

Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi

Anne Kuusisto¹, Anne Joensuu¹, Minna Nevalainen², Terhi Pakkanen¹, Paula Ranne¹, Juha Puustinen^{1,3,4}

¹ Satakunnan sairaanhoitopiiri, Pori; ² Satakuntaliitto, Pori; ³ Porin perusturvakeskus, Pori; ⁴ Helsingin yliopisto, Helsinki

Anne Kuusisto, FT, Satakunnan sairaanhoitopiiri, FI-28500 Pori, FINLAND. Sähköposti: anne.kuusisto@satshp.fi

Tiivistelmä

Potilaan sujuvan ja turvallisen kotiutumisen edistämiseksi tarvitaan kotiutuskäytäntöjen yhtenäistämistä ja sähköisen hoitotyön yhteenvedon tietosisällön parantamista. Kotiutuslistan käytöllä voidaan parantaa potilaan hoidon jatkuvuutta ja laatua. Se auttaa muistuttamaan hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisista asioista hoitajakson aikana, ja sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi sähköisen hoitotyön yhteenvedon laatimisessa.

Kuvaamme tässä artikkelissa moniammatillisen kotiutuslistan tietosisällön kehittämistä hoitokertomukseen potilaan tulotilanteen ja hoitajakson aikaisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi kirjallisuuden sekä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa työskentelevien ammattilaisten (n = 82) yhteistyön tuloksena.

Kotiutuslistaan sisällytettiin aikaisemman kirjallisuuden, käytössä olleiden paperisten kotiutuslistaesimerkkien ja moniammatillisten työryhmien tuotoksena syntyneitä potilaan turvallisen kotiutuksen kannalta keskeisiä tarkasteltavia asioita. Kotiutuslista pilotoitiin Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Pilotointi toteutettiin kolmella keskussairaalan vuodeosastolla, keuhkosairauksilla, sisätaudeilla ja neurologialla, sekä vanhuspsykiatrian ja kuntoutuksen vuodeosastoilla paperimuodossa. Pilotoitu tietosisältö siirrettiin sähköiseen muotoon Effican hoitokertomukseen (hokeen) osaksi potilaan kliinistä hoitosuunnitelmaa.

Moniammatillinen kotiutuslista otettiin pilotin jälkeen käyttöön Satakunnan erikoissairaanhoidon palveluissa. Kotiutuslistan keskeisimmät jatkokehittämistarpeet kohdistuvat asiakas- ja potilasnäkökulman esille saamiseen sekä sen tekniseen toimivuuteen potilastietojärjestelmässä.

Avainsanat: hoidon jatkuvuus, potilaan kotiuttaminen, tarkistuslista, rakenteinen kirjaaminen, hoitotyön yhteenvedo

Abstract

To promote effective and safe patient discharge, it is necessary to harmonize discharge practices and improve the content of the electronic nursing discharge summary. The use of a discharge checklist can improve the continuity and quality of patient's care. It helps to remind of the essential things that are relevant to the continuity of care during the care period and can be used in, for example, the compilation of an electronic nursing discharge summary.

In this article we describe the development of the content of a multiprofessional discharge checklist into the nursing documentation system in order to harmonize the recording of the patient's admission and care period as a result of co-operation between literature and professionals (n = 82) working in specialized health care, primary care and social work.

The discharge checklist included some of the key issues for safe patient discharge that emerged from the literature, the available paper discharge checking list examples and multiprofessional workgroups. The discharge checklist was piloted at Satakunta Hospital District. Piloting was carried out in three central hospital wards (lung diseases, internal medicine, neurology) and at the elderly psychiatry and rehabilitation wards in paper format, after which the information content was transferred into an electronic form into Efficais nursing documentation system as part of the patient's clinical care plan.

The multiprofessional discharge checklist was introduced after the pilot in Satakunta's specialized health care services. The most important further development needs of the discharge checklist focus on including the customer and patient perspective and its technical performance in the electronic health record.

Keywords: continuity of patient care, patient discharge, checklist, documentation, patient discharge summaries

Johdanto

Potilaan hoidon jatkuvuus on uhattuna, elleivät häntä koskevat oleelliset hoitotiedot ole hänen itsensä tai hoitoa jatkavan ammattilaisen saatavilla jatkohoitopaikassa tai potilaan kotiuduttua hänen kotonaan tai palvelukodissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen monimutkaistuminen on lisännyt haattatapahtumien määrää, joista tiedonkulkuun ja lääkehoitoon liittyvät haattatapahtumat ovat yleisimpiä [1,2]. Sähköinen hoitotyön yhteenveto (HOIY) on työväline, jonka pitäisi sisältää potilaan kotiutuksen ja hoidon jatkuvuuden kannalta oleellisia tietoja jatkohoittoa varten ja turvata hoidon jatkuvuutta silloin kun hoitovastuu vaihtuu [3].

Suomessa kansallisen kirjaamismallin mukainen sähköinen hoitotyön kirjaaminen toteutetaan moniammatilliseksi kirjaamisalustaksi tarkoitettussa hoitokertomuksessa Finnish Care Classification (FinCC) -luokituskokonaisuuden avulla. FinCC-luokituskokonaisuudessa hoidon tarpeet kuvataan Suomalaisella hoidon tarveluokituksella (SHTaL 3.0) ja hoitotoimet Suomalaisella hoitotyön toimintoluokituksella (SHToL 3.0). Sähköinen hoitotyön yhteenveto on osa kansallista kirjaamismallia. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilö koostaa hoitajakson ajalta sähköisen hoitotyön yhteenvetoon, joka sisältää jatkohoidon kannalta keskeisiä hoitotyön rakenteisia tietoja: hoidon tarve, hoitotoimet ja hoidon tulos, joita

kuvataan FinCC-luokituskokonaisuudella. Yhteenveto voidaan täydentää potilaan hoitoisuutta koskevalla tiedolla. [3,4]

Sähköinen hoitotyön yhteenveto kuuluu valtakunnalliseen potilastiedon arkistoon arkistoitaviin potilasasiakirjoihin [5] ja on sieltä sekä potilaan että ammattilaisen katsottavissa [6]. Tuoreen väitöstutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa työskentelevät hoitotyöntekijät arvioivat HOIY:n parantavan hallinnollista jatkuvuutta, mutta olevan tietosisällöltään huono [7]. Esimerkiksi potilasohjaus on usein kirjaamatta [8–10].

Kotiutusta ja jatkotutkimuksia koskevien asioiden tiedottamisella jatkohoitopaikkaan pyritään välttämään viivästynyttä tai riittämätöntä siirtotilanteen tiedonvaihtoa sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä [11]. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen rajapinnan madaltamiseksi on suositeltu ns. kotiutuksen tarkistuslistoja [12], joiden on systemaattisessa katsuksessa todettu parantaneen lääketieteen loppuarvioiden laatua rakenteisen kirjaamisen, koulutuksen ja palautteiden ohella [13]. Tarkistuslista on systemaattisen työskentelyn apuväline. Sen avulla pyritään ehkäisemään muistin varassa toimimista ja välttämään inhimillisiä erehdyksiä. [14–15] Tarkistuslistaan sisältyy tiettyyn prosessiin esimerkiksi potilaan kotiuttamiseen

liittyviä asioita [14,16] kuten potilaan toimintakykyä kuvaavia asioita [17,18].

