

ORGANISAATION SISÄISET POTILASSIIRROT TEHO- JA VUODEOSASTOJEN
SAIRAAHOITAJIEN KUVAAMINA

Virpi Jauhiainen
Pro gradu -tutkielma
Kevät 2009
Hoitotieteen laitos
Tampereen yliopisto
Ohjaajat: Marja Kaunonen
Anja Rantanen

JAUHIAINEN, VIRPI, Organisaation sisäiset potilassiirrot teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajien kuvaamina

Pro gradu -tutkielma, 55 sivua, 5 liitettä.

Ohjaajat: TtT, dosentti Marja Kaunonen ja TtM, Anja Rantanen.

Hoitotiede

Toukokuu 2009

Organisaation sisäisiä potilassiirtoja tehdään organisaatioissa päivittäin. Tutkimuksia organisaation sisäisistä potilassiirroista on hoitotyön näkökulmasta tehty vähän. Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli potilassiirroissa arvioitaessa, suunniteltaessa sekä toteutettaessa potilassiirtoa, usein itsenäisesti. Sairaanhoitajat ovat kuitenkin kuvanneet rooliansa potilassiirroissa epäselväksi, ja potilassiirron suunnittelemattomuuden on todettu heikentävän hoidon jatkuvuutta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa teho- ja vuodeosastosairaanhoitajien näkökulmasta. Kyseessä on laadullinen kuvaileva tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla potilassiirtoihin osallistuneita teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajia (N=8). Lisäksi kerättiin tietoa potilassiirtoon strukturoidulla tutkimuslomakkeella (N=4) ja raportointiin käytetystä ajasta sekä potilaan hoidontarpeesta siirtopäivänä. Aineistolähtöisen analyysin perusteella organisaation sisäiset potilassiirrot muodostivat kaksi yhdistävää luokkaa, jotka olivat sairaanhoitajien kuvaus organisaation sisäisestä potilassiirron prosessista ja potilassiirron sujuvuudesta. Organisaation sisäisen potilassiirron prosessin muodostivat neljä pääluokkaa, joita olivat: siirtojärjestelyt, potilaan siirtovalmiuden varmistaminen, siirtotapahtuma ja tiedonsiirto. Potilassiirron sujuvuus -luokkaan kuului sujuvuutta edistäviä ja ehkäiseviä seikkoja. Sairaanhoitajan rooli potilassiirroissa kuvattiin teorialähtöisesti sairaanhoitajan itsenäisen, virallisista ohjeista riippuvaisen ja potilassiirtoon osallistujista riippuvaisen tehtävän näkökulmasta.

Sujuvat potilassiirrot ovat suunniteltuja ja muodostuvat siirtojärjestelyistä, potilaan siirtovalmiuden varmistamisesta, siirtotapahtumasta ja tiedonsiirrosta. Potilassiirtoon kuuluu potilaisiin, henkilökuntaan, välineisiin ja aikaan liittyvää koordinoitua, rutiineja sekä vaihtelua. Potilassiirron sujuvuutta edistävät riittävät ja osaava henkilökunta, selkeä oikea-aikainen tiedonsiirto sekä yksiköiden välinen yhteistyö. Sujuvuutta ehkäisevät koordinoimaton tiedonsiirto, yksikkökohtaiset toimintatavat, potilaiden hoitoisuus, vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit sekä siirtojen suunnittelemattomuus. Potilassiirroissa sairaanhoitajalla on itsenäistä roolia useammin virallisista ohjeista ja potilassiirtoon osallistuvista ammattilaisista riippuvainen rooli. Tutkimus tuotti tietoa teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvien potilassiirtojen rakenteesta, potilassiirron sujuvuutta edistävästä ja ehkäisevästä seikoista sekä sairaanhoitajan roolista. Jatkossa on tarpeen kehittää ja strukturoida potilassiirtojen tiedonkulkua sekä selkeyttää potilassiirtoon osallistuvien ammattiryhmien työnjakoa.

Avainsanat: Potilassiirto, hoitoprosessi, sairaanhoitajan rooli, organisaatio

UNIVERSITY OF TAMPERE
Department of Nursing Science

JAUHIAINEN VIRPI, Inter-organizational patient transfers as described by the nurses in intensive care and ward units

Master's thesis, 55 pages, 5 appendices.

Supervisors: Marja Kaunonen PhD, Adjunct Professor and Anja Rantanen MNSc, Assistant Professor

Nursing sciences

May 2009

Inter-organizational patient transfers occur daily. However, only few studies on inter-organizational patient transfers have been conducted from the perspective of nursing. The nurse has a central, often independent, role in the assessment, planning and implementation of patient transfers. Despite this, nurses describe their own role in patient transfers as unclear, and the unplanned nature of patient transfers has been noted to impair the continuity of treatment.

The purpose of this study was to portray inter-organizational patient transfers and the role of the nurse in patient transfers from the perspective of nurses in intensive care and ward units. The study is qualitative and descriptive. The data of the study was gathered by interviewing nurses in intensive care and ward units who had participated in patient transfers (N=8). In addition, a questionnaire was used to gather information about the time allotted to the patient transfer (N=4) and to reporting, as well as patient dependency on the day of transfer. A grounded theoretical analysis showed that inter-organizational patient transfers included two integrative classes: the nurses' description of the process of inter-organizational patient transfer, and the fluency of the patient transfer. The process of inter-organizational patient transfer included four main classes: the organization of the transfer, the ensuring of the patient's readiness for the transfer, the actual transfer, and communication. The fluidity of the patient transfer included factors that both promoted and obstructed the fluidity of the transfer. The role of the nurse in patient transfers was described from a theory-oriented perspective, where the nurse either had an independent role in the patient transfer, a role dependent on official instructions, or a role dependent on the participants in the transfer.

Fluent patient transfers are planned, and they include the organization of the transfer, the ensuring of the patient's readiness for the transfer, the actual transfer, and communication. Patient transfers include the coordination of patients, staff and instruments, as well as routines and variation. The fluency of patient transfers can be improved by sufficient and competent staff, explicit and timely communication, and inter-unit cooperation. On the other hand, fluency is impaired by uncoordinated communication, unit-specific modes of operation, patient dependency, limited time and personnel resources, and the unplanned nature of the transfers. Instead of an independent role, the nurse usually has a role that is dependent on official instructions and other professionals taking part in the patient transfer. The study produced information on the structure of patient transfers from intensive care to ward, the factors that improved and impaired the fluency of the patient transfer, and the role of the nurse. In future, it is necessary to develop and structure communication in patient transfers and to clarify the division of labour of the professional groups participating in patient transfers.

Keywords: Patient transfer, care process, nurse's role, organization

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 PROESSIAJATTELU POTILASSIIRROISSA	7
3 POTILASSIIRROT TERVEYDENHUOLLOSSA	8
3.1 Potilaan siirtovalmistelu	10
3.2 Potilaan siirtotapahtuma	11
3.3 Tiedonkulku potilassiirrossa	13
3.4 Sairaanhoidajan rooli potilassiirrossa	16
3.5 Potilassiirron sujuvuus	17
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	19
5 AINEISTONKERUU JA ANALYYSI	19
6 TULOKSET	24
6.1 Tiedonantajien taustatiedot	24
6.2 Sairaanhoidajien kuvaus organisaation sisäisestä potilassiirrosta	24
6.3 Organisaation sisäisen potilassiirron prosessi	25
6.3.1 Siirtojärjestelyt	25
6.3.2 Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen	29
6.3.3 Siirtotapahtuma	30
6.3.4 Tiedonsiirto	33
6.4 Organisaation sisäisen potilassiirron sujuvuus	37
6.5 Sairaanhoidajan rooli organisaation sisäisessä potilassiirrossa	41
7 POHDINTA	43
7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
7.2 Tulosten tarkastelu	46
7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	49
7.4 Jatkotutkimushaasteet	51

Lähteet	52
Liitteet	
Liite 1: Tiedote tutkimukseen osallistujille	55
Liite 2: Teemahaastattelurunko	56
Liite 3: Strukturoitunututkimuslomake	57
Liite 4: Organisaation sisäisen potilassiirron ala-, ylä-, pää- ja yhdistävät luokat	59
Liite 5: Yhteenvedo potilassiirtojen ajankäytöstä ja hoitoisuuspisteistä	61
Taulukot ja kuvat	
TAULUKKO 1. Potilassiirto ja kotiutussuunnitelma käsitteiden käyttö aikaisemmissa tutkimuksissa	9
TAULUKKO 2. RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen osa-alueiden sisältö	16
TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä	22
TAULUKKO 4. Esimerkki alaluokan nimeämisestä ja ryhmittelystä yläluokkaan	22
KUVIO 1. Potilaan siirtovaiheen ydintoiminnot	12
KUVIO 2. Sairaanhoidtajien kuvaus organisaation sisäisen potilassiirron prosessista ja organisaation sisäisen potilassiirron sujuvuudesta	25
KUVIO 3. Potilassiirron siirtojärjestelyt	26
KUVIO 4. Siirtojärjestelyn jatkohoitopaikan järjestelyt	26
KUVIO 5. Siirtojärjestelyn siirtoajankohdan järjestelyt	28
KUVIO 6. Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen potilassiirrossa	29
KUVIO 7. Potilassiirron siirtotapahtuma	31
KUVIO 8. Tiedonsiirto potilassiirrossa	34
KUVIO 9. Tiedonsiirron osa-alueet ja kuvaus päällekkäisestä tiedonsiirrosta	35
KUVIO 10. Potilassiirron sujuvuutta edistävät tekijät	38
KUVIO 11. Potilassiirron sujuvuutta ehkäisevät tekijät	40

1 JOHDANTO

Potilassiirtoja tehdään sekä terveydenhuollon organisaatioiden että organisaationsisäisten yksiköiden välillä (Coleman ym. 2005). Eri yksiköiden välisillä siirroilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoidon tasolta toiselle tapahtuvia potilassiirtoja, joissa potilas siirretään teho-osastolta vuodeosastolle. Wattsin ym. (2006) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan rooli potilaan siirtoprosessissa tulisi määrittellä, koska hoitajat arvioivat, suunnittelevat sekä toteuttavat siirtotapahtuman usein itsenäisesti. Sairaanhoitajan keskeisestä roolista huolimatta tutkimustietoa hoitajien näkökulmasta organisaationsisäisiin potilassiirtoihin on vähän (Coleman & Berenson 2004, Schmid ym. 2007, Carr 2008).

Prosessiajatteluun perustuvien tutkimuksien mukaan potilaan siirtoprosessin kuvaamisella, uudelleen järjestelyllä ja ryhmittelyllä voidaan tehostaa potilassiirtoja (Coleman & Berenson 2004, Chaboyer ym. 2005, Hendrich & Lee 2005, Jalonen 2006) sekä vähentää henkilökunnan kokemaa työkuormitusta (Hendrich & Lee 2005). Siirron tehokkuuden tiedetään olevan riippuvainen koko hoitoketjun yhteistyöstä (Coleman & Berenson 2004) sekä hoitajan roolista (Coleman & Berenson 2004, Coleman ym. 2005, Mitchell & Courtney 2005, Wu & Coyer 2007, Kanak 2008). Huolimatta siitä, että siirtotapahtumaan osallistuu välillisesti ja välittömästi suuri määrä eri ammattilaisia, kenelläkään ei tutkimusten perusteella näytä olevan kokonaisvastuuta siirtotapahtumasta (Coleman & Berenson 2004, Hendrich & Lee 2005, Wu & Coyer 2007, Jalonen 2008).

Teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvan siirtopäätöksen on usein arvioitu olevan suunnittelematonta (Coleman ym. 2004, Chaboyer ym. 2005). Tutkimusten mukaan suunnittelemattomat potilassiirrot aiheuttavat ylimääräisiä kustannuksia organisaatiolle (McGoughey ym. 2007), lisäävät hoitajien työkuormitusta (Levenstam & Bergbom 2002, Adomat & Hewison 2004, Hurst 2004, Walthers ym. 2004, Joyce ym. 2005) ja heikentävät potilaiden hoidon tuloksia (Ball ym. 2003, Coleman ym. 2004, Green & Williams 2006, Carr 2008, McGoughey ym. 2007). Hendrichin & Leen (2005) sekä Wun & Coyerin (2007) mukaan tämä on voinut jopa vähentää uusien sairaanhoitajien kiinnostusta vuodeosastotyöhön.

Organisaationsisäisiä, hoidon tasolta toiselle tapahtuvia potilassiirtoja on tutkittu siirtoajankohdan (Beck ym. 2002, Priestap & Martin 2006), teho-osaston henkilökunnan (Chaboyer ym. 2005, Mitchell & Courtney 2005, Watts ym. 2006) ja potilaiden (Beard 2005, Coleman ym. 2005) näkökulmasta. Siirtoprosessia on tarkasteltu resurssien yli-, ali- ja väärinkäytön näkökulmasta Colemanin & Berensonin (2004) kirjallisuuskatsauksessa sekä ajankäytön, henkilökunnan ja kustannusten näkökulmasta Hendrichin & Leen (2005) tutkimuksessa. Wun & Coyerin (2007) tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa siirtoprosessin puutteita.

Potilaan siirtoprosessin kuvaamiseksi, potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja henkilökunnan roolin selkeyttämiseksi on useiden tutkijoiden mielestä siirtoprosessia tarpeen edelleen tutkia ja kuvata (Coleman & Berenson 2004, Chaboyer ym. 2005, Coleman ym. 2005, Hendrich & Lee 2005, Priestap & Martin 2006, Wu & Coyer 2007, Carr 2008). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata organisaationsisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan tehtävää potilassiirroissa teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää organisaation sisäisen potilassiirron prosessia, selkeyttää sairaanhoitajan roolia ja parantaa hoidon jatkuvuutta.

2 PROSESSIAJATTELU POTILASSIIRROISSA

Suomalaisen terveydenhuollon on kuvattu rakentuvan funktionaalisen organisoinnin varaan, jossa yksiköt toimivat ensisijaisesti sisäisten päämääriensä hyväksi (Lillrank & Liukko 2004, Jalonen 2006, Mattila 2006). Jalonen (2006) on kuvannut terveydenhuollon perustuvan tavoitteita enemmän perinteisiin ja lääketieteen substanssin hallintaan. Potilassiirtoihin osallistuvilla teho- ja vuodeosastoilla on omia yksikkökohtaisia ja yhteisiä potilaan hoitotuloksiin kohdistuvia päämääriä. Potilassiirrot sijoittuvat terveydenhuollon prosessiajattelussa hoitoprosessi käsitteeseen. Hoitoprosessilla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen (potilassiirtoon) kohdistuvien hoitotapahtumien muodostamaa suunniteltua toimintasarjaa (Mattila 2006). Prosessit on Lillrankin (2003) mukaan mahdollista luokitella rutiini-, standardi- ja ei-rutiiniprosesseiksi. Standardiprosessilla tarkoitetaan toimintaa, jolla on monimuotoisuudessaan yhtäläinen tavoite (potilaan jatkohoittoon siirtyminen), joka saavutetaan tai ei saavuteta. Potilaan siirtoprosessi on osa potilaan hoitoketjua, jossa potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen ulottuu toimintayksikkö- ja organisaatorajojen yli (Mattila 2006).

Potilaan siirtoprosessia on kuvattu pirstaleiseksi (Coleman & Berenson 2004, Chaboyer ym. 2005, Coleman ym. 2005, Hendrich & Lee 2005, Priestap & Martin 2006, Wu & Coyer 2007, Carr 2008). Prosessiajattelu on yksi keino yhdistää eri yksiköiden näkökulmat kokonaisuudeksi ja potilaan näkökulmaksi (Jalonen 2006). Lillarankin & Liukon (2004) mukaan hoitoprosessiin voidaan tarpeen mukaan sisällyttää kuvaus syötteistä, toimenpiteistä, toimijoista, vaiheiden kestoajoista sekä tietoa informaation kulusta. Potilassiirroissa syötteenä voidaan ajatella olevan päätös potilaan jatkohoittoon siirtymisestä tai teho-osastopaikan tarve toiselle potilaalle. Hoitoprosessia edistävät yksittäisiä toimenpiteitä ohjaavat päätökset (Lillarank & Liukko 2004). Yksittäiset toimenpiteet ovat interventi- oita, joiden avulla potilassiirto toteutetaan. Yksi hoitoprosessien arviointimittari on potilaan läpi- menoaika, joka avulla on mahdollista vaiheistaa prosessia. Aikaan perustuva vaiheistamiseen voi- daan sisällyttää diagnostista ja hoitoaikaa, hallinnollista sekä odotusaikaa. Aktiiviseen hoitoaikaan kuuluu käytännön interventioita ja passiiviseen hoitoaikaan potilaan seuranta ja tarkkailua. Hallin- nolliseen aikaan kuului muun muassa suunnittelu ja raportointi. Odotusajaksi lasketaan aika, jolloin odotettiin esimerkiksi potilaan toipumista, tutkimusvastauksia tai hoitomääräyksiä. (Kujala ym. 2006.)

Kuvaamalla potilassiirtojen päätöksentekoa, toimenpiteitä ja tiedonkulkua voidaan potilassiirtoja tehostaa (Coleman & Berenson 2004, Hendrich & Lee 2005). Kuvauksen avulla on mahdollista integroida ja järjestellä toimintoja uudelleen sekä arvioida prosessin tarpeettomia tekijöitä (Hen- drich & Lee 2005, Jalonen 2006). Yhdistelemällä ja uudelleen järjestelemällä toimintoja voidaan teho- ja vuodeosastojen hoitoprosessien vaiheiden rajapinnat ja yksiköiden väliset ”viestikapulan vaihdot” saada näkyviksi (Jalonen 2006).

3 POTILASSIIRROT TERVEYDENHUOLLOSSA

Potilassiirtoja tehdään terveydenhuollon eri sektoreiden välillä (HMO 2004, Chaboyer ym. 2005, Carr 2008) ja organisaation sisällä hoidon eri tasoille (Coleman ym. 2004, HMO 2004, Chaboyer ym. 2005, Carr 2008). Potilassiirtoja käsittelevissä tutkimuksissa on potilassiirto-käsitteen rinnalla käytetty myös käsitettä kotiutussuunnitelma puhuttaessa organisaationsisäisistä potilassiirroista (TAULUKKO 1). Tässä tutkimuksessa näistä käytetään yhteistä nimitystä potilassiirto.

TAULUKKO 1. Potilassiirto- ja kotiutussuunnitelma-käsitteiden käyttö aikaisemmissa tutkimuksissa

Tutkimus	Englanninkielinen termi	Suomenkielinen termi	Määritelmä/kuvaus
Chaboyer ym. (2005)	Healthcare transition	Terveystieteiden potilassiirto	Potilassiirrot terveydenhuollon sektoreiden välillä
		Organisaation sisäiset potilassiirrot	Potilassiirrot eri yksiköiden välillä
Coleman ym. (2004) ja Carr (2008)	Interhospital transfer	Organisaation sisäiset potilassiirrot	Siirto teho-osastolta vuodeosastolle.
Coleman ym. (2004)	Transitional care		Siirtymä vaiheen hoito
Chaboyer ym. (2005)	Transitional care		Siirron valmistelu Siirto tapahtuma Siirron jälkeinen hoito vuodeosastolla
Chaboyer ym. (2005), Watts ym. (2006)	Discharge planning	Kotiutussuunnitelma	Kts. edellä Joustava siirto teho-osastolta vuodeosastolle. Hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Kts. Edellä
Wu & Coyer (2007) ja Carr (2008)			
HMO (2004)	Discharge tai transition	Kotiutus tai siirto	Potilaan kotiutuminen Siirto hoidon eri tasolle Siirto organisaation ulkopuolelle

Aikaisempien tutkimuksien mukaan potilassiirtojen tavoitteena on potilaan hoidon varmistaminen (Coleman ym. 2004), valmistelu (Chaboyer ym. 2005), edistäminen (Chaboyer ym. 2005, Watts ym. 2006) ja arviointi (Chaboyer ym. 2005, Carr 2008). Siirtymävaiheen hoitotyön tavoitteena on optimoida hoidon jatkuvuus (Chaboyer ym. 2005, Watts ym. 2006) ja minimoida siirron potilaalle aiheuttamat häiriöt (Chaboyer ym. 2005), mahdollistaa potilaan siirtyminen hoidon seuraavalle tasolle (Watts ym. 2006) sekä ajoittaa siirto oikeaan aikaan (Haines & Coad 2001). Siirron tehokkuus on riippuvainen koko hoitoketjun välisestä yhteistyöstä (Coleman & Berenson 2004), siirtoprosessin kuvaamisesta (Chaboyer ym. 2005, Hendrich & Lee 2005), perheen jäsenten mukana olosta (Mitchell & Courtney 2005) sekä potilaiden ja hoitajan roolista (Coleman & Berenson 2004, Coleman ym. 2005, Mitchell & Courtney 2005, Wu & Coyer 2007, Kanak 2008).

Potilassiirrot sisältävät toimintasarjoja, joilla varmistetaan toiminnan koordinointi ja hoidon jatkuvuus (Coleman ym. 2004). Potilassiirtoihin liittyvät toimintasarjat sisältävät siirron valmistelua, itse siirtotapahtuman ja siirron jälkeisen hoidon vuodeosastolla (Chaboyer ym. 2005), interventioita, joilla valmistellaan potilas siirtoa varten (Chaboyer ym. 2005, Watts ym. 2006) sekä arvioidaan potilaan siirron jälkeisiä tarpeita (Chaboyer ym. 2005).

Sairaalansisäisiä potilassiirtoja tehdään silloin, kun potilaan hoidon edistäminen edellyttää tekniikkaa (Warren ym. 2004, Hendrich & Lee 2005), tiedollisia tai prosessitekijöitä, joita hoitavassa yksikössä ei ole (Warren ym. 2004). Tiedolliset seikat voivat liittyä Hendrichin ja Leen (2005) mukaan hoitavan yksikön osaamis- tai henkilöresursseihin.

Aikaisempien tutkimuksien perusteella potilassiirrot teho-osastolta vuodeosastolle tulkitaan organisaationsisäisiksi potilassiirroiksi. Tässä tutkimuksessa organisaation sisäiset potilassiirrot ymmärretään hoitoprosessiksi, jonka tavoitteena on edistää potilaan hoidon jatkuvuutta. Organisaation sisäisten potilassiirtojen hoitoprosessi käynnistyy päätöksellä potilaan siirrosta. Hoitoprosessi sisältää siirron valmisteluun (Chaboyer 2005, Watts ym. 2006), siirron sujuvuuteen (Coleman ym. 2004, Watts ym. 2006) sekä siirtotapahtumaan (Chaboyer 2005, Watts ym. 2006) liittyviä toimenpiteitä, toimijoita, informaation kulkua sekä vaiheiden kestoa.

3.1 Potilaan siirtovalmistelut

Terveystuotannon näkökulmasta potilaan valmisteluihin tarvitaan henkilö-, tila- ja välineresursseja (Lillrank 2003). Potilassiirron valmistelun tavoitteena on varmistaa potilaan ja hoitajan siirtovalmius sekä potilassiirtoihin liittyvän tarkoituksenmukaisen informaation siirtyminen (HMO 2004). Päätös potilaan siirtämisestä teho-osastolta vuodeosastolle tehdään usein siinä vaiheessa, kun potilaan tila on stabiloitunut (Carr 2008). Aikaisemmissa tutkimuksissa ei ole pystytty määrittelemään kriteereitä, joilla potilas on valmis siirrettäväksi jatkohoitoon teho-osastolta (Gajic 2008).

