

Hoitotyön yhteenvedon tietosisältö hoitotyöntekijöiden arvioimana

ANNE KUUSISTO

TtM, YtM, TtT-opiskelija, Projektkoordinaattori
Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveys-
johtamisen laitos
Satakunnan sairaanhoitopiiri, Yhtymähallinto

PAULA ASIKAINEN

TtT, Dosentti, Hallintoylihoitaja
Satakunnan sairaanhoitopiiri, Yhtymähallinto

KAIJA SARANTO

TtT, Professori
Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveys-
johtamisen laitos

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, missä määrin hoitotyöntekijät olivat tietoisia hoitotyön yhteenvedon (HOIY) tietosisällöstä sekä epikriisiä ja HOIY:a koskevista tiedoista omassa yksikössään potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuoltoon. Poikkileikkaustutkimuksen aineisto (n = 180) kerättiin sähköisesti, aiemmin testatulla kyselylomakkeella, yhden sairaanhoitopiirin alueella Suomessa 2012. Artikkelissa tarkastellaan niiden 56 ammattilaisen arvioita, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n. Tutkimus osoitti, että potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, hoitohenkilöstöllä oli huonosti tiedossa potilasta koskeva tieto kaikilla mitatuilla osaluilla (hoidon antajan tunnistetiedot, potilaan perustiedot, hoitotyön ydintiedot, jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot). Myös epikriisin ja HOIY:n hoitoa koskevissa tiedoissa oli paljon ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä. Jatkossa erityisesti hoitotyö spesifisen tiedon, hoidon vaihtavuuden ja potilaan näkökulman esille tuomista pitää edistää kirjaamisessa.

Avainsanat: Hoitotyön yhteenvedo, epikriisi, potilaskertomus, jatkohoito, Potilastiedon arkisto

ABSTRACT

The data content of the nursing discharge summary as assessed by nursing staff

*Anne Kuusisto, MNSc, MSSc, Doctoral Student, Project Co-ordinator
Paula Asikainen, PhD, Adjunct Professor,
Chief Executive Officer of Nursing
Kaija Saranto, PhD, Professor*

The purpose of this study was to assess to what extent the nursing staff were aware of the data content of the nursing discharge summary (NDS) as well as data concerning the medical case summary and NDS in their own unit when patients are transferred from a specialized care unit to primary care. Cross-sectional study data (n = 180) were collected electronically, using a questionnaire previously tested at one hospital district in Finland in 2012. The article examines the assessments of 56 professionals who reported receiving an NDS. The study showed that when a patient is transferred from specialized care to primary care, the nursing staff had little knowledge of the patient information in all the areas measured (identity of healthcare provider, basic information on the patient, nursing core data set, information concerning the follow-up care that has been arranged). There were also a lot of contradictions and overlaps concerning patient care in the medical case summary and NDS. In the future, in particular, the nursing-specific content, effectiveness of nursing care and the

patient's point of view should be improved in the documentation.

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

Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?

- Sähköinen hoitotyön yhteenvedo (HOIY) voi tukea tiedonvälitystä ja hoidon jatkuvuutta.
- HOIY:n tietosisältö on rakenteistettu Potilastiedon arkiston vaatimuksia vastaavaksi hoitotyön ydintietojen (hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulos, hoitoisuus) mukaisesti.
- HOIY:n optimaalisesta tietosisällöstä on vähän tutkimusta.

Mitä uutta tietoa artikkeli tuo?

- Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon hoitohenkilöstöllä oli huonosti tiedossa potilasta koskeva tieto HOIY:n perusteella.
- Hoitotyön sisältö, hoidon vaikuttavuus ja potilaskohtaisuus eivät näkyneet kovin hyvin yhteenvedoissa.
- Epikriisin ja HOIY:n hoitoa koskevissa tiedoissa oli paljon päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia.

Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön kouluttamiselle ja johtamiselle?

- Tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön yhteenvedoita koskevassa jatkokehittämis- ja luokittelutyössä.
- Hoitotyö spesifisen tiedon, hoidon vaikuttavuuden ja potilaan näkökulman esille tuomista pitää edistää kirjaamisessa.
- Hoitotyön kirjaamista kannattaa kehittää edelleen hoitotyön yhtenäisen kielen, termistön suuntaan.
- Tietosisältöjen kirjaamisesta pitää sopia erityisesti lääkärin kanssa.

Tutkimuksen lähtökohdat

Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat seikkaperäisiä ja helposti saatavilla olevia potilastietoja kun potilas siirtyy organisaatiosta toiseen (Melby & Hellesø 2010). Suomessa on koettu ongelmaksi, että joissakin sairaalaa ympäröivissä terveyskeskuksissa ei ole käytössä sairaalassa tehtyjä hoitotyön kirjauksia (Härmä ym. 2009). Tiedon siirtoa vaikeuttavat eri ammattiryhmien väliset kirjaamis- ja työkäytännöt sekä käytössä olevien tietojärjestelmien ongelmat (Ammenwerth ym. 2006, Hübner ym. 2010a, Kuusisto ym. 2014a).

Potilastiedon arkiston odotetaan tuovan parannusta tiedonvälitykseen. Se on palvelu, jota käytetään potilastietojärjestelmän kautta ja jonne terveydenhuollon tietojärjestelmät tuottavat potilastiedot yhdenmukaisessa rakenteisessa muodossa. Kantapalvelujen avulla terveydenhuollon yksiköillä, ja myös potilaalla, on pääsy keskeisiin terveystietoihin esimerkiksi hoitotyön yhteenvedoon (HOIY) (Kanta 2015). HOIY on osa sähköistä potilaskertomusta. Se perustuu kansalliseen kirjaamismalliin (Virkunen ym. 2015), joka koostuu päätöksenteon prosessimallista, hoitotyön ydintiedoista sekä Suomalaisesta hoidon tarve- ja toi-

mintoluokituksesta, FinCC (Häyrinen ym. 2010). Terminologioilla, esimerkiksi FinCC:llä, on iso merkitys tietojärjestelmien yhteensopivuudessa (Hübner ym. 2010a). Terveystieteiden ammattihenkilö koostaa potilaan hoitajakson ajalta HOIY:n, mikä on *kooste hoidon tarpeista, hoitotyön toiminnoista ja tuloksista* (Liljamo ym. 2012). Siihen kirjataan myös jatkohoidon kannalta oleellisia esi- ja perustietoja sekä potilaan lähtöpäivänä saamat lääkkeet (Virkkunen ym. 2015).

