistä (taulukko 7).

Taulukko 7. Kysymys 8: potilastietojen siirtyminen

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
Vastaanottaessani potilasta...		%	%	%	%
..saan potilaan henkilötiedot	3.3	3.4	10.9	35.9	48.9
Mks päivystys	3.3	2.3	11.6	41.9	44.2
Lähikuntoutusosastot	3.3	6.1	10.2	30.6	53.1
..saan tiedon hoidon syystä	3.0	3.3	20.7	50.0	26.1
Mks päivystys	2.9	2.3	27.9	51.2	18.6
Lähikuntoutusosastot	3.1	4.1	14.3	49.0	32.7
..saan tiedon potilaan sen hetkisestä tilanteesta / voinnista	2.7	4.4	31.5	50.0	13.0
Mks päivystys	2.6	4.7	39.5	41.9	11.6
Lähikuntoutusosastot	2.8	4.1	24.5	57.1	14.3
..saan tiedon mahdollisista hoidonrajoista	2.4	9.8	38.9	30.4	10.9
Mks päivystys	2.3	11.6	51.2	31.6	4.7
Lähikuntoutusosastot	2.5	8.2	46.9	28.6	16.3
..mahdolliset hoidonrajoitukset on kirjattu riskitietoihin	2.7	6.5	32.6	45.7	15.2
Mks päivystys	2.5	4.7	41.8	48.8	4.7
Lähikuntoutusosastot	2.8	8.2	24.5	42.7	24.5
..saan tiedon mahdollisesta eristystarpeesta	2.4	9.8	46.7	32.6	10.9
Mks päivystys	2.3	9.3	58.1	25.6	7.0
Lähikuntoutusosastot	2.6	10.2	36.7	38.8	14.3
..saan tiedon potilaan perussairauksista	2.8	4.4	23.9	57.6	14.1
Mks päivystys	2.7	4.7	27.9	60.5	7.0
Lähikuntoutusosastot	2.9	4.1	20.4	55.1	20.4
..saan tiedon hoitojakson aikana tehdyistä toimenpiteistä	2.5	6.5	41.3	43.5	8.7
Mks päivystys	2.3	9.3	51.2	37.2	2.3
Lähikuntoutusosastot	2.7	4.1	32.7	49.0	14.3
..saan tiedon hoitojakson aikana tehdyistä tutkimuksista	2.6	8.7	33.7	50.0	7.6
Mks päivystys	2.3	14.0	41.9	41.9	2.3
Lähikuntoutusosastot	2.8	4.1	26.5	57.1	12.3

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Vastaanottaessa potilasta potilaan henkilötietojen siirtyminen koettiin hyväksi. 84,8 % vastanneista oli täysin (48,9 %) tai jokseenkin (35,9 %) samaa mieltä siitä, että saa potilaan henkilötiedot tässä yhteydessä (ka 3,3), MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä ei ollut suurta eroa. Potilasta vastaanottaessa myös hoidon syy oli useimmiten selvillä. 76,1 % vastanneista koki saavansa tiedon hoidon syystä ja 63 % sen hetkisestä voinnista / tilanteesta. MKS:n päivystyksessä tämän koettiin toteutuvan hieman huonommin, vain 69,8 % koki saavansa tiedon hoidon syystä ja reilu puolet sen hetkisestä tilanteesta, kun taas lähikuntoutusosastoilla vastaavat lukemat olivat paremmat 81,6 % ja 71,4 %. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastaukset olivat saman suuntaisia. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksien välillä ei ollut suurta eroa.

Potilasta vastaanottaessa tieto hoidonrajauksista siirtyi huonosti (ka 2,4). Tiedon mahdollisista hoidonrajauksista koki saavansa alle puolet (41,3 %) (taulukko 7). Sairaanhoidajista vain 36,2 % ja lähihoitajista 56,5 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että vastaanottaessa potilasta saa tiedon hoidon rajauksista. Kaikista vastanneista 60,9 % koki kuitenkin, että mahdolliset hoidonrajaukset on kirjattu potilaan riskitietoihin (ka 2,7). Potilaan perussairauksista tiedon koettiin siirtyvän melko hyvin. Tiedon perussairauksista koki saavansa 71,7% vastanneista ja keskiarvoksi väittämä sai 2,8. MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen vastaukset olivat saman suuntaiset. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastauksissa ei ollut suurta eroa.

Tiedon saanti eristystarpeesta (ka 2,4), tehdyistä toimenpiteistä (ka 2,5) ja tutkimuksista (ka 2,6) potilasta vastaanottaessa koettiin jäävän puutteelliseksi (taulukko 7). Tiedon eristystarpeesta koki saavansa alle puolet. Lähikuntoutusosastoilla tilanne oli parempi ja 60,5 % koki saavansa tiedon eristystarpeesta, kun taas MKS:n päivystyksessä vain noin kolmasosa. Potilasta vastaanottaessa myös tehdyistä toimenpiteistä ja tutkimuksista tieto tavoitti paremmin lähikuntoutusosastot, joissa tiedon toimenpiteistä ja tiedon tutkimuksista koki saavansa 60-70 %. MKS:n päivystyksessä tiedon toimenpiteistä ja tutkimuksista koki saavansa vain 40-45 %. Sairaanhoidajista alle puolet (47,8 %) ja lähihoitajista 69,6 % koki saavansa tiedon toimenpiteistä ja tutkimuksista. Nykyisessä yksikössä 6-10 vuotta työskennelleistä kukaan ei ollut täysin

samaa mieltä ja vain noin kolmasosa oli joksikin samaa mieltä siitä, että saa tiedon toimenpiteistä ja tutkimuksista. Työkokemusta hoitoalalla tarkasteltaessa vastauksissa ei ollut suuria eroja.

Tieto lääkehoidosta ja sen toteutuksesta

Kysymyksen 9 väittämät koskivat lääkehoitoa ja sen toteutusta (taulukko 8).

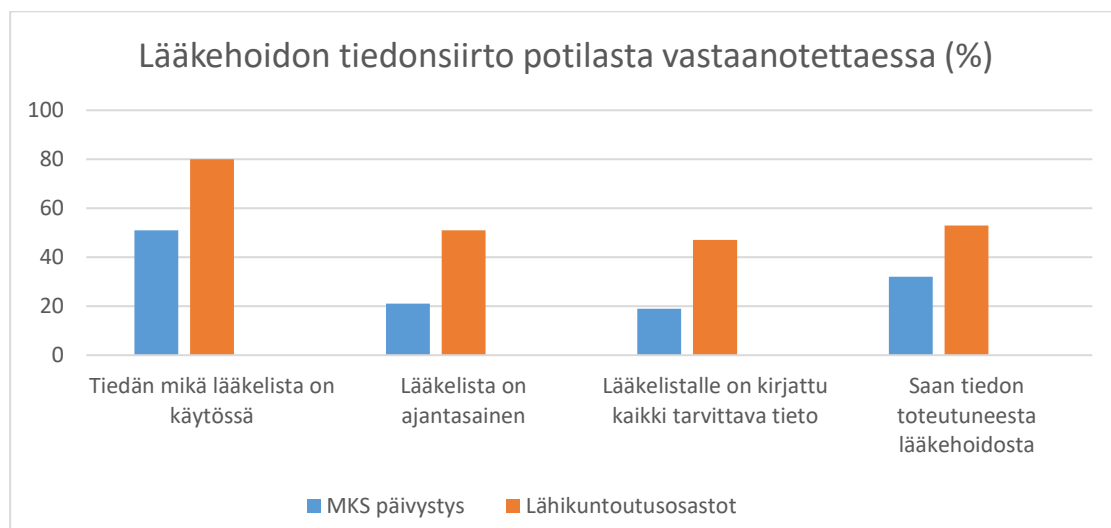
Taulukko 8. Kysymys 9: tieto lääkehoidosta potilasta vastaanottaessa

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
Vastaanottaessani potilasta..		%	%	%	%
..tiedän mikä lääkelista on käytössä (kotilääkitys: lääke-L vai osastolääkitys: lääke-O)	3.0	4.3	26.1	29.4	37.0
Mks päivystys	2.7	4.7	44.2	27.9	23.3
Lähikuntoutusosastot	3.3	4.1	10.2	30.6	49.0
..lääkelista on ajantasainen	2.3	14.1	45.7	32.6	4.4
Mks päivystys	2.0	25.6	53.5	20.9	0
Lähikuntoutusosastot	2.6	4.1	38.8	42.9	8.2
..lääkelistalle on kirjattu kaikki tarvittava tieto	2.2	15.2	48.1	29.4	4.4
Mks päivystys	2.0	20.9	60.5	18.6	0
Lähikuntoutusosastot	2.5	10.2	38.8	38.8	8.2
..saan tiedon toteutuneesta lääkehoidosta (esim. kyseisenä päivänä annetut lääkkeet)	2.4	14.1	40.2	34.8	8.7
Mks päivystys	2.0	20.9	46.5	30.2	2.3
Lähikuntoutusosastot	2.6	8.2	34.7	38.8	14.3
(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)					

Potilasta vastaanottaessa kokonaisuudessaan tieto lääkehoidosta koettiin siirtävän puutteellisesti ja MKS:n päivystykseen huonommin kuin lähikuntoutusosastoille kaikkien osa-alueiden osalta (kuva 5). Vastaanottaessa potilasta toisesta yksiköstä käytössä oleva lääkelista oli tiedossa 66,3 %:lla vastanneista, keskiarvoksi väittämä sai 3,0. MKS:n päivystyksessä vain noin puolet tiesi käytössä olevan lääkelistan (ka 2,7) kun taas lähikuntoutusosastoilla käytössä olevan lääkelistan tiesi 79,6 % (ka 3,3). (Taulukko 8.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja. Alle vuoden nykyisessä yksikössä työskennelleistä 82,4 % ja yli kymmenen vuotta nykyisessä yksikössä työskennelleistä 71,4 % tiesi käytössä olevan lääkelistan, kun taas 1-10 vuotta työskennelleistä vain 57,4 %. Hoitoalan työkokemusta tarkasteltaessa vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Lääkelistan ajantasaisuudessa koettiin puutteita (taulukko 8). Vastanneista yli puolet oli täysin tai jokseenkin erimieltä siitä, että lääkelista on ajantasainen potilasta vastaanottaessa (ka 2,3). MKS:n päivystyksessä kukaan ei ollut täysin samaa mieltä ja vain viidesosa oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että lääkelista on ajantasainen. Lähikuntoutusosastoilla noin puolet oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä lääkelistan ajantasaisuudesta. Kaiken tarvittavan tiedon löytyminen lääkelistalta koettiin myös puutteelliseksi lähes samoin lukemin (ka 2,2). (Taulukko 8.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suurta eroa. Työkokemus hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastaukset olivat myös samansuuntaisia.

Potilasta vastaanottaessa tieto toteutuneesta lääkehoidosta koettiin siirtyvän honosti. Tiedon toteutuneesta lääkehoidosta koki saaneensa vain 43,5 % vastanneista (ka 2,4). MKS:n päivystyksessä vain kolmasosa (ka 2,1) ja lähikuntoutusosastoilla reilu puolet (ka 2,6). (Taulukko 8.) Sairaanhoitajista vain 37,7 % kun taas lähihoitajista 61 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saa tiedon toteutuneesta lääkehoidosta. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastausten välillä ei ollut suurta eroa.



Kuva 5. Lääkehoidon tiedonsiirto potilasta vastaanotettaessa.

Lääkärin tekstien saatavuus, lähetteet ja jatkohoito-ohjeet

Kysymyksen 10 väittämät koskivat jatkohoito-ohjeita ja niiden selkeyttä sekä lääkärin ja hoitajien tekstien saatavuutta potilastietojärjestelmästä potilasta vastaanottaessa. (Taulukko 9).

Taulukko 9. Kysymys 10: jatkohoito-ohjeet ja tekstit potilastietojärjestelmässä potilasta vastaanottaessa

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
Vastaanottaessani potilasta..		%	%	%	%
..saan tiedon jatkohoito-ohjeista	2.6	5.4	28.3	52.2	5.4
Mks päivystys	2.4	9.3	39.5	30.2	4.7
Lähikuntoutusosastot	2.8	2.0	18.4	71.4	6.1
..jatkohoito-ohjeet ovat selkeät	2.6	4.4	33.7	50.0	3.3
Mks päivystys	2.4	9.3	34.9	37.2	2.3
Lähikuntoutusosastot	2.7	0	32.7	61.2	4.1
..osaan käyttää määräysosiota	3.7	1.1	2.2	20.7	70.7
Mks päivystys	3.8	0	2.3	16.3	81.4
Lähikuntoutusosastot	3.6	2.0	2.0	24.5	61.2
..epikriisi / lähete on luettavissa	2.8	3.3	31.5	48.9	15.2
Mks päivystys	3.1	2.3	7.0	67.4	23.3
Lähikuntoutusosastot	2.5	4.1	53.1	32.7	8.2
..löydän tarvittavat lääkärin tekstit potilastietojärjestelmästä	3.0	3.3	19.6	50.0	26.1
Mks päivystys	3.2	2.3	7.0	60.5	30.2
Lähikuntoutusosastot	2.8	4.1	30.6	40.8	22.5
..löydän tarvittavat hoitotyön tekstit potilastietojärjestelmästä	2.9	3.3	23.9	52.2	18.5
Mks päivystys	2.7	4.7	32.6	46.5	14.0
Lähikuntoutusosastot	3.0	2.0	16.3	57.1	22.5
(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)					

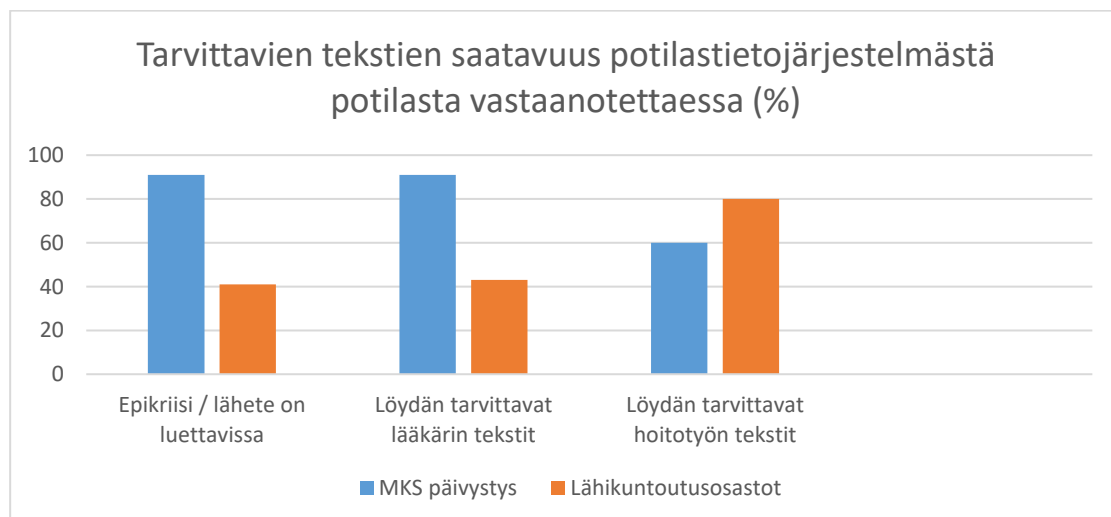
Potilasta vastaanottaessa jatkohoito-ohjeiden tiedottaminen ja niiden selkeys koettiin melko hyväksi (ka 2,6). Reilu puolet vastanneista koki saavansa tiedon jatkohoito-ohjeista ja oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkohoito-ohjeet ovat selkeät. MKS:n päivystyksessä kolmasosa koki saavansa tiedon jatkohoito-ohjeista ja reilu kolmasosa koki nämä selkeäksi. Lähikuntoutusosastoilla tiedon jatkohoito-ohjeista koki saavansa 77,6 % ja selkeäksi nämä koki 65,3 %. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä tarkasteltaessa vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Potilastietojärjestelmän määräysosiota osattiin käyttää hyvin. Vastanneista 91,3 % koki osaavansa käyttää määräysosiota ja täysin samaa mieltä asiasta oli 70,7 %. Keskiarvoksi väittämä sai 3,7. Sairaanhoidajista lähes kaikki (98,6 %) osasi käyttää määräysosiota ja lähihoitajista 69,6 %. MKS:n päivystyksessä määräysosion käytön hallitsi 97,6 % ja lähikuntoutusosastoilla 85,7 %.

Alle 6 vuotta nykyisessä yksikössä työskennelleistä kaikki olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että osaa käyttää määräysosiota kun taas yli 6 vuotta nykyisessä yksikössä työskennelleistä vastaava luku oli 81,4 %. Työkoke-musta hoitoalalla tarkasteltaessa vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Kaikkien vastanneiden osalta epikriisin tai lähetteen koettiin olevan saatavilla hyvin, mutta vastauksissa oli paljon eroavaisuuksia (kuva 6). Vastanneista 75 % oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että epikriisi tai lähete on luettavissa ja keskiarvoksi väittämä sai 2,8. MKS:n päivystyksessä 90,7 % koki epikriisin tai lähetteen olevan luettavissa mutta lähikuntoutusosastolla vain 40,8 % vastan-neista. Alle 6 vuotta hoitoalalla työskennelleistä 82,1% koki epikriisin tai lähet-teen olevan luettavissa, kun taas yli 6 vuotta hoitoalalla työskennelleistä vain reilu puolet 56,3 %. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastausten välillä tai tar-kasteltaessa työkokemusta nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei ollut suurta eroa.

Tarvittavat lääkärin ja hoitotyön teksti koettiin löytyvän melko hyvin. Vastan-neista 76,1 % koki löytävänsä tarvittavat lääkärin tekstit (ka 3,0) ja 70,7 % hoi-totyön tekstit (ka 2,9). MKS:n päivystyksessä lääkärin tekstit koki löytävänsä 90,7 % vastanneista, mutta hoitotyön tekstit vain 60,5 % vastanneista. Lähi-kuntoutusosastoilla puolestaan hoitotyön tekstit löydettiin lääkärin tekstejä pa-remmin. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia. Työkokemusta hoitoalalla tai nykyiseissä yksikössä tarkasteltaessa vastaus-ten välillä ei ollut suuria eroja.