Tutkimustietoa siirron vaikutuksista potilaaseen ja omaisiin on käytössä jo melko paljon (Mitchell & Courtney 2005, Boutilier 2007, Wu & Coyer 2007, Carr 2008). Boutilierin (2007) mukaan tehohoidossa olleille potilaille tulisi antaa tietoa teho-osaston ja vastaanottavan yksikön eroista. Potilaat ja omaiset tarvitsevat tietoa henkilökunnan vaihtumisesta, vuodeosaston toimintaperiaatteista ja menettelytavoista.

Potilassiirto tulisi esitellä positiivisena askeleena toipumisprosessissa. (Boutilier 2007). Hoitoprosessien ja eri hoitoympäristöjen tuntemisen on todettu parantavan potilaiden hoitoa, lyhentävän sairaalassaoloaika ja vaikuttavan potilaiden kulkuun organisaation sisällä (Mayer ym. 2007).

Tehohoidossa olleilla potilailla on hoitajakson aikana useita potilassiirtoja (Boutilier 2007, Carr 2008, Kanak ym. 2008), mikä lisää potilaiden ohjauksen tarvetta (Kanak ym. 2008). Colemanin & Berensonin (2004) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden oletettiin ottavan vastuuta itsenäisestä selviytymisestä, mutta he olivat saaneet vain vähän tukea ja valmistelua potilassiirroissa. Beardin (2005) kirjallisuuskatsauksen mukaan potilaille voi aiheutua potilassiirtoihin liittyviä stressioireita ”oman” hoitajan menettämisestä, näkyvän monitoroinnin vähentämisestä, hoidon jatkuvuuden puutteesta sekä potilaan epätarkoituksenmukaisista valmisteluista. Tutkimuksissa on saatu myös täysin päinvastaisia tuloksia, joissa McKinneyn & Melbyn (2001), Beardin (2005) ja Boutilierin (2007) mukaan teho-osastolla aloitetulla monitoroinnin asteittaisella vähentämisellä sekä potilassiirron suunnittelulla voidaan tukea potilaan vuodeosastolle siirtymistä.

3.2 Potilaan siirtotapahtuma

Tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa ei löydetty tutkittua tietoa potilassiirroista sekä teho-osaston että vuodeosaston näkökulmasta. The Joint Commission (HMO 2004) on kuvannut potilassiirtojen ydin-toiminnot sekä lähettävän että vastaanottavan yksikön näkökulmasta (KUVIO 1). Keskeistä potilaan siirtotapahtumassa on suunnittelu, arviointi, yhteistyö, tiedonsiirto, tehokas kommunikointi ja potilaskeskeisyys. Samoja asioita tarkastelivat tutkimuksissaan myös Coleman & Berenson (2004) ja Chaboyer ym. (2005).

Potilassiirtojen ydintoiminnot
<p>Lähtevän ja vastaanottavan yksikön tehtävät</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ siirtää ajattelu potilaiden kotiutus/siirto käsitteestä hoidonjatkuvuuden hallintaan. ✓ aloittaa siirron suunnittelu yksikköön vastaanottaminen aikana tai jo ennen vastaanottamista. ✓ tunnistaa potilaiden ja hoitoon osallistuvien tarpeet ja sisällyttää ne hoitosuunnitelmaan. ✓ tunnistaa potilaan sosiaalinen tukiverkosto ja potilaiden hoitoon sitoutuminen. ✓ kommunikoida ja tehdä yhteistyötä siirtoprosessiin osallistuvien tahojen kanssa. ✓ käyttää tehokasta kommunikointimallia yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.
<p>Lähtevän yksikön odotetaan varmistavan, että</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ potilas on riittävän stabiili siirrettäväksi seuraavaan hoitopaikkaan ✓ potilas sekä hoitaja ymmärtävät siirron tarkoituksen ✓ vastaanottavalla yksiköllä on mahdollisuus vastaanottaa potilas ja valmiudet vastata potilaan tarpeisiin. ✓ kaikista oleellisista potilassiirron osa-alueista on siirretty tietoa ✓ hoito suunnitelma, määräykset, kliininen yhteenveto menevät potilaan edellä seuraavaan hoitopaikkaan, siirtoyhteenvedossa on kuvattu potilaan fyysiset ja psyykkiset perustoiminnot sekä suositukset muille ammattilaisille. ✓ lähtevän tiimin jäsen on 72 tuntia siirron jälkeen potilaan, hoitajien ja vastaanottavan yksikön käytettävissä, keskustellakseen hoitosuunnitelmaan liittyvistä kysymyksistä. ✓ potilas ja perhe ymmärtävät terveyshyödyn, joka siirtoon liittyy.
<p>Vastaanottavan yksikön tiimin odotetaan varmistavan, että</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ kliininen yhteenveto, siirtoyhteenveto ja lääkärin määräykset on tallennettu siirron aikana tai ennen siirtoa. ✓ potilaiden tavoitteet ja erityistarpeet on kirjattu hoitosuunnitelmaan. ✓ poikkeavuudet tai sekaannukset hoitosuunnitelmassa, potilaan tilassa, tai potilaan lääkityksessä on selvitetty lähtevän hoitotiimin kanssa.

KUVIO 1. Potilaan siirtovaiheen ydintoiminnot (HMO 2004).

Naylorin (2000) ja Joycen (2005) tutkimuksissa kuvattiin potilaan vastaanottamiseen vuodeosastolla käytettyä aikaa. Hendrich & Lee (2005) dokumentoivat teho-osaston siirtoprosessiin käytettyjä aika- ja henkilöresursseja. Potilaiden siirtoajankohtaa ovat tutkineet Beck ym. (2002), Coleman & Berenson (2004), Chaboyer ym. (2005) sekä Priestap & Martin (2006). Potilaan siirtotapahtuman tiedetään vaativan huomattavan paljon henkilökunnan aikaa ja työtä. Joyce ym. (2005) arvioivat potilaan vastaanottamiseen vuodeosastolla kuluvan yhdestä kahteen tuntia. Mitattuna aikaa kului siirron jälkeiseen vitaalielintoimintojen mittaamiseen, hoitotietojen tallentamiseen, hoidon arviointiin sekä ohjaukseen yhteensä 51 minuuttia. (Hendrichin & Leen 2005.) Samanaikaisesti huolehdittiin muiden osastolla olevien potilaiden hoitotyöstä (Joyce ym. 2005). Teho-osaston potilassiirroissa esivalmistelut veivät välitöntä hoitoaikaa 22 minuuttia ja itse siirto 7 minuuttia (Hendrich & Lee 2005). Potilassiirron kokonaisajaksi siirtopäätöksen tekemisestä siihen, kun potilaan hoitovastuu

siirrettiin vastaanottavaan yksikköön, kului Crockerin & Kellerin (2005) tutkimuksessa keskimäärin 5 tuntia 30 minuuttia ja Hendrichin & Leen (2005) tutkimuksessa 4 tuntia 35 minuuttia.

Tehokkuutta laskettaessa todettiin, että potilassiirron kokonaisajasta käytettiin 12 % välittömästi siirtotapahtumaan ja 88 % ajasta käytettiin potilaasta tai sairaalasta johtuvaan odottamiseen (Hendrichin & Leen 2005). Odotusaika sisälsi 1) hallinnollisia vaatimuksia (lääkärin määräykset, tietojärjestelmiin kirjaamiset), 2) sänkyjen kontrollointia (sänkyjen tai henkilökunnan saatavuus), 3) resurssien odottamista (vastaanottavan yksikön hoitaja ei pysty vastaanottamaan potilasta, sängyn siivous), 4) sekaannuksen tai hajoamisen (potilassiirto alkaa, mutta hoitajan työskentely keskeytetään, tarvikkeita tai laitteita puuttuu) ja 5) katkokset kommunikaatioissa (hoitaja-hoitaja, yksikkövuodekontrolli, hoitaja-lääkäri-sihteeri). (Hendrich & Lee 2005).

Useiden tutkimusten mukaan potilassiirrot tulisi toteuttaa päiväaikana (Beck ym. 2004, Chaboyer ym. 2005, Priestap & Martin 2006). Yöaikana tai viikonloppuina tapahtuvissa potilassiirroissa on potilaiden turvallisuuden todettu vaarantuvan (Coleman & Berenson 2004). Beckin ym. (2002) sekä Priestapin & Martinin (2006) tutkimuksissa todettiin kuolleisuuden olevan tilastojen mukaan huomattavasti korkeampaa yöllä tapahtuvissa (klo 20–7.59) kuin päivällä (klo 8.00–19.59) tapahtuvissa potilassiirroissa (Beck ym. 2002). Yöaikaisista siirroista 51 % tehtiin sen vuoksi, että uudelle potilaalle tarvittiin tehohoitoa paikka. Siirroissa ei kuitenkaan usein huomioida, että vastaanottavassa yksikössä on usein vähemmän henkilökuntaa kuin tehohoitoyksiköissä. (Priestap & Martin 2006).

3.3 Tiedonkulku potilassiirroissa

Potilassiirroissa informaatiota siirretään yksiköiden välillä raportoimalla suullisesti ja puhelimitse (Carr 2008) sekä tietojärjestelmiä apuna käyttäen (Coleman & Berenson 2004). Sairaanhoidajat toimivat tiedonsiirtäjinä ja -vastaanottajina (Boutilier 2007). Tutkimuksissa on todettu, että potilassiirtoihin liittyy yksiköiden välistä epäselvää ja koordinoimatonta (Chaboyer ym. 2005) sekä epä johdonmukaista tiedonsiirtoa (Goossen ym. 2000, Beard 2005). Ongelmat suullisessa tai sähköisessä tiedonsiirroissa voivat aiheuttaa potilaalle haittaa (Coleman & Berenson 2004, Kanak ym. 2008). Haittoja voivat olla esimerkiksi lääkemääräysten epäselvyys (Coleman ym. 2005, Kanak ym. 2008) ja määräysten kopiointivirheet (Coleman & Berenson 2004).

Tiedonsiirtoa ja kommunikointia voidaan parantaa siirtovaiheen raportoinnin standardoimisella (HMO 2004, Beard 2005, Boulier 2007, Joint Commission 2007), koulutuksella ja toisen yksikön

toimintakulttuuriin tutustumisella (Mitchell & Courtney 2005, Mayer ym. 2007). Siirtovaiheen raportoinnissa on suositeltu käytettäväksi yksikössä yhteisesti sovittua mallia, jonka käyttöä on harjoiteltu (Boutilier 2007). Standardoituja malleja voivat olla esimerkiksi The Joint Commissionin (2007) kriittiset tiedot tai standardoitu hoitaja-hoitaja-raportointimalli (SBAR), joka etenee nykytilanteen kuvauksesta taustatietoihin, arviointiin ja hoitosuosituksiin (Boutilier 2007, Joint Commission 2007). The Joint Commissionin (HMO 2004) mukaan vastaanottavaan yksikköön tulisi siirtää tietoa potilaan hoidon tavoitteista, kuvaus peruselintoimintojen tilasta, kuvaus lääketieteellisistä ja käyttäytymisterveyden ongelmista, lääkityksestä (aikaisempi ja nykyinen), perheestä ja tukiverkostoista, lääkinnällisten laitteiden tarpeesta sekä itsehoitovalmiuksista.