Sähköinen HOIY voi tukea tiedonvälitystä ja hoidon jatkuvuutta (Kazmi 2008, Hübner ym. 2010a, Horwitz ym. 2013, Kuusisto ym. 2014b, 2014c) ja siten edistää potilasturvallisuutta (Saranto ym. 2014). Niitä ei kuitenkaan aina tehdä (Mamo 2014, Flink ym. 2015), tiedot eivät ole ajantasaisia (Horwitz ym. 2013) eikä käyttö ole vakiintunutta (Olsen ym. 2013). Mikäli kirjaamisen laatu on huono, erityisesti jatkohoitopaikassa potilaat eivät välttämättä saa tarvitsemaansa hoitoa (Meißner & Schnepf 2014). HOIY:n saatavuutta pidetään kriittisenä, sillä epikriisi saapuu usein viiveellä (Morris ym. 2012). HOIY on yleensä jatkohoitopaikassa ennen epikriisiä (Asikainen ym. 2003).

HOIY:n optimaalisesta tietosisällöstä on vähän tutkimusta (Pavlik ym. 2014). Kirjaamiskäytännöt vaihtelevat, eikä ole yksimielisyyttä siitä, mikä on olennaista tietoa siirtotilanteessa (Griffiths ym. 2014). Vastaanottavien hoitotyöntekijöiden näkökulmasta tärkein asia on potilaan vointi siirtotilanteessa (Kuusisto ym. 2009). Lisäksi toivotaan tietoa mm. potilaan lääkityksestä (Manias ym. 2014) sekä varsinkin muistisairaiden vanhusten ja psykiatristen potilaiden läheisten yhteystietojen löytymistä (Hübner ym. 2010b). Tutkimukset osoittavat, että sekä epikriisien että hoitotyön yhteenvedojen tietosisällöissä on puutteita (Horwitz ym. 2013, Mamo 2014, Flink ym. 2015). Erytyisesti potilaan hoidon tarpeiden, esimerkiksi ravitsemukseen liittyvien ongelmien (Carlsson ym. 2012), hoitotyön toimintojen kuten potilasopetuksen (Friberg ym. 2006) ja hoidon tulosten kirjaukset ovat puutteellisia (Jefferies ym. 2010).

Hoitotyön kirjaukset ovat usein struktuurimattomia (Jefferies ym. 2010), vaikka rakenteisen kirjaamisen on todettu olevan yhteydessä hoitoprosessin tuottavuuteen: esimerkiksi ajansäästöön kirjatessa ja kirjatua tietoa hyödynnettäessä. Sen avulla myös hoitotyön toimintojen ja tulosten kirjaaminen ovat tehostuneet. (Saranto ym. 2014.) HOIY tietoja koskeva sähköisen kirjaamisen ja luokitusten kehittäminen on käynnissä sekä kansainvälisesti (Hübner ym. 2010a) että kansallisesti (Virkkunen ym. 2015). Ongelmana on, että potilastietojärjestelmiä ei ole suunniteltu hoitoprosessien näkökulmasta vaan kirjaaminen tapahtuu niissä erikseen kunkin ammattiryhmänsä näkökulmasta. Tämä voi johtaa päällekkäiseen kirjaamiseen. Päällekkäinen kirjaaminen voi olla johdonmukaista, jolloin tiedolla on sama merkitys tai ristiriitaista, jolloin tarkoitus on sama, mutta osa tiedosta on epäjohdonmukaista. (Collins ym. 2011.) Moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi on asetettu suuria odotuksia (Laitinen ym. 2014), koska sen avulla on saatu parannettua tietosisältöä (Finn ym. 2011). Päinvastastakin näyttöä löytyy (Melby & Hellesø 2010).

Tavoitteena on, että HOIY voidaan tuottaa päivittäisistä kirjauksista automaattisesti (Pavlik ym. 2014), jotta siirtotilanteessa ei tarvitsisi tehdä erillistä yhteenvedoa (Härmä ym. 2009, Virkkunen ym. 2015). Nykyisten potilaskertomusjärjestelmien käyttökokeusten perusteella rakenteisen kirjaamisen mahdollistamia hyötyjä ei ole saavutettu (Kuusisto ym. 2014a, Vainiomäki ym. 2014). Oikeiden hoitotietojen välittyminen jatkohoitopaikkaan on oleellinen osa potilasturvallisuutta. Hoitotyöntekijä on keskeisessä osassa HOIY:n integroimisessa hoitotyöhön. Siksi on tärkeää saada tietoa hoitotyöntekijöiden tietoisuudesta HOIY:n tietosisällöstä.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida, missä määrin vastaanottavat hoito-

työntekijät ovat tietoisia HOIY:n tietosisällöstä sekä epikriisiä ja HOIY:a koskevista tiedoista omassa yksikössään potilaan siirtymässä erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuoltoon. Tietosisältöä tarkastellaan yhden sairaanhoitopiirin alueella, jossa sähköinen HOIY on ollut käytössä vuodesta 2005. HOIY on tarkoitettu ammattilaisten käyttöön potilaan siirtotilanteessa, jossa on tarve saada potilaan hoitotietoja. Se on katsottavissa aluetietojärjestelmäpalvelun kautta. (Kuusisto ym. 2009, 2014b, 2014c.)

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Missä määrin hoitotyöntekijät ovat tietoisia HOIY:n tietosisällöstä omassa yksikössään potilaan siirtymässä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon?
2. Miten hoitotyöntekijät arvioivat epikriisiä ja HOIY:a koskevia tietoja?

Tutkimusaineisto ja menetelmät

Kohderyhmä ja aineiston keruu

Poikkileikkaustutkimuksen aineisto kerättiin sähköisesti kyselylomakkeella (Webropol 2.0) loppuvuodesta 2012 yhden sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksista yhdeksästä perusterveydenhuollon kuntayhtymästä. Tutkija lähetti sähköpostitse linkin kyselyyn vastaamiseen viidelletoista yhdyshenkilölle, jotka toimittivat kyselyn eteenpäin. Edellytys tutkimukseen osallistumiseen oli henkilökohtainen sähköpostiosoite, mikä oli 1074 hoitotyöntekijällä organisaatioista saatujen tietojen mukaan.