Tarkistuslistojen hyödyllisyydestä potilashoidolle on saatu näyttöä erityisesti lääketieteessä. Terveystieteiden tutkimusten mukaan ehkä tunnetuin tarkistuslista on Maailman terveysjärjestön WHO:n turvallisen kirurgian tarkistuslista. [19–20] Leikkaussaliolosuhteissa on osoitettu, että sen avulla on kyetty vähentämään kirurgisia komplikaatioita ja parantamaan leikkaustiimin välistä kommunikaatiota [19]. Vastaavasti gynekologisten syöpäpotilaiden päivittäiskirjauksiin yhdistetty tarkistuslista on parantanut rutiinihoidon toteuttamista, joka saattaa muuten unohtua, kun kyseessä ovat potilaan merkittävät lääketieteelliset ongelmat [16].

Kokeellisen tutkimuksen avulla on osoitettu, että kotiutukseen liittyvät asiat toteutetaan yleisimmin muistinvärisesti [21]. Potilaiden sairaalasta hoitolaitokseen ja hoitolaitoksesta sairaalaan tapahtuvien siirtotilanteiden parantamiseksi on kehitetty siirtotietoja koskevan informaation tarkastuslistoja [13,22–24]. Tällaiset ns. kotiutuksen tarkistuslistat (jatkossa kotiutuslistat) voivat toimia ammattilaisten muistin ja päätöksenteon tukena koko potilaan hoitajakson ajan [14–15].

Kotiutuksen valmistelu ja tarkoituksenmukaisen hoitopaikan valinta tulisi käynnistyä välittömästi hoitajakson alettua [12,25]. Kotiutuslistojen avulla on kyetty standardoimaan ja yhdenmukaistamaan jatkohoidon järjestämiseen liittyviä hyviä käytäntöjä [12–13,23] ja varmistamaan, että kaikki kotiutukseen liittyvät oleelliset asiat on huomioitu [23]. Asiakkaan osallisuutta korostetaan meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksessa eli sotessa [26]. Kotiutuslistat ovat varmistaneet potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa. Ne ovat myös rohkaisseet hoitotyöntekijöitä keskustelemaan hoidosta potilaan ja perheen kanssa. [23]

Sairaalan kotiutusprosessilla ei ole itsessään kyetty osoittamaan tilastollisesti merkitsevää vaikutusta potilastuloksiin systemaattisessa katsauksessa [27]. Sen sijaan niiden avulla on saatu parannettua potilasturvallisuutta [15,19,23,28], ja esimerkiksi vähennettyä psykiatristen ja gynekologisten syöpiä sairastavien potilaiden uudelleen sairaalaan joutumisia [16,28]. Hoitotyönteki-

jät ovat arvioineet, että jos tarkistuslistat ovat puuttuneet hoitotyöntekijöiden vuorojenvaihtotilanteissa, potilasturvallisuus on vaarantunut [29].

Tarkistuslistat ovat olleet perinteisesti paperisia ja niiden toiminnallisuus on ollut rajallista [14]. Viime aikoina kotiutuslistoja onkin siirretty sähköiseen muotoon. Sähköisen kotiutuslistan integroinnista erityisesti lääketieteen prosesseihin on osoitettu olevan hyötyä. [15, 21] Kotiutuslistan kehittämistä ja toimeenpanoa Epic-potilastietojärjestelmässä on kuvattu USA:ssa. Sähköinen kotiutuslista muistutti lääkäreitä saattamaan loppuun kotiutukseen liittyviä tehtäviä, paransi luottamusta ja lisäsi hoitoprosessin tehokkuutta. [21] Systemaattisessa katsauksessa on näytetty toteen, että sähköisessä muodossa olevat tarkistuslistat ovat tuottaneet vastaavia hyötyjä kuin paperiset (esim. muistin ja päätöksenteon tuki) [15].

Potilastiedon siirto tietojärjestelmässä on riskialtis vaihe tiedon muuttumiselle [30]. Kotiutuslistan tekninen toteutus potilaskertomusjärjestelmään on osoittautunut haasteelliseksi. Sen lisääminen ”käsin” kunkin potilaan potilaskertomukseen aiheuttaa lisätyötä. Esimerkiksi Epic-potilastietojärjestelmässä kotiutuslista implementoitiin kiinteäksi osaksi potilaskertomuksen päivittäiskirjaamisalustaa, jolloin sitä ei enää tarvinnut lisätä erikseen kunkin potilaan potilaskertomukseen [21]. Ammattilaiset arvostivat lyhyttä ja ytimekästä kotiutuslistaa [14,21] eikä tietosisällöltään laaja kotiutuslista ole edes mahtunut tietokoneen näytölle [21].

Systemaattisen katsauksen mukaan pelkkä kotiutuslistan siirtäminen sähköiseen muotoon ei ole välttämättä taannut onnistunutta käyttöönottoa. Onnistuneen käyttöönoton kannalta oleellista on ollut sen integrointi olemassa oleviin työprosesseihin [15], jolloin kotiutuslistan tietosisältöä on voitu välittömästi päivittää ja jakaa yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattiryhmien kesken. Tavoitteeksi on asetettu tiimityöskentelyyn perustuva ja koordinoitu potilaan hoito. [21]

Potilaan ja hänen hoitoaan jatkavan ammattilaisen tietoisuus siirtotilanteen lääkityksestä on oleellinen asia turvallisen potilassiirron kannalta [1,31]. Aiemmin lääki-

tystiedot ovat olleet puutteellisia ja päällekkäisiä hoitotyön yhteenvedoissa ja loppuarvioissa [7]. Hoitotyössä tarkistuslistoja on hyödynnetty mm. lääkitysten tarkistamisessa siirtotilanteissa [1]. Tiedossa ei ole näyttöä hoitotyön päivittäiseen sähköiseen kirjaamiseen yhdistetyn moniammatillisen kotiutuksen tarkistuslistan käytöstä. Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata moniammatillisen kotiutuslistan tietosisällön kehittämistä hoitokertomukseen potilaan tulotilanteen ja hoitajakson aikaisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi kirjallisuuden sekä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa työskentelevien ammattilaisten (n = 82) yhteistyön tuloksena. Potilaan sujuvan ja turvallisen kotiutumisen edistämiseksi tarvitaan kotiutusikäntöjen yhtenäistämistä ja sähköisen hoitotyön yhteenvedon tietosisällön parantamista.

