

Hoitotyön yhteenveto potilaan hoidon jatkuvuuden turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä

ANNE KUUSISTO

TtM, YtM, Projektikoordinaattori
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Yhtymähallinto

PAULA ASIKAINEN

TtT, Dosentti, Hallintoylihoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri
Yhtymähallinto

KAIJA SARANTO

TtT, Professori
Itä-Suomen yliopisto
Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonvaihtoa ja yhteistyötä sekä hoidon tuloksia potilaan siirtovaiheessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena oli kuvata, kuinka hoitotyön yhteenveto (HOIY) tukee tässä tilanteessa potilaan hoidon jatkuvuutta ja hoitotyön ammattilaisten välistä yhteistyötä. Poikkileikkaustutkimuksen aineisto (n = 180) kerättiin sähköisesti, aiemmin testatulla kyselylomakkeella, yhden sairaanhoitopiirin alueella Suomessa 2012. HOIY:lla havaittiin olevan myönteinen yhteys eri ammattiryhmien ja organisaatioiden väliseen tiedonvaihtoon ja yhteistyöhön. Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneet kokivat eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välisen yhteistyön olevan sujuvampaa ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioon ottavampaa kuin ne, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet. Laitoshoidossa työskentelevät olivat arvioissaan tyytyväisempiä tiedonkulkuun ja hoidon tuloksiin kuin avohoidossa ja muualla työskentelevät. HOIY tukee hoidon jatkuvuutta edistämällä tiedonkulkua ja yhteistyötä eri toimipisteiden ja ammattilaisten välillä.

Avainsanat: Hoitotyön yhteenveto, potilaskertomus, jatkohoito, sähköinen Potilastiedon arkisto, palvelujärjestelmä

ABSTRACT

Nursing discharge summary as a safeguard of continuity of patient care between specialized and primary health care

Anne Kuusisto, MNSc, MSSc, Project Co-ordinator

*Paula Asikainen, PhD, Adjunct Professor,
Chief Executive Officer of Nursing
Kaija Saranto, PhD, Professor*

The purpose of this study was to describe data exchange, co-operation, and care outcomes among different professional groups and organizations at patient discharge from specialized medical care to primary health care. The aim was to describe how the nursing discharge summary (NDS) supports the patient's continuity of care and co-operation between nursing professionals in this situation. Cross-sectional study data (n = 180) were collected electronically, using a previously tested questionnaire at one hospital district in Finland in 2012. NDS was found to be linked positively to data exchange and co-operation between various professional groups and organizations. Those who received nursing discharge summaries felt that co-operation between different professional groups and organizations was smoother and that the client's overall situation was taken into account more than those who had not received them. Those working in inpatient care were more satisfied with their assessments on the flow of information and care outcomes than those working in

outpatient care or elsewhere. NDS supports continuity of care by promoting the flow of information and co-operation between the various organizations and professionals involved.

Key words: Nursing discharge summary, medical records, follow-up care, electronic Patient Data Repository, service system

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Palvelujärjestelmässä tiedon yhteiskäyttöisyyttä tavoitellaan alueellisilla ja kansallisilla teknisillä ratkaisuilla.
- Kriittinen kohta potilastiedon siirtymisen kannalta on eri organisaatioiden rajoista muodostuva ns. saumakohta.
- Suuntaus on kohti sähköisiä ja standardoituja hoitoyhteenvetoja.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneiden mielestä tieto kulki eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä luotettavammin, nopeammin ja reaaliaikaisemmin kuin niiden mielestä, jotka eivät olleet yhteenvetoja vastaanottaneet.
- Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneet kokivat eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välisen yhteistyön olevan sujuvampaa ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioon ottavampaa kuin ne, jotka eivät olleet yhteenvetoja vastaanottaneet.
- Yhteistyötä ja yhteisiä työtapoja pitää kehittää erityisesti avohoidossa.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön kouluttamiselle ja johtamiselle?

- Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön yhteenvedon ja sähköisen tiedonvaihdon kehittämisessä palvelujärjestelmässä.
- Tutkimus lisää yhtäältä tietoisuutta hoitotyön yhteenvedosta ja toisaalta lisää osaamistarpeita yhteenvedon laatimiseen ja hyödyntämiseen työyksiköissä.

Tutkimuksen lähtökohdat

Hoitotieto ei aina välity eikä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö suju, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Siirtotilanteessa tehokas tiedonvaihto edistää hoidon turvallista jatkumista. Kriittinen kohta tiedon siirtymisen kannalta on eri organisaatioiden rajoista muodostuva ns. saumakohta, jossa tiedon pitäisi siirtyä toisen organisaation ammattilaiselta toiselle. Avohoitoon sairaalasta saatu tieto on usein epätäydellistä, epäselvää ja myöhässä. Hoidon koordinointi on monesti vaikeutunut hoi-

don antajien puutteellisten tietojen ja yhteistyön puutteen vuoksi (Hesselink ym. 2013). Myös potilaat pyytävät kopioita potilaskertomuksistaan varmistaakseen tiedonvaihtoa (Wibe ym. 2010). Terveyspalveluissa yhdenmukaistetaan jatkohoidon dokumentointia. Suuntaus on kohti sähköisiä, standardoituja hoitoyhteenvetoja esimerkiksi lääkäreiden (Kazmi 2008), hoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten välillä (Chetty & Maharaj 2013).