Teho-osaston henkilökunnan, potilaiden ja omaisten kommunikointia voidaan selkeyttää siirtotahtumaa kuvaavan esitteen avulla (Mitchell & Courtney 2005). Beardin (2005), Chaboyerin ym. (2005), Wattsin ym. (2006) tutkimuksissa kuvattiin epätarkoituksenmukaista kommunikointia esiintyneen yksiköissä potilaiden, omaisten ja vastaanottavan yksikön välillä (Chaboyer ym. 2005) sekä hoitajien että hoitajan, lääkärin ja sihteerin välillä (Hendrich & Lee 2005).

Siirtovaiheen hoitoisuustiedot tietojärjestelmissä

Teho-osastoilla ja vuodeosastoilla tallennetaan tietojärjestelmiin hoitotyön arviointia potilaiden hoitoisuudesta. Useilla teho-osastoilla tietojärjestelmiin kirjataan kerran vuorokaudessa tehohoitopotilaan elintoimintojen ja hoidon intensiteettiä kuvaavan TISS-luokituksen (Therapeutic Intervention Scoring System 28) mukaista arviointia (Miranda ym. 2003, Pyykkö 2004). TISS 28 -luokitus kohdistuu erityisesti potilaan elintoimintojen tarkkailuun, seurantaan ja hoidon määrän mittaamiseen (Miranda ym. 2003). Arviointia tehdään kahdeksalla hoitotyön osa-alueella, joita ovat hengityksen hoito, hemodynamiikka ja IV-lääkitys, monitorointi, laboratoriotutkimukset ja kanyylit, ravitsemus, nestehoito ja elektrolyyttitasapaino, toimenpiteet ja haavat, verenvuoto ja hypovolemia, neurologia sekä muut.

TISS-luokituksen avulla potilaiden siirtovaiheen hoitoisuutta ja siihen liittyviä seikkoja ovat tutkineet muun muassa Beck ym. (2002), Simchen ym. (2004) ja Campbell ym. (2008). Beck ym. (2002), Simchen ym. (2004) sekä Campbell ym. (2008) totesivat siirtopäivän TISS-pisteillä ja tehohoidon jälkeisellä kuolleisuudella olevan tilastollisesti merkitsevää yhteyttä toisiinsa. Beckin ym. (2002) tutkimuksessa todettiin, että jos siirtopäivän TISS-pisteet olivat ≤ 20 , potilas voitiin siirtää turvallisesti vuodeosastolle ja > 20 pistettä saanut potilas siirrettiin teho-osastolta välivaiheen hoitoyksikköön (tehovalvontaosasto). Keene ym. (1998) totesivat tutkimuksessaan, ettei potilaita, joiden

siirtovaiheen TISS-pisteet olivat > 30, tulisi siirtää teho-osastolta lainkaan. Campbellin ym. (2008) sekä Padilhan ym. (2007) tutkimuksissa todettiin, että potilaiden, jotka eivät selviytyneet, siirtopäivän TISS-pisteet olivat olleet korkeammat (26–33 pistettä) kuin selviytyneiden. Gajic ym. (2008) totesivat tutkimuksessaan, että tehohoitoajalla, potilaan saapumissyöllä, siirtopäivän neurologisella (Glasgow Coma Scale -pisteillä) sekä hengityselinten (Pao₂/fio₂) vaatimalla hoitotyön määrällä oli yhteyttä koettuun hoitotyönkuormitukseen sekä takaisin teho-osastolle joutumiseen. Käytössä olevista hoitoisuusluokitusmittareista TISS-luokitukseen kirjataan arviointia muun muassa neurologiasta ja hengityselinten toiminnasta (Miranda 2003).

Useilla vuodeosastoilla on käytössä RAFAELA-hoitoisuusjärjestelmä, joka perustuu OPCq (Oulu patient classification) -hoitoisuusmittariin ja mittaa potilaiden päivittäin saaman hoidon intensiteettiä (Saranto ym. 2007). Yksikkökohtainen optimaalinen hoitoisuus määritellään OPCq- ja PAONCIL-mittauksen (osaston optimaalinen hoitoisuus) sekä päivittäisten henkilöstöressurssien avulla (Rainio & Ohinmaa 2005, Saranto ym. 2007). Hoitoisuusluokitus on hoitajan arvio toteutuneesta potilaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä hoidosta tietynä ajanjaksona (RAFAELA™ 2007). Päivittäinen potilaiden saaman hoidon arviointi tehdään kuudelle hoitotyön osa-alueelle: 1) hoidon suunnittelu ja koordinaatio, 2) hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet 3) ravitseminen ja lääkehoito 4) hygienia ja eritystoiminta 5) aktiivisuus tai toiminnallisuus, 6) hoidon/jatkohoidon ohjaus ja neuvonta (OPCq-mittari). Hoitoisuusluokituksen osa-alueiden tarkempi kuvaus on taulukossa 2 (TAULUKKO 2). Jokainen osa-alue luokitellaan A:sta D:hen, mikä vastaa pisteitä 1-4. Potilaan päivittäiset hoitoisuuspisteet voivat vaihdella 6–24 pisteen välillä. Vähimmäishoidontarvetta kuvaavat pisteet 6–8 ja intensiivistä hoidon tarvetta pisteet 21–24. Koko osaston potilaiden hoitoisuuspisteiden yhteenlaskettu summa jaetaan hoitajien määrällä, jolloin saadaan hoitoisuuspisteet hoitajaa kohden. Päivän hoitoisuuspisteitä hoitajaa kohti verrataan osaston optimaaliseen hoitoisuustasoon. Tämä antaa muun muassa kuvaa hoitajien realistisista mahdollisuuksista toteuttaa hyvää hoitotyön laatua. Tutkimuksia potilaiden siirtovaiheen hoitoisuudesta RAFAELA-luokituksen avulla tehtynä ei ollut käytössä.

TAULUKKO 2. RAFAELA™ -hoitoisuusluokituksen (2007) osa-alueiden sisältö

Osa-alueet	Sisältö
1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi	<ul style="list-style-type: none"> • Yhteistyö/potilaan/omaisten/läheisten kanssa • Moniammatillinen yhteistyö • Käytössä olevat voimavarat, esim. välineet, henkilökunta, fyysinen ympäristö
2. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet	<ul style="list-style-type: none"> • Peruselintoiminnot • Sairauden aiheuttamat oireet
3. Ravitsemus ja lääkehoito	<ul style="list-style-type: none"> • Ruokahalu, ravitsemukselliset ongelmat • Neste- ja elektrolyyttitasapaino, pahoinvointi • Lääkehoito
4. Hygienia ja eritystoiminta	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilökohtainen hygienia • Erittäminen
5. Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	<ul style="list-style-type: none"> • Liikkuminen ja siinä avustaminen • Uni, lepo, levottomuus ja sekavuus
6. Hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaan, omaisten, läheisten ohjaus, opetus ja neuvonta koskien hoitoa ym. • Hoitoon sitoutuminen

3.4 Sairaanhoitajan rooli potilassiirrossa

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajat ovat usein valmistautumattomia potilassiirron jälkeisiin tapahtumiin sekä rooliinsa siirtoprosessissa (Coleman & Berenson 2004, Coleman ym. 2005, HMO 2004, Schmid ym. 2007). Doran ym. (2002) kuvasivat tutkimuksessaan sairaanhoitajan roolia Nursing Role Effectiveness -mallin avulla. Mallissa sairaanhoitajan roolia on kuvattu itsenäiseksi, riippuvaiseksi ja muiden rooleista riippuvaiseksi. Sairaanhoitajan itsenäinen rooli sisälsi potilaan arviointia, päätöksentekoa, interventioita ja seurantaa. Sairaanhoitajan rooli on riippuvainen käytännön oikeudesta toteuttaa lääkehoitoa ja lääkemääräyksiin liittyviä toimintoja. Muiden rooleista riippuvainen tehtävä sisälsi roolitoimintoja ja jaettua vastuuta potilaan hoidon jatkuvuuden edistämisestä, koordinoinnista sekä integroinnista.

Sairaanhoitajalla on itsenäinen rooli hänen arvioidessaan, suunnitellessaan sekä toteuttaessaan siirtotapahtumaa usein itsenäisesti (Watts ym. 2006, Kanak ym. 2008). Wu & Coyer (2007) toteavat, että on tärkeää tunnistaa sekä teho-osaston että vuodeosaston henkilökunnan rooli siirtoprosessissa.

Potilassiirroissa sairaanhoitajien toisistaan riippuvainen rooli liittyy päätöksentekoon ja tiedonsiirtoon. Sairaanhoitajalla on keskeinen rooli potilaan siirtoprosessissa, mutta päätöksen potilaan siirtämisestä toiseen yksikköön teho-osastolla ja vuodeosastolla tekee yleensä lääkäri (Eagle ja deVriest 2005, Carr 2008). Siirtotapahtumaan osallistuu välillisesti ja välittömästi valtava määrä eri ammattilaisia, mutta kenelläkään ei tutkimusten perusteella ole kokonaisvastuuta siirtotapahtumasta (Coleman & Berenson 2004, Hendrich & Lee 2005, Wu & Coyer 2007, Jalonen 2008). Sairaanhoitajista 33 % oli kokenut vastuun siirtotapahtuman koordinoinnista olevan sairaanhoitajalla itsellään (Watts ym. 2006). Eaglen & deVriestin (2005) tutkimuksen mukaan, päätöksiin potilaan sisään ottamisesta vuodeosastolle eivät olleet vaikuttaneet hoitajaresurssit tai yksikköön jo vastaanotettujen potilaiden määrä. Sitä vastoin teho-osastolta toiseen yksikköön tapahtuneista yöaikaisista potilassiirroista Priestap & Martin (2006) arvioivat lähes 50 % tapahtuneen teho-osaston henkilökuntatilanteen vuoksi. Hoidon jatkuvuuden edistäminen ja toiminnan koordinointi edellyttää teho-osastojen ja vuodeosastojen välistä tehokasta kommunikointia ja yhteistyötä (Halen 2006). Tehokas kommunikointi ja yhteistyö vähentävät potilaiden sekä henkilökunnan kokemaa siirtovaiheen stressiä (Beardin 2005). Ne myös kehittävät potilaan tarpeista lähtevän hoitoprosessin sekä hoitoympäristön tuntemusta (Halen 2006).

3.5 Potilassiirron sujuvuus

Siirron sujuvuuteen vaikuttavat olemassa oleva potilaan siirtosuunnitelma (Caboyer ym. 2005), tiedonsiirto sekä resurssit (Green & Edmonds 2004, HMO 2004, Beard 2005, Chaboyer ym. 2005). Chaboyerin ym. (2005) mukaan strukturoidulla siirtosuunnitelman käytöllä on todettu olevan yhteyttä potilaiden hoidon parantuneisiin tuloksiin, vähentyneisiin kustannuksiin ja sairaalassaoloaikaan. Siirtotapahtumaa on pyritty parantamaan myös erilaisilla sairaanhoitajan seurantatiimien (liaison nurse ja follow-up) avulla (Chaboyer ym. 2005). The Joint Commission (HMO 2004) on laatinut sujuvalle potilassiirrolle standardit, joiden avulla voidaan osoittaa hoidon jatkuvuus, hoidon tarve vielä kotiutuksen tai siirron jälkeenkin. Siirto perustuu potilaan arvioituihin tarpeisiin sekä käytettävissä oleviin resursseihin. Tämän lisäksi asianmukainen tieto hoidosta siirtyy oikeaan aikaan toisen palvelun tuottajalle. Potilassiirtojen suunnittelemattomuudesta ja kotiutussuunnitelman puuttumisesta on olemassa lukuisia tutkimuksia, joissa kuvataan näistä potilaille aiheutuvia riskejä. Potilaiden suunnittelemattomat siirrot heikentävät hoidon jatkuvuutta (Carr 2008), lisäävät komplikaatioiden riskiä (Ball ym. 2003, Coleman ym. 2004, Chaboyer ym. 2005b, Green & Williams 2006, McGoughey ym. 2007), pidentävät potilaiden hoitoaikaa (Ball ym. 2003, Coleman ym. 2004, Green

& Williams 2006, McGoughey ym. 2007) ja voivat lisätä paluuta teho-osastolle (Chaboyer ym. 2005b) tai kotiutuksen jälkeen takaisin sairaalaan joutumisia (Coleman ym. 2004).