Aineisto ja menetelmät

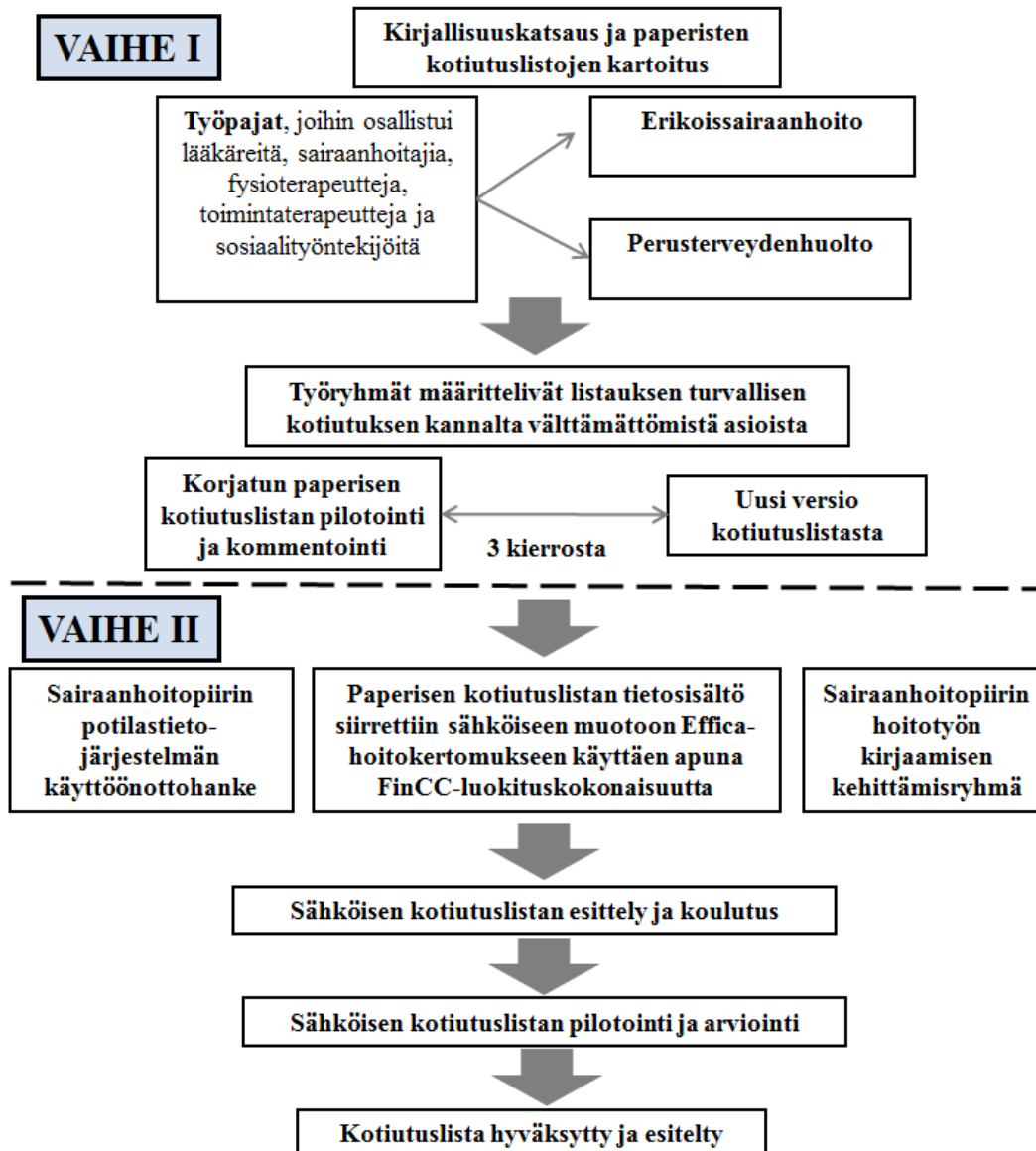
Toimintaympäristö

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä tarjoaa vuonna 2018 erikoissairaanhoidon palveluja 17 jäsenkuntansa noin 223 000 asukkaalle yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa [32]. Satakunnan sairaanhoitopiiri oli vuosina 2014–2016 mukana Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamassa hankkeessa, jonka yhtenä tavoitteena oli tehostaa ikäihmisten erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisiä kotiutus- ja kuntoutusprosesseja [33]. Hanke oli osa laajempaa Ikääntyneiden yhteisvoimin kotona –hanketta, jonka päämääränä oli tukea ikäihmisten arjessa selviytymistä. Turvallinen kotiutus on tärkeä tapa tukea kotona asumista ja turvallista kuntoutumista sairaalassa olon jälkeen. [34]

Moniammatillinen kotiutuslista kehitettiin hankkeessa turvallisen kotiutuksen tueksi kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin kotiutuslistan tietosisältö ja toisessa vaiheessa se integroitiin osaksi hoitokertomusta (Kuva 1).

Vaihe 1. Moniammatillisen kotiutuslistan tietosisällön määrittely

Kotiutuslistan tietosisällön laatimista edelsi laaja asiaa kartoittava kirjallisuuskatsaus (scoping review) potilaan hoidon jatkuvuudesta [7]. Lisäksi haettiin kyselemällä esimerkkejä muualla Suomessa käytössä olevista paperisista tarkistuslistoista. Tarkistuslistan tietosisältö tuotettiin Satakunnan sairaanhoitopiirin ikäihmisten kehittämishankkeeseen liittyvissä työpajoissa, joissa aineisto kerättiin ns. fokusryhmähaastattelua mukailten. Fokusryhmähaastattelu on laadullinen tutkimusmenetelmä, jossa ryhmäkeskusteluissa pyritään ymmärtämään tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä ja saamaan esille erilaisia näkökulmia [35]. Fokusryhmähaastattelua voidaan käyttää kehittämishankkeiden alussa, jolloin fokusryhmät voivat tuoda esille esim. järjestelmän tietosisältöön tai käyttöliittymäratkaisuun liittyviä toiveita ja tarpeita [36], jolloin voidaan kehittää toimintaa [35]. Fokusryhmähaastattelujen avulla on tutkittu mm. ammattilaisten työprosesseja ja tietojärjestelmien käyttökokemuksia [37]. Se soveltuu erityisesti sellaisten tutkimuskohteiden selvittämiseen, joista ei vielä tiedetä paljon [38]. Aiemmin siirtotietoja koskevien tarkistuslistojen sisältöön on haettu konsensusta kirjallisuudesta [12,27] ja asiantuntijapaneeleista [12,14].



Kuva 1. Moniammatillisen kotiutuslistan kehittämisprosessi

Tässä projektissa monialaiseen kehittämistarpeiden kartoitustyöhön osallistui sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuvia työryhmiä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa. Työryhmät auttoivat kotiutuslistan kehittämisessä sekä osallistuivat palaute- ja tarkistuskierroksiin. Ryhmien muodostamisessa on oleellista homogeenisuus ja foku-soituminen [35]. Työryhmiin osallistuvat löytyivät ja valikoituivat hankkeen kuntakierroksilla vapaaehtoisuuden, kiinnostuneisuuden ja kehittämismyönteisyyden perusteella. Työryhmissä oli edustettuina usean Sata-

kunnan kunnan ja kuntayhtymän eri ammattilaisia kuten lääkäreitä, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, kuntoutusohjaajia ja sosiaalityöntekijöitä (n = 82). Työryhmien koot ja kokoonpanot vaihtelivat eri tapaamiskerroilla (Taulukko 1). Kuntien ja erikoissairaanhoidon työntekijät kokoontuivat aluksi omissa työpajoissaan (n = 29). Myöhemmin pidettiin yhteisiä työryhmiä (n = 5) saman pöydän ääressä. Kuntatyöryhmissä ja erikoissairaanhoidon pienryhmissä oli keskimäärin 4-6 jäsentä/ryhmä, mikä noudattaa suosituksia [35].

Taulukko 1. Monialaisen tiimin (n = 82) edustus ammattinimikkeittäin*.

Ammattinimike	n
Sairaanhoitaja	35
Lääkäri	11
Fysioterapeutti	6
Kuntoutusohjaaja	6
Sosiaalityöntekijä	6
Lähihoitaja	5
Kotihoidon esimies	2
Vanhustyön johtaja	2
Projektityöntekijä	2
Lisäksi yksi edustaja seuraavista: toimintaterapeutti, kuntohoitaja, vanhustyön ohjaaja, palveluneuvoja, psykologi, terveydenhoitaja ja geronomi	7

*Ammattiryhmäkohtaiset lukumäärät suuntaa-antavia.

Työpajat suunniteltiin yhdessä moniammatillisessa tiimissä. Ne toteutettiin työparityöskentelyinä, joka mahdollisti keskustelun seuraamisen ja kirjaamisen työryhmän suoraan tuottamien tietojen lisäksi. Työryhmän vetäjiä oli suosituksia vastaavasti kullakin kerralla vähintään kaksi [35], joista toinen kysyi ja toinen kirjasi muistiinpanoja. Keskustelutilanteissa selvitettiin tiedonkulun ja kotiutusprosessin ongelmakohtia. Tavoitteena oli saada selville potilaan kotiutuksen kannalta keskeisiä tietoja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi eri toimijoiden ja organisaatioiden näkökulmista.