Kuva 6. Tarvittavien tekstien saatavuus potilastietojärjestelmästä potilasta vastaanotettaessa.

Tieto toimintakyvystä ja sosiaalisesta tilanteesta

Kysymyksen 11 väittämät koskivat tiedonsiirtoa potilaan sen hetkisestä ja aiemmasta toimintakyvystä sekä sosiaalisesta tilanteesta (taulukko 10).

Taulukko 10. Kysymys 11: tieto toimintakyvystä ja sosiaalisesta tilanteesta vastaanottaessa potilasta

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
Vastaanottaessani potilasta saan tiedon...		%	%	%	%
..potilaan sen hetkisestä toimintakyvystä	2.5	4.4	43.5	46.7	5.4
Mks päivystys	2.5	2.3	48.8	41.9	7.0
Lähikuntoutusosastot	2.5	6.1	38.8	51.0	4.1
..potilaan aiemmasta toimintakyvystä	2.4	6.5	51.1	39.1	3.3
Mks päivystys	2.3	7.0	51.2	41.9	0
Lähikuntoutusosastot	2.4	6.1	51.0	36.7	6.1
..potilaan sosiaalisesta tilanteesta	2.6	3.3	46.7	41.3	8.7
(asuuko yksin, käykö kotihoito jne.)					
Mks päivystys	2.5	2.3	46.5	46.5	4.7
Lähikuntoutusosastot	2.6	4.1	46.9	36.7	12.3
..omaisille ilmoittamisesta	2.6	6.5	34.8	48.9	8.7
Mks päivystys	2.5	9.3	46.5	39.5	4.7
Lähikuntoutusosastot	2.8	4.1	24.5	57.1	12.3
..kotihoitoon ilmoittamisesta	2.4	10.9	43.5	38.0	5.4
Mks päivystys	2.3	11.6	51.2	32.6	2.3
Lähikuntoutusosastot	2.5	10.2	36.76	42.9	8.2

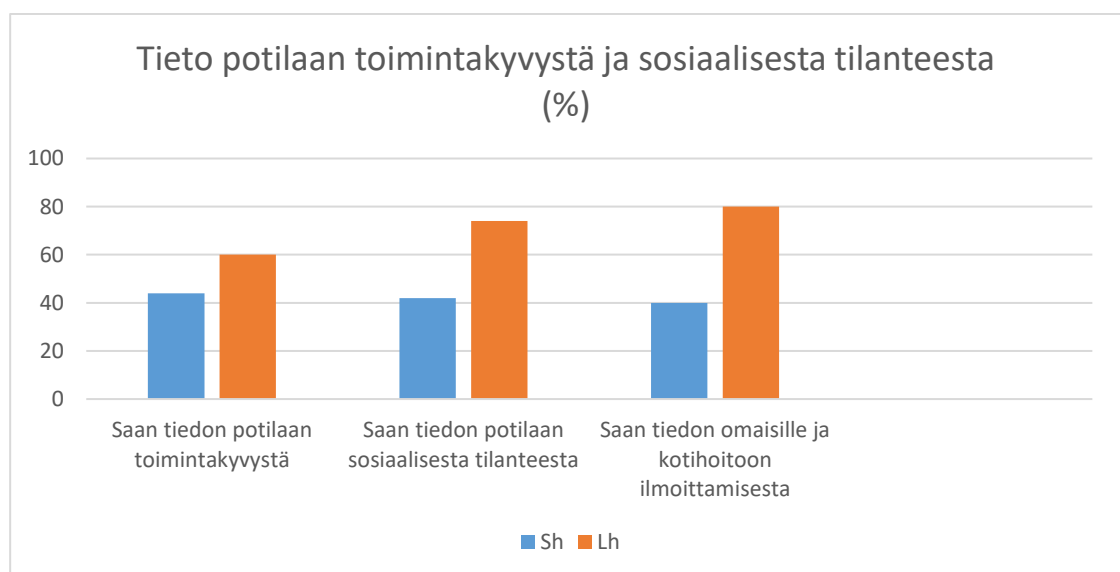
(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Vastaanottaessa potilasta tieto potilaan sen hetkisestä ja aiemmasta toimintakyvystä siirtyi puutteellisesti. Vain noin puolet vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saa tiedon potilaan sen hetkisestä toimintakyvystä (ka 2,5) ja alle puolet potilaan aiemmasta toimintakyvystä (2,4). MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä ei ollut suurta eroa, mutta tieto toimintakyvystä tavoitti paremmin lähihoitajat kuin sairaanhoitajat (kuva 7). Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei myöskään ollut suuria eroavaisuuksia.

Myös tiedon siirtyminen potilaan sosiaalisesta tilanteesta jäi puutteelliseksi. Vain puolet vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että saa tiedon potilaan sosiaalisesta tilanteesta (ka 2,6). MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen vastaukset olivat samansuuntaiset. Sairaanhoitajista vain 42

% ja lähihoitajista 73,9 % koki saavansa tiedon potilaan sosiaalisesta tilanteesta (kuva 7). Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Potilasta vastaanottaessa tieto omaisille tai kotihoitoon ilmoittamisesta koettiin jokseenkin puutteelliseksi. Tieto omaisille ilmoittamisesta koettiin siirtyvän hie-
man paremmin (ka 2,6) ja 57,6 % vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että saa tiedon tästä. Kotihoitoon ilmoittamisesta tiedon koki saavansa vain 43,5 % vastanneista (ka 2,4). MKS:n päivystyksessä alle puolet koki saavansa tiedon omaisille ilmoittamisesta ja vain reilu kolmasosa kotihoitoon ilmoittamisesta. Lähikuntoutusosastoilla tiedon omaisille ilmoittamisesta koki saaneensa 69,3 % ja kotihoitoon ilmoittamisesta puolet. Sairaanhoitajista vain puolet koki saavansa tiedon omaisille ilmoittamisesta ja vain noin kolmasosa kotihoitoon ilmoittamisesta, kun taas lähihoitajista tiedon näistä koki saavansa noin 80 % (kuva 7). Alle 6 vuotta nykyisessä työyksikössä työskennelleet kokivat saavansa tiedon omaisille ja kotihoitoon ilmoittamisesta huonommin kuin yli 6 vuotta yksikössä työskennelleet. Alle 6 vuotta yksikössä työskennelleistä alle puolet sai tiedon omaisille ilmoittamisesta ja vain kolmasosa kotihoitoon ilmoittamisesta. Yli 6 vuotta työskennelleistä 67,4 % sai tiedon omaisille ilmoittamisesta ja reilu puolet kotihoitoon ilmoittamisesta. Hoitoalan työkokemusta tarkasteltaessa vastausten välillä ei ollut suurta eroa.



Kuva 7. Tieto potilaan toimintakyvystä ja sosiaalisesta tilanteesta potilasta vastaanotettaessa, ero sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä.

6.6 Tiedonsiirto hoitajan siirtäessä potilasta toiseen yksikköön

Kysymysten 12 – 15 väittämät koskivat tiedonsiirtoa hoitajan siirtäessä potilasta jatkohoitoon toiseen yksikköön (lähikuntoutusosastolle tai päivystykseen).

Toimintamallien tuntemus ja suullinen raportointi

Kysymyksen 12 väittämät koskivat oman ja vastaanottavan yksikön toimintamallien tuntemusta sekä yhteydenottoa siirrettäessä potilasta toiseen yksikköön.

Taulukko 11. Kysymys 12, toimintamallien tuntemus ja raportointi siirtäessä potilasta jatkohoitoon

Osatekijä		\bar{x}	1	2	3	4
Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon..			%	%	%	%
..osaan yksikköni toimintamallin		3.4	0	0	54.4	43.5
potilassiirroissa	Mks päivystys	3.4	0	0	55.8	44.2
	Lähikuntoutusosastot	3.4	0	0	53.1	42.9
..tiedän vastaanottavan yksikön		2.4	9.8	37.0	44.6	3.3
toimintamallin potilassiirroissa	Mks päivystys	2.4	9.3	46.5	37.2	4.7
	Lähikuntoutusosastot	2.5	10.2	28.6	51.0	2.0
..jatkohoitopaikan yhteystiedot ovat		2.8	5.4	29.4	43.5	18.5
helposti saatavilla	Mks päivystys	2.8	4.7	30.2	41.9	23.3
	Lähikuntoutusosastot	2.7	6.1	28.6	44.9	14.3
..annan suullisen raportin		3.1	4.4	17.4	38.0	35.9
vastaanottavaan yksikköön	Mks päivystys	3.5	0	9.3	30.2	60.5
	Lähikuntoutusosastot	2.7	8.2	24.5	44.9	14.3

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Siirrettäessä potilasta toiseen yksikköön tunnettiin oman yksikön toimintamalli hyvin. Vastanneista 97,9 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietää oman yksikön toimintamallin (ka 3.4), eikä kukaan vastanneista ollut täysin tai jokseenkin eri mieltä. MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen vastaukset olivat samansuuntaisia. (Taulukko 11.) Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja. Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastauksissa ei myöskään ollut suuria eroavaisuuksia.

Vastaanottavan yksikön toimintamalli tunnettiin huonosti. Keskiarvoksi väittämä sai 2,4 ja vastanneista alle puolet oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tiesi vastaanottavan yksikön toimintamallin. (Taulukko 11.) MKS:n päivystyksessä vastaanottavan yksikön toimintamallin koki tietävänsä 41,9 % ja lähikuntoutusosastolla reilu puolet. Alle vuoden nykyisessä yksikössä työskennelleet kokivat tietävänsä vastaanottavan yksikön toimintamallin paremmin kuin kauemmin yksikössä työskennelleet. Alle vuoden nykyisessä yksikössä työskennelleistä 76,5 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietää vastaanottavan yksikön toimintamallin, kun taas yli vuoden yksikössä työskennelleistä vain 41,3 %. Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja. Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla vastausten välillä ei myöskään ollut suuria eroja.

Jatkohoitopaikan yhteystiedot koettiin olevan helposti saatavilla ja suullisen raportoinnin toteutti useammin MKS:n päivystys (kuva 8). Vastanneista 62 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että yhteystiedot löytyvät helposti (ka 2,8). Siirtäessään potilasta toiseen yksikköön suullisen raportin vastanneista ilmoitti antavansa 73,9 % vastanneista (ka 3,1). (Taulukko 11.) MKS:n päivystyksessä suullisen raportin antoin 90,7 %, mutta lähikuntoutusosastoilla vain reilu puolet (kuva 8). Sairaanhoidajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja. Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastaukset olivat samansuuntaisia.



Kuva 8. Yhteystietojen löytyminen ja suullisen raportin toteutus potilasta siirtäessä jatkohoittoon.

Potilaan hoitoa koskevien tärkeiden ja oleellisten tietojen raportointi

Kysymyksen 13 väittämät koskivat ISBAR-mallin mukaisten potilasta koskevien tärkeiden tietojen raportoimista siirrettäessä potilasta toiseen yksikköön (taulukko12).

Taulukko 12. Kysymys 13: potilastietojen raportointi siirtäessä potilasta jatkohoitoon.

Osatekijä	\bar{x}	1	2	3	4
Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon raportoin..		%	%	%	%
..potilaan henkilötiedot	3.8	2.2	0	15.2	81.5
Mks päivystys	4.0	0	0	2.3	97.7
Lähikuntoutusosastot	3.6	4.1	0	26.5	67.4
..hoidon syyn	3.7	2.2	1.0	18.5	77.2
Mks päivystys	4.0	0	0	4.7	95.4
Lähikuntoutusosastot	3.5	4.1	2.0	30.6	61.2
..potilaan sen hetkisen tilanteen / voinnin	3.7	2.2	0	26.1	69.6
Mks päivystys	3.8	0	0	16.3	83.7
Lähikuntoutusosastot	3.5	4.1	0	34.7	57.1
..mahdollisista hoidonrajauksista	3.5	2.2	5.4	34.8	55.4
Mks päivystys	3.7	0	2.3	30.2	67.4
Lähikuntoutusosastot	3.3	4.1	8.2	38.8	44.9
..mahdollisesta eristystarpeesta	3.7	2.2	1.1	21.7	73.9
Mks päivystys	3.9	0	2.3	9.3	88.4
Lähikuntoutusosastot	3.5	4.1	0	32.7	61.2
..viimeisimmät vitaaliarvot	3.1	3.3	15.2	44.6	30.4
Mks päivystys	2.9	2.3	23.3	48.8	18.6
Lähikuntoutusosastot	3.3	4.1	8.2	40.8	40.8
..hoitojakson aikana tehdyt tutkimukset	3.3	2.2	5.4	45.7	42.4
Mks päivystys	3.5	0	4.7	41.9	53.5
Lähikuntoutusosastot	3.2	4.1	6.1	49.0	32.7
..hoitojakson aikana tehdyt toimenpiteet	3.4	2.2	6.5	39.1	47.8
Mks päivystys	3.6	0	4.7	27.9	67.4
Lähikuntoutusosastot	3.2	4.1	8.2	49.0	30.6

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Potilasta siirrettäessä toiseen yksikköön henkilötiedot ja hoidon syy raportoitiin hyvin. Vastanneista lähes kaikki raportoi potilaan henkilötiedot (ka 3,8), hoidon syyn (ka 3,7) ja potilaan sen hetkisen voinnin (ka 3,7) (taulukko 12). MKS:n päivystyksessä kaikki vastanneet olivat täysin tai jokseenkin samaa

mieltä, että raportoivat potilaan henkilötiedot, hoidon syyn ja potilaan sen hetkisen voinnin. Myös lähikuntoutusosastoilla lähes kaikki oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä, siitä että raportoi henkilötiedot (93,9 %), hoidon syyn ja potilaan sen hetkisen voinnin (91,8 %) vastaanottavaan yksikköön.

Myös hoidonrajauksista ja eristystarpeesta raportoitiin hyvin. Vastanneista 90,2 % raportoi hoidonrajauksista (ka 3,5) ja 95,7 % eristystarpeesta (ka 3,7). MKS:n päivystyksessä lähes kaikki (97,7 %) raportoivat hoidon rajauksista ja eristystarpeesta. Lähikuntoutusosastoilla hoidon rajauksista raportoi 83,7 % ja eristystarpeesta 93,9 % vastanneista. Vitaaliarvot potilassiirron yhteydessä raportoitiin melko hyvin. Vastanneista 75 % ilmoitti raportoivansa viimeisimmät vitaaliarvot ja keskiarvoksi väittämä sai 2,9. MKS:n päivystyksessä viimeiset vitaaliarvot potilasta siirtäessä raportoi 67,4 % ja lähikuntoutusosastoilla 81,3 % vastanneista. (Taulukko 12).

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastaukset näissä väittämissä olivat samansuuntaiset. Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei myöskään ollut suuria eroavaisuuksia.

Hoitojakson aikana tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet raportoitiin potilassiirron yhteydessä hyvin. 88 % vastanneista raportoi tutkimuksista ja 87 % toimenpiteistä, molemmat väittämät saivat keskiarvoksi 3,3 (taulukko 12). MKS:n päivystyksessä lähes kaikki olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että raportoi tutkimukset ja toimenpiteet potilasta siirtäessä toiseen yksikköön. Lähikuntoutusosastoilla tutkimuksista ja toimenpiteistä raportoi noin 80 % vastanneista. Alle 6 vuotta hoitoalalla työskennelleistä tutkimuksista ja toimenpiteistä siirron yhteydessä raportoi 92,3 % kun taas yli 6 vuotta työskennelleistä noin 85 % vastanneista. Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja. Tarkasteltaessa työkokemusta nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Lääkehoidon ja jatkohoito-ohjeiden kirjaaminen ja raportointi

Kysymyksen 14 väittämät koskivat lääkehoidon toteutusta, kirjaamista ja raportointia sekä jatkohoito-ohjeita siirtäessä potilasta jatkohoitoon toiseen yksikköön (taulukko 13).

Taulukko 13. Kysymys 14: Lääkehoidon kirjaaminen ja raportointi siirtäessä potilasta jatkohoittoon

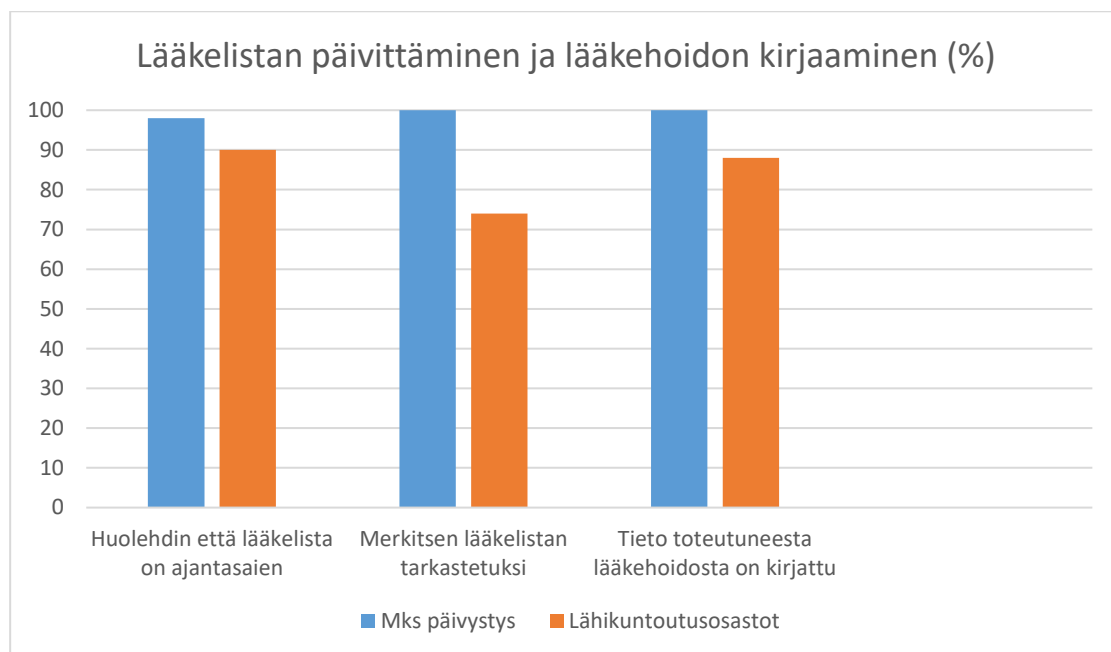
Osatekijä		\bar{x}	1	2	3	4
Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon..			%	%	%	%
..huolehdin, että lääkelista on ajantasainen		3.7	0	1.1	22.8	70.7
	Mks päivystys	3.7	0	2.3	27.9	69.8
	Lähikuntoutusosastot	3.8	0	0	18.4	71.4
..lääkelistan tarkastettuani merkitsen tämän tarkastetuksi		3.6	1.1	4.4	21.7	64.1
	Mks päivystys	3.9	0	0	14.0	86.1
	Lähikuntoutusosastot	3.4	2.0	8.2	28.6	44.9
..tieto toteutuneesta lääkehoidosta on kirjattu		3.7	0	3.3	21.7	71.7
	Mks päivystys	3.9	0	0	11.6	88.4
	Lähikuntoutusosastot	3.5	0	6.1	30.6	57.2
..raportoin tiedossa olevat jatkohoitohjeet		3.6	0	6.5	25.0	64.1
	Mks päivystys	3.7	0	2.3	20.9	76.7
	Lähikuntoutusosastot	3.5	0	10.2	28.6	53.1
..tulostan tarvittavat paperit mukaan		3.6	1.1	5.4	25.0	64.1
	Mks päivystys	3.5	0	7.0	32.6	60.5
	Lähikuntoutusosastot	3.6	2.0	4.1	18.4	67.4
(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)						

Kokonaisuudessaan lääkehoidon ja jatkohoitohjeiden kirjaaminen ja raportointi potilassiirron yhteydessä koettiin toteutuvan hyvin, kaikkien väittämien kokoaiskeskiarvon ollessa yli 3,5 (taulukko 13).