Tutkimusympäristön kuvaus

Lähtävässä organisaatiossa päivittäinen hoitotyön kirjaaminen toteutui tutkimuksen aineistonkeruun aikana pääosin paperille. Potilaan hoitoisuutta arvioitiin *RAFAELA™ hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla*. Käytössä oli aluetietojärjestelmä (FIALE), joka mahdollisti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon reaaliaikaisen yhteydenpidon. HOIY kirjattiin sairaanhoitopiirin

potilaskertomusjärjestelmän jatkuvakäyttöiselle hoitotyön yhteenvetolomakkeelle. Rakenteistaminen tapahtui manuaalisesti. HOIY:n laatimisen tukena oli kirjallinen ohje, joka sisälsi kansallista jäsentelyä mukailevat otsikot: taustatiedot, hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja jatkohoito (Liljamo ym. 2012, Virkkunen ym. 2015). Tällä työtavalla HOIY tallentui potilastietojärjestelmään ja siitä muodostui viite aluetietojärjestelmään. Viitteellä tarkoitetaan aluetietojärjestelmään tallentuvaa tietoa siitä, että potilaasta on syntynyt tietoa perusjärjestelmään. Tarvittaessa aluetietojärjestelmäpalvelun avulla noin 17 782 ammattilaisen oli mahdollista lukea HOIY:a. Siirtotilanteessa yhteenvedosta otettiin kopio ja se lähetettiin jatko-hoitopaikkaan.

Mittari ja analysointi

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, joka esitettiin (n = 14). Se perustuu Asikainen ym. (2003) kehittämään mittariin, joka muunneltiin tutkimuksen tarkoitukseen soveltuvaksi. Taustamuuttujina kysyttiin työyksikköä, ammattinimikettä ja onko vastaanottanut HOIY:ja (kyllä/ei). Niiltä hoitotyöntekijöiltä, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n, kysyttiin vastaanottaako HOIY:n pääasiassa sähköisenä (Fiale-palvelun kautta) vai paperisena. Vastaajilta, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n, tiedusteltiin tietoisuutta HOIY:n sisällöstä omassa yksikössä potilaan siirtymässä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon osioilla, joita oli käytetty aiemmassa tutkimuksessa (Asikainen ym. 2003). Kyselylomakkeen osiot ajan tasaistettiin kansallisen kirjaamismallin jäsentelyä vastaavaksi (Häyrinen ym. 2010). Hoitoisuus-osio noudattaa *RAFAELA™ hoitoisuusluokitusjärjestelmän* jäsentelyä. Kysymykset olivat Likert-asteikkollisia (1 = erittäin huonosti, 2 = melko huonosti, 3 = ei huonosti eikä hyvin, 4 = melko hyvin ja 5 = erittäin hyvin). Aikaisemmassa kyselylomakkeessa (Asikainen ym. 2003) ollut vaihtoehto ”en osaa sanoa / ei koske minua” rajattiin pois, koska oletus oli, että kaikilla HOIY:n vastaanottaneilla oli mielipide asiaan.

HOIY:n sisältöä koskevissa osioissa vastaajaa pyydettiin arvioimaan, missä määrin hän on tietoinen seuraavista asioista: ”hoidon antajan tunnistetiedot (4 väittämää), potilaan perustiedot (8 väittämää), hoidon tarve (6 väittämää), hoitotyön toiminnot (3 väittämää), hoidon tulokset (6 väittämää), yhteenvetotiedot potilaan hoitoisuuden seurannassa (6 väittämää) ja jatkohoito” (11 väittämää) omassa yksikössään potilaan siirtäessä sairaanhoitopiiriin sairaalasta avo- tai laitoshoitoon. Lisäksi tiedusteltiin viisiporlaisella asteikolla (1 = täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = ei samaa eikä eri mieltä, 4 = melko samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä), olivatko vastaajat samaa vai eri mieltä siitä, että potilaan siirtovaiheessa tietoja jää epäselväksi, lääkärin epikriisi tulee viiveellä, potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto välittyy ja kirjattu tieto on selkokielistä. Lopuksi kyseisellä asteikolla varustetuilla kahdella väittämällä pyydettiin arvioimaan epikriisin ja HOIY:n hoitoa koskevien tietojen ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä.

Strukturoidut vastaukset analysoitiin IBM SPSS Statistics 21.0 tilasto-ohjelmalla. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa-kertoimella (Taulukko 1). Tutkimuksessa käytettiin kuvailevan tilastotieteen menetelmiä. Tavoitteena oli kuvata asioiden nykytilaa, ei testata hypoteeseja tai vertailla organisaatioita keskenään.

Tulokset

Hoitotyöntekijöiden kuvaus

Kyselyyn vastasi 180 ammattilaista kahdeksasta terveyskeskuksesta (vastausprosentti 17.2). Yhdestä organisaatiosta ei saatu vastauksia. Noin joka kolmas vastaaja (31 %, n = 56) oli vastaanottanut HOIY:ja, useammin paperisena (75 %, n = 41) kuin sähköisenä (26 %, n = 14). Taulukko 2 kuvaa aineistoa ammatin ja työyksikön mukaan niiden vastaajien (n = 56) osalta, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n. Yksi vastaaja ei ilmoittanut ammattinimikettään. Enemmistö HOIY:ja vastaanottaneista oli sairaanhoitajia (60 %, n = 33), lähi- ja perushoitajia (22 %, n = 12) ja osastonhoitajia (11 %, n = 6). Työyksikkötasolla eniten HOIY:ja oli vastaanotettu terveyskeskuksen vuodeosastolla (61 %, n = 34).

Jatkossa tarkastellaan niiden 56 ammattilaisen, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n, arvioita tietoisuudestaan yhteenvedon tietosisällöstä sekä epikriisiä ja HOIY:a koskevista tiedoista.

Tietoisuus hoidonantajan tunnistetiedoista ja potilaan perustiedoista

Siirtotilanteessa suurin osa vastaajista arvioi olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoinen hoitojakson ajankohdasta (78 %) ja

Taulukko 1. Kyselylomakkeen eri osioiden Cronbachon alfa-arvot.

Osio	Cronbachin alfa-arvo
Hoidon antajan tunnistetiedot	0,84
Potilaan perustiedot	0,92
Hoidon tarve	0,92
Hoitotyön toiminnot	0,80
Hoidon tulokset	0,95
Yhteenvetotiedot potilaan hoitoisuuden seurannasta	0,95
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot	0,95
Epikriisiä ja hoitotyön yhteenvetoa koskevat mielipiteet	0,71

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot (% , N = 56).