Työpajoissa käytettiin potilastapauksiin perustuvaa työskentelytapaa, pienryhmätyöskentelyä kiertäen pöydästä toiseen, vapaamuotoista ideointia sekä ns. porinavartteja ja ammattiryhmittäin yli organisaatiotapahtuvien tapahtuvien työskentelymenetelmiä. Seuraavassa työryhmän kokoontumisessa jatkettiin siitä, mihin edellisellä kerralla oli jääty. Aineisto koostuu muualla käytössä olleista paperisten tarkistuslistojen esimerkeistä, työryhmien tuottamista kirjallisista tuotoksista ja työryhmien vetäjien laatimista muistiinpanoista. Aineisto analysoitiin ja luokiteltiin. Tuloksena syntyivät kotiutuslistan teema-alueet. [35]

Paperista kotiutuslistaa pilotoitiin 1.7.2015–16.5.2016 erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa useassa yksikössä, jotka tulivat mukaan kokeiluun eri

aikoina. Kotiutuslistaa päivitettiin käyttäjäpalautteiden pohjalta kolme kertaa. Perusterveydenhuollon pilottiyksiköt toimivat ns. arviointiyksikköinä kirjatun tiedon vastaanottajina. Lomakkeen toimivuutta arvioitiin ns. jatkuvan arvioinnin periaatteilla pyytämällä osallistujilta palautetta (suullinen, kirjallinen, Webropol®). Arviointi oli mukana projektin kaikissa vaiheissa. Jatkuvan arvioinnin tehtävänä oli tukea ja edistää oppimista ja opettamista. [39]

Vaihe II. Moniammatillisen kotiutuslistan integrointi osaksi hoitokertomusta (hoke)

Kotiutuslistasta toteutettiin neljäs versio sähköiseen muotoon erikoissairaanhoidon Effican hoitokertomussovellukseen (hoke) ns. mallipohjaksi, joita on peräänkuulutettu hoitotyön kirjaamisjärjestelmien käytettävyyden, moniammatillisen yhteistyön ja tiedon hyödynnettävyyden parantamiseksi [40–42]. Mallipohja on hahmotelma, jonka sisältö rakennettiin FinCC-luokituskokonaisuudesta [3,4]. Mallipohjassa on valmiina oletuksena olevat osat, joiden lisäksi mallipohjaa voidaan muokata halutuksi ja siihen voidaan lisätä osia [19]. Mallipohjan kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmän käyttöönottohankkeen asiantuntijoiden ja hoitotyön kirjaamisen kehittämissuunnan kanssa.

Keväällä 2016 tarkistuslista esiteltiin Satakunnan sairaanhoitopiirin johdolle ja päättäjille useissa palavereissa. Pilotointiin osallistuville järjestettiin kolme koulutus-tilaisuutta. Sähköistä kotiutuslistaa kokeiltiin 16.5.–30.9.2016 erikoissairaanhoidossa vanhuspsykiatrian, kuntoutuksen, keuhkosairauksien, neurologian ja sisätautien vuodeosastoilla 65 vuotta täyttäneillä potilailla, koska kyseessä oli ikäihmisten hanke. Sähköisen kotiutuslistan käyttöönottokokemuksia kartoitettiin pilottiyksiköiden käyttäjiltä pääosin kasvokkain keskusteluisa. Palautekeskusteluja järjestettiin neljä. Niihin kutsuttiin pilottiyksiköiden kirjaamisen yhdyshenkilöitä (n = 10). Lisäksi kunkin pilottiin osallistuneen yksikön (n = 5) kirjauksista otettiin viisi satunnaisotosta, joista arvioitiin, oliko kotiutuslistaa täytetty tai käytetty ja oliko tiedot siirretty hoitotyön yhteenvetoon.

Tulokset

Kotiutuksen kannalta oleellisten tietojen jäsentämiseksi ja yhdenmukaisen toimintamallin saavuttamiseksi alueellisissa työryhmissä toteutettiin iäkkään potilaan (tässä yhteydessä yli 65-vuotias) onnistuneen kotiutuksen tueksi kirjallisen siirtoinformaation laatimista tukeva moniammatillinen kotiutuksen tarkistuslista. Työryhmät tuottivat kotiutuslistasta neljä eri versiota, kolme paperisessa ja yhden sähköisessä muodossa jatkuvan vuoropuhelun keinoin palaute- ja tarkistuskierroksilla (Kuva 1).

Moniammatillisen kotiutuslistan tietosisältö

Ensimmäinen versio paperisen kotiutuslistan tietosisällöstä laadittiin kirjallisuuden, muualla käytössä olevien

esimerkkien ja työryhmätyöskentelyn (erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto) perusteella. Sen tietosisältö koostui seuraavista tiedoista: (1) potilaan omaiset (omaiset mukana hoidossa, omainen on omaishoitaja, omaisille on tiedotettu), (2) jatkohoito [asumis-/kotiolo, tukipalvelut (kotihoito, ateriat, siivous, kotisairaala ym.), yhteydenotto jatkohoitopaikkaan, apuvälineiden tarve (arvioitu/järjestetty)], (3) toimintakyky kotiututuessa, (4) hoitotarvikkeet (annettu mukaan tarvittaessa), (5) jatkotutkimukset (kontrolliajat varattu, tiedotettu jatkohoitopaikkaan), (6) lääkitys [lääkkeet annettu mukaan (tarvittaessa), varfariinihoito: annostusohjeet tiedotettu jatkohoitopaikkaan, päivitetty lääkelista tulostettu, lääkemuuokset ilmoitettu jatkohoitopaikkaan, lääkitys selvitetty potilaalle ja/tai omaiselle], (7) sosiaalietuudet (kartoitettu, jos tarve havaittu, onko sovittu toimenpiteistä) ja (8) kotiutus (suunniteltu kotiutuspäivä, kotiutuksesta ilmoitettu, onko vastassa ketään, kotiutusaika, kotiutuksesta tiedotti). Kotiutuslistan kokeilu aloitettiin 1.7.2015.

Toinen versio paperisen kotiutuslistan tietosisällöstä laadittiin saadun palautteen (suullisen, kirjallisen ja Webropol®-kyselyjen) perusteella. Jatkohoidon, kotiutustilanteen toimintakyvyn ja sosiaalietuuksien tietosisältöjä täsmennettiin ja kokeilu aloitettiin 8.1.2016.

Kolmas versio paperisesta kotiutuslistasta laadittiin edelleen saadun palautteen (suullisen, kirjallisen, Webropol®-palautteen) perusteella ja kokeilu aloitettiin 6.4.2016. Sen tietosisältö oli ”osallisuutta” (uusi) lukuun ottamatta sama kuin versiossa kaksi ja koostui viidestä kategoriasta: (1) asuminen, kotiolo ja jatkohoito, (2) toimintakyky kotiututuessa, (3) lääkitys, (4) sosiaalietuudet ja (5) osallisuus (Kuva 2).