Lääkelistan ajantasaisuudesta koettiin huolehdittavan hyvin. 93,4 % vastanneista huolehti lääkelistan ajantasaisuudesta (ka 3,7) ja lääkelistan tarkastetuksi merkitsi 85,9 % vastanneista (ka 3,6) (Taulukko 13). Lääkehoidon kirjaamisesta paremmin koki huolehtivansa MKS:n päivystys (Kuva 9.) MKS:n päivystyksessä lähes kaikki huolehti lääkelistan ajantasaisuudesta ja kaikki merkitsivät lääkelistan tarkastetuksi. Lähikuntoutusosastoilla lääkelistan ajantasaisuudesta huolehti 89,8 % ja tarkastetuksi sen merkitsi 73,5 %. (Kuva 9.) Sairaanhoidajista lääkelistan ajantasaisuudesta huolehti 98,6 % ja merkitsi tarkastetuksi 95,7 % kun taas lähihoitajien osalta vastaavat lukemat olivat 78,3 % ja 56,5 %.

Vastanneista 93,5 % (ka, 3,7) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tieto toteutuneesta lääkehoidosta on kirjattu (taulukko 13). MKS:n päivystyk-

sessä kaikki olivat täysin tai jokseenkin samaa mieltä, että toteutunut lääkehoito on kirjattu, kun taas lähikuntoutusosastoilla vain 87,8 % (kuva 9). Sairaanhoitajista 97,1 % ja lähihoitajista 82,6 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että toteutunut lääkehoito on kirjattu.



Kuva 9. Lääkelistan päivittäminen ja lääkehoidon kirjaaminen potilasta siirtäessä jatkohoitoon.

Tiedossa olevat jatkohoito-ohjeet raportoi ja tarvittavat paperit mukaan tulosti 89,1 % vastanneista. Keskeksi arvoksi molemmat väittämät saivat 3,6. MKS:n päivystyksessä jatkohoito-ohjeet raportoi lähes kaikki ja paperit tulosti mukaan 93 % kun taas lähikuntoutusosastoilla nämä toteutti reilut 80 %. (Taulukko 13). Sairaanhoitajista jatkohoito-ohjeet raportoi ja paperit tulosti mukaan 94,2 % ja lähihoitajista 73,9 %.

Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä vastausten välillä ei ollut suuria eroja edellisten väittämien osalta.

Potilaan toimintakyvyn ja sosiaalisen tilanteen kirjaaminen ja raportointi

Kysymyksen 15 väittämät koskivat potilaan toimintakyvyn ja sosiaalisen tilanteen kirjaamista ja raportointia siirtäessä potilasta jatkohoitoon toiseen yksikköön (taulukko 14).

Taulukko 14. Kysymys 15: toimintakyvyn ja sosiaalisen tilanteen raportointi siirtäessä potilasta jatkohoitoon

Osatekijä		\bar{x}	1	2	3	4
Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon..			%	%	%	%
..raportoin potilaan sen hetkisen toimintakyvyn		3.6	0	1.1	37.0	57.6
	Mks päivystys	3.6	0	0	39.5	60.5
	Lähikuntoutusosastot	3.6	0	2.0	34.7	55.1
..raportoin potilaan aiemman toimintakyvyn		3.1	2.2	19.6	41.3	31.5
	Mks päivystys	2.9	4.7	23.3	44.2	25.6
	Lähikuntoutusosastot	3.2	0	16.3	38.8	36.7
..raportoin potilaan sosiaalisen tilanteen (asuu yksin, käykö kotihoito jne.)		3.3	0	7.6	50.0	37.0
	Mks päivystys	3.4	0	4.7	51.2	44.2
	Lähikuntoutusosastot	3.2	0	10.2	49.0	30.6
..ilmoitan omaisille potilaan siirtymisestä		3.6	0	5.4	27.2	63.0
	Mks päivystys	3.4	0	9.3	37.2	48.8
	Lähikuntoutusosastot	3.8	0	2.0	18.4	75.5
..tieto omaisille siirtymisestä on kirjattu		3.6	0	3.3	29.4	65.2
	Mks päivystys	3.7	0	4.7	25.6	69.8
	Lähikuntoutusosastot	3.6	0	2.0	32.7	61.2
..tieto kotihoitoon ilmoittamisesta on kirjattu		3.5	0	6.5	33.7	55.4
	Mks päivystys	3.5	0	7.0	32.6	58.1
	Lähikuntoutusosastot	3.6	0	6.1	34.7	53.1

(vaihteluväli 1 täysin eri mieltä – 4 täysin samaa mieltä)

Siirrettäessä potilasta jatkohoitoon toimintakyky ja sosiaalinen tilanne raportoitiin hyvin. Siirtäessään potilasta jatkohoitoon potilaan sen hetkisestä toimintakyvystä raportoi 94,6 % (ka 3,6) ja aiemmasta toimintakyvystä 72,8 % (ka 3,1) vastanneista. MKS:n päivystyksessä kaikki raportoivat jatkohoitopaikkaan potilaan sen hetkisen, mutta vain 69,8 % aiemman toimintakyvyn. Lähikuntoutusosastoilla vastaavat lukemat olivat 89,8 % ja 75,5 %. (Taulukko 14). Sairaanhoitajista lähes kaikki raportoi sen hetkisen toimintakyvyn, mutta vain 69,6 % aiemman toimintakyvyn. Lähihoitajista 82,6 % raportoi sen hetkisen sekä aiemman toimintakyvyn. Potilaan sosiaalisesta tilanteesta jatkohoitopaikkaan raportoi 87 % vastanneista, keskiarvoksi väittämä sai 3,3. MKS:n päivystyksessä sosiaalisen tilanteen raportoi 95,3 % ja lähikuntoutusosastoilla 79,6 %. (Taulukko 14). Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastausten välillä ei ollut suuria eroja.

Siirtäessään potilasta jatkohoitopaikkaan siirtymisestä omaisille ilmoitti ja tiedon kirjasi lähes kaikki (ka 3,6). MKS:n päivystyksessä omaisille ilmoitti 86 % ja tämän tiedon kirjasi lähes kaikki. Lähikuntoutusosastoilla omaisille ilmoitti ja

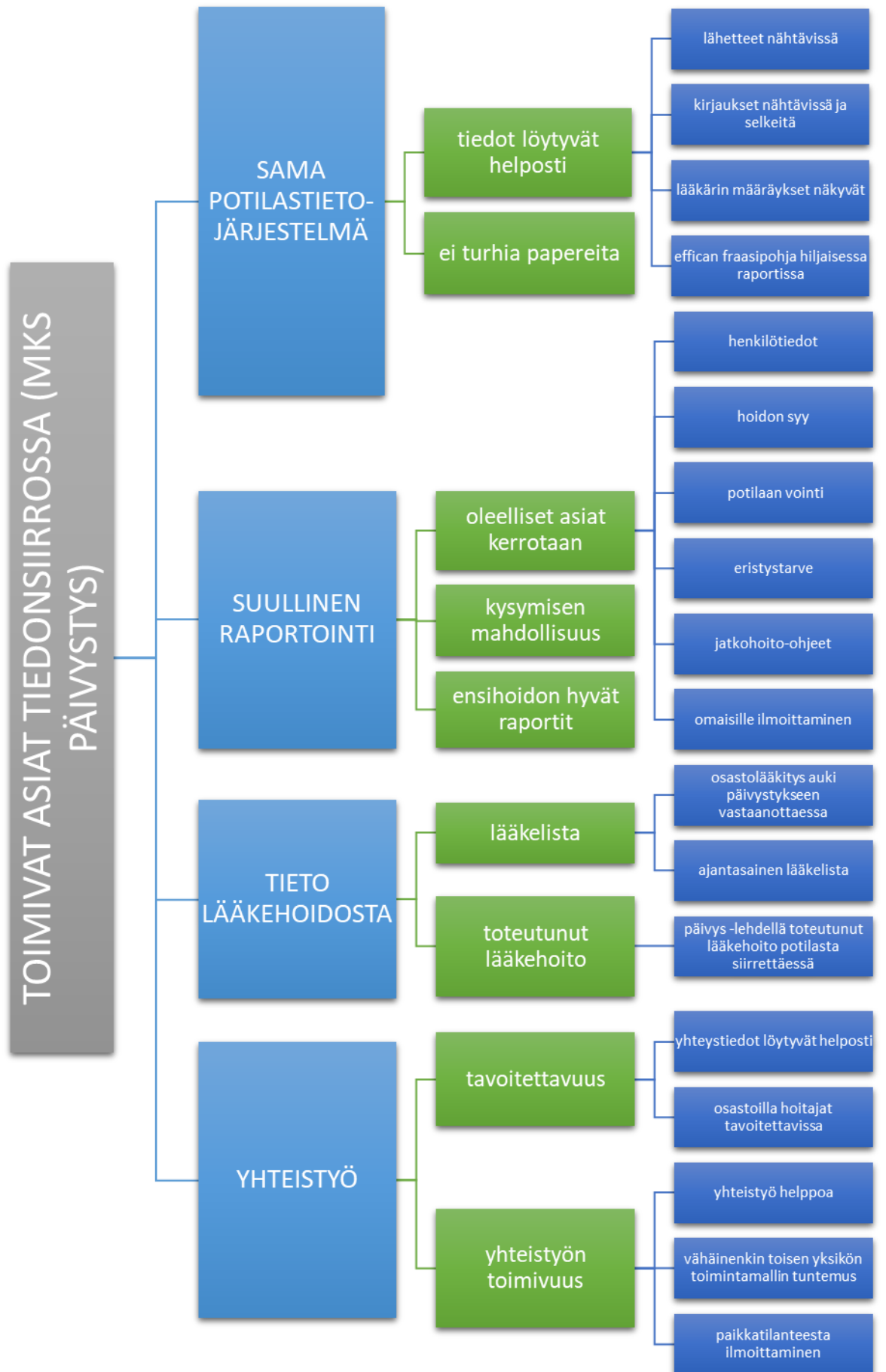
tiedon kirjasi 93,9 % vastanneista. Tiedon kotihoitoon ilmoittamisesta kirjasi 89,1 % vastanneista (ka 3,5), MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen vastausten välillä ei ollut suuria eroja. (Taulukko 14.) Sairaanhoitajien ja lähihoitajien vastaukset olivat samansuuntaisia.

Tarkasteltaessa työkokemusta hoitoalalla tai nykyisessä yksikössä ei vastausten välillä ollut suuria eroja edellisten väittämien osalta.

6.7 Tiedonsiirrossa toimivat asiat nykytilassa

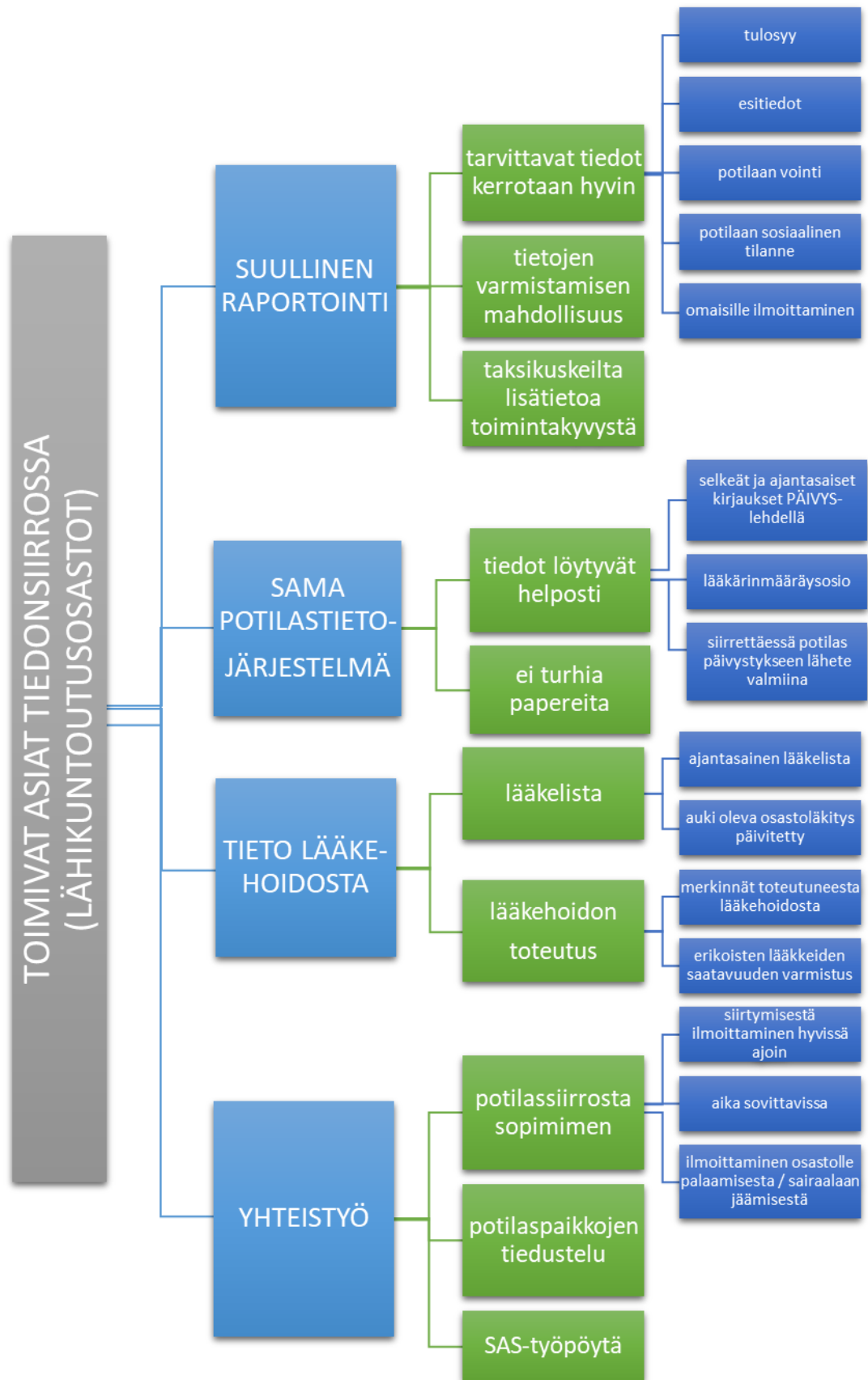
Kysymys 16 oli avoin kysymys, jossa kartoitettiin tiedonsiirron nykytilaa potilassiirroissa, kysyen kolmea toimivaa asiaa tiedonsiirrossa. Vastauksia kaikkiaan oli 51, joista 25 oli MKS:n päivystyksestä ja 26 lähikuntoutusosastolta.

MKS:n päivystyksessä eniten mainintoja (9 kpl) toimivan tiedonsiirron osalta sai yhteinen potilastietojärjestelmä. Läheteiden ja kirjausten löytyminen yhteisestä potilastietojärjestelmästä koettiin toimivaksi tiedonsiirrossa. Suullinen raportointi koettiin myös toimivaksi ja tärkeäksi olleellisten tietojen siirtymisen kannalta. Lisäksi lääkelistan ajantasaisuus ja osastolääkityslistan (lääke-O:n) käyttö koettiin toimivina asioina potilaan siirtyessä lähikuntoutusosastolta päivystykseen. Yhteistyö mainittiin myös toimivana asiana. Yhteystietojen koettiin löytyvän helposti ja lähikuntoutusosastojen hoitajat tavoitettiin hyvin. Toimintamallien osittainenkin tuntemus sekä paikkatilanteesta ilmoittaminen koettiin olevan hyödyksi tiedonsiirron kannalta. (Kuva 10.)



Kuva 10. Toimivat asiat tiedonsiirrossa, MKS:n päivystys.

Lähikuntoutusosastoilla eniten mainintoja (9 kpl) toimivan tiedonsiirron kannalta sai suullinen raportointi. Suullinen raportointi koettiin tärkeäksi ja tärkeiden tietojen koettiin siirtyvät hyvin suullisen raportin välityksellä. Lisäksi taksikuskien koettiin tukevan saatua suullista raporttia kertomalla potilaan toimintakyvystä siirtovaiheessa. Yhteinen potilastietojärjestelmä mainittiin tiedonsiirrossa hyvin toimivaksi myös lähikuntoutusosastojen vastauksissa. Erityisesti hyvät, ajantasaiset ja selkeät kirjaukset, jotka löytyvät hyvin potilastietojärjestelmästä koettiin oleellisiksi tiedonsiirron kannalta, näistä mainintoja oli yhteensä seitsemän kappaletta. Toimivaksi koettiin pääsääntöisesti ajan tasalla olevat lääkelistat sekä lääkehoidon toteutuksen kirjaaminen. Yhteistyön kannalta toimiviksi osalueiksi koettiin potilassiirrosta sopiminen ja ilmoittaminen sekä SAS-työpöytä ja potilaspaikkojen tiedustelu. (Kuva 11.)