Ammattinimike	(n)	(%)
Osastonhoitaja	6	11
Sairaanhoitaja	33	60
Lähi- ja perushoitaja	12	22
Muu	4	7
Työyksikkötiedot		
TK-vuodeosasto	34	61
Kotisairaahoito	1	2
Kotipalvelu/kotihoito	2	4
Avosairaahoito ja avoterveydenhuolto	5	9
Kotisairaala	2	4
Tehostettu palveluasuminen	4	7
Vanhainkoti	1	2
Muu	7	13

Taulukko 3. Tietoisuus hoidonantajan tunnistetiedoista ja potilaan perustiedoista prosenttiosuuksina.

	erittäin hyvin %	melko hyvin %	ei hyvin, ei huonosti %	melko huonosti %	erittäin huonosti %
Hoidonantajan tunnistetiedot (n = 56)					
Lähetävä organisaatio	43	34	20	2	2
Lähetävän yksikön puhelinnumero	18	36	18	16	13
Hoitojakson ajankohta	39	39	11	9	2
Hoitotyön yhteenvedon tekijän yhteystiedot	14	36	29	13	9
Potilaan perustiedot					
Potilaan nimi (n = 56)	77	13	5	0	5
Henkilötunnus (n = 56)	73	20	2	0	5
Läheisen yhteystiedot (n = 55)	26	20	31	15	9
Sairaudet ja niiden vaikutus hoitotyöhön (n = 56)	14	39	36	5	5
Pysyvät rajoitteet (n = 56)	9	32	34	16	9
Riskitiedot (n = 56)	9	34	34	18	5
Ruokavalio (n = 54)	7	19	28	32	15
Päihteet ja tupakointi (n = 54)	6	9	26	37	22

lähetävästä organisaatiosta (77 %). Hoito-henkilöstöstä liki kolmannes (29 %) arvioi olevansa ”erittäin huonosti/melko huonosti” tietoinen lähetävän yksikön puhelinnumerosta ja runsas viidennes (22 %) HOIY:n tekijän yhteystiedoista. Lähes kaikki vastaajat kokivat olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoisia potilaan henkilötunnuksesta (93 %)

ja nimestä (90 %). Noin puolet arvioi olevan ”erittäin/melko hyvin” selvillä potilaan sairauksista ja niiden vaikutuksista hoitotyöhön (53 %). Sen sijaan lähes puolet oli ”erittäin/melko huonosti” tietoisia ruokavaliosta (47 %), noin neljännes pysyvistä rajoitteista (25 %), läheisen yhteystiedoista (24 %) ja riskitiedoista (23 %). (Taulukko 3.)

Taulukko 4. Tietoisuus hoitotyön ydintietojen näkyemisestä vastaanottavassa yksikössä prosenttiosuuksina.

	erittäin hyvin %	melko hyvin %	ei hyvin, ei huonosti %	melko huonosti %	erittäin huonosti %
Hoidon tarve					
Hoitoon tulon syy (n = 55)	40	49	4	2	6
Oireet ja vaivat (n = 55)	22	56	13	4	6
Tulotilanteen vointi (n = 55)	13	44	26	13	6
Potilaan tarpeet (n = 54)	6	30	39	19	7
Potilaan toiveet (n = 55)	7	13	26	38	16
Hoitotyön tavoitteet (n = 54)	7	32	41	11	9
Hoitotyön toiminnot (n = 54)					
Tehdyt merkitykselliset hoitotyön toiminnot	17	39	35	4	6
Potilaan saama ohjaus	4	24	39	26	7
Potilaan omaisen saama ohjaus	4	9	15	54	19
Hoidon tulokset (n = 55)					
Saavutetut tulokset hoitajakson aikana	6	47	31	9	7
Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset	9	42	36	6	7
Potilaan vointi lähtötilanteessa	6	44	33	11	7
Lähtötilanteen toimintakyky	7	33	35	18	7
Selviytyminen päivittäisistä toiminnoista	6	35	36	16	7
Potilaan kokemus toteutuneesta hoidosta	2	7	24	42	26
Yhteenvetotiedot potilaan hoitoisuuden seurannasta (n = 55)					
Hoidon suunnittelu ja koordinointi	2	36	40	15	7
Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet	6	38	44	6	7
Ravitsemus ja lääkehoito	7	31	46	9	7
Hygienia ja erityistoiminta	6	29	42	16	7
Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	6	15	46	26	9
Hoidon ja jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki	2	11	33	38	16

Tietoisuus hoitotyön ydintietojen näkyemisestä

Siirtovaiheessa useimmat ammattilaiset arvioivat olevansa ”erittäin /melko hyvin” tietoisia potilaan hoitoon tulon syystä (89 %) sekä oireista ja vaivoista (78 %). Harvemmat arvelivat olevansa ”erittäin/melko hyvin” selvillä hoitotyön tavoitteista (39 %), potilaan tarpeista (36 %) ja toiveista (20 %). Noin puolet (56 %) arvioi olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoinen merkityksellisten hoitotyön toimintojen näkyemisestä vastaanottamissaan yhteenvedoissa. Vastaava osuus potilaan saamasta ohjauksesta oli 28 % ja potilaan omaisen saamasta ohjauksesta 13 %.

Reilu puolet vastaajista arvioi olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoinen saavutetuis-

ta hoidon tuloksista hoitajakson aikana (53 %), potilaan voinnissa tapahtuneista muutoksista (51 %) ja potilaan voinnista lähtötilanteessa (50 %). Vajaa puolet vastaa- jista arvioi olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoinen potilaan lähtötilanteen toiminta- kyvystä (40 %) ja selviytymisestä päivittäisistä toiminnoista (41 %). Vain 9 % arvioi olevansa ”hyvin/melko hyvin” tietoinen potilaan kokemuksista toteutuneesta hoi- dosta. Hoitoisuuden seurantaan liittyvistä tiedoista ”erittäin hyvin/melko hyvin” oltiin tietoisia ”hengittämisestä, verenkierrasta ja sairauden oireista” (44 %). Sen sijaan vain (13 %) oli ”erittäin/melko hyvin” tietoinen hoidon ja jatkohoidon opetuksesta ja oh- jauksesta sekä emotionaalisesta tuesta. (Taulukko 4.)