KOTIUTUKSEN TARKISTUSLISTA (versio 3)



Nimi: _____ Suunniteltu kotiutuspäivä: _____

Kotikunta: _____ Minne kotiutuu: _____

Omainen / omaishoitaja: _____ Omainen mukana hoidossa: kyllä / ei
(ympyröi mikäli omaishoitaja)

	Kuittaus	Huomioitavaa / Mitä on sovittu?
Asuminen, kotiolot ja jatkoahoito (ympyröi sopiva):		
Asumismuoto: itsenäisesti / tehostettu palveluasuminen / laitos asuu yksin / jonkun kanssa		
Tukipalvelut: ateriat / siivous / kotihoito / kotisairaala		
Apuvälineet: arvioitu / järjestetty		
Hoitotarvikkeet: ei tarvetta / hankkii itse / annettu mukaan		
Kotiutuksesta tiedotettu: omaiselle jatkoahoitopaikkaan		
Jatkotutkimukset: kontrolliajat varattu tiedotettu jatkoahoitopaikkaan		
Toimintakyky kotiutuessa (ympyröi sopiva):		
Muisti: orientoitunut (aikaan / paikkaan) / muistamaton		
Mieliala: normaali / masentunut / ahdistunut		
Liikkuminen: itsenäisesti / avustettuna / apuvälineen kanssa		
WC-käynnit: itsenäisesti / avustettuna / käyttää vaippoja		
Peseytyminen: itsenäisesti / avustettuna		
Pukeutuminen: itsenäisesti / avustettuna		
Ruokailu: itsenäisesti / avustettuna valmistaa ruokaa / ateriapalvelu käytössä		
Lääkitys:		
Päivitetty lääkelista tulostettu		
Lääkitys selvitetty: potilaalle / omaiselle		
Lääkemuutokset ilmoitettu jatkoahoitopaikkaan		
Lääkkeet annettu mukaan (tarvittaessa)		
Marevan -hoito: annostusohjeet tiedotettu jatkoahoitopaikkaan		
Potilas huolehtii lääkehoitonsa itsenäisesti		
Sosiaalietuudet (ympyröi sopiva):		
Tarve havaittu kyllä / ei		
Otettu yhteys: sosiaalityöntekijä / kuntoutusohjaaja		
Osallisuus (ympyröi sopiva):		
Jatkoahoito-ohjeet annettu suullisesti / kirjallisesti		
Potilas osallistunut kotiutuksensa suunnitteluun		

Kotiutusaika ____ / ____ 20____ Kotiutuksesta huolehtinut: _____
(nimi ja puhelinnumero)

Kuva 2. Paperisen moniammatillisen kotiutuksen tarkistuslistan tietosisältö.

Moniammatillinen kotiutuslista osana sähköistä hoitokertomusta (hoke)

Kotiutuslistan neljäs versio toteutettiin sähköisessä muodossa ja sen kokeilu aloitettiin 16.5.2016. Paperisen kotiutuslistan sisältö (Kuva 2) siirrettiin rakenteeseen muotoon Efficapotilastietojärjestelmän hoitokertomussovellukseen (hokeen) ns. mallipohjaksi (Kuva 3). Tietosisältöjä mahdollisimman hyvin vastaavat luokat valittiin FinCC-luokituskokonaisuudesta [4]. Sähköisessä muodossa oleva kotiutuslista nimettiin ”Jatkohoidon tarpeeksi” Suomalaisen hoidon tarveluokituksen (SHTaL 3.0) mukaisesti. Se toimii hoidon ja jatkohoidon koordinoinnin suunnitelmalla sekä kotiutuksen suunnittelun, valmistelun ja päivittäisen kirjaamisen työvälineenä. Tavoitteellista kotiuttamista varten kotiutuslistan alussa on kirjaamispaikka suunnitellulle kotiutuspäivälle, joka on suositeltavaa kirjata suunnitelmallisen kotiutuksen varmistamiseksi heti hoitajakson alussa.

Kuvassa 3 näkyvät vahvennetulla tekstillä kotiutusta koskevat Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL 3.0) mukaiset suunnitellut hoitotoimet: ”hoidon

suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen, potilaan selviytymisen tukeminen, omatoimisuuden tukeminen, apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi, orientaation seuranta, psyykkisen tilan seuranta, lääkeshoidon ohjaus ja jatkohoidon suunnittelu”. Edellä mainittuja suunniteltuja hoitotoimia, esimerkiksi ”hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistamista”, on täsmennetty kotiutuslistassa avainsanoilla (potilas/omainsen/lähettävä taho) muistutukseksi ja kirjaamista helpottamaan. Välitön yhteydenotto on olennainen osa moniammatillista kotiutuslistaa. Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistamisella tarkoitetaan yhteydenottoa potilaan omaisiin tai aiempaan hoitopaikkaan. Kotiutuslistan sisältö voidaan räätälöidä potilaskohtaisesti ja tietty hoitotoimi voidaan tarvittaessa merkitä hoitokertomuksessa huutomerkillä huomiomerkitseksi (Kuva 3).

Sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin päätöksellä kotiutuslistan käyttö laajennettiin syksyllä 2016 koskemaan koko Satakunnan sairaanhoitopiiriä. Jatkossa tavoitteena on sen käytön laajeneminen osaksi alueellista potilaskertomusjärjestelmää Satakunnassa.

SUUNNITELMAT

HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI, JATKOHOIDON TARVE

30.5.2016-

Hoidon tavoite: suunniteltu kotiutuspäivä:

Suunnitellut toiminnot

Hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen: Potilas/omainsen/lähettävä taho

Potilaan selviytymisen tukeminen: Asumismuoto/kotiolot/palvelut/sosiaalinen tilanne/omaishoitajuus

Omatoimisuuden tukeminen: Liikkuminen/WC-toiminnot/peseytyminen/pukeutuminen/ruokailu

Apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi: Apuvälineet/hoitotarvikkeet

Orientaation seuranta: Orientoitunut/muistamaton

Psyykkisen tilan seuranta: Normaali/masentunut/ahdistunut

!*Lääkehoidon ohjaus: Potilas/omainsen/jatkohoitopaikka/MAREVAN/lääkkeet mukaan tarvittaessa

Jatkohoidon suunnittelu: Kotiutuksesta tiedottaminen/jatkotutkimukset/jatkohoito-ohjeet

*Hoitokertomuksessa tietty hoitotoimi on mahdollista merkitä huutomerkillä (!) huomiomerkitseksi.

Kuva 3. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan tietosisältö (SHToL 3.0).

Pohdinta

Tässä artikkelissa kuvattiin, miten yhdessä sairaanhoitopiirissä kehitettiin moniammatillisen kotiutuslistan tietosisältö hoitokertomukseen potilaan tulotilanteen ja hoitajakson aikaisen kirjaamisen yhtenäistämiseksi kirjallisuuden sekä erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa työskentelevien ammattilaisten (n = 82) yhteistyön tuloksena. Lähtökohdaksi asetettiin, että kotiutuslistan sisältö on rakennettu potilaan näkökulmasta ja että se on yhteinen hoitotyöntekijöille, lääkäreille ja muille potilaan hoitoon osallistuville ammattilaisille. Kotiutuslista mahdollistaa sen, että eri ammattiryhmät voivat kirjata yhdelle ja samalle kirjaamisalustalle, josta tiedot ovat löydettävissä. Esimerkiksi kotiutuksesta vastaava lääkäri tarvitsee kyseisiä tietoja suunnitellessaan turvallista kotiutumista ja tarkoituksenmukaisia kotipalveluja integroiden lääketieteellistä arviotaan hoken moniammatilliseen näkemykseen. Fysioterapeutit voivat kirjata apuvälineiden järjestämiseen liittyviä hoitotoimia luokan ”apuvälineiden järjestäminen päivittäisten toimintojen tueksi” alle. Vastaavasti sosiaalityöntekijät ja kuntoutusohjaajat pystyvät kirjaamaan potilaan sosiaaliseen tilanteeseen (esim. kotiolot) liittyviä asioita luokkaan ”potilaan selviytymisen tukeminen”. Aiemmin edellä mainitut erityistyöntekijöiden kirjaukset oli ohjeistettu kirjaamaan luokkaan ”asiantuntijapalveluiden koordinointi”.