Kuva 11. Toimivat asiat tiedonsiirrossa, lähikuntoutusosastot

6.8 Tiedonsiirrossa kehitettävät asiat

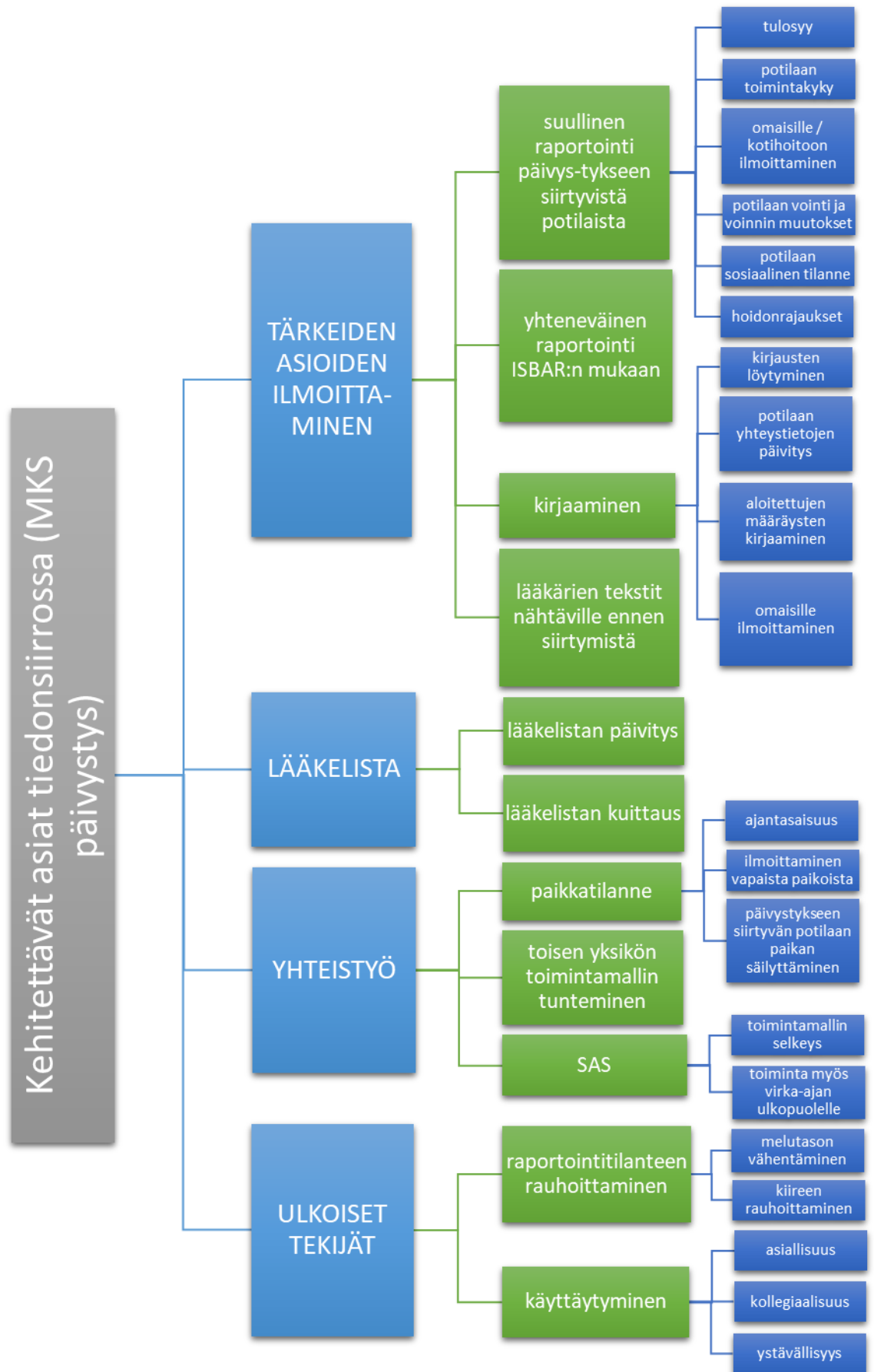
Kysymys 17 oli avoin kysymys, jossa kartoitettiin potilassiirron nykytilaa kysyen kolmea kehitettävää asiaa tiedonsiirrossa. Vastauksia kaikkiaan oli 56, joista 26 oli MKS:n päivystyksestä ja 30 lähikuntoutusosastolta.

MKS:n päivystyksessä tiedonsiirrossa eniten kehitettävää koettiin olevan tärkeiden asioiden ilmoittamisessa (yhteensä 25 mainintaa). Lähikuntoutusosastolta päivystykseen tulevien potilaiden kohdalla kehitettäväksi osa-alueeksi katsottiin suullinen raportointi potilaasta ja yhteneväinen raportointimalli. Tärkeiden tietojen, kuten esimerkiksi tulossyn ja toimintakyvyn tiedonsiirrossa koettiin puutteita. Tärkeiden tietojen ilmoittamiseen liittyen myös kirjauksissa koettiin puutteita. Kirjausten löytymiseen kaivattiin selkeyttä sekä tarkkuutta kirjauksiin. Muun muassa merkintää omaisille ilmoittamisesta tai kirjaamista aloitettujen määräysten toteuttamisesta. Potilaan yhteystietojen päivitykseen kaivattiin parannusta. Lisäksi koettiin, ettei lääkärien tekstit aina ole nähtävillä ennen potilaan siirtymistä. (Kuva 12.)

Toiseksi eniten kehitettävää koettiin lääkelistan ajantasaisuudesta huolehtimisessa. Kehitettäväksi kohteeksi koettiin lääkelistan päivittäminen ja kuittaaminen, joka mainittiin vastauksissa kymmenen (10) kertaa. (Kuva 12.)

Yhteistyössä kehitettäväksi asioiksi koettiin paikkatilanteen selvittäminen ja vapaista paikoista ilmoittaminen sekä lähikuntoutusosastolta päivystykseen tulevan potilaan paikan säilyttäminen. SAS-toimintamalli koettiin ristiriitaisena, sillä toiminnan hyödynnettävyys vaihtelee virka-ajan puitteissa ja tiedot siirtyvät vastaanottavalle hoitajalle välikäden kautta. SAS-toimintamalliin kaivattiin selkeyttä sekä toimintaa virka-ajan ulkopuolelle. (Kuva 12.)

Lisäksi vastauksissa mainittiin myös ulkoisia tekijöitä, jotka vaikuttava tiedonsiirtoon. Kehitettäväksi koettiin raportointitilanne. Raportointiympäristö koettiin usein meluisaksi ja kiireen koettiin lisäävän huolimattomuutta raportoinnissa. Lisäksi kehitettävänä mainittiin myös asialliseen käyttäytyminen, kollegiaalisuus ja ystävällisyys raporttia annettaessa. (Kuva 12.)

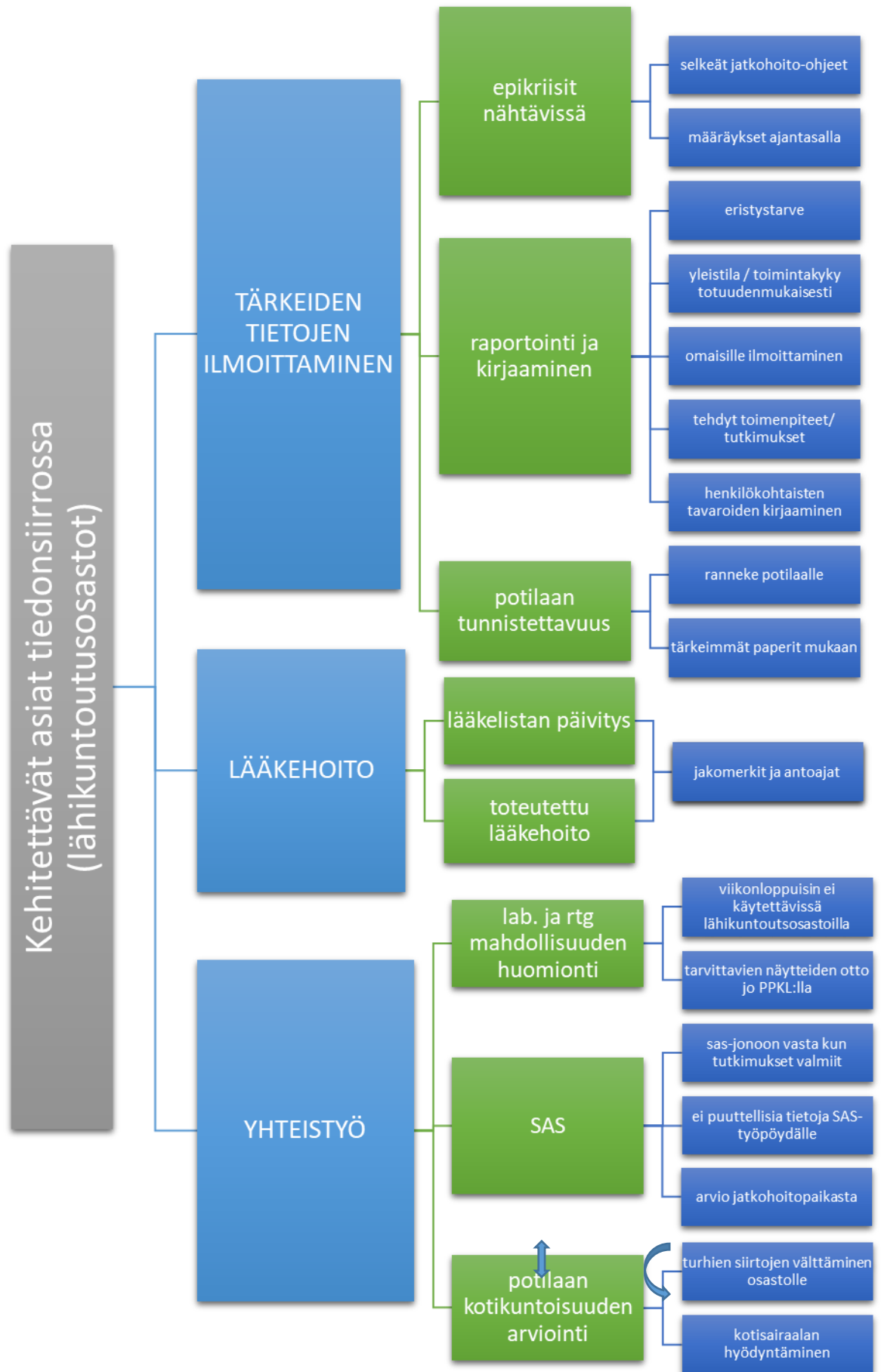


Kuva 12. Kehitettävät asiat tiedonsiirrossa, MKS:n päivystys

Myös lähikuntoutusosastoilla tiedonsiirrossa eniten kehitettäväksi koettiin tärkeiden tietojen ilmoittaminen, joista mainittiin yhteensä 48 kertaa. Eniten mainintoja sai epikriisien puute. Tekstien ja määräysten puuttuminen tai sanelujen purkamattomuus mainittiin yhteensä 16 kertaa. Raportoinnista ja kirjaamisesta eniten puutteelliseksi koettiin potilaan yleistilan ja toimintakyvyn arvio (9 mainintaa). Potilaan toimintakyky tai yleistila koettiin osastolle vastaanottaessa raportoitua paremmaksi tai huonommaksi. Eristystarpeen raportointi ja potilaan omaisille ilmoittaminen koettiin myös puutteelliseksi, molemmista mainittiin seitsemän (7) kertaa. Lisäksi kehitettäväksi asioiksi mainittiin tehdyistä toimenpiteistä tai tutkimuksista sekä niiden löydöksistä raportointi sekä potilaan henkilökohtaisten tarvaroiden kirjaamisen. Potilaan tunnistettavuudessa koettiin myös puutteita. Potilasrannekkeen puuttuminen mainittiin muutamassa vastauksessa ja tunnistamisen kannalta tärkeäksi asiaksi koettiin myös tärkeimpien papereiden mukaan laittaminen. (Kuva 13.)

Lääkehoidossa koettiin myös kehitettävää. Puutteet lääkelistan päivityksessä ja tiedoissa toteutetusta lääkehoidosta mainittiin yhteensä 11 kertaa. Kehitettäväksi koettiin lääkeluettelon päivityksen lisäksi jakomerkkien ja antoaikojen merkitseminen, sillä tiedoissa lääkehoidon toteutuksessa koettiin olevan epäselvyyttä muun muassa yksiköiden välisten poikkeavien antoaikojen vuoksi. (Kuva 13.)

Yhteistyön kannalta kehitettäväksi osa-alueeksi tiedonsiirrossa koettiin lähikuntoutusosastojen laboratorio- ja kuvantamistutkimusten mahdollisuuden huomiointi ja tarvittavien tutkimusten ottaminen jo päivystyksessä. Viikonloppuisin lähikuntoutusosastoilla näihin ei ole mahdollisuutta ja koettiin, että tämä jää monesti huomioimatta potilasta siirrettäessä osastolle. Lisäksi yhteistyössä koettiin kehitettävää potilaan kotikuntoisuuden arvioinnissa ja turhien osastosiirtojen välttämisessä. Kehitettäväksi koettiin SAS-hoitajan arvion hyödyntäminen jatkohoitopaikan suhteen ja mahdollinen kotisairaalan hyödynnettävyys jatkohoidossa. SAS-toiminnassa koettiin myös kehitettävää, sillä tiedot SAS-työpöydällä koettiin ajoittain puutteellisiksi, eikä potilaita tulisi laittaa SAS-jonoon ennen kuin tutkimukset ovat valmiit. (Kuva 13.)



Kuva 13. Kehitettävät asiat tiedonsiirrossa, lähikuntoutusosastot

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tiedonsiirron nykytilaa potilassiirroissa päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä. Tavoitteena oli osoittaa toimivat käytännöt ja kehittämistarpeet hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa sekä tarkoitus, että tavoite täyttyivät. Sekä päivystyksen että lähikuntoutusosastojen mielipide pystyttiin tutkimuksella osoittamaan sekä nostamaan esiin toimivat käytännöt ja kehittämistarpeet. Tutkimus vastasi tutkimustehtäviin, ja sitä voidaan hyödyntää työryhmissä suunniteltaessa yhteinäisempiä käytäntöjä ja toimintamalleja päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välisessä potilas- ja tiedonsiirrossa eli kehitettäessä toimintaa potilaan parhaaksi ja potilasturvallisuus huomioiden. Tässä pohdinnassa tarkastellaan tutkimustuloksia tutkimustehtävien ja teoreettiseen viitekehyksen pohjalta.

Tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä Essoten myötä yhtenäiset käytännöt ja toimintamallit hakevat vielä paikkaansa ja potilasturvallisuuden näkökulmasta tiedonsiirron onnistumisen tarkastelu potilassiirtojen osalta on aiheellista. Aikaisempi kansainvälinen tutkimustieto osoittaa potilassiirtojen yhteydessä olevan lukuisia puutteita tiedonsiirrossa ja samat ongelmat nousevat esille useissa tutkimuksissa (liite 3). Myös tämän tutkimuksen tulokset ovat samassa linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa. Tutkimusten tulosten pohjalta tiedonsiirron ja kommunikaation puutteet potilassiirroissa ja niistä aiheutuvat vaaratapahtumat ovat herättäneet jo vuosia huomiota ja niiden vähentämiseksi on kehitetty strukturoituja toimintamalleja ja standardoituja viestinnän työkaluja. Tutkimustieto osoittaa, että näiden käyttöönotolla voidaan selkeyttää kommunikaatiota potilassiirroissa, mikä parantaa tiedonsiirtoa ja potilasturvallisuutta sekä lisää työtyytyväisyyttä. (Liite 3.)

Tiedonsiirto kokonaisuudessaan koettiin onnistuvan melko hyvin niin MKS:n päivystyksen kuin lähikuntoutusosastojenkin näkökulmasta, mutta kyselyn muita väittämiä ja avoimia kysymyksiä tarkasteltaessa on tiedonsiirrossa osoitettavissa lukuisia puutteita. Aiemman tutkimustiedon mukaan potilassiirroissa tapahtuvat tiedonsiirron virheet ovat iso osa kaikista ilmoitetuista vaaratapah-

tumista (Lee 2016, 1–8.) ja tässä tutkimuksessa tiedon siirroin puutteista kertoo myös se, että kaikista vastanneista vain kuusi oli täysin samaa mieltä tiedonsiirron onnistumisesta potilasturvallisuutta vaarantamatta.

Miten kommunikaation ja tiedonsiirron sujuvuus koetaan potilassiirrossa?

Kokonaisuudessaan kommunikaation koettiin olevan sujuvaa, vaikka väittämiä ja avoimia kysymyksiä tarkasteltaessa onkin osoitettavissa puutteita kommunikaatiossa. Sairaalan ja perusterveydenhuollon välistä kommunikaatiota on tutkittu paljon (Jones ym. 2015; Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017, Kerstenetzky ym. 2016) ja samat kommunikaation ongelmat tulevat esiin useissa tutkimuksissa, niin myös tässä tutkimuksessa. Huomion arvoista on kuitenkin se, ettei kukaan vastanneista ollut täysin eri mieltä kommunikaation sujuvuudesta.

Huomiota tuloksissa herättää myös se, että MKS:n päivystyksessä kommunikaatio potilassiirroissa koettiin sujuvammaksi kuin lähikuntoutusosastoilla, vaikka esim. suullisen raportoinnin koettiin toteutuvan huomattavasti huonommin vastaanotettaessa potilasta päivystykseen. Lähikuntoutusosastot myös ilmoittivat potilasta siirtäessään antavansa suullisen raportin huomattavasti harvemmin kuin MKS:n päivystys. Toki MKS:n päivystyksen kokemukset kommunikaation onnistumisesta voivat tässä yhteydessä liittyä myös potilaan jatkohoitoon eli lähikuntoutusosastoille siirtämistä koskevaan sujuvaan kommunikaatioon. Tätä tulkintaa vahvistaa myös lähikuntoutusosastojen kokemus tiedonsiirron onnistumisesta vastaanotettaessa potilasta MKS:n päivystyksestä. Erikoista on kuitenkin, että lähikuntoutusosastoilla kommunikaation sujuvuus koettiin huonommaksi kuin MKS:n päivystyksessä, vaikka tieto koettiin siirtävän paremmin.