Taulukko 5. Tietoisuus jatkohoidon järjestämistä koskevista tiedoista prosenttiosuuksina.

	erittäin hyvin %	melko hyvin %	ei hyvin, ei huonosti %	melko huonosti %	erittäin huonosti %
Jatkohoitoon siirtymisen syy (n = 54)	30	43	17	6	6
Jatkohoitopaikka (n = 55)	29	33	22	9	7
Siirtoaika (n = 55)	18	24	35	16	7
Jatkohoito-ohjeet (n = 55)	9	38	36	9	7
Muu tarvittava ohjeistus (n = 55)	6	20	36	31	7
Kotihoito-ohjeet (n = 55)	6	18	40	29	7
Sovitut tai sovittavat jälkitarkastukset ja muut toimenpiteet (n = 56)	18	46	23	5	7
Potilaan ja hänen läheistensä kanssa sovitut asiat (n = 56)	4	14	25	45	13
Kenelle potilaan siirrosta tiedotettu (n = 56)	9	27	34	21	9
Hoitotahdon olemassaolo (n = 56)	5	18	29	32	16
Potilaan mukana siirtyvät arvoesineet (n = 56)	5	13	36	25	21

Tietoisuus jatkohoidon järjestämistä koskevista tiedoista

Vastaajista ”erittäin/melko hyvin” tietoisia jatkohoitoon siirtymisen syystä oli 73 %, mutta kotihoito-ohjeista 24 % ja potilaan ja hänen läheistensä kanssa sovitusta asioista 18 %. (Taulukko 5.)

Yli puolet vastaajista (n = 55) arvioi olevansa ”täysin/melko samaa mieltä” siitä, että potilaan hoidon kannalta oleellinen tieto välittyy (67 %) ja kirjattu tieto on selkokielistä (58 %). Iso joukko oli ”täysin/

melko samaa mieltä” siitä, että potilaan siirtovaiheessa jää tietoa epäselväksi (47 %).

Tietoisuus epikriisiä ja hoitotyön yhteenvedoa koskevista tiedoista

Hoitotyöntekijöistä noin kolmannes (35 %) oli samaa mieltä, että epikriisi tuli viiveellä. Lähes puolet (48 %) arvioi, että epikriisin ja HOIY:n hoitoa koskevissa tiedoissa oli sekä päällekkäisyyksiä ja yli puolet (58 %) arvioi, että niissä oli ristiriitaisuuksia (Taulukko 6).

Taulukko 6. Ammattilaisten epikriisiä ja hoitotyön yhteenvedoa koskevat mielipiteet (täysin samaa mieltä - täysin eri mieltä olevien prosenttiosuudet).

	täysin samaa mieltä %	melko samaa mieltä %	ei samaa, ei eri mieltä %	melko eri mieltä %	täysin eri mieltä %
Epikriisi tulee viiveellä (n = 54)	11	24	24	30	11
Epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon hoitoa koskevissa tiedoissa on ristiriitaisuuksia (n = 55)	16	42	22	15	6
Epikriisin ja hoitotyön yhteenvedon hoitoa koskevissa tiedoissa on päällekkäisyyksiä (n = 55)	13	35	27	22	4

Pohdinta

Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatettiin tieteen eettisiä periaatteita (TENK 2015). Satakunnan eettiseltä toimikunnalta saatiin puoltava lausunto (18.9.2012) ja kohdeorganisaatioilta luvat tutkimuksen toteuttamiseen. Sähköisen kyselylomakkeen (Webropol 2.0) linkki sisälsi saateen, jossa esitettiin tutkimuksen tarkoitus ja vastaajien oikeus olla osallistumatta. Tutkimuksen osallistujien anonymiteetti taattiin sillä, että vastaukset annettiin nimettöminä ja tutkimusaineistot tallentuivat sähköiseen muotoon. Tiedot olivat vain tutkijoiden käytössä ja ne käsiteltiin luottamuksellisesti. Tulokset raportoitiin siten, ettei yksittäisiä vastaajia ja heidän työyksikköjään pysty tunnistamaan.

Tutkimuksessa käytettyjen muuttujien väliset Cronbachin Alfa kertoimien arvot olivat hyviä, koska osioiden keskinäiset korrelaatiot vaihtelivat 0.71–0.95, jos kriteerinä on 50–70 (Nunnally & Bernstein 1994). Mittarin osioita on käytetty myös aiemmissa tutkimuksissa, joissa osioiden Cronbachin alfa-kertoimet osoittautuivat niin ikään erittäin hyväksi 0.90 (Kuusisto ym. 2014b) ja 0.83–0.89 (Kuusisto ym. 2014c). Kyselylomakkeen laadinnassa on hyödynnetty ammattilaisten tietojärjestelmävaatimusmäärittelytyössä määrittelemää tietosisältöä. Tällä menettelyllä parannettiin nk. face validiteettiä eli sitä, että mittari mittaa tarkoitettua aihealuetta. Käsitteet vastasivat alan teoreettista käsitteistöä, joka vahvistaa käsittevaliditeettiä. Mittarin rakennevaliditeettiä tukee se, että tutkimuksessa tuli esille aikaisempia tutkimuksia vastaavia tuloksia. (Heikkilä 2005.)

Tutkimuksen vastausprosentti jäi vaatimattomaksi (17.2 %) yhden muistutuskierroksen jälkeen. Vastausprosenttiin lienee vaikuttanut sähköinen kyselymuoto. Sähköpostikyselyjen vastausprosentti on yleensä noin 20 prosenttia alhaisempi kuin postikyselyissä (Shih & Fan 2009). Voitaneen myös olettaa, että ammattilaiset eivät kokeneet tässä sairaanhoitopiirissä meneillään olevaa yhteenvedon kehittämistyötä koskevaa ky-

selyä omakseen tai osallistujia ei saatu motivoitua vastaamaan kyselyyn. Vastausten antamiseen tutkija ei voinut vaikuttaa muulla tavalla kuin muistuttamalla ja ohjaamalla yhdyshenkilöitä tiedonkeruussa. Tuloksiin pitää suhtautua varovaisesti, sillä kyselyyn vastanneet edustavat vain pientä osaa perusterveydenhuollon hoitohenkilöstöstä. Tutkimus toteutettiin yhden sairaanhoitopiirin alueella, mikä voi rajoittaa yleistettävyyttä johtuen erilaisista potilaiden hoidon tarpeista eri organisaatioissa.