Hoitotyön sähköinen yhteenveto (HOIY) on osa sähköistä potilaskertomusta. Se on kooste hoitotyön keskeisistä tiedoista, ts. yhteenveto keskeisistä hoitotyön tarpeista,

toiminnoista ja hoidon tuloksista. (Werley ym. 1991, Liljamo ym. 2012.) Sen tavoitteenä on turvata potilaan hoidon jatkuvuus, kun hoitovastuu siirtyy hoitopaikasta toiseen sekä koota palvelutapahtuman keskeisimmät tiedot helposti luettavaan ja tiiviiseen muotoon (Lehtovirta & Vuokko 2014). Hoitotyön yhteenvetoa voidaan hyödyntää jatkohoitopaikkaan lähetettävässä hoitopöytäkirjassa ja seuraavilla hoitokäytöksillä (Liljamo ym. 2012). Asiakirjojen sähköistäminen on parantanut yhteenvetojen laatua (Kripalani ym. 2007) ja luettavuutta sekä edistänyt hoitohenkilöstön valmiuksia vastaanottaa potilaita (Melby & Hellesø 2010). Hyödyistään huolimatta yhteenvetoja ei aina laadita (Olsen ym. 2013a). Myös yhteenvetojen puutteellinen tietosisältö on aiheuttanut merkittävää kuormitusta sekä potilaille että henkilökunnalle (Remen & Grismo 2011).

Palvelujärjestelmässä suuntaus on kohti avohoitoa. Terveydenhuoltolaki (2010) pyrkii ohjaamaan potilaita entistä aktiivisemmin sairaalahoitosta avohoitoon aina kun se on turvallista. Tulevaisuudessa terveydenhuollon muutokset kohdistunevat erityisesti uuden teknologian soveltamiseen ja palvelujen tuotantotapoihin (Terveydenhuolto 2015).

Palvelujärjestelmässä tiedon yhteiskäyttöisyyttä tavoitellaan alueellisilla ja kansallisilla teknisillä ratkaisuilla. Jo 1990-luvulla USA:ssa kehitettiin ja jalkautettiin käyttöön automaattinen siirtoyhteenveto alueellisesti yhteiskäyttöisessä tietojärjestelmässä. Siirtoyhteenveto kokosi yhteen mm. tietoja potilaan ottamista lääkkeistä, potilasopetuksesta ja diagnooseista sairaalahoitajan ajalta. (Crosswhite ym. 1997.) Moniammatillisessa kokeilussa tavoiteltiin kirjaamisen kehittämistä mm. kotiutusohjeiden ja seurannan osalta. Tiedonvälitystä ja yhteiskäyttöistä tietoa on tutkittu eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä (Asikainen ym. 2008). Hiljattain Olsen ym. (2013b) selvittivät tiedonvaihdon esteitä iäkkäiden potilaiden siirtotilanteissa sairaalan ja kotihoidon välillä. Sairaanhoidajien mielestä kolme pääteemaa liittyivät ammattilaisten välisten prosessien ja organisaatioon liittyviin esteisiin.

Hyppönen ym. (2014) tutkivat äskettäin käyttäjien kokemuksia erilaisista alueellisista tiedonvaihtoratkaisuista. Kaksi kolmesta (73 %) perusterveydenhuollon lääkäreistä ja yksi kolmasosa (33 %) erikoissairaanhoidon lääkäreistä kertoi käyttävänsä alueellista tietojärjestelmää mieluummin kuin paperia tai faxia.

Suomessa siirrytään vaiheittain käyttämään kansallista sähköistä Potilastiedon arkistoa. Se on palvelu, jonne terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastietoja omista tietojärjestelmistään. Hoitotyön keskeiset kansallisesti yhtenäiset kertomusrakenteet (ns. ydintiedot) määriteltiin noin kymmenen vuotta sitten (HoiDok-hanke 2005–2006). Niiden pohjalta tutkimuksen kohteena olevassa sairaanhoitopiirissä kehitettiin sähköinen hoitotyön yhteenveto, joka otettiin kyseisellä alueella käyttöön ensimmäisenä Suomessa 2005. HOIY on jatkoa alueella toteutetun paperisen hoitotyön lähetteen standardoinnille (Asikainen ym. 2003). Kokemukset sen kokeilusta ovat olleet pääosin myönteisiä ja hoitajat ovat halunneet jatkaa sen käyttöä (Kuusisto ym. 2009). Kyseinen sairaanhoitopiiri liittyi 2014 Potilastiedon arkistoon, jonne tallentuu hoitotyöstä ensimmäisenä dokumenttina hoitotyön yhteenveto (Kanta 2014). HOIY on keskeisessä osassa varmistamassa hoidon jatkuvuutta, mutta tieteellistä näyttöä siitä, mikä yhteys sillä on alueelliseen tiedonkulkuun, yhteistyöhön ja työkäytäntöihin sekä hoidon tuloksiin ei ole.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämä tutkimus on osa laajempaa tutkimusta, jossa selvitettiin, kuinka perusterveydenhuollon hoitohenkilöstö koki tiedonvaihdon, yhteistoiminnan ja työkäytännöt sekä hoidon tulokset potilaan siirtovaiheessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai kotihoitoon. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonvaihtoa ja yhteistyötä sekä hoidon tuloksia potilaan siirtovaiheessa erikoissairaanhoidosta

perusterveydenhuoltoon. Tavoitteena on kuvata, kuinka HOIY tukee tässä tilanteessa potilaan hoidon jatkuvuutta ja ammattilaisten välistä yhteistyötä. Aikaisemmin on julkaistu alustavia tutkimustuloksia (Kuusisto & Asikainen 2013) ja lääkehoidon kirjaimista hoitotyön yhteenvedoissa (Kuusisto ym. 2014).

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen tiedonkulku, yhteistyö, työkäytännöt ja hoidon tulokset potilaan siirtotilanteessa?
2. Miten taustatekijät ovat yhteydessä tiedonkulkuun, yhteistyöhön ja työkäytäntöihin sekä hoidon tuloksiin?