Tiedonsiirron sujuvuuden osalta hiljainen raportti koettiin riittämättömäksi, mitä tukee myös avointen kysymysten ilmaukset suullisen raportointi tärkeydestä ja toimivuudesta. Tätä tulosta tukee myös aiempi tutkimustieto, jonka perusteella suullinen raportointi koetaan tärkeänä osana tiedonsiirtoa ja yhteistyötä an-

taen mahdollisuuden keskusteluun, yhteisymmärrykseen ja yhteiseen päätöksen tekoon potilaan hoidosta (Samal ym. 2016; Sujan 2013; Gillespie ym. 2010).

SAS-toimintamalli eli kotiutushoitajan järjestämä potilassiirto koettiin melko selkeäksi, mutta tiedonsiirto tässä yhteydessä koettiin puutteelliseksi. SAS-käytännöt tulivat toistuvasti esille myös avoimien kysymysten kehitettävissä asioissa. SAS-toiminnan pitäisi helpottaa ja sujuvoittaa potilaan siirtymistä jatkohootoon, mutta käytännöt koettiin osittain epäselvinä ja ongelmaksi koettiin muun muassa SAS-hoitajan toimiminen vain virka-aikaan. Koettuihin tiedonsiirron puutteisiin tässä yhteydessä mahdollisesti vaikuttaa se, että raportti kulkee välikäden eli SAS-hoitajan kautta lähettävän ja vastaanottavan hoitajan välisen suoran raportoinnin sijaan, jolloin tietoja voi jäädä puuttumaan tai ne voidaan ymmärtää väärin. Tämä tuotiin ilmi myös avoimissa kysymyksissä. Lisäksi lähikuntoutusosastoilta toivottiin SAS-hoitajan parempaa panosta potilaan kotikuntoisuuden arvioinnissa turhien potilassiirtojen välttämiseksi.

Vaikka tämän tutkimuksen tulosten perusteella puutteita tiedonsiirrossa tunnistetaankin, HaiPro-ilmoituksia puutteellisista tiedoista ilmoitti tekevänsä vain puolet vastanneista. Kuten tutkimustietokin osoittaa yleinen haittatapahtuman syy on tiedonkulun katkeaminen (Kupari ym. 2012, Helovuo ym. 2011, 72; Hohenstein ym. 2016). Syynä vähäiseen ilmoitusten tekemiseen voi olla se, ettei kaikki puutteelliset tiedot välttämättä johda vaaratapahtumiin. HaiPro-ilmoitusten avulla tiedonsiirron puutteet ja ongelmat tulisivat kuitenkin paremmin esille ja näihin voitaisiin reagoida, sillä tiedonkulku on laadukkaan ja turvallisen hoidon antamisessa yksi perustekijä potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen (Helovuo ym. 2011, 72; Hohenstein ym. 2016).

Kokevatko hoitajat tuntevansa ISBAR-raportointimallin ja käyttävätkö he sitä raportoinnissa?

Tutkimustulosten perusteella ISBAR-malli tunnettiin huomattavasti paremmin ja sitä käytettiin enemmän MKS:n päivystyksessä kuin lähikuntoutusosastoilla. Tutkimustuloksista on myös nähtävissä, että tärkeät ja olleelliset tiedot potilaasta (pohjautuen ISBAR-malliin) koettiin siirtyvän paremmin kaikkien väittä-

mien osalta potilasta vastaanottaessa MKS:n päivystyksestä lähikuntoutu-osastolle, mitä voi osittain selittää ISBAR-mallin parempi tuntemus ja käyttö MKS:n päivystyksessä. Tätä tukee myös aiempi tutkimustieto, jonka perusteella kommunikaation sujuvuutta ja tiedonsiirtoa voidaan parantaa strukturoidulla potilassiirtomallilla kuten ISBAR (Dingley ym. 2008, Fabila ym. 2016, Malenka ym. 2018, Ramasubbu ym. 2017; Pucher ym. 2015; World Health Organisation 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimustulosta tukee myös väittämät, joissa selvitettiin raportointia siirrettäessä potilasta toiseen yksikköön. Lähes kaikkien väittämien kohdalla, poikkeuksena viimeisimmät vitaaliarvot, MKS:n päivystys ilmoitti raportoivansa potilaan tärkeät ja oleelliset tiedot paremmin kuin lähikuntoutusosastot, mikä voisi selittyä ISBAR-mallin käytöllä.

Miten tiedonsiirron koetaan onnistuvan vastaanottaessa ja siirtäessä potilasta yksiköstä toiseen?

Toimintamallien tuntemus ja suullinen raportointi

Yksiköiden välisessä toimintamallien tuntemuksessa oli puutteita, minkä koettiin vaikuttavan myös tiedonsiirron onnistumiseen. Suullinen raportointi koettiin tiedonsiirron kannalta tärkeäksi ja tämä tuotiin esille myös avointen kysymysten vastauksissa. Samoihin tuloksiin ovat tutkimuksissaan päässeet myös Samal ym. 2016 sekä Jones ja kumppanit (2015) tutkiessaan sairaalan ja perusterveydenhuollon välisiä haasteita tiedonsiirrossa.

Potilasta vastaanottaessa molemmissa yksiköissä toisen yksikön toimintamalli tunnetettiin huonosti ja avoimissa kysymyksissäkin tämä tuotiin esille kehittämiskohteena. Tutkimustenkin mukaan toimintakulttuurin ja -mallien tuntemus vaikuttaa tiedonsiirron onnistumiseen potilassiirrossa (Lee ym. 2016, 2–4). Oma toimintamalli potilasta siirtäessä ja vastaanottaessa sen sijaan tunnettiin kummassakin yksikössä hyvin. Suullisen raportoinnin koettiin toteutuvan paremmin potilaan siirtyessä MKS:n päivystyksestä lähikuntoutusosastolle. Tulosta tukee myös se, että MKS:n päivystys koki antavansa suullisen raportin potilassiirron yhteydessä useammin kuin lähikuntoutusosastot potilasta siirtäessään.

Vastaanotettaessa potilasta lähettävän tahon yhteystiedot löydettiin huonosti, vaikka siirrettäessä potilasta jatkohoitoon jatkohoitopaikan yhteystiedot koettiin olevan hyvin saatavilla. Tätä mahdollisesti selittää se, ettei yksikkö, josta potilas on tulossa, aina ole tiedossa. Sekä MKS:n päivystyksen että lähikuntoutusosastojen tulos oli samansuuntainen, vaikka lähikuntoutusosastoilla pääsääntöisesti tiedettiin paremmin yksikkö, josta potilas on tulossa, mutta myös yhteystietojen ja konsultaatiomahdollisuuden puute on havaittu tiedonsiirron haasteena myös useissa muissa tutkimuksissa. Paremmalla yhteystietojen saatavuudella parannetaan konsultaatiomahdollisuutta, millä voidaan vaikuttaa tiedonsiirron onnistumiseen ja potilasturvallisuuteen potilassiirrossa. (Jones ym. 2017; Kerstenetzky ym. 2016; Sujan ym. 2013).

Tärkeiden tietojen siirtyminen

Potilaan tärkeät tiedot ISBAR-malliin pohjautuen, siirtyivät pääsääntöisesti hyvin. Potilaan henkilötiedot, hoidon syy sekä tehdyt toimenpiteet ja tutkimukset koettiin siirtyvän hyvin vastaanottaessa potilasta. Tulosta vahvistaa myös se, että potilasta siirtäessä koettiin näistä raportointi toteutettavan hyvin. Tiedot hoidonrajauksista ja eristystarpeesta koettiin kuitenkin jäävän puutteellisiksi, vaikka niin MKS:n päivystys kuin lähikuntoutusosastotkin kokivat raportointiansa nämä hyvin. Myös avoimien kysymysten kehitettävissä asioissa eristystarpeen ja hoidonrajausten raportoinnin puute tuotiin useasti esille. Aiemmissa tutkimuksissa (Hall ym 2015, Sujan ym. 2013) on myös viitteitä siihen, että potilassiirroissa raportoinnin pääpaino on fysiologisissa prioriteeteissa ja akuutin hoidon tarpeessa, jolloin muut seikat kuten tässä tapauksessa eristystarve ja hoidonrajaukset, saattavat jäädä mainitsematta. Kuten on jo aiemmin edellä mainittu (s. 54–55), tärkeät tiedot potilaasta koettiin siirtyvät paremmin MKS:n päivystyksestä lähikuntoutusosastolle, mikä voisi selittyä ISBAR-mallin paremmalla tuntemuksella ja käytöllä.

Tieto lääkehoidosta ja sen toteutuksesta

Tiedonsiirto lääkehoidossa koettiin puutteellisiksi ja esitettyjen kehittämiskohteidenkin perusteella yhdeksi tärkeimmäksi asiaksi potilassiirrossa. Myös aiemman tutkimustiedon perusteella potilassiirtoihin liittyy paljon lääkitysvirheitä ja tiedonsiirto lääkityksen osalta on koettu puutteelliseksi (Robelia ym.

2017, Hall ym. 2015, Caleres ym. 2018). Potilasta vastaanottaessa tieto lääkähoidosta koettiin sekä MKS:n päivystyksessä että lähikuntoutusosastoilla puutteelliseksi kaikkien väittämien osalta. Tämä on huolestuttavaa, sillä tiedonsiirtoon liittyvien lääkähoidon virheiden on tutkittu aiheuttavan merkittävän määrän (35 %) vaaratapahtumista (Tapper ym. 2015). Tarkasteltaessa puolestaan väittämiä lääkähoidon kirjaamisesta ja raportoinnista siirtäessä potilasta jatkohoitoon sekä MKS:n päivystys että lähikuntoutusosastot kokivat kuitenkin toteuttavansa hyvin nämä osa-alueet.

Keskiarvoja vertaillessa lähikuntoutusosastoilla koettiin tiedon lääkähoidosta kuitenkin siirtyvän hieman paremmin kuin MKS:n päivystyksessä, mitä tukee väittämiä toteutuneen lääkähoidon kirjaamisesta, jonka keskiarvo MKS:n päivystyksen osalta oli lähikuntoutusosastoja parempi. Vaikka MKS:n päivystys koki kirjaavansa toteutuneen lääkähoidon lähes täydellisesti (ka 3.9) koki tiedon toteutuneesta lääkähoidosta saavansa lähikuntoutusosastolla vain reilu puolet. Lähikuntoutusosastot kokivat huolehtivansa lääkelistan ajantasaisuudesta MKS:n päivystystä paremmin, vaikka MKS:n päivystyksessä kukaan ei ollut täysin samaa mieltä ja vain viidesosa oli jokseenkin samaa mieltä lääkelistan ajantasaisuudesta vastaanottaessa potilasta. Tähän voi toki myös vaikuttaa se, että MKS:n päivystyksessä vain puolet tiesi, mikä lääkelista on käytössä. Myös aiemman tutkimustiedon valossa lääkelistat ja epäselvyydet lääkityksissä ovat merkittävä ongelma potilassiirroissa. Esimerkiksi Kerstenetzky ja kumppaneiden (2016) tutkimuksen mukaan potilassiirron yhteydessä 75 %:ssa lääkelistoista oli ainakin yksi virhe ja Careles ym. (2010) totesi tutkimuksessaan, että lääkelistoista vain kolmasosa oli päivitetty. Tässä tutkimuksessa lääkahoitoa koskevan tiedonsiirron puutteista kertoo myös se, että avoimissa kysymyksissä puutteet ja epäselvyydet lääkelistassa mainittiin lukuisia kertoja molempien yksiköiden toimesta.

Yhteenvetona voidaan todeta, että molemmissa yksiköissä lääkähoidon kirjaaminen ja raportointi koetaan suoritettavan paremmin verraten toteutuneeseen tiedon siirtoon lääkähoidon osalta.

Lääkärin tekstien saatavuus, lähetteet ja jatkohoito-ohjeet

Vastaanottaessa potilasta tieto jatkohoito-ohjeista ja niiden selkeydestä koettiin lähikuntoutusosastoilla selkeästi paremmaksi. Selittävänä tekijänä tähän voi olla muun muassa se, että MKS:n päivystykseen siirtyvillä potilailla jatkohoito-ohjeet selviävät vasta päivystyksessä eikä alustavaa suunnitelmaa jatkoon ole vielä tehty. Lähikuntoutusosastoille siirtyvien potilaiden jatkohoito-ohjeiden parampaa siirtymistä tukee myös se, että MKS:n päivystyksessä jatkohoito-ohjeiden raportointi koettiin toteutettavan hyvin.

Potiassiiirroissa tarvittavien asiakirjojen puuttuminen on todettu yhdeksi merkittävimmäksi tiedonsiirron puutteeksi. Useissa tutkimuksissa epikriisejä jäi puuttumaan, niitä ei ollut luettavissa tai niiden sisällössä oli puutteita. (Hall ym. 2015, Careles ym. 2010; Robelia ym. 2017; Jones ym. 2017, Kerstenetzky ym. 2016.) Samoihin tuloksiin päästiin myös tässä tutkimuksessa. Epikriisien tai lähetteiden saatavuudessa oli eroavaisuuksia yksiköiden välillä ja varsinkin lähikuntoutusosastoilla tekstien puute koettiin tiedonkulun ongelmaksi. Vaikka asetuksen mukaan potilasasiakirjoissa tulisi olla merkittynä tarpeelliset tiedot hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi (Terveystieteiden tutkimuslaki 8. §; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 7. §; Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 2011, 26–27.) lähikuntoutusosastoilla yli puolet vastanneista koki, ettei siirtoepikriisiä ole aina edes luettavissa. Tämä ilmaistiin keskeisimpänä kehittämiskohteena myös avoimissa kysymyksissä. MKS:n päivystyksessä puolestaan lähetteet ja lääkärin tekstit koettiin olevan hyvin saatavilla. Molemmissa yksiköissä saatavilla olevat lääkärin tekstit löydettiin hyvin, joten tämä ei selitä tekstien puuttumista. Hoitotyön tekstit löytyivät hyvin lähikuntoutusosastolla, mutta MKS:n päivystyksessä hoitotyön tekstit koki löytävänsä vain reilu puolet vastanneista. Tätä voisi mahdollisesti selittää jo aiemmin esille tullut MKS:n päivystyksen tiedon puute lähikuntoutusosastojen toiminta- ja kirjaamismalleista sekä se, ettei päivystyksessä aina tiedetä mistä potilas on tulossa. Nämä ongelmat ilmaistiin toistuvasti myös avoimien kysymysten vastauksissa ja epikriisien puute koettiin keskeisimpänä puutteena tiedonsiirrossa.

Voidaan siis todeta, että potilaan siirtyessä MKS:n päivystyksestä lähikuntoutusosastoille siirtoepikriisien mukana kulkeva tieto siirtyy viiveellä tai jää puuttumaan. Lähikuntoutusosastoilta MKS:n päivystykseen tulevien potilaiden osalta lähetekäytäntö toimii puolestaan hyvin, mutta hoitotyön kirjauksien löytymisessä on puutteita.

Tieto toimintakyvystä ja sosiaalisesta tilanteesta

Tieto potilaan nykyisestä ja aiemmasta toimintakyvystä sekä sosiaalisesta tilanteesta siirtyi puutteellisesti, vaikka molemmat yksiköt ilmoittivat raporttivansa nämä hyvin. Myös avoimissa kysymyksissä tiedon puute näistä mainittiin toistuvasti. Usean tutkimuksen perusteella epätietoisuus aiemmasta toimintakyvystä on osoittautunut ongelmaksi tiedonsiirrossa ja vaikeuttaneen hoidon järjestämistä (Jones ym. 2015; Caleres ym. 2010; Kerstenetzky ym. 2016, Samal ym. 2016, Hall ym. 2015).

Lähikuntoutusosastot ilmoittivat raportoivansa aiemman toimintakyvyn paremmin kuin MKS:n päivystys. Tätä selittää mahdollisesti se, että lähikuntoutusosastoilla potilas saatetaan tuntea paremmin pidemmän hoitoajan vuoksi, minkä vuoksi myös tieto aiemmasta toimintakyvystä on parempi. MKS:n päivystyksessä hoitoaika on lyhyt ja tieto potilaan aiemmasta toimintakyvystä saattaa jäädä puuttumaan hoidon akuutissa vaiheessa.

Omaisille ja kotihoitoon ilmoittamisessa oli myös puutteita, ja tämä asia ilmaistiin toistuvasti myös avoimissa kysymyksissä. Molemmat yksiköt kuitenkin ilmoittivat toteuttavansa omaisille ja kotihoitoon ilmoittamisen ja tästä raportoinnin. Tuloksia tarkasteltaessa huomion herätti ero sairaanhoitajien ja lähihoitajien välillä. Lähihoitajat kokivat saavansa nämä tiedot huomattavasti paremmin kuin sairaanhoitajat. Tätä voisi mahdollisesti selittää se, että valtaosa vastanneista lähihoitajista työskentelee lähikuntoutusosastoilla ja usein fyysisesti ottaa vastaan potilaan, jolloin esimerkiksi taksikuskilta tai itse potilaalta saatu tieto tavoittaa paremmin lähihoitajan kuin sairaanhoitajan.

Mitkä ovat toimivat ja kehitettävät asiat tiedonsiirrossa nykytilassa?