Kotiutuslista oli ensimmäinen sähköisessä kirjaamisessa käytettävä ns. mallipohja Satakunnan sairaanhoitopiirin Effica-hoitokertomuksessa. Tietävästi vastaavaa listaa ei ole käytössä muualla. Paperisen kotiutuslistan sisältö pystyttiin kuvaamaan FinCC-luokituskokonaisuuden käsitteillä [3,4] melko hyvin. Haasteellista oli siirtää ja tiivistää paperisen kotiutuslistan tietosisältö sähköiseen muotoon ilman tärkeän ja olennaisen tietosisällön menettämistä. Tämän vuoksi käytön tueksi laadittiin tekninen ohje ja sisällöllinen ohje. Tekninen ohje opastaa, miten kotiutuslista lisätään hoitokertomussovellukseen. Sisällöllisen ohjeen tarkoituksena on selventää ja tarkentaa, mitkä asiat kuuluvat tietyn suunnitellun hoitotoimen (otsikon) alle. Yksityiskohtaisia ohjeita kotiutuslistan käyttöön ja täyttämiseen ei laadittu, koska eri yksiköissä hoidetaan potilaita eri vaivojen vuoksi ja potilailla on erilaisia yksilöllisiä tarpeita. Kukin yksikkö

voi sovittaa kotiutuslistan sisällön potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja yksikön moniammatillisiin työprosesseihin [15].

Alustavien käyttökokemusten perusteella kotiutuslistan sisältö on arvioitu pääosin toimivaksi ja oleelliset asiat sisältäväksi. Kotiutuslistan tietosisältöä on täydennetty hiljattain koskemaan potilaan ravitsemukseen liittyviä asioita. Haasteellisena pidettiin tuplakirjaamista ja niitä tilanteita, elleivät kaikki sitoudu kotiutuslistan käyttöön tai sen tietojen päivittämiseen. Aikaisemmista toimintatavoista luopuminen esimerkiksi potilaan taustatietojen kirjaamisessa hokeen voi viedä aikansa.

Potilaan kotiutus on monimutkainen ja -ulotteinen prosessi ja sen valmistelu tulisi aloittaa jo sairaalaan tulovaiheessa ja jatkua kotihoitoon asti, jotta potilas ja hänen läheisensä pärjäävät mahdollisimman hyvin kotona akuuttihoiton jälkeen. Kotiutuslistan täyttäminen ohjeistettiin aloittamaan välittömästi potilaan saapues- sa osastolle mahdollisuuksien mukaan yhdessä potilaan ja/tai omaisen kanssa ja jatkamaan täyttämistä koko hoitajakson ajan. [25]

Aikaisempi tutkimus osoitti, että sairaaloiden tulisi kehittää standardoitu kotiutuslista, edistää yhteistyötä eri yksiköiden välillä ja selkeyttää työprosesseja turvallisen hoidon saavuttamiseksi [29]. Tietoisuus kotiutukseen liittyvistä asioista, kuten potilasopetuksesta tai kotihoitopalveluiden järjestämisestä, mahdollistaa ammattilaisten keskittymisen näihin asioihin aikaisempaa nopeammalla ja systemaattisemmalla tavalla hoitajakson alusta alkaen [12]. Kotiutuslista muistuttaa hoitotyöntekijöitä siitä, että potilaat saavat ohjausta esimerkiksi lääkehoidosta ennen kotiutustaan [14].

Kehittämistyö tehtiin hankkeessa, jolla oli rajattu kesto. Erityisiä ongelmia aiheutti kotiutuslistan tekninen toimivuus potilastietojärjestelmässä. Ammattilaiset toivat esille useita kehittämissuunnitelmia. Kotiutuslista jouduttiin lisäämään kunkin potilaan hoitokertomukseen erikseen ”käsin”, mikä osoittautui vastaavanlaisiksi ylimääräiseksi esteeksi kuin aiemmassa tutkimuksessa [21]. Toivomuksena oli, että kotiutuslista avautuisi automaattisesti yli 65-vuotiaille (ellei sitä käytetä kaikilla) ja että hoitokertomukseen kertaalleen lisätyn kotiutuslis-

tan paikkaa voisi vaihtaa. Lääkärin hoke-näkymässä tieto oli aiemmin haettava erikseen esille, mikä vaikutti tiedon saatavuutta ja käytettävyyttä. Jo aiemmin ammattilaiset ovat arvostaneet lyhyttä ja ytimekästä kotiutuslistaa, koska tietosisällöltään laaja kotiutuslista ei ole mahtunut tietokoneen näytölle [21]. Tässä hankkeessa toivottiin, että kotiutuslistan sisältö olisi tarvittaessa mahdollista ”piilottaa” ja avata pudotusvalikoksi (vrt. kertomuspuu), koska näytön tila on rajallinen. Kehittämisehdotukset on välitetty tietojärjestelmätoimittajalle.

Kotiutuslistaan kirjatulla tiedoilla tavoitellaan sujuvaa tiedonvaihtoa, kotiutuksen suunnitelmallisuutta ja yhteistyön paranemista [29]. Perimmäisenä tavoitteena on potilaan kotona selviytymisen turvaaminen ottamalla huomioon kotiutuslistaan kirjatut seikat jokaisella osa-alueella. Omaisten ja läheisten osuutta ei voi jättää huomioimatta, koska he liittyvät potilaan arkeen. Kotiutuslistan alkuperäisenä työnimenä olikin ”Arjessa pärjäämisen -suunnitelma”. Kotiutuslista on keino parantaa hoidon laatua ja yhtenäistää kotiutusikäntöjä ja kirjaamista. Hoitojakson lopuksi kotiutuslistan tietosisältöä voidaan hyödyntää uudelleen hoitotyön yhteenvedon ja loppuarvion laatimisessa. Sitä voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Kotiutuslistan kaikki sisältöalueet eivät ehkä koske jokaista potilasta, mutta ne olisi sisällytettävä jokaiseen hoitojaksoon, jotta varmistutaan siitä, että niitä ei jätetä koskaan huomioimatta. Kotiutuslistaan voidaan kirjata esimerkiksi hoitojakson aikana havaitut tarpeet kotona tehtäviin muutostöihin tai kotiutustiimin käynnille, jotta nämä tulisivat huomioiduksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen kotiutusta. Kotiutuslistasta on mahdollista kopioida olennaiset tiedot hoitotyön yhteenvedon tai loppuarvion hyödyntämällä hoitokertomuksen haku- ja kopiointitoimintoja. On oletettavaa, että tämä tukee strukturoitua ja systemaattista kirjaamista. Loppuarvion laatimiseen käytettävä aika vähenee, kun rakenteisessa muodossa olevia hoitokertomustietoja voidaan hyödyntää vapaamuotoisen hoitokertomustekstin sijasta.

Hoitotyön yhteenvedo ei toistaiseksi muodostu automaattisesti aiemmin tehtyjen päivittäisten kirjausten perusteella. Potilastietojen siirto on riskialtista [30]. Hoitotyön kirjaamista on kehitettävä rakenteiseksi, jotta esimerkiksi kotiutuslistaan kirjatut asiat kopioituvat automaattisesti hoitotyön yhteenvedolle. Automaattisesti HOIY:lle tallentumisen edellytyksenä on rakenteinen kirjaaminen. Ainoastaan rakenteisesti kirjaamalla teknologiaa voidaan hyödyntää kirjaamisen tukena, jolloin myös kirjaaminen helpottuu. Kansallisesti haasteena on määritellä tietosisällöt.