Kyselylomake oli lyhyt ja helppo täyttää, koska lomakkeeseen oli vastattu hyvin. Tämä vahvistaa mittauksen reliabiliteettiä eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraista tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että sähköisessä kyselylomakkeessa tutkimuksen kohteena oleviin väittämiin vastaaminen oli rajattu vain niille ammattilaisille, jotka ilmoittivat vastaanottaneensa HOIY:n. Kerätty aineisto siirrettiin sähköiseltä lomakkeelta suoraan SPSS-ohjelmaan. Näin eliminoitiin aineiston siirrosta tallennusvirheet. Taulukoissa esiintyvät kokonaisprosentit voivat poiketa sadasta, koska prosenttiluvut on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida, missä määrin vastaanottavat hoitotyöntekijöiden olivat tietoisia HOIY:n tietosisällöstä. Tutkimus osoitti, että potilaan siirtymässä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, hoitohenkilöstöllä oli yllättävän huonosti tiedossa potilasta koskeva tieto kaikilla mitatuilla osa-alueilla. Myös epikriisiä ja hoitotyön yhteenvedoja koskevissa tiedoissa oli ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä.

Tutkimuksessa tuli esille, että ammattilaiset olivat kohtalaisen hyvin tietoisia lähettävän yksikön, yhteenvedon tekijän ja läheisen yhteystiedoista ja potilaan nimestä. Jaetun hoitovastuun ja hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää tietää, ketkä muut ammattilaiset tai tahot hoitavat potilaan asioita ja keihin voidaan tarvittaessa ottaa yhteyttä, erityisesti muistisairaiden ja psykiatristen potilaiden kohdalla (Hübner ym. 2010b).

Arvioissa on kyse myös siitä, että ellei potilaalla ole esim. allergioita, pysyviä rajoitteita tai hoitotahtoa, niitä koskevaa tietoa ei synny.

Potilaan oma osuus hoitonsa suunnittelussa tuli esille välttävästi, koska vain pienellä osalla ammattilaisista oli tiedossa ”erittäin / melko hyvin” potilaan tarpeet ja toiveet. Vastaavasti hoitotyön tavoitteista oli perillä vain alle puolet vastaajista. Hieman useimmat olivat tietoisia merkityksellisistä hoitotyön toiminnoista hoitajakson aikana. Aiemmin on tullut esille ongelmia, jotka liittyvät potilaan saamaan ohjaukseen kotiuttamistilanteissa (Friberg ym. 2006). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaan ja hänen omaisensa saamat hoito-ohjeet ja ohjaus eivät välittyneet ja ne olivat tiedossa enimmäkseen huonosti potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Muutoksen saaminen edellyttää toimintatapamuutoksia.

Hoidon vaikuttavuus ja potilaan vointi näkyivät huonosti HOIY:ssa. Vain noin puolet vastaajista arvioi olevansa ”hyvin” tietoinen saavutetuista hoidon tuloksista hoitajakson aikana. Toisaalta, tulosten arviointi lienee haasteellista, koska vain 39 % vastanneista arvioi olevansa ”erittäin/melko hyvin” tietoinen hoitotyön tavoitteista. Potilasnäkökulmasta vain joillekin ammattilaisille oli välittynyt potilaan kokemukset toteutuneesta hoidosta (vrt. Flink ym. 2015). Tämän tutkimuksen kohdealueella tehdyn aiemman tutkimuksen mukaan tärkein asia on potilaan vointi siirtotilanteessa (Kuusisto ym. 2009). Kehitettävää on, koska vain alle puolet ammattilaisista arvioi olevansa ”erittäin / melko hyvin” selvillä potilaan voinnista ja toimintakyvystä lähtötilanteessa.

Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää välittää potilaan hoitoisuutta koskevaa tietoa. Tutkimuksen mukaan potilaan hoitoisuuden seurantaan liittyvät tiedot eivät oleelle kovin hyvin ammattilaisten tiedossa. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että potilaan siirtyessä organisaatiosta toiseen ammattilaisten tiedossa on huonosti potilaskohtainen tieto (Flink ym. 2015) esimerkiksi ravitsemukseen liittyvät

ongelmat (Carlsson ym. 2012). Hoitotyö spesifinen tieto kuten potilaan saamat hoito-ohjeet ja ohjaus sekä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sovitut asiat olivat ammattilaisten tiedossa pääosin huonosti. Hoidon muuttuessa entistä avohoitopainotteisemmaksi, näiden asioiden esille tuomiseen on syytä kiinnittää huomioita etenkin kun potilaan ja tarvittaessa hänen omaisensa on nykyisin mahdollista saada nämä tiedot nähtäväksensä KanTa-palveluiden (Kanta 2015) kautta mikäli tiedot on kirjattu.

Eri toimijoiden tiedontarpeet ovat erilaisia. Ilman yhtenäisiä kirjaamiskäytäntöjä ja sopimista, kirjattavista tiedoista ei synny potilaan hoidon jatkuvuutta tukevaa ja kaikkia osapuolia palvelevaa tietosisältöä. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että potilaan palautetietoa kirjataan vähän (Mamo 2014, Flink ym. 2015), ja sitä tulisi kehittää, jotta päästäisiin optimaaliseen tiedon vaihtoon eri ammattiryhmien välillä.

Myös potilaan itsensä pitää ymmärtää HOIY:n tietosisältö. Ideaalisinta olisi, että siirtotilanteessa yhteisen ymmärryksen saamiseksi kotiuttava hoitaja kävisi yhteenvedon läpi yhdessä potilaan kanssa. Yllättävästi vaikka HOIY oli tuotettu sähköisesti, vain noin puolet vastaajista arvioi kirjatun tiedon olevan selkokielistä. Sähköinen hoitokertomus ja HOIY kuuluvat kehittyneeseen potilaskertomukseen ja ne pitää kehittää yhdenmukaisen rakenteen mukaisiksi, jotta ne voivat tukea tiedonvälitystä. Kansainvälisesti korostetaan sellaisten prosessiosikoiden alaotsikoiden käytön merkitystä, jotka on määritelty sopiviksi potilaiden erityistarpeet huomioiden ilmaisemassa hoitotyön eri osa-alueita. Suomessa HOIY:n kehitystyö on pitkällä verrattuna kansainväliseen tilanteeseen (Hübner ym. 2010a).