Avoimissa kysymyksissä raportoitiin tiedonsiirrossa toimivia asioita huomattavasti vähemmän kuin kehitettäviä, mikä kertoo myös tiedonsiirron puutteista. Tiedonsiirrossa toimiviksi asioiksi eniten esille nostettiin yhteinen potilastietojärjestelmä ja tämän vuoksi pääasiassa helposti löytyvät hyvät ja selkeät kirjaukset. Suullinen raportointi koettiin myös toimivaksi ja oleelliseksi tietojen siirtymisen kannalta. Myös aiempi tutkimustieto osoittaa näiden olevan avainasemassa onnistuneeseen tiedonsiirtoon (ks. Robelia ym. 2017, Gillespie ym. 2010, Jones ym. 2017, Jones ym. 2015, Caleres ym. 2018). Lähikuntoutusosastoilta yllättävän montakin mainintaa sai taksikuskien osuus potilaan toimintakyvyn raportoinnissa ja tämä herättääkin ajatuksia siitä, miten merkittävä taksikuskien rooli voikin olla potilaan hoitopolulla, vaikkei hän ole osallinen potilaan varsinaiseen hoitoon. Jäisikö ilman tätä linkkiä oleellisia tietoja toimintakyvystä siirtymättä?

Kehitettävistä asioista päällimmäisinä ilmenivät molempien yksiköiden näkökulmasta potilaan tärkeiden tietojen suullinen raportointi ja yhteneväiset toimintamallit sekä epikriisien saatavuus. Vaikka tärkeät tiedot kyselyn väittämiä tarkasteltaessa koettiin pääsääntöisesti siirtyvän hyvin ja suullinen raportointi koettiin myös avoimissa kysymyksissä yhtenä toimivana asiana, oli tämä yksi eniten mainituista kehitettävistä asioista. Epikriisien puutteet saivat paljon mainintoja ja kuten aiemmista tutkimuksista on nähtävissä, samoja puutteita on havaittu useissa eri maissa potilassiirtojen yhteydessä ja tiedonsiirron parantamiseksi on pyritty keksimään ratkaisuja muun muassa kehittämällä mallipohjia ja kouluttamalla lääkäreitä (Gillespie ym. 2010, Hall ym. 2015, Jones ym. 2017, Jones ym. 2015, Robelia ym. 2017).

Kehitettävänä kohteina ilmenivät toisen yksikön toimintamallien tuntemus sekä kollegiaalisuus, ystävällisyys ja asiallinen käyttäytyminen. Jälkimmäisiin mahdollisesti vaikuttaa kiire, toimintaympäristö ja rauhaton raportointitilanne, mitkä mainittiin myös kehitettävänä kohteena. Kollegiaalisuuteen ja käyttytymiseen voi kuitenkin vaikuttaa myös puutteet toisen yksikön toimintamallien tuntemuksessa. Tutkimustiedon mukaan toimintakulttuurien erolla on merkitystä myös

tiedonsiirron onnistumiseen, joten tutustumalla ja lisäämällä ymmärrystä toisen yksikön toimintamalleihin voidaan tiedonsiirtoa ja kommunikaatiota parantaa (Jones ym. 2015, Lee ym. 2016, Samal ym. 2016).

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus

Kyselytutkimuksen avulla kehittämistarpeiden esiin nosto mahdollistaa toiminnan kehittämisen. Tutkimusmenetelmänä puolistrukturoitu kysely oli tässä tutkimuksessa perusteltu luotettavuuden ja suuren kohderyhmän vuoksi. Näin kaikilla oli mahdollisuus vastata ja vaikuttaa käytäntöihin. Lisäksi työntekijät saivat vastata kyselyyn anonyymisti eikä vastauksia voitu yksilöidä. Avoimien kysymysten tarkoituksena oli täydentää strukturoitua kyselyä kaikkien kehittämistarpeiden ja työntekijöiden mielipiteiden esiin nostamiseksi. (Heikkilä 2014b, 29, 47–49; Vilkkä 2015, 68–69.)

Tutkimuksen validiteettiin eli luotettavuuteen ja reliabiliteettiin eli toistettavuuteen vaikuttivat tutkimusmenetelmän valinta ja tutkimusongelman rajaaminen (Vilkkä 2015, 122-123; Heikkilä 2014b, 17, 27). Tässä tutkimuksessa tutkimusongelma rajattiin ja tiedonkeruumenetelmäksi oli valittu otokseen sekä tutkimusongelman ratkaisemiseen sopiva puolistrukturoitu kysely. Kyselylomakkeen laatiminen ja testaus ovat tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kannalta tärkeimpiä vaiheita, sillä analysointivaiheessa ei enää voida korjata kyselyä laatiessa tehtyjä virheitä. (Heikkilä 2014a; Heikkilä 2014b, 27, 45–47; Vilkkä 2015, 64–69; Vehkalahti 2014, 48.)

Kyselylomakkeen laatiminen edellyttää kirjallisuuteen perehtymistä, tutkimusongelman pohtimista ja selkeän tavoitteen laadintaa (Heikkilä 2014b, 27,45). Kyselylomake laadittiin uusimpaan tutkittuun tietoon ja ISBAR-malliin pohjautuen huomioiden potilassiirtoihin liittyvät jo olemassa olevat käytänteet. Kyselyn väittämät oli esitetty ymmärrettävästi ja neutraalissa muodossa, jolloin kyselyn laatijan oma mielipide ei vaikuttanut vastauksiin johdattelevasti. Tutkimuksen reliabiliteettia lisää ne kyselyn väittämät, joilla tarkoituksellisesti mitataan samaa asiaa toistamiseen eli varmistetaan aiemman vastauksen todennukaisuus. Kyselylomake arvioitiin luotettavuuden lisäämiseksi myös YAMK-

opiskelijoiden asiantuntijapaneelissa sekä pyydettiin asiantuntijalausunto viideltä päivystyksen ja viideltä lähikuntoutusosaston työntekijältä. Asiantuntijapaneelin ja lausuntojen avulla varmistettiin, että kysymykset palvelivat tutkimustehtävää ja niillä saatiin tietoa, joka vastaa tutkimuskysymyksiin. Kysely on toistettavissa tutkijasta riippumatta, mutta tutkimustuloksiin vaikuttaa toki myös vastaushetkellä vallitseva työvuoro, työilmapiiri ja vastaajan työmotivaatio. (Ks. Vilkka 2007, 149–154; Heikkilä 2014b, 46–47.)

Validiteetin ja reliabiliteetin kannalta vastausprosentti on oleellinen ja kato pyrittiin välttämään myös jatkamalla vastausaikaa loma-aika huomioiden (Heikkilä 2014b, 27–28). Tässä tutkimuksessa sekä lähikuntoutusosastojen että päivystyksen vastausprosentti oli yli 50% minkä voidaan arvioida kuvaavan jo hyvin molempien osapuolien sekä kokonaisotoksen mielipidettä.

Eettisyys

Tutkimusetiikka on osa tutkimusta koko tutkimusprosessin ajan ideointivaiheesta tutkimustuloksiin ja niiden tiedottamiseen. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan pelisääntöjä muun muassa suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen ja toimeksiantajiin. (Vilkka 2015, 26–27.)

Potilailla on oikeus turvalliseen ja sujuvaan hoitoon myös hoitopaikan vaihtuessa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa tiedonsiirron nykytila potilassiirroissa ja tavoitteena osoittaa kehittämistarpeet. Tutkimustulosten avulla voidaan parantaa potilasturvallisuutta ja mahdollistaa palvelujen kehittäminen potilaan parhaaksi. Tutkimus toteutettiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn (2001) ammattietiikan periaatteiden sekä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti sekä noudattaen Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän tutkimuskäytäntöjä koskevia ohjeita. Hyvä tieteellinen käytäntö on osa tutkimusetiikkaa ja edellyttää tutkijalta eettisesti kestävien tiedonhankintamenetelmien noudattamista. (Vilkka 2007, 90–92, Vilka 2015, 26–27; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, Essote 2016.)

Tämän tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta pohtiessa on huomioitava myös tutkijan rooli tutkittavassa työyhteisössä, sillä tutkimustulokset eivät saa

riippua tutkijasta (Heikkilä 2014b, 27–28). Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkija ei ole tässä tutkimuksessa vaikuttanut omilla mielipiteillään tai vakaumuksillaan tutkimusprosessiin tai -tuloksiin, mutta vastausprosenttiin on mahdollisesti vaikuttanut positiivisesti se, että tutkija on tuttu huomattavalle osalle kyselyyn vastanneista.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen avulla pystyttiin selvittämään tiedonsiirron nykytilaa ja kehittämistarpeita MKS:n päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että huolimatta yhteisestä potilastietojärjestelmästä ja pääosin sujuvasta kommunikaatiosta, tiedonsiirrossa on puutteita.

Potilaan henkilötiedot, hoidon syy ja aiemmat sairaudet raportoidaan hyvin ja näiden osalta tiedonsiirto koetaan onnistuneeksi. Sen sijaan lääkehoidon, hoidonrajausten, eristystarpeen ja toimintakyvyn osalta tieto siirtyy puuttellisesti vastaanottavaan yksikköön, vaikka potilasta siirtävä yksikkö kokee kirjaavansa ja raportoivansa näistä hyvin. Lääkehoitoon liittyvät tiedonsiirron virheet aiheuttavat tutkimustiedonkin mukaan huolestuttavan paljon vaaratapahtumia ja myös tämän tutkimuksen tuloksista on havaittavissa, että lääkelistojen ja toteutetun lääkehoidon epäselvyyksien vuoksi riski vaaratapahtumille on olemassa. Potilastietojärjestelmän kaksi eri lääkelistaa (osasto- ja kotilääkitys) on todennäköisimmin suurin epäselvyyksien ja näin ollen myös riskin aiheuttaja. Vaikka epäselvyyksiä lääkelistoissa ja puutteita näiden päivityksissä koettiinkin, mainittiin lääkehoidon osalta toimivaksi osastolääkityksen (lääke-O) käyttö ja päivittäminen potilassiirtojen yhteydessä.

Tiedonsiirrossa potilaan tärkeiden tietojen siirtymisen kannalta erityisen tärkeäksi koetaan suullinen raportointi. Tutkimus osoittaa, että tiedonsiirto kommunikaation ja raportoinnin osalta toimii paremmin käytettäessä strukturoitua mallia (ISBAR) ja tutkimustietoon viitaten tiedonsiirtoa voitaisiin parantaa kouluttamalla tämän käyttöä. Kuten aiemman tutkimustiedon pohjalta on todettavissa, luomalla yksiköiden välille selkeämpiä ja yhteneväisempiä malleja potilassiirtoon niin suulliseen raportointiin kuin kirjaamiseenkin sekä tutustumalla toisen yksikön toimintakulttuuriin voitaisiin tiedonsiirtoa parantaa.

Johtopäätöksenä voidaan myös todeta, että hoitajien kommunikaation puutteet eivät olleet ainoita tiedonsiirron puutteita aiheuttava tekijä, sillä tiedonsiirron esteeksi koettiin lääkärin tekstien huono saatavuus. Jatkotutkimusaiheena voisi myös tutkia lääkärin kokemuksia tiedonsiirrosta ja tarkastella epikriisien sisällön riittävyyttä potilassiirroissa.

Potilaan hoitopolkua pyritään tekemään sujuvammaksi ja kehittämisyksikkö työstää ja pilotoi tällä hetkellä toimintakortteja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon huomioimiseksi hoitopolun jokaisessa vaiheessa. Tätä tutkimusta voidaan hyödyntää tässä työryhmässä yksiköiden välistä yhteistyötä sekä SAS-hoitajan toimintaa kehitettäessä. Jatkotutkimusaiheena voisikin olla tämän tutkimuksen toistaminen, kun tulosten pohjalta luodut ja implementoidut uudet käytännöt ja toimintakorttien käyttö ovat vakiintuneet.

LÄHTEET

- Caleres, G., Bondersson, Å., Midlöv, P. & Modig, S. 2018. Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used – a descriptive study. *BMC Health Services Research* 18, 770. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3581-0> [viitattu 25.2.2019].
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M. & Persing, R. 2008. Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements. Teoksessa: Henriksen, K., Battles, J., Keyes, M. & Grady, M. (toim.) *SourceAdvances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/> [viitattu 20.11.2018].
- Essote. 2016. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelut. Tutkimus- ja kehittämistoiminta. WWW-dokumentti. Päivitetty 7.2.2019. Saatavissa: <https://www.essote.fi/ammattilaiselle/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/> [viitattu 18.3.2019].
- Essote s.a. Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalvelut. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.essote.fi/> [viitattu 5.11.2018].
- ETENE. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Julkaisu 1. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf.pdf> [viitattu 19.4.2018].
- Fabila, T., Hee, H., Sultana, R., Assam, P., Kiew, A. & Chan, Y. 2016. Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children's intensive care unit: the receiver's perception. *Singapore Medical Journal* 5, 242–253 WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.smj.org.sg/article/improving-postoperative-handover-anaesthetists-non-anaesthetists-childrens-intensive-care> [viitattu 4.3.2019].
- Gillespie, S., Gleason, L., Karuza, J. & Shah, M. 2010. Healthcare Providers' Opinions on Communication between Nursing Homes and Emergency Departments. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 3, 204–210. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00301-6/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00301-6/fulltext) [viitattu 5.3.2019].
- Hall, W., Keane, P., Wang, S., Debell, F., Allana, A. & Karia, P. 2015. Intensive care discharges: improving the quality of clinical handover through changes to discharge documentation. *BMJ Quality Improvement Programme Reports* 1. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmjopenqu-ality.bmj.com/content/4/1/u209711.w4036> [viitattu 4.3.2019].
- Heikkilä, T. 2014a. Kvantitatiivinen tutkimus. Saatavissa: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf> [viitattu 17.11.2017].

Heikkilä, T. 2014b. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. E-kirja. Helsinki: Edita Publishing Oy

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi

Hohenstein, C., Fleischmann, T., Rupp, P., Hempel, D., Wilk, S. & Winning, J. 2016. German critical incident reporting system database of prehospital emergency medicine: Analysis of reported communication and medication errors between 2005–2015. *World Journal of Emergency Medicine* 2, 90–96. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.wjem.com.cn/default/articlef/index/id/474> [viitattu 7.3.2019].

Jones, C., Cumbler, E., Honigman, B., Burke, R., Boxer, R., Levy, C., Coleman, E. & Wald, H. 2016. Hospital to Post-Acute Care Facility Transfers: Identifying Targets for Information Exchange Quality Improvement. *The Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 1, 70–73. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(16\)30424-8/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(16)30424-8/fulltext) [viitattu 26.2.2019].

Jones, C., Vu, M., O'Donnell, C., Anderson, M., Patel, S., Wald, H., Coleman, E. & DeWalt, D. 2015. A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations. *Journal of General Internal Medicine* 4, 417–424. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-014-3056-x> [viitattu 25.11.2018].

Kerstenetzky, L., Birschbach, M., Beach, K., Hager, D. & Kennelty, K. 2016. Improving medication information transfer between hospitals, skilled-nursing facilities, and long-term-care pharmacies for hospital discharge transitions of care: A targeted needs assessment using the Intervention Mapping framework. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2, 138–145. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1551741116303746?via%3Dihub#> [viitattu 6.3.2019].

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR- menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. *Sairaanhoitaja* 3, 29–31.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3–12.

Käypä hoito. 2016. Elvytys. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.2.2016. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi17010> [viitattu 3.4.2018].

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 21–43.

Lee, S.-H., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S. & Pronovost, P. 2016. Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research* 16, 254. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1502-7> [viitattu 6.3.2019].

Leonard, M., Graham, S & Bonacum, D. 2004. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care* 18, 85–90. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765783/pdf/v013p00i85.pdf> [viitattu 18.11.2018].

Malenka, E., Nett, S., Fussell, M. & Braga M. 2018. Improving Handoffs Between Operating Room and Pediatric Intensive Care Teams: Before and After Study. *Pediatric Quality and Safety* 5, 101. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://insights.ovid.com/crossref?an=01949578-201809000-00006> [viitattu 25.2.2019].

Ponzer, S. & Castrén, M. 2013. Ammattienvälinen toiminta ja kommunikaatio. Teoksessa Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M.-M. & Jokela, J. (toim.) Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca Oy. 134–145.

Pucher, P., Johnston M., Aggarwal, R., Arora, S. & Darzi, A. 2015. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery* 1, 85–95. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060\(15\)00211-1/abstract](https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060(15)00211-1/abstract) [viitattu 4.3.2019].

Ramasubbu, B., Stewart, E. & Spiritoso, R. 2017. Introduction of the identification, situation, background, assessment, recommendations tool to improve the quality of information transfer during medical handover in intensive care. *Journal of the Intensive Care Society* 1, 17–23. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1751143716660982> [viitattu 25.2.2019].

Robelia, P., Kashiwagi, D., Jenkins, S., James S. Newman, J. & Sorita, A. 2017. Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: National Primary Care Provider Perspectives of Challenges and Opportunities. *Journal of the American Board of Family Medicine* 6, 758-765. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.jabfm.org/content/30/6/758.long> [viitattu 25.2.2019].

Roine, R., Kinnunen, M. & Haavisto, E. 2017. Potilasturvallisuudesta on liian vähän tietoa. *Lääkärilehti* 3, 108 - 109 WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.11.2018].

Sairaanhoitajaliitto. 2014. ISBAR-kortti.

Samal, L., Dykes, P., Greenberg, J., Hasan, O., Venkatesh, A., Volk, L. & Bates, D. 2016. Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review. *BMC Health Services Research* 16, 143. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1373-y> [viitattu 4.3.2019].

Segall, N., Bonifacio, A., Barbeito, A., Schroeder, R., Perfect, S., Wright, M., Emery, J., Atkins, B., Taekman, J. & Mark, J. 2016. Operating Room–to-ICU Patient Handovers: A Multidisciplinary Human-Centered Design Approach. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 9, 400–414. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250\(16\)42081-7/fulltext](https://www.jointcommissionjournal.com/article/S1553-7250(16)42081-7/fulltext) [viitattu 26.2.2019].

Segall, N., Bonifacio, A., Schroeder, R., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D., Emery, J., Kellum, S., Wright, M., Mark, J. & Durham, V. 2012. Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature. *Anesthesia & Analgesia* 1, 102–115. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00000539-201207000-00020> [viitattu 5.3.2019].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009.

Sosiaali ja terveysministeriö. 2017. Potilas ja asiakasturvallisuusstrategia 2017-2021. Julkaisuja 9.

Sujan, M., Chessum, P., Rudd, M., Fitton, L., Inada-Kim, M., Spurgeon, P. & Cooke, M. 2013. Emergency Care Handover (ECHO study) across care boundaries: the need for joint decision making and consideration of psychosocial history. *Emergency Medicine Journal* 2, 112–118 WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://emj.bmj.com/content/32/2/112> [viitattu 5.3.2019].