Tässä artikkelissa kuvattiin kotiutuslistan kehittämistä ja ensimmäisiä käyttökokemuksia. Kotiutuslista on monialaisissa työryhmissä rakentunut yleinen kirjaamisen ohjeistus, jota on jo aiemmin peräänkuulutettu [40]. Se on tarkoitettu yli 65-vuotiaille potilaille, mutta sen on käytännössä todettu soveltuvan kaikenikäisille iästä tai diagnoosista riippumatta. On oletettavaa, että ne tiedot, jotka ovat potilaan hoidon kannalta oleellisia tulotilanteessa, ovat keskeisiä myös potilaan kotiutuksen kannalta. Kotiutuksen tarkistuslistan avulla voidaan varmistaa, että kaikki kotiutukseen liittyvät asiat on hoidettu. Se ohjaa potilaan hoitojakson etenemistä ja huomauttaa ammattilaisia sisällyttämään hoitokertomukseen kotiutumisen kannalta tärkeät tiedot.

On tärkeää, että ammattilaiset tiedostavat asianmukaisen kotiutuksen kirjaamisen merkityksen. Kotiutuslistan käyttö voi vähentää tiedonsiirtoon liittyviä ennaltaehkäistävissä olevia haittatapahtumia [29]. Uusi tapa kirjata kotiuttamiseen liittyviä asioita mahdollistaa potilaslähtöisen tarkastelun ja sallii potilaan hoitoon osallistuville eri ammattiryhmien edustajille mahdollisuuden ottaa huomioon kyseisiä asioita päivittäisessä potilashoidossa ja tarvittaessa dokumentoimaan tarvittavat muutokset.

Tässä artikkelissa kuvattiin kotiutuslistan sisällön kehittämistä lähinnä vuodeosastolla olevan potilaan kotiutukseen liittyvien asioiden systemaattista kirjaamista varten ja listan siirtämistä sähköiseen muotoon. Kotiutuslistassa hoidon suunnitteluun ja toteutukseen osallistaminen ohjaa päivittäistä kirjaamista potilaslähtöisyyteen. Sen avulla tavoitellaan, että potilas olisi aktiivinen toimija omassa hoidossaan. Huomionarvoista

on, että tässä projektissa asiakkaat ja potilaat eivät osallistuneet häntä koskevan kotiutuslistan tietosisällön määrittelyyn, vaikkakin tavoitteena oli rakentaa sisällöstä potilasnäkökulmaa vahvistava. Saattaa olla, että kotiutuslista onkin nykyisessä muodossaan enemmän hoidon jatkuvuutta ammattilaisten näkökulmasta tukeva. Asiakkaat ja potilaat pitää ottaa mukaan kehittämissyöhön. Asiakas- ja potilasnäkökulman esille saamiseksi voisi jatkossa käyttää esimerkiksi sairaanhoitopiirin asiakasraadin jäseniä. Tulevaisuudessa olisi hyvä, jos asiakkaan tai potilaan itse sähköiseen muotoon kirjaamia tietoja (esim. Omakannan Omatietovaranto) voitaisiin yhdistää kotiutuslistaan.

Jatkossa kotiutuslistan sisältöjä ja sen käyttöönottoa tulisi tarkastella erikoissairaanhoidon vuodeosastolta kotiutumisten lisäksi suhteessa muihin kotiutuslanteisiin [14]. Kokeiluvaiheessa kotiutuslista koski potilaita, joilla oli hoitava taho, jonne kotiutua. Pohdintaa herättivät ns. avohoitopotilaat, jotka kotiutuvat sairaalasta suoraan kotiin ilman jatkohoitokontaktia. Tällöin on erityisen tärkeää hoitotyön yhteenvedon ja siihen sisältyvien kotiutuslistan teemojen läpikäynti potilaan kanssa ennen kotiutumista. Merkityksellistä on ottaa huomioon näiden tietojen hyödyntäminen hoidon jatkuvuuden turvaamisessa tahoilla, jonne potilas erikoissairaanhoidosta kotiutuu esimerkiksi kotiin kotihoitoon palvelujen piiriin tai tehostettuun palveluasumiseen. Vastaavasti näitä tietoja voidaan hyödyntää tiedon siirron edistämiseksi niiden potilaiden kohdalla, jotka kotiutuvat terveyskeskuksen vuodeosaston kautta kotiin tai muihin avohoidon palveluihin.

Kotiutuslistan avulla voidaan käydä läpi kotiutukseen liittyvät tärkeät asiat. Se voi olla keino siirtyä kohti systemaattista ja potilaslähtöistä hoitoa ja kirjaamista. Potilaan vaikutusmahdollisuuksista omaan hoitoonsa (esim. diagnoosin ja hoitotulosten ymmärtämiseen, omatoimisuuden asteeseen, selkeään hoitosuunnitelmaan, hoidon haittavaikutuksiin) pitää saada lisää tietoa. Strukturoitua tietoa voidaan hyödyntää rekisteripohjaisessa tilastoinnissa ja tieteellisessä tutkimuksessa. Kotiutuksen suunnittelu alkaa potilaan sairaalan tulosta ja se sisältää potilaan aktiivisen toimijuuden omassa hoidossaan sekä koordinoitun moniammatillisen lähestymistavan koko hoitajakson ajan.

Systemaattinen ja strukturoitu kirjaaminen ja tiedon saatavuus moniammatillisesti edistävät potilaan tehokasta ja turvallista kotiutumista ja tutkimusta. Kotiutuslistan käytöstä, sen soveltuvuudesta potilaan hoitoon ja vaikutuksista hoitotuloksiin [27] tarvitaan tutkimusta.

Kehittämishankkeen luotettavuuden ja eettisyyden arviointia

Luotettavuutta tarkasteltaessa fokusryhmähaastattelu soveltuu hyvin kehittämistyöhön, koska se ei edellytä tiettyä analyttistä tutkimustapaa [35]. Aineiston edustavuus oli hyvä. Työpajoissa oli edustajia laajasti eri ammattiryhmistä, eri sektoreilta ja organisaatioista. Rajoitteena oli, että hankkeessa ei käytetty tieteellistä menetelmää eikä systemaattista tiedonkeruutapaa, koska tieteellisen tutkimuksen tekeminen oli rajattu hankkeen ulkopuolelle [34]. Hankkeeseen osallistujilta saatiin kirjallista palautetta vähän useista pyynnöistä huolimatta. Tiedonkulku toteutui kasvokkain, puhelimitse ja sähköisten välineiden avulla. Pilotin kokemuksista keskusteltiin työryhmissä. Tulosten luotettavuuden varmistamiseksi aineistoa peilattiin kirjallisuuteen. Luotettavuuden parantamiseksi eri menetelmiä (keskustelut, vertaisarviointi) yhdistettiin.

Eettisyyden näkökulmasta hankkeeseen osallistuvien ammattilaisten eikä potilaiden tietosuoja vaarantunut. Osallistujat olivat valikoituneet vapaaehtoisesti ja heillä oli oikeus keskeyttää. Työryhmien vetäjät eivät tuoneet esille, mihin ammattiryhmään kuuluivat eivätkä johdattelleet ryhmäläisiä. He pyrkivät luomaan avoimen, suvaitsevan ja ilman jännitteitä olevan ilmapiirin keskustelulle. Työryhmiin osallistuneiden henkilöllisyys ei tullut esille tunnistettavissa raportissa. Tiedonkulkua tarkasteltaessa ei käytetty tunnistettavissa olevia potilastapauksia (caseja).