Komplikaatiot aiheuttavat tarpeetonta kärsimystä potilaille (Ball ym. 2003, Green & Williams 2006, McGoughey ym. 2007) sekä kustannuksia kalliin tehohoidon muodossa organisaatiolle (McGoughey ym. 2007). Coleman ym. (2005) mukaan sairaalahoidon jälkeisillä potilassiirroilla oli yhteyttä epästabiileihin elintoimintoihin, lääkitysvirheisiin ja ristiriitoihin lääkityksessä.

Tarkoituksenmukaisen informaation siirtäminen edistää hoidon jatkuvuutta (HMO 2004, Joint Commission 2007). Vuodeosastoilla tarkoituksenmukaisen informaation puuttumisen tiedetään haittaavan potilaan välittömän hoidon toteuttamista heti siirron jälkeen (Wu & Coyer 2007). Eri yksiköt toimivat itsenäisesti ja yhteisiä sähköisiä tiedonsiirtokanavia ei aina ole käytettävissä, tietojärjestelmät eivät ole yhteensopivia tai niitä ei ole käytössä molemmissa yksiköissä (Coleman & Berenson 2004). Luokitusjärjestelmät TISS ja RAFAELA poikkeavat sisällöllisesti toisistaan, eivätkä sähköiset järjestelmät ole yhteensopivia. Käytössä olevissa tietojärjestelmissä ei usein ole hyödynnetty termistöjä, eikä tallennettujen tietojen jatkohyödyntäminen tutkimuksellisiin tarkoituksiin ole aina ollut mahdollista. (Häyrinen & Ensio 2007.)

Hoitohenkilökunnan ja toimintayksiköiden näkökulmasta siirtojen suunnittelemattomuus voi lisätä sairaanhoitajan työkuormitusta (Watts ym. 2006) ja on toiminnan laadun näkökulmasta resurssien väärinkäyttöä (Coleman & Berenson 2004). Potilassiirroilla, potilasvaihoilla, yksikköön vastaanotettujen potilaiden määrällä (Levenstam & Bergbom 2002, Adomat & Hewison 2004, Hurst 2005, Walthers ym. 2004, Joyce ym. 2005) sekä kotiutuvien potilaiden määrällä (Levenstam & Bergbom 2002) on todettu olevan yhteyttä sairaanhoitajien lisääntyneeseen hoitotyönkuormitukseen sekä teho- että vuodeosastolla. Tämä näkyi Levenstamin & Bergbomin (2002) mukaan myös mittareilla mitattuna korkeampina hoitoisuuslukuina. Työkuormitus voi lisääntyä tilanteissa, joissa vastaanotettavan osaston henkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa eikä käytännön taitoja (Green & Edmonds 2004, Chaboyer ym. 2005), tai henkilökuntaa ei ole riittävästi edistämään potilaiden monimutkaista hoitoa (Green & Edmonds 2004, Beard 2005, Chaboyer ym. 2005, Carr 2008). Toisinaan potilaat ja omaiset kohdistavat epärealistisia odotuksia henkilökuntaan ja vastaanottavaan yksikköön (Chaboyer ym. 2005). Siirron sujuvuus voi vaarantua tilanteissa, joissa lähetävä yksikkö ei ole tietoinen vastaanottavan yksikön kokonaistilanteesta siirtohetkellä (Coleman & Berenson 2004, Carr 2008). Potilaiden siirtosuunnitelmien puutteellisuutta on selitetty teho-osaston henkilökunnan puutteellisilla tiedoilla potilaiden tarpeista ja hoitotuloksista tehohoidon jälkeen. Tämän on katsottu johtuvan siirtostrategian ja koulutuksen puutteesta. (Chaboyer ym. 2005).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata organisaation sisäisiä potilassiirtoja ja sairaanhoitajan roolia potilassiirroissa teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa organisaationsisäisistä, hoidon tasolta toiselle tapahtuvasta potilassiirrosta sekä sairaanhoitajan roolista siirtotapahtumassa. Saadun tiedon avulla on mahdollista kehittää organisaationsisäistä potilaan siirtoprosessia, selkeyttää sairaanhoitajan roolia siirtoprosessissa sekä parantaa hoidon jatkuvuutta.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia ovat organisaationsisäiset potilassiirrot sairaanhoitajien kuvaamina?
2. Millainen on sairaanhoitajan rooli potilassiirroissa?

5 AINEISTONKERUU JA ANALYYSI

Aineistonkeruu

Tämän laadullisen tutkimuksen aineistonkeruu tapahtui teemahaastattelulla ja strukturoidulla kyselyllä ajanjaksolla 16.1. – 7.3.09. Laadullinen tutkimus on perusteltu, koska aikaisempia tutkimuksia vastaavasta näkökulmasta ei ole tehty. Tarkoituksena oli kuvata potilassiirtoilmiöiden todellisuus tutkimukseen osallistuvien teho-osaston ja vuodeosaston sairaanhoitajien näkökulmasta sekä tuottaa tietoa potilaan siirtotapahtuman yksityiskohtaisista rakenteista teho-osaston ja vuodeosaston kontekstissa. (Parahoo 1997, Metsämuuronen 2006, Kylmä & Juvakka 2007.)

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä sekä Efeko Oy:ltä. Tutkimusluvut mahdollistivat tutkimushaastattelujen ja hoitoisuusluokitus RAFAELAN sisältävän, strukturoidun kyselylomakkeen täytön tehtäväksi tiedonantajien työpaikalla ja työaikana. Luvan myöntämisen jälkeen tutkimukseen osallistuvien yksiköiden ylihoitajia ja osastonhoitajia informoitiin tutkimuksesta. Tiedonantajia informoitiin tutkimukseen osallistuneilla neljällä osastolla tiedotustilaisuuksissa, ja kahdelle osastolle tieto annettiin vain sähköpostitse sekä haastattelujen yhteydessä.

Tiedonantajiksi valikoitui tarkoituksenmukaisuusperiaatteen (Holloway & Wheeler 1998, Kylmä & Juvakka 2007) mukaisesti potilassiirtoihin osallistuneita teho- ja vuodeosastojen sairaanhoitajia, joilla oli kokemusta ja tietoa potilassiirroista (Holloway & Wheeler 1998). Tiedonantajina oli teho-osaston (n=4) ja vuodeosaston (n=4) sairaanhoitajia (Holloway & Wheeler 1998). Tutkimuksen tekijä oli puhelimitse yhteydessä teho-osaston vastaavaan hoitajaan, jolta sai tiedon tutkimusasetelman mukaisista potilassiirroista ja vastaanottavasta vuodeosastosta. Tämän jälkeen tutkimuksen tekijä kysyi puhelimitse teho-osaston ja vuodeosaston sairaanhoitajien suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle ja sopi haastatteluajankohdan. Haastattelutilanteessa sairaanhoitajat saivat kirjallisen tiedotteen tutkimuksen tarkoituksesta (Liite 1) ja allekirjoittivat suostumuksen.

Aineistonkeruu tapahtui haastattelemalla sairaanhoitajia teemahaastattelumenetelmällä sekä keräämällä tietoja potilassiirroista erillisellä tutkimuslomakkeella. Teemahaastattelurunko (Liite 2) sisälsi seuraavat teemat: potilassiirron valmistelu, potilassiirron sujuvuus ja itse siirtotapahtuma. Haastattelurungon teemat testattiin esihaastattelemalla yhtä vuodeosaston ja teho-osaston sairaanhoitajaa. Erillisellä tutkimuslomakkeella (Liite 3) kerättiin tietoja potilaiden hoitoajasta, potilassiirtoihin käytetystä ajasta ja potilaiden siirtovaiheen hoitoisuudesta (TISS ja RAFAELA) sekä vuodeosastoilta tietoa sairaanhoitajan vastuulla olevien muiden potilaiden määrästä. Lomakkeen sisältöä arvioitiin ennen tiedonkeruuta asiantuntija-analyysillä tiedotustilaisuuksissa.

Haastattelutyypiksi valittu teemahaastattelu eteni ennakkoon määrättyjen väljien teemojen varassa, mikä antoi tutkijalle liikkumavaraa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Kysymystyyppinä oli esimerkiksi ”Palauta mieleesi edellinen potilassiirto ja kuvaile, millaisia valmisteluja sairaanhoitajana teit ennen potilaan siirtymistä vuodeosastolle.” Vasta, kun osallistuja ei enää oma-aloitteisesti osannut kertoa enempää, tutkija auttoi tekemällä lisäkysymyksiä kuljettaen keskustelua eteenpäin. Kysymystyyppinä olivat esimerkiksi ”millaista tietoa tai keiden välillä tietoa siirrettiin potilaan valmisteluissa?”, ”mitä tapahtui seuraavaksi?” Yksilöhaastatteluja tehtiin yhteensä kahdeksan (N=8), minkä jälkeen potilassiirtoihin liittyvät samat asiat alkoivat kertautua. Tämä tulkittiin tiedon saturoitumiseksi ja haastattelut päätettiin lopettaa (Hirsjärvi ym. 2008). Teemahaastattelujen kesto vaihteli 20:sta 45:een minuuttiin. Sairanhoitajat palauttivat strukturoidun tutkimuslomakkeen (Liite 4) tutkimuksen tekijälle haastattelujen yhteydessä.

Aineiston analyysi

Sairanhoitajien kuvaus organisaatioidenssisäisistä potilassiirroista analysoitiin aineistolähtöisesti sisällönanalyysillä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Sisällönanalyysin avulla etsittiin aineis-

tosta potilassiirtoihin liittyvien ilmiöiden samankaltaisuuksia, eroavaisuuksia ja yhteyksiä. Haastatteluaineiston analyysiä tehtiin samanaikaisesti aineiston keruun kanssa (Parahoo 1997, Hirsjärvi & Hurme 2008). Lopullinen analyysi tapahtui vasta, kun haastattelut eivät enää antaneet olennaista uutta tietoa potilassiirroista eli haastatteluissa saavutettiin tiedon saturoituminen ja haastattelut lopetettiin (Hirsjärvi & Hurme 2008).

Haastattelemalla saatu aineisto tallennettiin Olympus-digi-sanelimelle puhtaaksikirjoitusta varten. Aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin sanatarkasti tallennetuilta nauhoilta puhtaaksi Microsoft Wordilla. Puhtaaksikirjoitettua alkuperäisaineistoa syntyi rivivälillä 1.5 43 sivua. Puhtaaksikirjoituksen jälkeen ilmaisujen alkuperäisyys tarkastettiin, kuuntelemalla nauhoituksia ja lukemalla puhtaaksikirjoitetut haastattelut samanaikaisesti. Tämän jälkeen aineisto luettiin useita kertoja kokonaisuudessaan aktiivisesti siten, että se tuli tutkijalle tutuksi (Hirsjärvi & Hurme 2008). Tämän jälkeen haastattelut tallennettiin tietokoneavusteiseen laadullisen tutkimuksen analyysiohjelmaan NVivo 7.0. Aineistosta poimittiin tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2006) potilassiirtoja kuvaavia ilmaisuja. Analyysiyksiköksi muodostui sana, lause tai lausuma (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajien haastattelut analysoitiin tässä vaiheessa erillisinä aineistoina. Alkuperäiset ilmaisut poimittiin NVivo 7.0 -ohjelmistoon ”vapaiksi noodeiksi”.

Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin tiivistämällä tutkimusaineistosta saatu informaatio aineistossa käytetyin termein. Pelkistettyjä ilmaisuja poimittiin alkuperäisestä aineistosta 419 kappaletta. Pelkistetyt ilmaisut klusteroitiin eli ryhmiteltiin samaa asiaa kuvaaviin ”puu-noodeihin” eli ryhmiin (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Tuomi & Sarajärvi 2006). Ryhmitellyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokat, jotka nimettiin niiden ominaisuuksien ja piirteiden mukaan (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Tuomi & Sarajärvi 2006). Alaluokkien nimeämisessä käytettiin myös tutkijan tulkintaa (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003). Taulukossa 3 on kuvattu esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä (TAULUKKO 3).

TAULUKKO 3. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys	Ryhmittely
...oli aamulla semmonen tieto et hän siirtyy tälle osastolle ja sitten tuli tieto et hän ei siirrykään sit sinne...	Potilas ei siirtynyt suunnitellulle osastolle	Vuodeosaston vaihtuminen
...nyt on tullu toine osasto jolle siirtyy	toinen osasto jolle siirtyy	
...Ja siirrettiin se mies siitä pois.	potilas siirrettiin toiselle paikalle	Potilassiirrot vuodeosaston sisällä
...huonompi kuntonen siirretään isomaan huoneeseen et saadaan eristyspaikka	potilas siirrettiin isompaan huoneeseen	
”...pitää varmistaa et onks se paikka siellä valmis ja voiks tulla	varmistetaan paikan valmius	
...ku he soitti ni oli aika kiire saada se paikka valmiiksi.	kiire saada paikka valmiiksi	Potilaspaikan valmistelu
...paikan valmistelu, tietysti ku potilaan raportin on kuullu	potilaspaikan valmistelu raportin jälkeen	
...he pitävät paikan hänelle yön yli ja seuraavaan päivään asti siellä	paikkaa pidettiin yön yli	Potilaspaikan varaaminen
...se mitä mä tein ni varasin hänelle huoneen tuolta ku	huoneen varaaminen	

Luokittelua jatkettiin abstrahoimalla eli käsitteellistämällä potilassiirtoilmiötä; samaa asiaa merkitsevät alaluokat yhdisteltiin yläluokiksi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, Tuomi & Sarajärvi 2006) (Taulukko 4). Esimerkiksi alaluokka potilaspaikan järjestelyt ryhmittyi yläluokkaan jatkohoitopaikan järjestelyt, joka sisälsi alaluokat jatkohoitopaikan järjestäjä, tiedon vastaanottaja ja potilaspaikan järjestelyt. Yläluokka jatkohoitopaikan järjestelyt ryhmittyi abstrahoinnin jälkeen pääluokkaan siirtojärjestelyt. Luokittelu loi alustavan kuvauksen potilassiirrosta (Tuomi & Sarajärvi 2006).

TAULUKKO 4. Esimerkki alaluokkien nimeämisestä ja ryhmittymisestä yläluokkaan

Ryhmittely	Alaluokka	Yläluokka
Vuodeosaston vaihtuminen	Potilaspaikan järjestelyt	Jatkohoitopaikan järjestelyt
Potilassiirrot vuodeosaston sisällä		
Potilaspaikan valmistelu		
Potilaspaikan varaaminen		

Tässä vaiheessa tutkimusaineisto yhdistettiin siten, että alaluokkien ja yläluokkien sisältöjä vertailtiin keskenään etsien niistä samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Abstrahointia jatkettiin ryhmittelemällä yläluokat muodostaen pääluokkia. Pääluokkien muodostamisen jälkeen aineisto siirrettiin NVivo 7.0 -ohjelmasta excel-tilukkaan. Tämä mahdollisti muodostettujen luokkien kokonaisuuden paremman tulkinnan. NVivo 7.0 -ohjelman avulla oli mahdollisuus palata muodostettuja luokittelun kautta takaisin alkuperäiseen aineistoon. Analyysin aikana jouduttiin palaamaan useaan kertaan alkuperäiseen aineistoon ja siitä muodostettuun luokittukseen. Abstrahoinnin edetessä yläluokat alkoivat muotoutua sisällöiltään RAFAELA™ -hoitoisuuluokitusmittarin osioiden kaltaisiksi. Yläluokkien nimeämisessä käytettiin osittain RAFAELA™ -luokitusmittarin käsitteitä. Analyysin loppuksi pääluokista muodostettiin kaksi pääluokkia yhdistävää luokkaa.

Organisaationsisäisten potilassiirtojen alaluokat, yläluokat, pääluokat ja yhdistävät luokat on kuvattu erillisessä liitteessä (Liite 4). Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut potilassiirtoa kuvaavat käsitteet ja niiden sisällöt. Ilmiön kuvailussa pyritään perusteelliseen ja kattavaan organisaationsisäisten, hoidon tasolta toiselle tapahtuvien potilassiirtojen kuvaamiseen, jota rikastetaan autenttisilla lainauksilla.

Aineistolähtöisen analyysin jälkeen, potilassiirron pääluokista etsittiin teorialähtöisesti sairaanhoitajan itsenäistä roolia, virallisista ohjeista riippuvaista roolia ja potilassiirtoihin osallistuvista ammattilaisista riippuvaista roolia kuvaavaa toimintaa (ks. Doran ym. 2002). Strukturoidulla tutkimuslomakkeella kerätty aineisto analysoitiin määrällisesti kuvailemalla potilaiden siirron valmisteluun ja siirtotapahtumaan käytettyä aikaa sekä potilassiirron kokonaisaikaa. Tietojärjestelmistä kirjatut potilaiden hoitoisuustiedot (TISS ja RAFAELA) kuvaillaan määrällisinä siirtovaiheen hoitoisuuspisteinä (TISS) ja siirtopäivän hoitoisuusluokkana (RAFAELA).

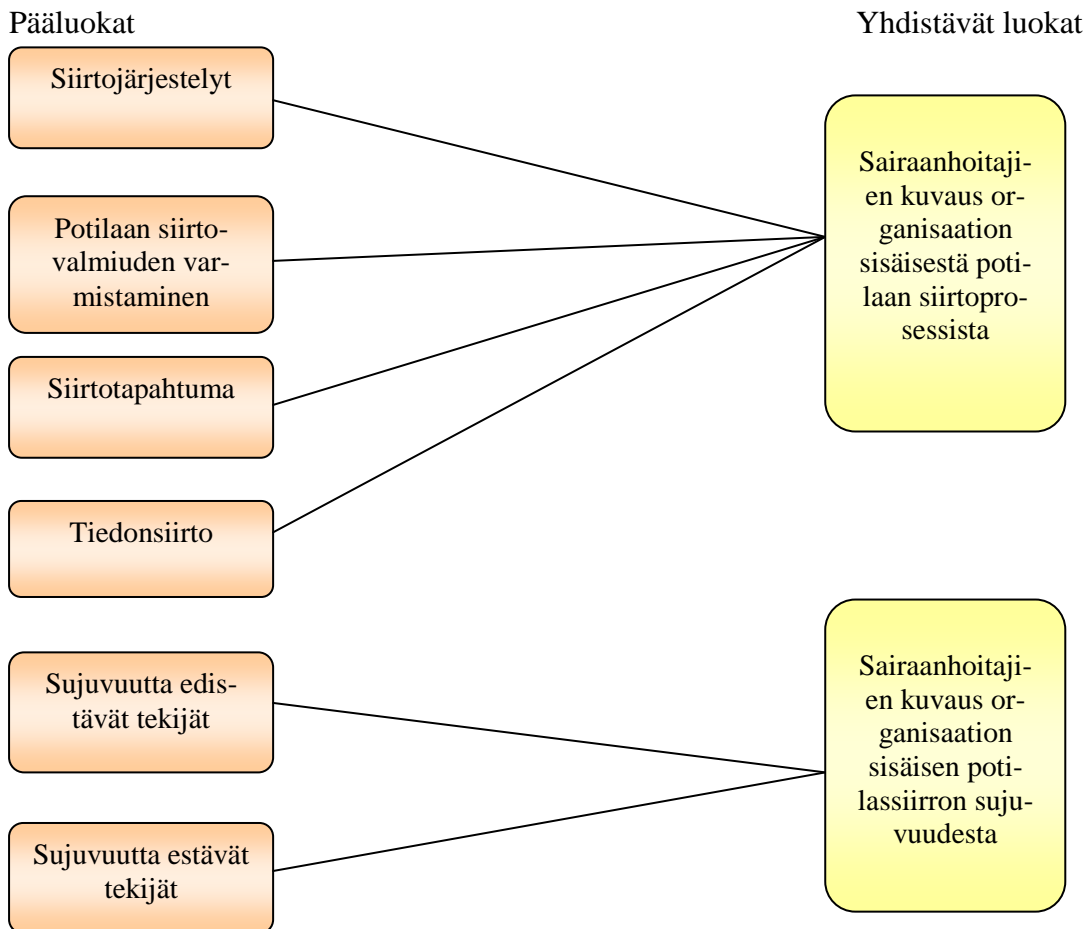
6 TULOKSET

6.1 Tiedonantajien taustatiedot

Tutkimuksen tiedonantajina oli kahdeksan ($N = 8$) organisaation sisäisiin potilassiirtoihin ($N = 4$) osallistunutta teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajista neljä ($n = 4$) oli työskennellyt teho-osastolla ja neljä ($n = 4$) vuodeosastolla. Teho-osastolla hoidettiin sekä medisiinisen että operatiivisen tulosalueen potilaita. Vuodeosastoista kaksi oli operatiivisen ja kaksi medisiinisen tulosalueen vuodeosastoja. Haastatteluihin osallistuneiden neljän teho-osaston sairaanhoitajan työkokemus nykyisessä yksikössä vaihteli viidestä kuukaudesta 20 vuoteen, Neljän vuodeosaston sairaanhoitajan työkokemus oli 5–29 vuotta. Teho-osaston sairaanhoitajat kertoivat osallistuvansa potilassiirtoihin keskimäärin kerran viikossa ja vuodeosastolla keskimäärin kaksi kertaa kuukaudessa. Tutkimusotokseen kuuluneista neljästä potilassiirrosta kaikki tapahtuvat teho-osastolta vuodeosastolle.

6.2 Sairaanhoitajien kuvaus organisaationsisäisestä potilassiirrosta

Sairaanhoitajien kuvausten perusteella organisaationsisäinen potilassiirto jakautui kahteen yhdistävään luokkaan, jotka olivat sairaanhoitajien kuvaus 1) organisaationsisäisestä potilaan siirtoprosessista ja 2) sairaanhoitajien kuvaus organisaationsisäisen potilassiirron sujuvuudesta (KUVIO 2). Sairaanhoitajat kuvasivat organisaationsisäiseen potilaan siirtoprosessiin kuuluvan siirtojärjestelyjä, potilaan siirtovalmiuden varmistamista, tiedonsiirtoa ja varsinaisen siirtotapahtuman. Organisaationsisäisten potilassiirtojen sujuvuus oli sisältänyt potilassiirtojen sujuvuutta edistäviä ja ehkäiseviä seikkoja.