Tämän tutkimuksen mukaan runsas puolet vastaajista arvioi tietävänsä potilaan sairaudet ja niiden vaikutuksen hoitotyöhön HOIY:n perusteella. Potilasturvallisuuden kannalta on uhka, että liki puolet (47 %) arvioi, että potilaan siirtovaiheessa tietoja jää epäselväksi. Noin kaksi kolmasosaa vastaajista (67 %) arvioi hoidon kannalta oleellisen tiedon välittyvän ja monille vastaanottaville hoitotyöntekijöille ei syntynyt poti-

laan siirtotilanteessa kokonaisnäkemyistä potilaasta (ks. Meißner & Schnepf 2014). Tässä artikkelissa pääpaino oli HOIY:llä. Potilaan hoitotietoja siirretään muillakin yhteenvedoilla ennen kaikkea epikriisin avulla (Hübner ym. 2010b), joiden tietosisällöissä on myös ongelmia (Kazmi 2008).

Tarkasteltaessa vastaanottavien hoitotyöntekijöiden arviointeja epikriisiä ja hoitotyön yhteenvedoja koskevista tiedoista, hälyttävää on, että yli puolet (58 %) oli samaa mieltä siitä, että niitä koskevissa tiedoissa oli ristiriitaisuuksia. Tämä paitsi vaarantaa potilasturvallisuutta, voi aiheuttaa turhaa työtä ja puhelinsoittoja lähettävään tahoon, etenkin kun lääkärin epikriisi tuli usein viiveellä (35 %). Noin puolet hoitotyöntekijöistä (n = 48 %) arvioi, että epikriisin ja HOIY:n hoitoa koskevissa tiedoissa on päällekkäisyyksiä. Aiemmin samasta aineistosta on raportoitu, että päällekkäisyydet kohdentuvat erityisesti lääkehoitoon (Kuusisto ym. 2014b). HOIY:n pitäisi heijastaa sairaanhoitajan keskeistä asemaa terveydenhuollossa potilaan hoitoprosessin koordinoijana, jolloin sairaanhoitajan pitää osata yhdistää eri tietolähteistä saatu tieto. Pääpaino kuuluu olla hoitotyöhön liittyvissä asioissa kuten opetuksessa ja ohjauksessa (ks. Friberg ym. 2006).

Potilastietojärjestelmällä on iso vaikutus potilaan hoitoon. Ideaalista olisi, että terveydenhuollon ammattilaiset voisivat valmistella pitkin hoitajaksoa tietosisällöltään moniammatillista yhteenvedoa, joka muodostuisi automaattisesti potilastietojärjestelmässä ja olisi eri hoito-organisaatioiden ja myös potilaan itsensä hyödynnettävissä (ks. Hübner ym. 2010a).

Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimus osoitti, että potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, hoitohenkilöstöllä oli odottamattoman huonosti tiedossa potilasta koskeva tieto

kaikilla tutkituilla osa-alueilla. Kirjaamisen sisältö oli puutteellista eikä lainsäädännön edellyttämiä tietoja löytynyt. Myös epikriisiä ja hoitotyön yhteenvedoa hoitoa koskevissa tiedoissa oli paljon päällekkäisyyksiä ja ristiriitaisuuksia. Jatkohoitoon lähetettävällä tiedolla pitää olla arvoa. Jatkossa tietosisältöjen kirjaamisesta pitää sopia eri ammattiryhmien kesken, mitä ja miten kirjataan. Tietojen rakenteistamista kannattaa jatkaa ja potilastietojärjestelmiä kehittää, jotta hoitotyön käytäntöä koskevaa tietoa voidaan hallita kunnolla potilastietojärjestelmissä. Hoidon vaikuttavuuden ja potilaan näkökulman esille tuomista pitää edistää. Edellytys yhteiskäyttöiselle tiedolle on olemassa, koska HOIY:n tietosisältö on määritelty kansallisesti, mutta se ei vielä näkynyt kirjaamisessa. Tietoa HOIY:sta pitää jalkauttaa ammattilaisille koulutuksellisilla intervensioilla kuten päivitetyn sisällöllisen kirjaimisohjeen jalkauttamisella.

Tätä tutkimusta voidaan pitää pilottitutkimuksena ja on tarve jatkaa tutkimusta. Jatkossa voidaan määritellä muiden ammattiryhmien, ja myös potilaan tarvitsemia tietosisältöjä eli kysyttäisiin potilaalta, vastaavatko kirjaukset heidän saamaansa hoitoa ja näkykö heidän mielipiteensä kirjauksissa. Lisäksi on syytä selvittää teknisen välineen vaihdon vaikutukset HOIY tiedon saatavuuteen ja käyttöön, kun tutkimusalueella on vaihdettu aluetietojärjestelmä 2013. Tuloksia voidaan hyödyntää HOIY:tä koskevassa jatkokehittämis- ja luokittelutyössä. Tämä on askel kohti yhtenäistä rakenteista tietosisältöä, jota yli organisaatio-rajoiden ulottuva toiminta ja sähköinen moniammatillinen potilastietojärjestelmien käyttö edellyttävät.

VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu; AK, KS, PA, aineistonkeruu; AK, aineiston analysointi; AK, käsikirjoituksen kirjoittaminen; AK, PA, KS, käsikirjoituksen kommentointi; PA, KS, käsikirjoituksen vii-meistely; AK, PA, KS.