Lähteet

[1] Byrne C, Sierra H, Tolhurst R. Does a checklist reduce the number of errors made in nurse-assembled discharge prescriptions? *Br J Nurs.* 2017;26(8):464–467. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.8.464>

- [2] Potilasturvallisuusraportti [Internet]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri; 2016 [viitattu 18.9.2018] 51 p. Saatavilla: http://www.hus.fi/potilaalle/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuushussa/Documents/HUS_potilasturvallisuusraportti%202016%2021032017.pdf.
- [3] Virkkunen H, Mäkelä-Bengs P, Vuokko R. (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa 1. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015 [Internet]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2015 [viitattu 22.6.2018]. 120 p. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1.
- [4] Liljamo P, Kinnunen UM, Ensio A. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas [Internet]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2012 [viitattu 18.9.2018] 81 p. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%C3%A4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- [5] Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista 1257/2015.
- [6] Kansallinen terveysarkisto [Internet]. 2018. [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <http://www.kanta.fi>.
- [7] Kuusisto A. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla [väitöskirja]. Jyväskylä: Itä-Suomen yliopisto; 2018. 149 p.
- [8] Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;297(8):831-41. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- [9] Jenkinson B, Young K, Kruske S. Maternity services and the discharge process: a review of practice in Queensland. *Women Birth* 2014;27(2):114–20. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.12.001>
- [10] Li J, Young R, Williams MV. Optimizing transitions of care to reduce rehospitalizations. *Cleve Clin J Med* 2014;81(5):312–20. <https://doi.org/10.3949/ccjm.81a.13106>
- [11] Kattel S, Manning DM, Erwin PJ, Wood H, Kashiwagi DT, Murad MH. Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *J Patient Saf* 2016 Jan 7. [Epub ahead of print] <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000248>
- [12] Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, Wyman R, Baker GR, Zacharopoulos N, Bell CM. Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. *J Hosp Med*. 2013;8(8):444-9. <https://doi.org/10.1002/jhm.2032>
- [13] Unnewehr M, Schaaf B, Marev R, Fitch J, Friederichs H. Optimizing the quality of hospital discharge summaries--a systematic review and practical tools. *Postgrad Med*. 2015;127(6):630–9. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1054256>
- [14] Harun NA, Finlay AY, Salek M, Piguat V. The development and clinical evaluation of a 'trafficlight' design dermatology outpatient discharge information checklist. *Br J Dermatol*. 2016;175(3):572-82. <https://doi.org/10.1111/bjd.14650>
- [15] Kramer HS, Drews FA. Checking the lists: A systematic review of electronic checklist use in health care. *J Biomed Inform*. 2017;71S:S6-S12. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.006>
- [16] Diaz-Montes TP, Cobb L, Ibeanu OA, Njoku P, Gerardi MA. Introduction of checklists at daily progress notes improves patient care among the gynecological oncology service. *J Patient Saf*. 2012;8(4):189–93. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e318269896f>
- [17] Al-Damluji S, Dzara K, Hodshon B, Punnathinont N, Krumholz HM, Chaudhry SI, Horwitz LI. Hospital variation in quality of discharge summaries for patients hospitalized with heart failure exacerbation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2015;8(1):77-86. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001227>
- [18] Scully P, O'Donnell B, Peters C, O'Connor M, Lyons D. Older patient hospital admissions following primary care referral: the truth is in the referring. *Ir J Med Sci*. 2016 May;185(2):483–91. <https://doi.org/10.1007/s11845-016-1404-z>

- [19] Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):299-318. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001797>
- [20] MaaIlman terveystjärjestö. WHO Surgical Safety Checklist; 2009 [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59860>.
- [21] Garg T, Lee JY, Evans KH, Chen J, Shieh L. Development and evaluation of an electronic health record-based best-practice discharge checklist for hospital patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2015;41(3):126–31. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(15\)41017-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(15)41017-7)
- [22] Cortes TA, Wexler S, Fitzpatrick JJ. The transition of elderly patients between hospitals and nursing homes - improving nurse-to-nurse communication. *J Gerontol Nurs.* 2004 Jun;30(6): 10–15. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20040601-05>
- [23] Hadjistavropoulos HD, Garrat S, Janzen JA, Bourgault-Fagnou MD, Spice K. Development and evaluation of a continuity of care checklist for improving orthopaedic patient discharge from hospital. *Orthop Nurs.* 2009;13(4):183–193. <https://doi.org/10.1016/j.joon.2009.05.006>
- [24] Cresswell A, Hart M, Suchanek O, Young T, Leaver L, Hibbs S. Mind the gap: Improving discharge communication between secondary and primary care. *BMJ Qual Improv Rep.* 2015 Sep 2;4(1). <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u207936.w3197>
- [25] Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown L, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso Y, Soleil-Moudiky-Joh E, Grealish L. Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *J Clin Nurs.* 2018 Mar;27(5-6):e712-e725. <https://doi.org/10.1111/jocn.14144>
- [26] Laki maakuntalain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain voimaannpanosta keskenäinen luonnos 27.6.2016
- [27] Couturier B, Carrat F, Hejblum G. A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. *BMJ Open.* 2016 Dec 21;6(12):e012287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012287>
- [28] Khanbhai Y, Nance M, Smith D. The development and implementation of a discharge checklist for psychiatric inpatients: a pilot study. *Australas Psychiatry.* 2018;26(3):259–262. <https://doi.org/10.1177/1039856217751987>
- [29] Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim E. Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units: Nurses' handoff evaluation and perception of patient safety culture at delivery room and neonatal unit in South Korea. *J Clin Nurs.* 2018;27(7-8):e1442-e1450. <https://doi.org/10.1111/jocn.14260>
- [30] Jylhä V. Information management in health care: a model for connecting information culture and patient safety [väitöskirja]. Jyväskylä: Itä-Suomen yliopisto; 2017. 140 p.
- [31] Knight DA, Thompson D, Mathie E, Dickinson A. Seamless care? Just a list would have helped! Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. *Health Expect.* 2013 Sep;16(3):277-91. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>
- [32] Satakunnan sairaanhoitopiiri [Internet]. 2018a [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <http://www.satshp.fi/Sivut/default.aspx>
- [33] Satakunnan sairaanhoitopiiri Yhteisvoimin kotona 2016 [Internet]. 2018b [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/paattyneet-hankkeet/yhteivoiminkotona/Sivut/default.aspx>.
- [34] Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste [Internet]. 2018 [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamissuunnitelma-kaste>.
- [35] Mäntyranta T, Kaila M. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim* 2008;124:1507–13 [Internet]. 2008 [viitattu 18.9.2018]. Saatavilla: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>.

- [36] McGonigle D, Mastrian K, Effken JA. The Human – Technology Interface. Teoksessa McGonigle D, Mastrian KG. (toim.) Nursing Informatics and the Foundation of Knowledge. USA: Jones & Bartlett Learning; 2018. p. 207–228.
- [37] Vehko T, Hyppönen H, Ryhänen M, Tuukkanen J, Ketola E, Heponiemi T. Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä. *FinJeHeW* 2018;10(1):143–163. <https://doi.org/10.23996/fjhw.65387>
- [38] Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim* 2005;121:1073–1077 [Internet]. 2005 [viitattu 18.9.2018] Saatavilla: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94977.pdf>.
- [39] Koppinen ML. Opi jatkuva arviointi. Teoksessa Surakka T, Poutanen K. (toim.) Suuntaa ja sykettä. Juva: WSOY; 1995: 165–191
- [40] Nykänen P, Kaipio J, Kuusisto A. Evaluation of the national nursing model and four nursing documentation systems in Finland – Lessons learned and directions for the future. *Int J Med Inform.* 2012;81(8):507–20. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.02.003>
- [41] Kuusisto A, Kaipio J, Nykänen P. The National Nursing Model from the nursing practice perspective – Results from a Finnish evaluation study. In: Proceedings of the 11th International Congress in Nursing Informatics; 2012 Jun 23-27; Montreal, Bethesda, Maryland: US National Library of Medicine.
- [42] Kuusisto A, Nykänen P, Kaipio J. Usefulness of nursing documentations in multi-professional collaboration and information exchange in Finland. *J Nurs Care* 2014;3:184. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000184>