KUVIO 2. Sairaanhoidajien kuvaus organisaationsisäisen potilassiirron prosessista ja organisaationsisäisen potilassiirron sujuvuudesta

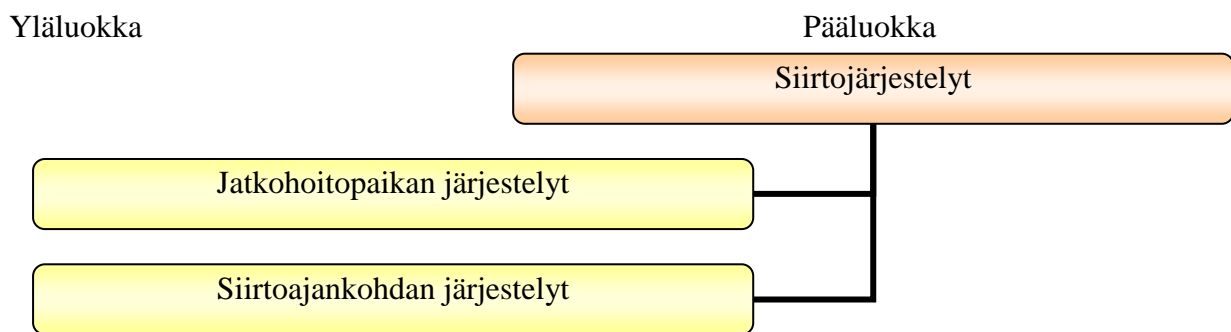
6.3 Organisaation sisäisen potilassiirron prosessi

6.3.1 Potilaan siirtojärjestelyt

Potilaan siirtojärjestelyt sisälsivät **jatkohoitopaikan ja siirtoajankohdan järjestelyjä** (KUVIO 3). Potilaan siirtojärjestelyt alkoivat päätöksestä siirtää potilas jatkohoitoon. Päätöksen potilaan jatkohoitoon siirtymisestä teki teho-osaston lääkäri. Teho-osaston sairaanhoitajat osallistuivat siirtopäätöksen tekemiseen arvioimalla potilaan selviytymistä vuodeosastolla. Vuodeosaston sairaanhoitajien osallistuminen potilaan vastaanottamista koskevaan päätöksentekoon vaihteli osastoittain.

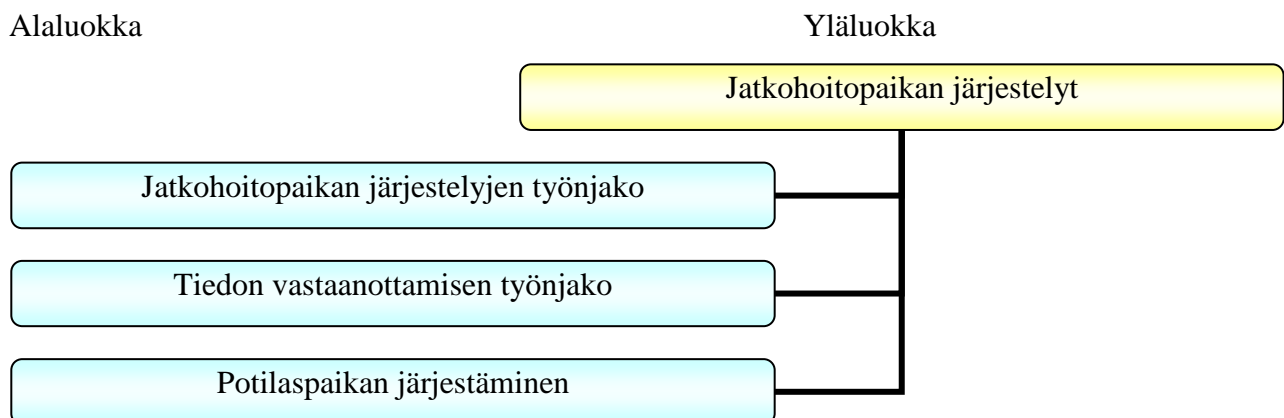
”...siinä aamukierrolla tuli ilmi et onks potilas semmosessa kunnossa yleensä, et potilasta voi niinku siirtää, et pärjääkö se vuodeosastolla. Et kyllä hoitaja siihen voi vaikuttaa. Hoitaja on 24 tuntia siinä potilaan vieressä, ni onhan se ehkä enemmän sen hetkisestä tilanteesta ajan tasalla...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Tutkimuslomakkeelle kirjattujen tietojen perusteella teho-osaston sairaanhoitaja sai tiedon, kahden potilaan siirtymisestä, ensimmäistä kertaa siirtopäivän aamuna klo 8.00–9.30. Kahden potilaan siirtoa suunniteltiin jo aikaisempina päivinä. Ensimmäinen ilmoitus potilassiirrosta tuli vuodeosastolle klo 9.40–10.00, ja kahdessa potilassiirrosta ilmoitus tehtiin edellisenä päivänä. Teho-osastolla tehdyn siirtopäätöksen jälkeen vuodeosasto sai tiedon potilaan siirtymisestä 10–90 minuutin kuluttua siirtopäätöksestä.



KUVIO 3. Potilassiirron siirtojärjestelyt

Jatkohoitopaikan järjestelyt sisälsivät *jatkohoitopaikan järjestelyjä* ja *tiedon vastaanottamisen työnjakoa* sekä *potilaspaikan järjestelyitä* (KUVIO 4). Jatkohoitopaikan järjestelyjen työnjaosta oli teho-osastolla sovittu tilannekohtaisesti. Vuodeosastolla oli vakiintuneempi käytäntö tiedon vastaanottamisesta. Yhteydenotto teho-osastolta aloitti potilaspaikan järjestelyt vuodeosastolla tai teho-osastolla.



KUVIO 4. Siirtojärjestelyn jatkohoitopaikan järjestelyt

Jatkohoitopaikan järjestämisen työnjakoa kuvattiin vaihtelevaksi. Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat jatkohoitopaikan järjestämisvelvollisuuden kuuluvan lääkärille. Järjestämisvelvollisuus tarkoitti vastaanottavan vuodeosaston nimeämistä tai yhteydenottoa yksikköön. Myös vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat teho-osaston lääkärin ”määräävän potilaan jatkohoitopaikan”. Teho-osastolla jatkohoitopaikan saattoi järjestää teho-osaston lääkärin lisäksi vastaava hoitaja tai potilaan omahoitaja. Jatkohoitopaikan järjestäjä vaihteli teho-osastolla tilanteen mukaan ja työnjako oli osittain epäselvää.

” Se (jatkohoitopaikan kysyjä) on vähän vaihellu, et tota se on mun mielestä semmonen rikkonainen ja epäselvä asia.” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

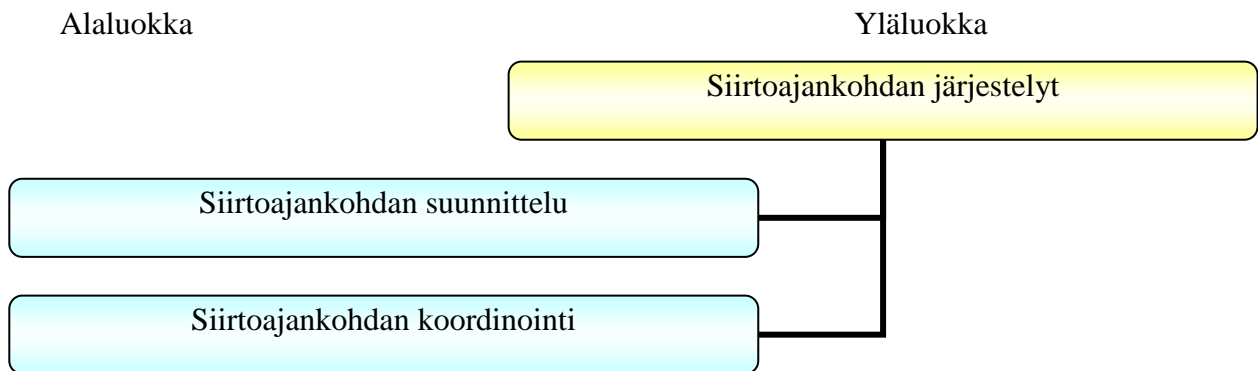
Vuodeosastolla *tiedon vastaanottamisen työnjako* oli rutinoitua, mutta vuodeosastojen välillä oli erilaisia työnjakomalleja. Vuodeosastolla tiedon potilaan siirtymisestä vastaanotti virka-aikana osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai vastaava hoitaja. Virka-ajan jälkeen tiedon vastaanotti vastaava hoitaja. Joillakin vuodeosastoilla tiedon vastaanotti sairaanhoitaja, jonka vastuualueella vapaa potilaspaikka sijaitti. Toisten vuodeosastojen sairaanhoitajat saattoivat päättää, ettei potilasta siirrettä vuodeosastolle, ellei osastolla ollut vapaata paikkaa. Vuodeosaston sairaanhoitajat eivät neuvottelleet potilassiirroista lääkärin kanssa, vaan järjestivät osaston toiminnan siten, että potilassiirto voitiin toteuttaa.

Potilaspaikan järjestelyt sisälsivät potilaspaikan vaihtumista, varmistamista ja valmistelua. Potilaspaikan järjestelyihin osallistuivat sekä teho-osaston että vuodeosaston henkilökunta. Jatkohoitopaikan valintaan vaikuttivat potilaan tulovaiheen erikoisala, senhetkinen hoidontarve sekä vuodeosaston paikkatilanne. Potilaspaikan vaihtuminen merkitsi vastaanottavan yksikön vaihtumista ja/tai potilaiden siirtoa yksikön sisällä potilassiirron mahdollistamiseksi. Vuodeosaston paikkatilanteen ja vastaanottavan osaston eristäminen (kohortointi) ajoittain esiintyvän tartuntataudin (epidemia) vuoksi, aiheutti suunnitellun vastaanottavan vuodeosaston vaihtumisen. Potilaspaikan varmistamiseksi vuodeosaston sairaanhoitaja varasi potilaspaikan siirtotiedon tultua ja siirtoajankohdan muuttuessa potilaspaikka varattiin potilaalle yön yli. Teho-osaston sairaanhoitaja varmisti vielä ennen lähtöä vuodeosastolle, että potilaspaikka oli ehditty valmistella. Vuodeosastolla valmistelut tarkoittivat aamurutiinien valmiiksi tekemistä ja potilaan hoidossa tarvittavien lääkkeiden etukäteen tilaamista. Sairaanhoitaja valmisteli potilaspaikan siivoamalla ja siirtämällä tarvittavat hoitovälineet sekä tarkkailu- ja monitorointilaitteet potilaspaikalle.

” Laitoin verenpainemittarin, tippalaskurin, tällöinen sähkösäsky jossa on decubituspatja. ...Sitten verensokerimittari ja insuliinit vein, sinne valmiiksi. ...labran tarvikkeet, laitoin hapen siis 15-litranen. Sitten vein uudet kostutuspullot happiin. ...Vein uuden kloriilipullon ja neulaastian ja sitten ...Sidehoitotarvikkeet vein kun on niitä haavahoitoja.” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).

Siirtoajankohdan järjestelyt sisälsivät *siirtoajankohdan suunnittelua* ja *koordinointia* (KUVIO 5). Teho-osaston ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat, että potilassiirtojen ajankohta voitiin usein suunnitella joustavasti yksiköiden tarpeiden mukaan. Aina siirtoajankohdasta ei voitu sopia, etenkin silloin, kun tehohoitopaikkaa tarvittiin kiireellisesti toiselle potilaalle. Teho-osaston vastaava hoitaja tai omahoitaja sopi siirtoajankohdan suoraan vuodeosaston kanssa.

”Yleensä pystytään vaikuttamaan aika mukavasti, et yleensä me otetaan mieluummin iltavuoron aikana...” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).



KUVIO 5. Siirtojärjestelyn siirtoajankohdan järjestelyt

Teho-osaston sairaanhoitajien kuvausten mukaan *siirtoajankohta suunniteltiin* siten, että potilaat siirtyivät vuodeosastolle aamuvuorossa. Vuodeosastolle annettiin myös ennakkotietoa potilaan siirtymisestä vuodeosastolle seuraavana päivänä, illan tai yön aikana. Ennakkotieto annettiin siltä varalta, että teho-osaston paikka tarvittaisiin äkillisesti toiselle potilaalle. Vuodeosastolla siirrot aamuvuorossa tarkoittivat potilassiirtojen tapahtumista kesken aamurutiinien.