LÄHTEET

- Ammenwerth E, Iller C & Mahler C. 2006. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fit framework and a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 6 (3). <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6947-6-3.pdf>/ 26.4.2015.
- Asikainen P, Halmela S, Aho P & Mäkinen A. 2003. *Sähköinen, asiakaslähtöinen läbete ja palaute käyttöön Satakunnassa – kehittämistyö ja arviointitutkimus*. Arviointiraportti. Satakunnan sairaanhoitopiiri.
- Carlsson E, Ehnfors M, Eldh AC & Ehrenberg A. 2012. Accuracy and continuity in discharge information for patients with difficulties after stroke. *Journal of Clinical Nursing* 21 (1-2), 21–31.
- Collins, SA, Stein DM, Vawdrey DK, Stetson PD & Bakken S. 2011. Content overlap in nurse and physician handoff artifacts and the potential role of electronic health records: a systematic review. *Journal of Biomedical and Information* 44 (4), 704–712.
- Finn KM, Heffner R, Chang Y, Bazari H, Hunt D, Pickell K, Berube R, Raju S, Farrell E, Iyasere C, Thompson R, O'Malley T, O'Donnell W & Karson A. 2011. Improving the discharge process by embedding a discharge facilitator in a resident team. *Journal of Hospital Medicine* 6 (9), 494–500.
- Flink M, Bergenbrant GS, Airosa F, Öhlén G, Barach P, Hansagi H, Brommels M & Olsson M. 2015. Patient-centered handovers between hospital and primary health care: An assessment of medical records. *International Journal of Medical Informatics* 84 (5), 355–362.
- Friberg F, Bergh AL & Lepp M. 2006. In search of patient teaching in nursing documentation – an analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 15 (12), 1550–1558.
- Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K & Williams A. 2014. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 51 (11), 1517–1523.
- Heikkilä, T. 2005. *Tilastollinen tutkimus*. Kuudes painos. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Horwitz LI, Jenq GY, Brewster UC, Chen, C, Kanade S, Van Ness PH, Araujo KI, Ziaecian B, Moriarty JP, Fogerty RL & Krumholz HM. 2013. Comprehensive quality of discharge summaries at an academic medical center. *Journal of Hospital Medicine* 8 (8), 436–443.
- Hübner U, Flemming D, Heitmann KU, Oemig F, Thun S, Dickerson A & Veenstra M. 2010a. The need for standardizing the eNursing summary. Teoksessa: Safran C. ym. (toim.) *Medinfo 2010*. IOS Press, 1169–1173.
- Hübner U & Flemming D. 2010b. Standardizing the electronic nursing summary: Motivation, methods, and results. Teoksessa: Weaver CA, Delaney CW, Weber P & Carr RL. (toim.) *Nursing and Informatics for the 21st century*, AMIA, 193–199.
- Häyrinen K, Lammintakanen J & Saranto K. 2010. Evaluation of electronic nursing documentation – Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. *International Journal of Medical Informatics* 79 (8), 554–564.
- Härmä M, Juvonen P & Ovaska P. 2009. WHOIKE-tietojärjestelmän käyttöönotto jouduttiin keskeyttämään Etelä-Karjalan keskussairaalaassa. *Suomen Lääkärilehti* 64 (18), 1679–1682.
- Jefferies D, Johnson M & Griffiths R. 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice* 16 (2), 112–124.
- Kanta 2015. <http://www.kanta.fi/> 9.3.2015.
- Kazmi, S. 2008. Quality of Electronic Discharge Summaries at Newham University Hospital: An Audit. *British Journal of Medical Practitioners* 1 (1), 30–32.
- Kuusisto A, Asikainen P, Lukka H & Tantt K. 2009. Experiences with the Electronic Nursing Discharge Summary. NI2009. The 10th International Congress on Nursing Informatics in Helsinki on 28 June – 1 July 2009. *Studies in Health Technology and Informatics* 146, 226–30.
- Kuusisto A, Nykänen P & Kaipio J. 2014a. Usefulness of Nursing Documentations in Multi-professional Collaboration and Information Exchange in Finland. *Journal of Nursing & Care* 3, 184. doi: 10.4172/2167-1168.1000184.
- Kuusisto A, Asikainen P & Saranto K. 2014b. Medication Documentation in Nursing Discharge Summaries at Patient's Discharge from Special Care to Primary care. *Journal of Nursing & Care* 3, 147. doi: 10.4172/2167-1168.1000147.
- Kuusisto, A, Asikainen P & Saranto K. 2014c. Hoitotyön sähköinen yhteenvedo potilaan jatkohoidon turvaajana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. *Hoitotiede* 26 (4), 310–321.
- Laitinen H, Kaunonen M & Åstedt-Kurki P. 2014. The impact of using electronic patient records on practices of reading and writing. *Health Informatics Journal* 20 (4), 235–249.
- Liljamo P, Kinnunen U-M & Ensio A. 2012. *FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas*. THL. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteen%c3%a4%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1/ 26.4.2015.
- Mamo JP. 2014. Electronic discharge summaries – are they being done and do they have the required information? *Journal of the Irish Medical Association* 107 (3), 88–90.
- Manias E, Gerdts M, Williams A & Dooley M. 2014. Complexities of medicines safety: communicating about managing medicines at transitions points of care across emergency departments and medical wards. *Journal of Clinical Nursing* 24 (1-2), 69–80.
- Meißner A & Schnepf W. 2014. Staff experiences within the implementation of computer-based nursing records in residential aged care facilities: a sys-

- tematic review and synthesis of qualitative research. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 14, 54. doi:10.1186/1472-6947-14-54.
- Melby L & Hellestø R. 2010. Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *International Journal of Integrated Care* 10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859705/pdf/ijic2010-2010039.pdf>/ 26.4.2015.
- Morris J, Winfield L & Young K. 2012. Registered nurses' perceptions of the discharge planning process for adult patients in an acute hospital. *Journal of Nursing Education and Practice* 2 (1), 28–38.
- Nunnally J & Bernstein I. 1994. *Psychometric theory*. McGraw-Hill Publishing Company, USA.
- Olsen RM, Hellzén O & Enmarker I. 2013. Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care* 1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3653276/pdf/ijic2013-2013005.pdf>/ 26.4.2015.
- Pavlik V, Brown AE, Nash S & Gossey JT. 2014. Association of patient recall, satisfaction, and adherence to content of an electronic health record (EHR) generated after visit summary: a randomized clinical trial. *Journal of American Board of Family Medicine* 27 (2), 209–218.
- Saranto K, Kinnunen UM, Kivekäs E, Lappalainen A-M, Liljamo P, Rajalahti E & Hyppönen H. 2014. Impacts of structuring nursing records: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28 (4), 629–647.
- 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.
- TENK 2015. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje (2015). <http://www.tenk.fi/> 5.9.2015.
- Vainiomäki S, Hyppönen H, Kaipio J, Reponen J, Vänskä J & Lääveri. 2014. Potilastietojärjestelmät tuote-merkeittäin arvioituna vuonna 2014. *Suomen Lääkärilehti* 69 (49), 3361–3371.
- Virkkunen H, Mäkelä-Bengs P & Vuokko R. (toim.) 2015. *Terveystietojärjestelmien kirjaamisen opas*. Osa 1. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015. Terveystietojärjestelmien tutkimuslaitos (THL). https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1/16.9.2015.

Anne Kuusisto, TtM, YtM, TtT-opiskelija, 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 terveysjohtamisen laitos,
Kuopion kampus, PL 1627, 70211 Kuopio, kaija.saranto@uef.fi