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Kohdejoukko

Tutkimusaineisto kerättiin terveyskeskuksesta yhdeksältä perusterveydenhuollon kuntayhtymästä. Valituista terveyskeskuksista tutkimukseen valittiin ne hoitotyön ammattilaiset, joilla oli käytössään henkilökohtainen sähköpostiosoite.

Kyselylomakkeen laatiminen

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, jonka tutkijat olivat kehittäneet tutkimusta varten kirjallisuuden avulla, yhdistämällä ja muokkaamalla aiemmin testattuja kyselylomakkeita (Asikainen ym. 2003, 2008). Kyselylomake esitettiin (n = 14) sekä sisällön että teknisen toimivuuden osalta. Kyselylomakkeen osa-alueet olivat potilaan tietojen kulku eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä (3 väittämää), eri ammat-

tiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työkäytännöt (14 väittämää) sekä hoidon tulosten arviointi oman työn kannalta (6 väittämää). Vastaajien taustatietoina tiedusteltiin hoitotyön yhteenvedon vastaanottamista (kyllä/ei), sen vastaanottotapaa (sähköinen/paperinen) sekä ammattinimikettä ja työyksikköä.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan Likertasteikolla 1–5 (täysin eri mieltä – täysin samaa mieltä) eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä tiedonkulkua, yhteistyötä ja työkäytäntöjä sekä hoidon tuloksia. Tiedonkulun osalta vastaajia pyydettiin arvioimaan sen luotettavuutta, nopeutta ja reaaliaikaisuutta. Yhteistoimintaa mitattiin osioilla, jotka koskivat yhteistyötä ja työkäytäntöjä. Toiminnan tuloksia vastaajien pyydettiin arvioimaan lomakkeen esitetsauksessa saadun palautteen perusteella oman työn kannalta. Ennen summamuuttujien muodostamista tarkastettiin väittämien keskinäiset korrelaatiot kustakin kysymyssarjasta. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa-kertoimella (Taulukko 1).

Tutkimusympäristön kuvaus

Tutkimuksen aineistonkeruun aikana hoitotyön yhteenveito kirjattiin sairaanhoitopiirin potilaskertomusjärjestelmän jatkuvakäyttöiselle hoitotyön yhteenvetolomakkeelle. Tällä työtavalla HOIY tallentui potilastietojärjestelmään ja siitä muodostui viite aluetietojärjestelmään. Viitteellä tarkoitetaan aluetietojärjestelmään tallentuvaa tietoa siitä, että potilaasta on syntynyt tietoa perusjärjestelmään. Aluetasolla HOIY voitiin avata sähköisesti alueellisesta viitetietojärjestelmäpalvelusta (FIALE). Tarvittaessa FIALEN

Taulukko 1. Summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot.

Summamuuttujat	Cronbachin alfa-arvo
Tiedonkulku	0,83
Ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työkäytännöt	0,85
Hoidon tulokset	0,89

avulla noin 17 782 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen oli mahdollista lukea hoitotyön yhteenvetoa. Lisäksi yhteenvedosta otettiin kopio ja se lähetettiin potilaan mukana jatkohoitoon.

Aineiston keruu

Poikkileikkaustutkimuksen aineisto kerättiin sähköisesti kyselylomakkeella (Webropol 2.0) 1.11.2012–27.12.2012. Tutkija lähetti sähköpostitse linkin kyselyyn vastaamiseen viidelletoista yhdyshenkilölle, jotka toimittivat kyselyn eteenpäin. Edellytys tutkimukseen osallistumiseen oli henkilökohtainen sähköpostiosoite, mikä oli 1074 ammattilaisella organisaatioista saatujen tietojen mukaan.

Tutkimusaineiston analyysi

Strukturoidut vastaukset analysoitiin SPSS tilasto-ohjelmalla. Muuttujia tarkasteltiin kuvailevien tilastomenetelmien frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Summamuuttujat mahdollistivat aineiston tarkastelun muuttujakokonaisuuksittain. Summamuuttujiin kuuluvien alkuperäisten muuttujien puuttuvat tiedot korvattiin kyseessä olevien muuttujien keskiarvoilla, koska puuttuvia tietoja oli alle < 10 %.

Vastaajat jaettiin kolmeen luokkaan: 1) eriaisteiset *sairaanhoitajat*, 2) lähi- ja perushoitajat, kodinhoitajat sekä kotiaavustajat ja 3) ”*muut*”, mihin sisältyi yksittäisten ammattiryhmien edustajia kuten fysioterapeutti, diabeteshoitaja, vastaava ohjaaja tai kuntotohoitaja. Toimiminen eri työyksiköissä ryhmiteltiin vastaajan ilmoittaman yksikön perusteella luokkiin: 1) *laitoshoidossa*, 2) *avohoidossa* ja 3) *”muualla”*, esimerkiksi vammaispalvelussa ja päivystyksessä, työskentelevät.

Käytetyistä tilastollisesta laskennallisesta menetelmästä johtuen kyselylomakkeen eri osa-alueista: tiedonkulku, eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työkäytännöt sekä toiminnan tulokset, muodostettiin kustakin kysymyssarjasta viisiluokkainen summamuuttuja. Arvo 1 ilmaisi ”täysin eri mieltä”, arvo 2, ”lähes eri miel-

tä”, arvo 3 ”en samaa enkä eri mieltä”, arvo 4 ”lähes samaa mieltä” ja arvo 5 ”täysin samaa mieltä”. Likert-asteikolliset viisiluokkaiset muuttujat ja muodostetut summamuuttujat yhdistettiin analyysia varten kaksiluokkaisiksi yhdistämällä vastausvaihtoehdot 1, 2 ja 3 sekä vaihtoehdot 4 ja 5. Uudet luokat nimettiin siten, että vastausvaihtoehdoista 1, 2 ja 3 (”Täysin eri mieltä”, ”Lähes eri mieltä”, ”En samaa enkä eri mieltä”) tehtiin luokka ”Eri mieltä” ja vastausvaihtoehdoista 4 ja 5 (”Lähes samaa mieltä” ja ”Täysin samaa mieltä”) tehtiin luokka ”Samaa mieltä”. Epävarma vastaus yhdistettiin negatiiviselle puolelle, ettei tietoisesti annettaisi turhan positiivista kuvaa. Uudet kaksiluokkaiset summamuuttujat olivat *tiedonkulku*, *ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö sekä hoidon tulokset*.