Tapper, A.-M., Silfvast, T., Löfstedt, T., Randell, T. & Metsäranta, M. 2015. Turvallinen potilassiirto. Duodecim Oppiportti. Verkkokurssi Saatavissa: <http://www.oppiportti.fi/op/dvk00038#eioikeuksia> [viitattu 29.11.2018].

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2011. Potilasturvallisuusopas - Potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 11.3.2019].

Vardaman, J., Cornell, P., Gondo, M., Amis J., Townsend-Gervis, M., Thetford, C. 2012. Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *Health Care Management Review* 1, 88–97. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00004010-201201000-00010> [viitattu 5.3.2019].

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. E-kirja. Juva: PS-kustannus.

World Health Organisation, 2007. Communication During Patient Hand-Overs. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf> [viitattu 18.11.2018].

ESSOTEN PÄIVYSTYSALUEEN JA LÄHIKUNTOUTUSOSASTOJEN VÄLINEN TIEDONSIIRTO POTILASSIIROISSA

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn Essoten päivystysalueen (Mikkelin keskussairaalan monitoimijapäivystys) ja lähikuntoutusosastojen välisestä tiedonsiirrosta potilassiirroissa. Kysely on tarkoitettu päivystyksessä ja lähikuntoutusosastoilla työskenteleville hoitajille. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa tiedonsiirron toimivuutta ja kehittämistarpeita hoitohenkilökunnan näkökulmasata.

Kyselyyn vastataan nimettöminä, eikä yksittäistä vastaajaa pystytä tunnistamaan tuloksista. Kyselyyn vastaaminen vie n. 10-15 minuuttia.

Tässä kyselyssä **potilassiirrolla** tarkoitetaan **päivystyksestä lähikuntoutusosastolle TAI lähikuntoutusosastolta päivystykseen tapahtuvaa laitossiirtoa**.

1. Työyksikkö *

- ☐ Mikkelin keskussairaalan päivystys
- ☐ Mikkelin lähikuntoutusosasto
- ☐ Juvan lähikuntoutusosasto
- ☐ Mäntyharjun lähikuntoutusosasto
- ☐ Kangasniemen lähikuntoutusosasto

2. Ammatinimike *

- ☐ sairaanhoitaja
- ☐ lähihoitaja

3. Työkokemus hoitoalalta *

- ☐ alle 1 vuosi
- ☐ 1-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ 11 vuotta tai yli

4. Työkokemus nykyisessä yksikössä *

- ☐ alle 1 vuosi
- ☐ 1-5 vuotta
- ☐ 6-10 vuotta
- ☐ 11 vuotta tai yli

Seuraavat väittämät koskevat yleisesti potilassiirtotilanteissa tapahtuvaa tiedonsiirtoa päivystyksen ja lähikuntoutusosastojen välillä. Vastaa väittämiin valitsemalla mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

5. Valitse parhaiten kuvaava vaihtoehto *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
Potilassiirroissa tiedonsiirto onnistuu vaarantamatta potilasturvallisuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilassiirroissa kommunikaatio on sujuvaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän mikä on ISBAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan raportoida ISBAR-mallin mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän ISBAR-mallia suullisessa raportoinnissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Valitse parhaiten kuvaava vaihtoehto *

	<i>Ei mielipidettä (0)</i>	<i>Täysin eri mieltä (1)</i>	<i>Jokseenkin eri mieltä (2)</i>	<i>Jokseenkin samaa mieltä (3)</i>	<i>Täysin samaa mieltä (4)</i>
Potilassiirrossa hiljainen raportti on riittävä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hiljaista raporttia käytettäessä löydän kaiken tarvittavan tiedon potilastietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilassiirrossa paperitulosteiden lähettäminen on turhaa, sillä tiedot löytyvät yhteisestä potilastietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teen HaiPro-ilmoituksen puutteellisista tiedoista potilassiirroissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintamalli on selkeä potilaan siirtyessä jatkohoitoon SAS-hoitajan (kotiutushoitaja) kautta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedonsiirto on sujuvaa potilaan siirtyessä jatkohoitoon SAS-hoitajan (kotiutushoitaja) kautta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavat väittämät koskevat tilannetta, jossa **vastaanotat potilaan** tämän siirtyessä **päivystyksestä lähikuntoutusosastolle tai lähikuntoutusosastolta päivystykseen**.

Valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

7. Vastaanottaessani potilasta... *

	<i>Ei mielipidettä (0)</i>	<i>Täysin eri mieltä (1)</i>	<i>Jokseenkin eri mieltä (2)</i>	<i>Jokseenkin samaa mieltä (3)</i>	<i>Täysin samaa mieltä (4)</i>
...osaan yksikköni toimintamallin potilassiirroissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tiedän mistä yksiköstä potilas on tulossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tiedän lähettävän yksikön toimintamallin potilassiirroissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan potilassiirtoa edeltävästi suullisen raportin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lähettävän yksikön yhteystiedot ovat helposti saatavilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Vastaanottaessani potilasta... *

	<i>Ei mielipidettä (0)</i>	<i>Täysin eri mieltä (1)</i>	<i>Jokseenkin eri mieltä (2)</i>	<i>Jokseenkin samaa mieltä (3)</i>	<i>Täysin samaa mieltä (4)</i>
...saan potilaan henkilötiedot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon hoidon syystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon potilaan sen hetkisestä tilanteesta / voinnista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon mahdollisista hoidonrajauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mahdolliset hoidonrajaukset on kirjattu riskitietoihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon mahdollisesta eristystarpeesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon potilaan perussairauksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon hoitojakson aikana tehdyistä toimenpiteistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon hoitojakson aikana tehdyistä tutkimuksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Vastaanottaessani potilasta... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...tiedän mikä lääkelista on käytössä (kotilääkitys: lääke-L vai osastolääkitys: lääke-O)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lääkelista on ajantasainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lääkelistalle on kirjattu kaikki tarvittava tieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...saan tiedon toteutuneesta lääkehoidosta (esim. kyseisenä päivänä annetut lääkkeet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Vastaanottaessani potilasta... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...saan tiedon jatkohoito-ohjeista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jatkohoito-ohjeet ovat selkeät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...osaan käyttää määräysosiota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...epikriisi / lähete on luettavissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...löydän tarvittavat lääkärin tekstit potilastietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...löydän tarvittavat hoitotyön tekstit potilastietojärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Vastaanottaessani potilasta saan tiedon... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...potilaan sen hetkisestä toimintakyvystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...potilaan aiemmasta toimintakyvystä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...potilaan sosiaalisesta tilanteesta (asuuiko yksin, käykö kotihoito jne.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...omaisille ilmoittamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kotihoitoon ilmoittamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavat väittämät koskevat tilannetta, jossa **siirrät potilaan** jatkohoitoon **päivystyksestä lähikuntoutusosastolle tai lähikuntoutusosastolta päivystykseen**.

Valitse mielipidettäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

12. Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...osaan yksikköni toimintamallin potilassiirroissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tiedän vastaanottavan yksikön toimintamallin potilassiirroissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jatkohoitopaikan yhteystiedot ovat helposti saatavilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...annan suullisen raportin vastaanottavaan yksikköön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon raportoin... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...potilaan henkilötiedot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hoidon syyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...potilaan sen hetkisen tilanteen / voinnin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mahdollisista hoidonrajoituksista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mahdollisesta eristystarpeesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...viimeisimmät vitaaliarvot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hoitojakson aikana tehdyt tutkimukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hoitojakson aikana tehdyt toimenpiteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon... *

	<i>Ei mielipidettä</i> (0)	<i>Täysin eri mieltä</i> (1)	<i>Jokseenkin eri mieltä</i> (2)	<i>Jokseenkin samaa mieltä</i> (3)	<i>Täysin samaa mieltä</i> (4)
...huolehdin, että lääkelista on ajantasainen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lääkelistan tarkastettuani merkitsen tämän tarkastetuksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tieto toteutuneesta lääkehoidosta on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...raportoin tiedossa olevat jatkohoitohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tulostan tarvittavat paperit mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Siirtäessäni potilasta jatkohoitoon.... *

	<i>Ei mielipidettä (0)</i>	<i>Täysin eri mieltä (1)</i>	<i>Jokseenkin eri mieltä (2)</i>	<i>Jokseenkin samaa mieltä (3)</i>	<i>Täysin samaa mieltä (4)</i>
...raportoin potilaan sen hetkisen toimintakyvyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...raportoin potilaan aiemman toimintakyvyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...raportoin potilaan sosiaalisen tilanteen (asuuko yksin, käykö kotihoito jne.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ilmoitan omaisille potilaan siirtymisestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tieto omaisille siirtämisestä on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tieto kotihoitoon ilmoittamisesta on kirjattu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Mainitse kolme (3) toimivaa asiaa tiedonsiirrossa yksikköjen välisten potilassiirtojen osalta:

17. Mainitse kolme (3) kehittämiskohdetta tiedonsiirrossa yksikköjen välisten potilassiirtojen osalta:

Saatekirje

25.4.2018

Hyvä päivystyksen ja lähikuntoutusosaston hoitaja,
opiskelen Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa akuuttihoiton YAMK-tutkintoa ja opintoihini kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Essoten päivystysalueen ja lähikuntoutusosastojen välistä tiedonsiirtoa potilassiirtotilanteissa. Hoitopaikan vaihtuessa tiedonsiirto on keskeinen osa potilasturvallisuutta, sillä tutkimusten mukaan hoitovastuun siirrossa kommunikation katkokset ja eri yksiköiden toimintakulttuurien eroavaisuudet aiheuttavat merkittävän potilasturvallisuusriskin. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata tiedonsiirron onnistumista ja sujuvuutta sekä tuoda esille mahdolliset kehittämistarpeet hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimustulosten pohjalta on mahdollisuus kehittää toimintaa ja luoda yhteneväisiä käytäntöjä tiedonsiirron parantamiseksi yksiköiden välillä, mikä lisää työn sujuvuutta ja potilasturvallisuutta.

Pyydän kohteliaimmin sinua osallistumaan opinnäytetyöni verkkokyselyyn. Kyselyn otoksena ovat kaikki monitoimijapäivystyksen hoitajat sekä Mikkelin, Juvan, Kangasniemen ja Mäntyharjun lähikuntoutusosastojen hoitajat. Juuri sinun osallistumisesi kyselyyn on erittäin tärkeää, jotta voidaan kehittää tiedonsiirtoa yksiköiden välillä. Kyselyyn vastaaminen vie 10-15 minuuttia ja vastaaminen tapahtuu työajalla. Kyselyyn vastataan anonyymisti eikä kyselyn laatija voi tunnistaa tai jäljittää vastaajaa. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista.

Työtäni ohjaa yliopettaja Niina Eklöf, Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu,
niina.eklof@xamk.fi.

Annan mielelläni lisätietoa, mikäli haluat kysyä lisätietoja kyselystä tai opinnäytetyöstäni.

Ystävällisin terveisin

Maiju Termonen

Akuuttihoito YAMK-opiskelija

Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala

Puh: 044 2625915

omate009@edu.xamk.fi tai maiju.termonen@essote.fi

Taulukko tiedonhaun tutkimuksista

Maa & vuosi	Tekijät	Tutkimus	Menetelmä	Otos	Tulokset	Johtopäätökset
Ruotsi, 2018	Caleres, G., Bondersson, Å., Midlöv, P. & Modig, S.	Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used – a descriptive study	Kuvaileva kysely tutkimus. Tutkimuksessa tarkasteltiin yli 75-vuotiaiden potilaiden siirtoepikriisejä viikon ajalta 28:ta eri sairaalasta sekä lähetettiin elektroninen kyselylomake 151 :een perusterveydenhuollon yksikköön. Tutkimuksessa tarkasteltiin: 1. vastaanotettiin siirtoepikriisi, 2. oliko lääkelista päivitetty, 3. oliko perusterveydenhuollon potilastietoihin merkitty lääkitys ja sen suunnitelma sen toteutuksesta	n= 115 siirtoepikriisiä	41% epikriiseistä oli vastaanotettu 46% pth:n potilastiedoista sisälsi lääkityksen ja sen toteutussuunnitelman 31 % lääkelista oli päivitetty 21% kyselyn vastanneista raportoi siirtoepikriisiin saapuvan usein siirtopäivänä ja 66% vastanneista raportoi siirtoepiksiirin saapuvan aina tai usein, mutta myöhässä 57%:n mukaan lääkelistan päivitykset sekä merkinnät lääkityksestä ja suunnitelma sen toteutuksesta tehtiin aina/usein siirtoepikriisiin saavuttua	tiedonsiirto on puutteellista ja siirtoepikriisejä hyödynnettiin puutteellisesti perusterveydenhuollossa, useita siirtoepikriisejä häviää ja lääkelistojen päivitykset sekä merkinnät lääkityksestä ja sen toteutussuunnitelmasta puuttuu
Yhdysvallat, 2008	Dingley, C., Daugherty, K.1, Derieg, M. & Persing, R.	Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements	Ennen – jälkeen tutkimus. Kehitettiin viestinnän ”työkalupakin” (sisältäen SBAR, tiimityöskentelymalli, päivittäisten tavoitteiden asettamisen -malli) ja analysoitiin viestintätahtumia ennen implementointia ja sen jälkeen	n=495 viestintätahtumaa	viestinnän ”työkalupakin” käyttöönoton jälkeen kommunikointiin käytetty aika lyheni (P=0.01), hoitajien tyytyväisyys viestintään parani, ongelmien ratkaisun käyttö aika lyheni (p<0.01), potilaan hoitoaika lyheni	viestinnän kehittäminen erilaisia standardeitua viestintätyökaluja yhdistelemällä voidaan parantaa viestinnän selkeyttä ja raportoinnin sisältöä, tiedonsiirtoa, hoitajien tyytyväisyyttä viestintään, potilaan hoitoa ja potilasturvallisuutta
Singapore, 2016	Fabila, T., Hee, H., Sultana, R., Assam, P., Kiew, A. & Chan, Y.	Improving postoperative handover from anaesthetists to non-anaesthetists in a children’s intensive care unit: the receiver’s perception	Interventiotutkimus pediatriksen postoperatiivisen potilaan siirrosta teho-osastolta vuodeosastolle, vastaanottavan osapuolen näkökulma Havainnointi + kysely. Tutkimusvaiheet: 1. nykyisen potilassiirto-prosessin tarkastelu 2. kyselyyn perustuen uuden prosessin kehittäminen (PETS protokolla + SBAR-malli)	n= 8 +8 interventiota n= 44 hoitajaa (kysely)	SBAR koettiin tärkeimpänä työkaluna potilassiirroissa. Tiedon riittävyys (ero 63,7%) ja selkeys (ero 70,5%) parani merkittävästi (p<0.0001), virheet vähenivät (-2,3%) ja raportti eteni johdonmukaisemmin.	Potilassiirroissa PETS-rotokollan ja SBAR-mallin käyttö on edellytyksenä työnsuorituksen ja vastaanottavan osapuolen tiedon riittävyyden saavuttamiseksi siirrettäessä pediatriasta potilasta teho-osastolta vuodeosastolle

			3. implementointi 4. uuden prosessin arviointi			
Yhdysvallat, 2010	Gillespie, S., Gleason, L., Karuza, J. & Shah, M.	Healthcare Providers' Opinions on Communication between Nursing Homes and Emergency Department	Kyselytutkimus, jossa selvitettiin kommunikaatiota, tiedon siirtoa, suullisen raportoinnin tarpeellisuutta siirrettäessä potilasta päivystyksen ja hoitokodin välillä	n=155 hoitajaa ja terveydenhuolotilan toimijaa	vain 19% koki että kommunikaatio on hyvää päivystyksen ja hoitokodin välillä, 65% koki, että tärkeitä tietoja häviää potilassiirroissa, vain 42 % sairaalan henkilökunnasta koki ettei yksiköiden välisessä tiedonsiirrossa ole usein ongelmia	Sekä hoitokodissa että päivystyksessä koettiin kommunikaation ja tiedonsiirron olevan puutteellista ja suullinen raportointi koettiin tärkeäksi
Englanti, 2015	Hall, W., Keane, P., Wang, S., Debell, F., Allana, A. & Karia, P.	Intensive care discharges: improving the quality of clinical handover through changes to discharge documentation	Ennen jälkeen tutkimus, NICE-instituutin asettamien standardien toteutuminen teho-osatolta siirtyneiden potilaiden epikriiseissä ennen ja jälkeen uuden epikriisi-mallipohjan	n= 28 (ennen) + 40 (jälkeen)	1. tarkastelussa epikriiseistä puuttui jatkuvasti keskeisiä kriiteerejä kuten potilaan psykososiaalinen tilanne, ravitus, kuntoutus, hoidonrajaukset, kommunikaatio. Epikriisin mallipohjan käyttöönoton jälkeen parannusta havaittiin lähes kaikissa NICE-kriteerien osa-alueissa, dokumentointi hoidosta ja lääkityksestä parani merkittävästi	Kirjaamisen ja epikriisien laatua ja sisällön riittävyyttä voidaan parantaa merkittävästi mallipohjan avulla ja näin ollen parantaa tiedonsiirtoa, hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta potilassiirroissa
Saksa, 2016	Hohenstein, C., Fleischmann, T., Rupp, P., Hempel, D., Wilk, S. & Winning, J.	German critical incident reporting system database of prehospital emergency medicine: Analysis of reported communication and medication errors between 2005–2015	Data-analyysi kommunikaatio ja lääkitys virheistä ennen sairaalaan siirtymistä Tietokannan vaaratapaturmaraporteista analysoidiin kommunikointi virheitä, non-verbaalisen viestinnän virheitä ja kommunikaation puutteita	N=845 analysoitua raporttia n=247 kommunikaatio virheisiin liittyvää raporttia	27,5% kaikista raportoiduista tapauksista liittyi kommunikaation puutteisiin. Analyysistä erottui 6 kommunikaatiovirheiden kategorioita 1. ehdotuksen kuitaamattomuus 2. lääkitysvirhe 3. lähettävän tahon kommunikaation puute 4. väärin kuultu / ymmärretty lausahdus 5. tiedonsiirron puutteet kahden henkilön välillä 6. muu kommunikaatio -virhe	Kommunikaation ongelmat voivat johtaa vakaviin vaaratapaturmiin sairaalahoitodossa. Toimiva kommunikaatio on erittäin tärkeä osa potilasturvallisuutta.
Yhdysvallat, 2017	Jones, C., Cumbler, E., Honigman, B., Burke, R., Boxer,	Hospital to Post-Acute Care Facility Transfers: Identifying	kyselytutkimus	N=110 n=71 toimijaa	Vastanneista 32% ilmoitti tiedonsiirron olevan riittämätöntä siirtoepikriisin osalta	Kyselytutkimus osoitti sairaalan ja jatkohoitopaikkojen tiedonsiirron välillä