Taustatekijöiden (ammattiryhmä, organisaatio, onko vastaanottanut HOIY:n vai ei) yhteys kaikkiin yksittäisiin 2-luokkaisiin (eri mieltä – samaa mieltä) luokiteltuihin kysymyksiin testattiin osioissa tiedonkulku, yhteistyö ja työkäytännöt sekä hoidon tulokset. Samoin taustatekijät ristiintaulukoitiin kunkin luokitellun summamuuttujan kanssa. Merkitsevyytestä tehtiin Khin neliö-testin avulla. Tutkimuksessa merkitsevyyden raja oli $p < 0,05$.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 180 ammattilaista kahdeksasta terveystieteiden keskuksista (vastausprosentti 17,2). Yhdestä organisaatiosta ei saatu vastauksia. Taulukko 2 kuvaa aineistoa ammatin ja työyksikön mukaan. Yksi vastaaja ei ilmoittanut ammattinimikettään. Yli puolet vastaajista oli eriaisteisia sairaanhoitajia (60 %, $n = 114$). Neljäsosa (25 %, $n = 44$) oli lähi- ja perushoitajia, kodinhoitajia sekä kotiaavustajia. Loput (12 %, $n = 21$) edustivat yksittäisiä ammattiryhmiä kuten fysioterapeutti, diabeteshoitaja, vastaava ohjaaja tai kuntotohoitaja. Vastaajista suurin osa työskenteli laitoshoidossa (51 %, $n = 91$) ja reilu kolmannes avohoidossa (34 %, $n = 62$), loput ilmoittivat organisaatiokseen ”*muu*” (15 %, $n = 27$).

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot (% , N = 180).

Ammattinimike	(n)	(%)
Osastonhoitaja	21	12
Sairaanhoitaja	73	41
Terveystenhoitaja	20	11
Lähi- ja perushoitaja	41	23
Kodinhoitaja	2	1
Kotivastustaja	1	1
Muu	21	12
Työyksikkötiedot		
TK-vuodeosasto	58	32
Kotisairaanhoido	2	1
Kotipalvelu / kotihoito	10	6
Avosairaanhoido ja avoterveydenhuolto	48	27
Kotisairaala	2	1
Tehostettu palveluasuminen	15	8
Vanhainkoti	18	10
Muu	27	15

Melkein joka kolmas vastaaja (31 %, n = 56) oli vastaanottanut hoitotyön yhteenvetä. Vastaanottotapa oli useammin paperinen (75 %, n = 41) kuin sähköinen (26 %, n = 14). Laitoshoidossa (43 %, n = 39) työ-

kentelevät olivat vastaanottaneet tilastollisesti merkitsevästi useammin yhteenvetoja kuin muualla (26 %, n = 7) ja avohoidossa (16 %, n = 10) työskentelevät ($p = 0,002$). Kuitenkin avohoidossa vastaanottotapa oli sähköinen (82 %, n = 9) useammin kuin laitoshoidossa (14 %, n = 5). Ammattiryhmien välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa yhteenvetöiden vastaanottamisessa.

Potilastietojen kulku eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä

Tiedonkulussa eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä koettiin ongelmia. Runsas puolet vastaajista (56 %, n = 101) oli samaa mieltä siitä, että tieto kulki luotettavasti. Noin kolmannes vastaajista oli samaa mieltä siitä, että tieto kulki nopeasti (35 %, n = 63) ja että tarvittut hoitotiedot saatiin reaaliajassa kun niitä tarvittiin (32 %, n = 57). Tulokset osoittavat, että ne ammattilaiset, jotka olivat vastaanottaneet hoitotyön yhteenvetoja, arvioivat tiedonkulun eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä myönteisemmin kuin ne, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet. Yhteenvetoja vastaanottaneiden mielestä tieto kulki eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä tilastollisesti merkitsevästi luotettavammin ja nopeammin kuin niiden mielestä, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet. (Taulukko 3). Laitoshoidossa työskentelevät arvioivat tie-

Taulukko 3. Potilaan tietojenkulkua eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä koskeviin väittämiin eri mieltä ja samaa mieltä subtautuvien vastaajien prosentuaaliset osuudet HOIY:n vastaanottamisen mukaan sekä χ^2 -testisuureet ja p-arvot.

Väittäämä	On vastaanottanut HOIY (n = 56) eri mieltä / samaa mieltä %	Ei ole vastaanottanut HOIY (n = 124) eri mieltä / samaa mieltä %	χ^2 / p-arvo*
Tieto kulkee luotettavasti	27/73	51/49	9,344/0,002
Tieto kulkee nopeasti	48/52	72/28	9,601/0,002
Saan tarvitsemäni tiedot reaaliajassa kun niitä tarvitsen	54/46	74/26	7,592/0,006

* $p < 0,05$

Alkuperäinen asteikko 1 = Täysin eri mieltä, 2 = Lähes eri mieltä, 3 = En samaa enkä eri mieltä, 4 = Lähes samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä. 1–3 yhdistetty eri mieltä, 4–5 yhdistetty samaa mieltä.

donkulun luotettavammaksi kuin muualla työskentelevät ($X^2 = 5,938$, $df = 2$, $p = 0,051$).

Eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö sekä työkäytännöt

Eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välistä yhteistyötä ei koettu kaikilta osin kovin hyväksi. Taulukosta 4 selviää, että tyytymättömiä oltiin erityisesti seuraaviin asioihin: hoito ei ollut yhteisesti suunniteltua, asiakastyöhön ei ollut riittävästi aikaa, päätöksenteko ei ollut nopeaa eikä hoito ollut koordinoitua. Hoitotyön yhteenvetoja vastaanottaneet kokivat eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välisen yhteistyön olevan joustavampaa ($X^2 = 6,284$, $df = 1$, $p = 0,012$) ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioon ottavampaa ($X^2 = 3,949$, $df = 1$, $p = 0,047$) kuin ne, jotka eivät olleet vastaanottaneet yhteenvetoja. Sairaanhoitajien, osastonhoitajien ja terveydenhoitajien arvioissa potilaan hoidossa oli sovittu heikommin keskinäisistä vastuista ($X^2 = 8,242$, $df = 2$, $p = 0,016$) kuin muiden ammattiryhmien edustajien mielestä. Laitoshoidossa

työskentelevien arvioissa yhteistyö oli sujuvampaa ($X^2 = 9,064$, $df = 2$, $p = 0,011$), toisten konsultointi oli helpompaa ($X^2 = 14,566$, $df = 2$, $p = 0,001$), asiakkaan kokonaistilanne huomioitiin paremmin ($X^2 = 14,621$, $df = 2$, $p = 0,001$) ja hoito oli useammin yhteisesti suunniteltua ($X^2 = 5,882$, $df = 2$, $p = 0,053$) kuin muissa organisaatioissa työskentelevien mielestä.

Hoidon tulokset

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että hoito oli turvallista (76 %, $n = 135$) ja laadukasta (73 %, 130), mutta vain vajaa kolmannes koki, että potilaan ongelmat kyettäisiin ratkaisemaan nopeasti (32 %, $n = 56$). Noin puolet vastaajista koki hoidon kokonaisvaltaisena (57 %, 102) ja jatkuvana (46 %, $n = 81$) (Taulukko 5).

Sairaanhoitajien, osastonhoitajien ja terveydenhoitajien käsityksissä potilaan hoito kohdentui oikein harvemmin ($X^2 = 5,786$, $df = 2$, $p = 0,055$) kuin muiden ammattiryhmien mielestä. Laitoshoidossa työskentelevien arvioissa hoito oli kokonaisvaltaisem-

Taulukko 4. Eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö sekä työkäytännöt (%).

Ammattiryhmien ja organisaatioiden välinen yhteistyö	n	eri mieltä	samaa mieltä
Yhteistyö on sujuvaa	177	53	47
Toistemme konsultointi on helppoa	178	59	41
On sovittu keskinäisistä vastuista potilaan hoidossa	178	71	29
Arvostetaan toinen toisiaan	178	60	40
Huomioidaan asiakkaan kokonaistilanne	178	57	43
Potilaskohtainen seuranta toteutuu	177	53	48
Noudatetaan alueellisia hoito-ohjelmia	178	53	47
Asiakastyöhön on riittävästi aikaa	178	76	24
Hoito on yhteisesti suunniteltua	178	83	17
Päätöksenteko on nopeaa	176	76	24
Hoito on koordinoitua	177	73	27
Turhia uusinta ja kontrollikäyntejä tehdään	178	58	42
Päällekkäisiä tutkimuksia tehdään	177	64	36
Hoidossa on viiveitä	177	52	48

Taulukko 5. Hoitohenkilöstön käsitykset hoidon tuloksista (%).

Hoidon tulokset	n	eri mieltä	samaa mieltä
Hoito on turvallista	178	24	76
Hoito on laadukasta	178	27	73
Hoito on kokonaisvaltaista	178	43	57
Hoito kohdentuu oikein	177	47	53
Hoidon jatkuvuus on taattu	178	55	46
Potilaan ongelmat kyetään ratkaisemaan nopeasti	176	68	32

paa ($X^2=8,923$, $df=2$, $p=0,012$) ja potilaan ongelmat kyettiin ratkaisemaan paremmin ($X^2=7,403$, $df=2$, $p=0,025$) kuin muulla työskentelevien mielestä.

Tutkimusryhmässä ei havaittu paljonkaan tilastollisesti merkitseviä eroja, kun testattiin taustatekijöiden (ammattiryhmä, organisaatio, onko vastaanottanut HOIY:n vai ei) yhteyksiä summamuuttujiin (tiedonkulku, yhteistyö ja työkäytännöt sekä hoidon tulokset). Hoitotyön yhteenvedoja vastaanottaneiden mielestä tiedonkulku toteutui paremmin kuin niiden mielestä, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet ($X^2=5,873$, $df=1$, $p=0,015$). Laitoshoidossa työskentelevien arvioissa oltiin tyytyväisempiä tiedonkulkuun ($X^2=7,345$, $df=2$, $p=0,025$) ja hoidon tuloksiin ($X^2=7,231$, $df=2$, $p=0,027$) kuin avohoidossa ja muualla työskentelevien arvioinneissa.

Pohdinta

Tutkimuksen eettisyys

Satakunnan eettiseltä toimikunnalta (18.9.2012) ja kohdeorganisaatioilta saatiin luvat tutkimuksen toteuttamiseen. Tutkimuksessa noudatettiin tieteen eettisiä periaatteita. Sähköisen kyselylomakkeen linkki sisälsi saateen, jossa esitettiin tutkimuksen tarkoitus ja vastaajien oikeus olla osallistumatta. Tutkimuksen osallistujien anonymiteetti taattiin sillä, että vastaukset annettiin nimettöminä ja tutkimusaineistot tallentui-

vat sähköiseen muotoon. Tiedot olivat vain tutkijoiden käytössä ja ne käsiteltiin luottamuksellisesti. Tulokset raportoitiin siten, ettei yksittäisiä vastaajia ja heidän työyksikköjään pysty tunnistamaan.

Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen lähtökohtana oli, että kysely toteutetaan sähköisesti, eivätkä ryhmävastaukset ole sallittuja. Tutkija lähetti linkin sähköpostikyselyyn vastaamiseen kohdeorganisaatioihin, joissa yhdyshenkilöt huolehtivat jakelusta, joten vastaajien valikoitumista ei tapahtunut tutkijoiden taholta.

Kyselylomakkeen perustana ovat aiemmin testatut mittarit (Asikainen ym. 2003, 2008), jotka muunneltiin esitestauksen pohjalta tutkimuksen tarkoitusta vastaavaksi. Mm. Likert-asteikolla vastausvaihtoehto ”6” Ei koske minua / En osaa sanoa rajattiin pois, koska ajateltiin niin, että kaikilla vastaajilla pitää olla jokin mielipide asiaan. Kysymyksiin oli vastattu hyvin ja puuttuvia tietoja oli vähän. Nämä vahvistavat mittauksen reliabiliteettia. Tuloksia arvioidaan aikaisempiin tutkimustuloksiin, joka vahvistaa kriteerivaliditeettia. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että epävarma vastausvaihtoehto, ”Ei samaa eikä eri mieltä”, yhdistettiin kielteiselle puolelle, ettei tietoisesti annettaisi turhan myönteistä kuvaa. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus osoittautui hyväksi, koska osioiden keskinäiset korrelaatiot vaihtelivat 0,83–0,89, jos kriteerinä on 50–.70 (Nunnally & Bernstein

1994). Mittarin osioita on käytetty jo aiemmissa tutkimuksissa, joissa osioiden keskinäiset korrelaatiot osoittautuivat niin ikään erittäin hyväksi (Jaatinen ym. 2006, Asikainen ym. 2008).

Otoskoko valittiin suureksi, jotta mahdollisen kadon jälkeen vastaajia on riittävästi. Otos rajattiin koskemaan terveystoimen alaisia organisaatioita. Kyselyn vastausprosentti jäi hyvin pieneksi (17.2 %) yhden muistutuskierron jälkeen. Toisaalta sähköpostikyselyjen vastausprosentti on yleensä noin 20 prosenttia alhaisempi kuin postikyselyjen (Shih & Fan 2009). Vastausprosentti on viitteellinen, koska tutkijat laskivat sen kohdeorganisaatioiden yhdyshenkilöitä saatuun henkilökohtaisten sähköpostiosoitteiden määrän arvosta. Katoanalyysin tekeminen oli käytännössä mahdotonta, koska tutkimuksessa käytettiin yhdyshenkilöitä, eikä tutkija tiennyt täsmällisesti, ketkä vastaajat olivat kyselyn saaneet. Kato ei välttämättä heikennä tutkimuksen luotettavuutta, mutta tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon, että tutkimuksen ulkopuolelle jäivät ne hoitotyön ammattilaiset, joilla ei ollut käytössään henkilökohtaista sähköpostiosoitetta. Vastaamista saattoi heikentää myös se, että ammattilaisella oli henkilökohtainen sähköpostiosoite, mutta hän ei käyttänyt sitä, hänellä ei ollut käytössään omaa työasemaa (esimerkiksi laitoshoidossa) tai järjestelmän salasana oli vanhentunut. Jotkut vastaajat toivat esille teknisiä ongelmia linkin aukeamisessa. Tutkimuksen tekijä oli yhteydessä organisaatioiden yhteyshenkilöihin ja korosti tutkimukseen osallistumisen motivoimisen tärkeyttä. Tutkijan henkilökohtainen kontakti vastaajiin olisi saattanut lisätä vastausprosenttia. Sähköisen kyselyn etuna tutkimusessamme oli se, että pystyimme teknisesti rajaamaan kysymyksiin vastaamisen. Myös tallennusvirheet poistuvat sähköisen kyselyn myötä.

Tutkimus koski maantieteellisesti tietyn alueen hoitotyön ammattilaisten käsityksiä, joten tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia hoitotyön ammattilaisia. Tulokset antavat kuvailevaa tietoa vastaajaryhmän arvioista ja ovat yhdenmukaisia aikaisem-

pien tutkimusten valossa, mikä vahvistaa tosiseikkaa, että sähköisen tiedonsiirron mutkikkuus ei ole ominaista vain tälle sairaanhoitopiirille (Hesselink ym. 2013). Taulukoissa esiintyvät kokonaisprosentit voivat poiketa sadasta, koska prosenttiluvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

Tutkimustulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa hoitotyön yhteenvedolla havaittiin olevan myönteinen yhteys eri ammattiryhmien ja organisaatioiden väliseen tiedonvaihtoon. Hoitotyön yhteenve-toja vastaanottaneiden mielestä tieto kulki eri toimipisteiden ja organisaatioiden välillä luotettavammin, nopeammin ja reaaliaikaisemmin kuin niiden mielestä, jotka eivät olleet niitä vastaanottaneet. Jo aiemmin moniammattillisen näkökulman lisäämisen (Crosswhite ym. 1997), yhdenmukaisen rakenteen käytön ja olennaisen tiedon esiintuomisen on havaittu parantaneen dokumentoinnin laatua (Kripalani ym. 2007) ja yhteenve-tojen luotettavuutta (Melby ym. 2010).