	R., Levy, C., Coleman, E. & Wald, H.	Targets for Information Exchange Quality Improvement	Verkkokysely lähetettiin 31:een jatkohoitopaikkaan, 110:lle toimijalle. Kyselyssä selvitettiin tiedonsiirron riittävyyttä ja ajoitusta sairaalasta jatkohoitopaikkaan.		lääkityksen ja jatkohoitohjeiden suhteen, 83% ilmoitti riittämättömästä tiedosta aiheutuvan ongelmia ajoittain. Eniten puutteelliseksi koettiin sairaalan yhteystietojen saatavuus. 86% haluaisi saada siirtoepikriisin siirtopäivänä tai päivää ennen, mutta vain 58% ilmoitti tämän toteutuvan näissä aikarajoissa, 10% ilmoitti ettei saa siirtoepikriisiä lainkaan	olevan useita kehittämiskohteita: epikriisien riittävän kattava sisältö, epikriisien siirtyminen riittävän ajoissa jatkohoitopaikkoihin sekä sairaalan yhteystietojen saatavuus ja konsultaatiomahdollisuus
Yhdysvallat, 2015	Jones, C., Vu, M., O'Donnell, C., Anderson, M., Patel, S., Wald, H., Coleman, E. & DeWalt, D.	A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations	haastattelututkimus sairaalan ja perusterveydenhuollon välisestä hoidon koordinoinnista, tietojenvaihdosta, seurannasta, vastuullisuudesta ja lääkehoidosta	n=58 lääkärinä ja hoitajaa	sairaalan ja perusterveydenhuollon haasteet hoidon koordinoinnissa: ajanpuute, tavoitettavuus, toisen osapuolen tuntemattomuus, suljetun ympyrän viestinnän puutteellisuus, lääkelistojen poikkevuudet, selkeyden puute tehdyistä tutkimuksista ja aiemmasta toimintakyvystä	molemmat yksiköt kohtaavat samoja haasteita, vaikka kokemukset vaihtelevat roolien perusteella, tiedonsiirtoa ja hoidon koordinaointia voidaan kehittää lisäämällä yhteistyötä ja tietämystä toisen yksikön toimintamallista
Yhdysvallat, 2016	Kerstenetzky, L., Birschbach, M., Beach, K., Hager, D. & Kennelty, K.	Improving medication information transfer between hospitals, skilled-nursing facilities, and long-term-care pharmacies for hospital discharge transitions of care: A targeted needs assessment using the Intervention Mapping framework	Interventio kartoitus + kysely Sairaalasta hoitokotiin tai pitkäaikaishoitoon siirtyneiden potilaiden lääkevirheet verraten siirtoepikriisissä mainittuun lääkitykseen.	n=83	Yli 75%:ssa lääkeli-toista havaittiin ainakin yksi virhe. Yhteensä 191 virhettä. 20,3% kyselyyn vastanneista raportoi potilaan hoidon viivästymisestä siirtovaiheessa puuttuvien asiakirjojen vuoksi Viestintä sairaalan ja jatkohoitopaikan välillä koettiin yksisuuntaiseksi ja konsultaatiomahdollisuus huonoksi	Interventio kartoitus on tehokas tapa kartoittaa lääkitysvirheitä potilassiirroissa. Potilassiirtoihin liittyvien lääkitysvirheiden vähentäminen edellyttää kommunikaation ja tietoliikenteen parantamista sekä potilassiirtoprosessin kehittämistä
Yhdysvallat, 2016	Lee, S-H., Phan, P., Dorman, T., Weaver, S. & Pronovost, P.	Handoffs, safety culture, and practices: evidence from the hospital survey on patient safety culture.	Vuonna 2010 tehdystä potilasturvallisuuskulttuurin koskevasta kyselystä analysoitiin tilastollisia suhteita potilassiirtojen sekä niiden käytäntöjen ja potilasturvallisuuskulttuurin sekä potilasturvallisuuden välillä	n= 885 sairaalaa	tehokas tiedon, vastuun ja velvollisuuden siirto olivat välttämättömiä potilasturvallisuuden kannalta, virheet liittyivät tiedonsiirtoon potilassiirtoissa, ti-	Henkilöstön käyttäytymistekijöihin potilassiirtotilanteissa vaikuttavat heidän käsitykset sairaalan potilasturvallisuuden tasosta. Potilasturvallisuutta voidaan

					mityö ja vaara-ta- pahtumat ja niin yk- siköissä kuin yksiköi- den välilläkin liittyi- vät vastuun ja vel- vollisuuden siirtoon työntekijöiden tai yk- siköiden välillä	parantaa koulutta- malla ja arvioimalla potilassiirtoja
Yhdysval- lat, 2018	Malenka, E., Nett, S., Fussell, M. & Braga M.	Improving Handoffs Be- tween Oper- ating Room and Pediatric Intensive Care Teams: Before and After Study	Ennen – jälkeen havain- nointitutkimus. Tutkimuksessa havainnoi- tiin standardoidun rapor- tointimallin (+ tsekkauslis- tan) vaikutusta tärkeiden tietojen siirtymiseen, poti- laan kiputilanteeseen siir- tovaiheessa sekä rapor- tointin kestoa siirrettä- essä potilasta leikkaussa- lista lasten teho-osastolle.	n=52 potilaan luovu- tusta (29 en- nen ja 23 jäl- keen)	Tiedonsiirron pistey- tys parani merkittä- västi 56%-sta -> 81%-iin. (P<0.001) Potilaan kiputilan- teessa (pain score) ei ollut merkittävää muutosta. Rapor- tointiin ei kulunut enempää aikaa.	Standardoitu rapor- tointimalli potilassiir- rossa parantaa tie- donsiirtoa lisäämättä raportoinnin kestoa tai potilaan kiputilan- netta.
Englanti, 2015	Pucher, P., Johnston M., Aggarwal, R., Arora, S. & Darzi, A.	Effectiveness of interven- tions to im- prove patient handover in surgery: A systematic re- view	Kirjallisuuskatsaus Katsauksen sisäänottokri- terinä oli tutkimukset, jotka käsittelivät kirurgisen potilaan potilassiirtopro- sessin interventioita, sisäl- tään mm. tarkastuslistoja, standardoituja malleja po- tilassiirroissa. Näiden tu- loksia vertailtiin The Joint Comission asettamiin poti- lasturvallisuuden ja hoi- don laadun kriteereihin	n=19	Kaikissa tutkimuk- sissa raportoitiin jon- kin verran paran- nusta potilassiirto- prosessissa, mutta vain yksi tutkimus pystyi parannuksilla täyttämään kaikki The Joint Comissio- nin asettamat kritee- rit	Tiedonsiirtoa kirurgi- sen potilaan siirto- prosessissa voi- daan parantaa otta- malla käyttöön tar- kastuslistoja tai standardoituja mal- leja
Yhdysval- lat, 2017	Ramasubbu, B., Stewart, E. & Spiri- toso, R.	Introduction of the identifi- cation, situa- tion, back- ground, as- sessment, recommend- ations tool to improve the quality of in- formation transfer dur- ing medical handover in intensive care	Ennen – jälkeen havain- nointitutkimus Tutkimuksessa havain- nointiin raportointia ja kir- jallista tiedonsiirtoa yh- teensä 50 potilaan luovu- tuksessa ennen ja jälkeen ISBAR-menetelmän käyt- töönottoa Havainnointi toteutettiin pisteyttämällä ISBAR-mal- lin eri osa-alueiden toteu- tuminen raportoinnissa potilasta luovutettaessa sekä arvioimalla potilaan- luovutustilanne asteikolla 0-10	n=50+5 0 poti- laan luovu- tusta	ero kokonaispis- teissä oli merkittävä (p< 0.001) ennen ja jälkeen ISBAR-me- netelmän käyttöön- ottoa. 1. havainnoinnissa kokonaispisteet oli- vat 263/500 ja luov- utustilanteen pis- teet 5/10 ja toisessa havainnoinnissa 457/500 ja 9/10.	Standardoidun ra- portointimenetelmän käyttöönotto paran- taa merkittävästi po- tilasturvallisuutta ja tiedonsiirron laatua lääkäriltä lääkärille tapahtuvassa poti- lassiirrossa teho- osastolla
Yhdysval- lat, 2017	Robelia, P., Kashiwagi, D., Jenkins, S., James S. Newman, J. & Sorita, A.	Information Transfer and the Hospital Discharge Summary: National Pri- mary Care	Satunnaistettu kyselytutki- mus Sähköinen kysely lähetet- tiin kansallisesti peruster- veydenhuollon toimijoille	N=800, n=472(59%)	Sama potilastieto järjestelmä oli mer- kittävimmissä roo- lissa siirtoepikriisin saatavuuteen. 27,5%:lla vastan- neista oli epikriisi oli saatavilla 0% - 40%	Tiedonsiirtoa voi- daan parantaa oikea aikaisella siirtoepi- kriisin toimituksella, tiedonsiirron järjes- telmällisellä suunnit- telulla keskittyen työkaluihin, joilla

		Provider Perspectives of Challenges and Opportunities	(American Academy of Family Physicians -jäsenille) Tutkimuksessa selvitettiin oliko siirtoepikriisi saatavilla, sisälikö se kaikki tarvittavat tiedot ja oliko tietyt asiat toteutettu		ajasta, 41,4%:lla 41% - 80% ajasta ja 31,1%:lla > 80% ajasta. Vastaajat kuvasivat myös merkittäviä puutteita epikriisin sisällössä: 26,5% mukaan yhteenveto sisälsi kaikki tarvittavat tiedot 0–40% ajasta, 48,5% mukaan 41–80% ajasta ja vain 25% mukaan > 80% ajasta. Tärkeinä asioina siirtoepikriisissä pidettiin lääkelistan päivitystä, diagnoosiluetteloa, hoidon yhteenvetoa	kriittisen tiedon siirtymisen varmistetaan sekä kouluttamalla lääkäreitä sisällyttämään siirtoepikriiseihin perusterveydenhuollon kannalta tärkeät tiedot
Yhdysvalat 2016	Samal, L., Dykes, P., Greenberg, J., Hasan, O., Venkatesh, A., Volk, L. & Bates, D.	Care coordination gaps due to lack of interoperability in the United States: a qualitative study and literature review	laadullinen tutkimus + kirjallisuuskatsaus: haastattelu ja data-analyysi terveydenhuollon tietotekniikan käytöstä potilaan siirtyessä päivytyksestä jatkohoitopaikkaan, kuten terveyskeskusvuoodeosastolle, palveluasumisyksikköön tai kotihoitoon, 6:lla eri alueella yhdysvalloissa	n=29 (17 organisaatiota)	Tutkimuksessa tunnistettiin useita puutteellisia osa-alueita potilassiirrossa: tiedonsiirto, seuranta-järjestelmät, potilaan omat hoidon ja toimintakyvyn tavoitteet, yhteistyö potilaiden omahoitajien kanssa	Hoitopaikkojen yhteentoimivuuden puute johtaa tehottomiin prosesseihin ja puuttuviin tietoihin potilassiirroissa
Yhdysvalat, 2016	Segall, N., Bonifacio, A., Barbeito, A., Schroeder, R., Perfect, S., Wright, M., Emery, J., Atkins, B., Taekman, J. & Mark, J.	Operating Room-to-ICU Patient Handovers: A Multidisciplinary Human-Centered Design Approach	Ennen-jälkeen havainnointi ja haastattelututkimus 49 potilassiirtoa leikkauksalin ja teho-osaston välillä havainnointiin ja pisteytettiin ennen ja jälkeen uuden ihmislähtöisen potilassiirtomallin käyttöönoton (keskittyen ei-tekniisiin taitoihin) lisäksi osallistujia haastateltiin Uusi potilassiirroissa käytettävä malli kehitettiin ensimmäisten havainnointien, haastattelujen ja kirjallisuuden pohjalta	n=49+49	Pisteet työkuorman ja käyttäytymisen osalta potilassiirrossa paranivat merkittävästi lisäämättä potilassiirron kestoa. Myös siirtoon osallistuvien työtyytyväisyys parani ja uusi malli koettiin huomattavasti aiempaa parempana myös pitkän aikavälin vertailussa.	Ihmislähtöisen potilassiirtomallin luominen ja käyttäminen parantaa prosessia potilassiirrossa, vähentää työkuormaa ja parantaa työtyytyväisyyttä
Yhdysvalat 2012	Segall, N., Bonifacio, A., Schroeder, R., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D., Emery, J.	Can We Make Postoperative Patient Handovers Safer? A Systematic Review of the Literature	Kirjallisuuskatsaus Kijallisuuskatsaukseen hyväksyttiin artikkelit, jotka käsittelivät keikkauksen jälkeistä potilassiirtoa	n=31 artikkeleita	24 x suositus strukturoidusta potilassiirrosta/tiedonsiirrosta, Useita suosituksia: prosessin standardointi (tarkastuslistat/protokollat), klii-	potilassiirtojen heikoudet: huono ryhmätyö ja viestintä, potilaan tilan vaarantuminen siirrossa, epäselvät menettelyt, tekniset virheet, jäsentelemättömät

	J., Kellum, S., Wright, M., Mark, J. & Durham, V.		teho-osastolle tai heräämään Tutkimusten pohjalta tehtiin yhteenvedo prosesseista ja kommunikaatio-suosituksista		nisten tehtävien loppuun saattaminen ennen siirtoa, vain potilaaseen liittyvän keskustelun salliminen raportin aikana, kaikkien asianomaisten läsnäolo, koulutus tiimityöstä ja viestinnästä 4:ssä tutkimuksessa interventio -> kaikissa tuloksena vaikuttavuuden, tehokkuuden ja tiimityön parantuminen	prosessit, keskeytykset, häiriötekijät, oleellisen tiedon siirtäminen, usean asian tekeminen yhtä aikaa ja tarkkaavaisuuden häiriintyminen Suosituksia noudattamalla (kuten prosessien standardointi) voidaan parantaa potilassiirron laatua, tiedonsiirtoa ja potilasturvallisuutta
Yhdysvallat, 2016	Segall, N., Bonifacio, A., Barbeito, A., Schroeder, R., Perfect, S., Wright, M., Emery, J., Atkins, B., Taekman, J. & Mark, J.	Operating Room-to-ICU Patient Handovers: A Multidisciplinary Human-Centered Design Approach	Ennen – jälkeen -tutkimus Havainnoinnin, tutkimusten, haastattelujen ja fokusryhmien avulla selvitetiin leikkaussalin ja teho-osaston välistä potilassiirron nykytilaa, suunniteltiin ja implementoitiin uusi ihmislähtöinen potilassiirtomalli ja tutkittiin tämän vaikutusta tiedonsiirtoon	n=49 +49 potilassiirtoa ennen ja jälkeen implementoinnin	Tiedonsiirron pisteytyksessä ja keskeytysten määrässä ei ollut merkittävää eroa, mutta työkuorma keveni, tiimityöskentely parani lisäämättä siirtoon käytettyä aikaa. Osallistujat olivat myös huomattavasti tyytyväisempiä uuteen potilassiirtomalliin.	Strukturoidulla ihmislähtöisiin tekijöihin keskittyvällä potilassiirtomallilla voidaan selkeyttää tiedonsiirtoa potilassiirroissa, sekä parantaa tiimityöskentelyä ja vähentää työkuormaa
Englanti 2013	Sujan, M., Chessum, P., Rudd, M., Fitton, L., Inada-Kim, M., Spurgeon, P. & Cooke, M.	Emergency Care Handover (ECHO study) across care boundaries: the need for joint decision making and consideration of psychosocial history	Havainnointi tutkimus. 203 potilassiirtokeskustelua tallennettiin ja analysoitiin (ensihoidon ja päivystyksen tai päivystyksen ja osaston välillä)	n=203 potilas-siirtoa	Potilassiirroissa keskustelut olivat pääasiassa kuvailevia 60-65%, yksisuuntaisia ja keskittyivät potilaan fysiologisiin prioriteetteihin ja akuuttiin hoidon tarpeeseen, van 1,5-5%:ssa raporteista mainittiin myös potilaan sosiaaliset ja psykologiset tarpeet	Potilassiirroissa tiedonsiirron standardoinnissa tulisi huomioida yhteistoiminnalliset näkökohdat eli huomioida myös potilaan sosiaalisten ja psykologisten tarpeet, jotta ne tulee hoitojärjestelyissä huomioitua kokonaisvaltaista hoitoa ajatellen
Yhdysvallat, 2012	Vardaman, J., Cornell, P., Gondo, M., Amis, J., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C.	Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment.	Laadullinen tapaustutkimus Kahdesta sairaalasta, jossa implementoitiin SBAR-mallia, kerättiin tietoja mallin vaikutuksista sairaanhoitajien päivittäisiin kokemuksiin puolistrukturoidulla haastattelulla, havainnoimalla ja tarkastelemalla dokumentteja, jotka koskivat SBAR-mallin implementointia	n=80 haastateltavaa	Tietojen analysoinnin tuloksena havaittiin neljä osa-aluetta, joihin SBAR-mallilla koettiin olevan vaikutusta: kaavamaisen toiminnan muodostaminen, legitimiyden kehittämisen, sosiaalisen pääoman lisääntymisen ja hallitsevan logiikan vahvistaminen	Viestinnän standardoinnin lisäksi SBAR-mallilla voidaan vahvistaa hoitajien päätöksentekoa, tiimityöskentelyä, järjestelmällisyyttä sekä antaa varmuutta uusille hoitajille