Tutkimme HOIY:n yhteyttä eri ammattiryhmien ja organisaatioiden väliseen yhteistyöhön ja työkäytäntöihin. Aineistossamme hoitotyön yhteenve-toja vastaanottaneet kokivat eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välisen yhteistyön olevan sujuvampaa ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioon ottavampaa kuin ne, jotka eivät olleet yhteenve-toja vastaanottaneet. Vastikään on todettu, että hoidon koordinoitua ovat hankaloittaneet hoitotyöntekijöiden tiedon ja yhteistyön puute (Hesselink ym. 2013). Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä ovat vaikeuttaneet mm. rakenteet ja organisatoriset esteet (Chetty ja Maharaj 2013, Olsen ym. 2013b).

Potilaan hoidossa vastuukysymyksistä sopiminen on huomionarvoista. Tutkimusessamme sairaanhoitajat, osastonhoitajat ja terveydenhoitajat olivat muita ammattiryhmiä kriittisimpiä arvioissaan siitä, miten potilaan hoidossa oli sovittu keskinäisistä vastuista. On todennäköistä, että kriittisimmät kannanotot tulivat juuri niiltä ammattilaisilta, jotka työssään olivat useimmin tekemi-

sissä näiden haasteiden kanssa. Terveystenhoollissa avohoito on ollut tavoitteena pitkään (mm. Palmu & Suominen 1999). Havaitsimme, että laitoshoidossa työskentelevät arvioivat yhteistyön olevan sujuvampaa, hoidon olevan useammin yhdessä suunniteltua, toisten konsultoinnin olevan helpompaa ja asiakkaan kokonaistilanteen paremmin huomioivaa kuin muissa organisaatioissa työskentelevät. Laitoshoidossa työskentelevät olivat arvioissaan tyytyväisempiä tiedonkulkuun ja hoidon tuloksiin kuin avohoidossa ja muualla työskentelevät. Näiden asioiden kehittämiseen on syytä kiinnittää huomiota erityisesti avohoidossa, johon palvelurakennemuutoksella tähdätään (Terveystenhoitolaki 2010).

Vastaajat arvioivat hoidon tuloksia oman työnsä kannalta. Suurin osa oli sitä mieltä, että hoito oli turvallista ja laadukasta, mutta vain vajaa kolmannes koki, että potilaan ongelmat kyettäisiin ratkaisemaan nopeasti. Noin puolet koki hoidon kokonaisvaltaisena ja jatkuvana. Sairaanhoidajien, osastohoidajien ja terveystenhoitajien käsitysten mukaan potilaan hoito kohdentui oikein harvemmin kuin muiden ammattiryhmien mielestä. Laitoshoidossa työskentelevien arvioiden mukaan hoito oli kokonaisvaltaisempaa ja potilaan ongelmat kyettiin ratkaisemaan paremmin kuin muualla työskentelevien mielestä. Työtahti kiihtyy entisestään ja hoitohenkilöstöltä edellytetään entistä suurempaa tehokkuutta, nopeaa päätöksentekoa ja turvallista hoitoa. Oikea tieto oikeassa paikassa oikeaan aikaan on keskeinen tekijä turvallisessa ja laadukkaassa hoidossa. Hyvä hoito edellyttää, että potilasta koskeva oleellinen tieto siirtyy hoitopaikasta toiseen. (Terveystenhoito 2015.)

Tutkimuksen kohdealueella hoitotyön yhteenvedon tietosisältöä on kehitetty ammattilaisten toiveiden ja kansallisten suuntaviivojen mukaan yli 10 vuotta. Alueella on pitkä kokemus sähköisestä tiedonvälityksestä aluetietojärjestelmäratkaisun avulla. Sairaanhoidopiiriin potilastietojärjestelmään tallennettu HOIY on ollut sähköisesti luettavissa kaikissa alueen terveystakeskuksissa vuodesta 2007. Silti valtaosa yhteenvedoista oli vastaanotettu paperisena. Avohoidos-

sa yhteenvedoja oli vastaanotettu harvemmin ja vähemmän kuin laitoshoidossa, mutta avohoidossa sähköinen vastaanottotapa oli yleisempi kuin laitoshoidossa. HOIY on ohjeistettu laatimaan ainakin jatkohoittoon laitokseen ja palvelujen piiriin avohoitoon siirtyvistä potilaista.

Nykyisin oman terveysteseman voi valita kaikista Suomen terveystesemistä (Terveystenhoitolaki 2010) ja siten hoitotyön yhteenvedon laatimisesta voi muodostua myös imagokysymys. Potilaalla on oikeus saada tietoa hoidostaan. Jatkossa se onnistuu valtakunnallisen Omakanta-palvelun avulla, mikäli potilaalle on laadittu HOIY (Kanta 2014). Tutkimuksen toteutuksen jälkeen tekninen ratkaisu alueelliseen sähköiseen tiedonvälitykseen on vaihdettu. On oletettavaa, että tulevaisuudessa myös hoitohenkilöstö hyödyntää alueellisessa tiedonvaihdossa entistä enemmän sähköisiä työvälineitä paperin sijaan kuten lääkärit (Hyppönen ym. 2014, Lehtovirta & Vuokko 2014). Samalla tulee pohdittavaksi, missä vaiheessa hoitotietojen paperijakelusta voidaan luopua.

Kehittämistyön haasteena on, miten potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto pystytään siirtämään oman ammattikunnan ja muiden ammattiryhmien kuten fysioterapeuttien (Chetty & Maharaj 2013) ja lääkäreiden välillä (Hesselin ym. 2013, Hyppönen ym. 2014). Tavoitteena pitää olla se, että potilasta koskeva hoitotieto siirtyy ajantasaisena ja oikeanlaisena organisaatiosta toiseen turvallisen jatkohoidon takaamiseksi.

Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tulokset osoittavat, että hoitotyön yhteenvedon kehittämistä kannattaa jatkaa. HOIY tukee hoidon jatkuvuutta edistämällä tiedonkulkua ja saumatonta yhteistyötä eri toimipisteiden ja ammattilaisten välillä. Tulevaisuudessa HOIY tehdään kaikista hoitotietojen välillä. Yhteistyötä ja yhteisiä työtapoja pitää kehittää erityisesti avohoidossa. Tiedon rakenteistamista ja uutta teknologiaa

voidaan hyödyntää potilaan turvallisen jatkohoidon takaamiseksi. Hoitotyön kirjaamisen ja hoitotyön yhteenvedon yhtenä sen osa-alueena on hoitotyön ominta aluetta. Jatkossa tarvitaan laadullista tutkimusta hoitotyön yhteenvedon erityispiirteistä, jotka ovat yhteydessä ammattilaisten ja potilaiden kokemuksiin.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: AK, KS, PA, aineistonkeruu: AK, aineiston analysointi: AK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: AK, PA, käsikirjoituksen kommentointi: KS, PA, käsikirjoituksen viimeistely: AK, PA, KS.

LÄHTEET

- Asikainen P, Halmela S, Aho P & Mäkinen A. 2003. Sähköinen, asiakaslähtöinen lähete ja palaute käytön Satakunnassa – kehittämistyö ja arviointitutkimus. *Arviointiraportti*. Satakunnan sairaanhoitopiiri.
- Asikainen P, Suominen T, Mäenpää T & Maas M. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää tiedon siirtoa ja yhteistoimintaa aluetietojärjestelmän käyttöönottoaiheessa. *Hoitotiede* 20 (2), 59–69.
- Chetty V & Maharaj SS. 2013. Collaboration between health professionals in the era of antiretroviral therapy. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 24 (2), 166–175.
- Crosswhite R, Beckham SH, Gray P, Hawkins PR & Hughes J. 1997. Using a multidisciplinary automated discharge summary process to improve information management across the system. *American Journal of Managed Care* 3 (3), 473–479.
- Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H & Vernooij-Dassen M. 2013. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care* 25 (1), 66–74.
- HoiDok-hanke 2005–2006. Valtakunnallinen hoitotyön sähköisen dokumentoinnin kehittämishanke vaihe I 1.5.05–31.12.06. *Loppuraportti*. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Hypönen H, Reponen J, Lääveri T & Kaipio J. 2014. User experiences with different regional health information exchange systems in Finland. *International Journal of Medical Informatics* 83 (1), 1–18.
- Jaatinen P, Aarnio P & Asikainen P. 2006. The foundations for a regional information system based on a reference database. *Journal on Information Technology in Health Care* 4, 154–164.
- Kanta 2014. <http://www.kanta.fi//5.1.2014>.
- Kazmi S. 2008. Quality of Electronic Discharge Summaries at Newham University Hospital: An Audit. *British Journal of Medical Practitioners*. 1 (1), 30–32.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P & Baker DW. 2007. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 297 (8), 831–841.
- Kuusisto A, Asikainen, P & Saranto, K. 2014. Medication documentation in nursing discharge summaries at patient discharge from special care to primary care. *Journal of Nursing & Care*. <http://omicsgroup.org/journals/medication-documentation-in-nursing-discharge-summaries-at-patient-discharge-from-special-care-to-primary-care-2167-1168.1000147.pdf/2.6.2014>.
- Kuusisto A & Asikainen P. 2013. *Electronic nursing discharge summary – a follow-up study at one hospital district*. ACENDIO 2013. Book of proceedings, 367–369.
- Kuusisto A, Asikainen P, Lukka H & Tanttu K. 2009. Experiences with the Electronic Nursing Discharge Summary. *Studies in Health Technology and Informatics* 146, 226–230.
- Lehtovirta J & Vuokko R (toim.) 2014. *Terveydenhuollon rakenteiden kirjaamisen opas*. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 1/ 2014. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-108-2/29.1.2014>.
- Liljamo P, Kinnunen U-M & Ensio A. 2012. *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. THL. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/URN:ISBN_978-952-245-675-5.pdf?sequence=1/24.8.2013.
- Melby L & Hellesø R. 2010. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care* 10, 1–9.
- Nunnally J & Bernstein I. 1994. *Psychometric theory*. McGraw-Hill Publishing Company, USA.
- Olsen RM, Hellzén O & Enmarker I. 2013a. Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care* 1, 13.
- Olsen RM, Østnor BH, Enmarker I & Hellzén O. 2013b. Barriers to information exchange during older patients' transfer: nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing* 22 (19–20), 2964–2973.
- Palmu P & Suominen T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 11 (3), 119–127.

- Remen VM & Grismo A. 2011. Closing information gaps with shared electronic patient summaries – How much will it matter? *International Journal of Medical Informatics* 80 (11), 775–781.
- Shih T-H & Fan X. 2009. Comparing response rates in e-mail and paper surveys: A meta-analysis. *Educational Research Review* 4 (1), 26–40.
- Terveydenhuolto 2015. Työministeriö. <http://tymi.fakiirimedia.com/esitykset/popup.php?esitys=22&teksti=Taustaa/18.1.2014>.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Werley HH, Devine EC, Zorn CR, Ryan P & Westra BL. 1991. The Nursing Minimum Data Set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American Journal of Public Health* 81 (4), 421–426
- Wibe T, Ekstedt M, Hellesø R & Slaughter L. 2010. Why do people want a paper copy of their electronic patient record? *Studies in Health Technology and Informatics* 160 (Pt1), 676–680.

Anne Kuusisto, TtM, YtM, Projektikoordinaattori, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Sairaalanatie 3, 28500 Pori, anne.kuusisto@satsbp.fi

Paula Asikainen, TtT, Dosentti, hallintoylihoitaja, Satakunnan sairaanhoitopiiri, Sairaalanatie 3, 28500 Pori, paula.asikainen@satsbp.fi

Kaija Saranto, TtT, Professori, Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Kuopion kampus, PL 1627, 70211 Kuopio, kaija.saranto@uef.fi