Siirtoajankohdan koordinointi sisälsi yksiköiden tilanteen huomiointia siirtoajankohdan suunnittelussa tai muuttuneen siirtoajankohdan järjestelyä. Vuodeosastotilanteen huomiointi tarkoitti potilas-

siirtojen toteuttamista aamurutiinien jälkeen. Tällöin iltavuoron sairaanhoitaja osallistui potilaan vastaanottamiseen ja varmisti hoidon jatkuvuuden. Vuodeosastolla ennakkotietoon ilta- tai yöaikaisista siirroista ei voitu valmistautua etukäteen, vaan sairaanhoitajat koordinoivat vuodeosaston toiminnan tilanteen edellyttämällä tavalla.

” Ni siinä sitte oli aamuhommat kesken ku se potilas tuli.” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).

Potilassiirron ajankohta muuttui potilaista johtuvista syistä sekä potilaspaikkaresurssien vuoksi. Potilaasta johtuvia syitä teho-osastolla olivat esimerkiksi potilaan verenpaineisiin, vuotoon tai verensokeriarvoihin liittyvät syyt.

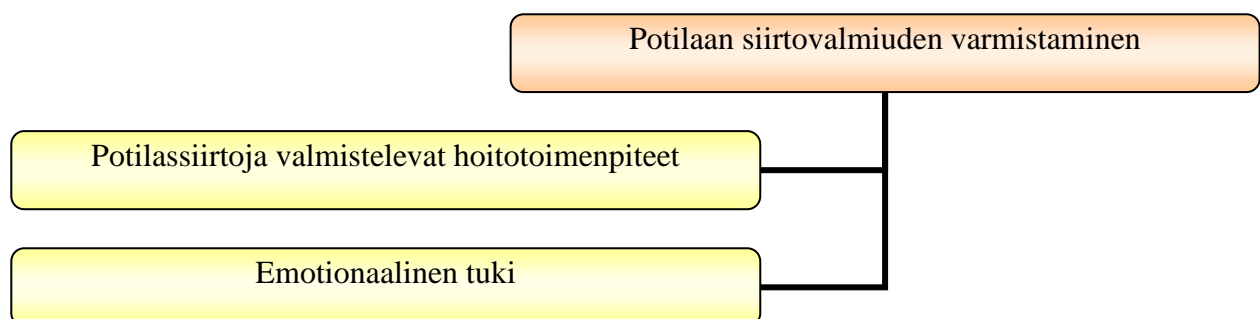
”...ne sano (vuodeosaston henkilökunta) ihan ekan kerran et vasta kahentoista jälkeen. Sit mä sanoin et meille tulee uus potilas, et pitäis nyt saada...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

6.3.2 Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen

Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat potilaan siirtovalmiuden varmistamisen sisältävän **potilas-siirtoja valmistelevia hoitotoimenpiteitä** ja **potilaan emotionaalista tukemista** (KUVIO 6). Valmistelevilla hoitotoimenpiteillä varmistettiin potilaan siirtokelpoisuus sekä autettiin vastaanottavaa yksikköä. Vuodeosaston sairaanhoitajat eivät osallistuneet välittömään potilaan siirtovalmiuden varmistamiseen.

Yläluokka

Pääloukka



KUVIO 6. Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen potilassiirrossa

Teho-osastolla sairaanhoitajien *potilassiirtoja valmistelevat hoitotoimenpiteet* sisälsivät hoidon suunnittelua ja koordinointia, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, hygieniasta ja eritystoiminnasta sekä potilaan aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta huolehtimista. Teho-osastolla hoidon suunnittelu ja koordinointi sisälsivät potilaan siirtovaiheessa muuttuneen tilanteen arviointia, lääkärin informointia ja siirtosuunnitelman uudelleen koordinointia. Ravitsemus ja lääkehoito sisälsivät ruokailun mahdollistamista ja suonensisäisten lääkkeiden vaihtamista vuodeosastolla käytettäviin muotoihin. Suonensisäisistä lääkkeistä esimerkiksi suonensisäinen insuliini vaihdettiin ihon alle annettavaan insuliiniin. Hygienian ja eristystoiminnan osalta huolehdittiin potilaiden aamupesusta sekä poistettiin jatkohoidon kannalta tarpeettomat kanyylit ja drenit. Potilaiden aktiviteeteistä ja toiminnallisuudesta huolehdittiin kuntouttamalla potilaita aamulla ennen vuodeosastolle siirtymistä.

”Ja sit me nousiin nopeesti aamulla istumaan et ehitte istumaan, ku siirrytte sinne vuodeosastolle” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Emotionaalinen tuki oli *potilaan kannustamista, vastaanottavan hoitoympäristön kuvaamista sekä jatkohoitosuunnitelman kertomista*. Teho-osaston sairaanhoitajat kannustivat potilasta huolehtimaan itse ravitsemuksestaan ja hygieniastaan. Potilaille kerrottiin kanyylin (arteriakanyyli) poiston tarkoittavan hoidon edistymistä siten, että potilas oli valmis siirtymään vuodeosastolle. Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat tulevaa hoitoympäristöä kertomalla vastaanottavan vuodeosaston erikoisalan, vuodeosaston sijainnin ja huoneen koon. Vuodeosaston toiminnasta potilaille kerrottiin, että vuodeosaston hoitajilta saa tarvittaessa apua ja yöt ovat rauhallisempia. Teho-osaston sairaanhoitajat kertoivat myös, että heillä oli hyvin vähän tietoa vuodeosastoista, joihin potilaat siirtyvät. Jatkohoitosuunnitelmista kerrottiin potilaille esimerkiksi haavanhoitosuunnitelma ja dialyysin ajankohta.

”Mun täytyy ainaki henkilökohtaisesti sanoo et mä en tiedä yhtään mitään mitä tuolla ylälmoissa (vuodeosastoilla) on” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

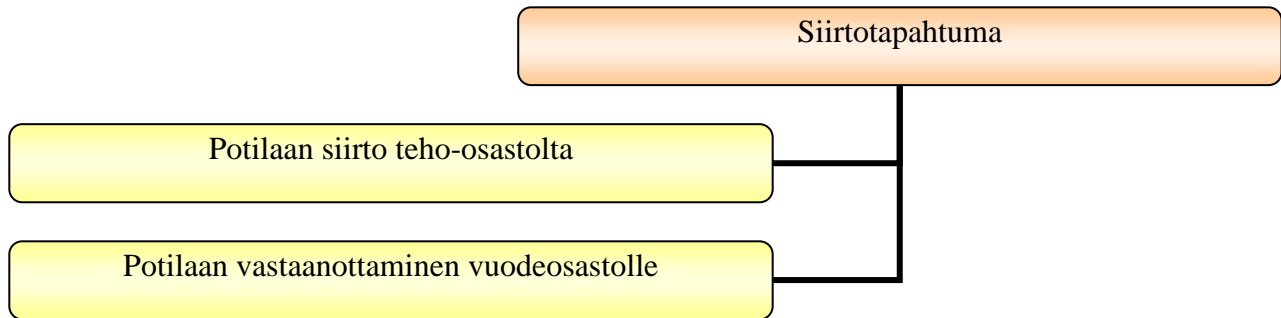
6.3.3 Siirtotapahtuma

Potilassiirtojen siirtotapahtumaan kuului sairaanhoitajien kuvausten mukaan **potilaan siirtäminen teho-osastolta ja potilaan vastaanottaminen vuodeosastolle** (KUVIO 7). Potilaan siirtotapahtuman toteutukseen osallistuivat teho-osaston ja vuodeosaston sairaanhoitajat. Potilaan siirtämisen teki yleensä teho-osaston omahoitaja, mutta apua pyydettiin myös vuodeosastolta potilaan siirtämi-

seksi. Vuodeosastolla teho-osaston sairaanhoitajat auttoivat potilaan vastaanottamisessa, esimerkiksi auttamalla potilaan sänkyyn siirrossa ja asentohoidossa.

Yläluokka

Pääloukka



KUVIO 7. Potilassiirron siirtotapahtuma

Potilaan siirto teho-osastolta sisälsi *hoidon suunnittelua ja koordinointia* sekä *omaisten informointia*. *Hoidon suunnittelu ja koordinointi* oli potilassängyn siirtoa ja vaihtoa, monitorointivälineiden, potilaan tavaroiden ja hoitotarvikkeiden siirtoa sekä siirtoon osallistuvan henkilökunnan työnjaon suunnittelua ja koordinointia. Siirtotapahtuman suunnittelu ja koordinointi liittyi sekä teho-osaston että vuodeosaston toimintaan, ja siihen osallistui henkilökuntaa molemmista yksiköistä. Tutkimuslomakkeella kerätyn tiedon perusteella potilaiden siirtovaiheen hoitoisuuspisteet olivat teho-osastolta siirryttäessä 18–30 TISS-pistettä. Teho-osastolla potilaiden hoitoisuutta lisäsi potilaiden monitorointi, laboratoriotutkimukset, kanyylit ja katetrit sekä ravitseminen, nestehoito ja elektrolyyttihäiriöt. Teho-osaston sairaanhoitaja oli potilaan siirtotapahtuman vuoksi poissa omasta yksiköstään 10–40 minuuttia. Teho-osaston sairaanhoitajan potilassiirtoon käyttämä kokonaisaika (potilassiirtopäätöksestä teho-osaston sairaanhoitajan paluuseen teho-osastolle) vaihteli 4–4,5 tuntiin. (Liite 5.)

Potilaan siirtoon teho-osastolta liittyi potilassängynvaihtoa ja -kuljettamista, sen mukaan, vaihdettiinko potilas vuodeosaston sänkyyn teho-osastolla vai vuodeosastolla. Vaihdeettavaa sänkyä pyydettiin vuodeosastolta, ja sängyn kuljetti teho-osastolle teho- tai vuodeosaston sairaanhoitaja tai laitoshuoltaja. Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat sängynvaihtoa teho-osastolla helpommaksi, koska vuodeosaston tilat olivat usein ahtaammat. Teho-osaston sairaanhoitajat valitsivat potilassiirtoon mukaan otettavat monitorointivälineet potilaan tarpeen, siirron toteuttajan ja vastaanottavan vuodeosaston toimintatapojen mukaan. Mukaan otettuja välineitä olivat elvytyspalje (ambu), lääkepakki,

lisähappi, pulssi- ja saturaatiomittari. Teho-osaston sairaanhoitajat siirsivät potilassiirtojen yhteydessä myös potilaiden arvoesineitä ja potilaan henkilökohtaisia hoitotarvikkeita vuodeosastolle.

”... se on, meillä on kaikenlaisia tarvikkeita ja se on vähän hoitajastakin kiinni, että toiset saattaa ottaa monitorinkin mukaan...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Teho-osaston sairaanhoitajien kuvauksen mukaan omahoitaja siirsi potilaan yksin vuodeosastolle. Hänen oman yksikkönsä tai vuodeosaston sairaanhoitajalta saamansa siirtoapu riippui henkilöresursseista. Potilassiirtoja saattoi tehdä myös sairaanhoitaja, joka ei ollut potilasta hoitanut.

”Yleensä se on omahoitaja, joka hoitaa sen siirron.”

”...et sattu sit vaihtuu hoitaja just silloin, et kyl niit tilanteita on et ei tunne oikeestaan potilasta...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat, että *omaisten informointi* oli siirtävän yksikön vastuulla. Teho-osaston sairaanhoitajat informoivat potilaiden omaisia siirrosta joko puhelimitse tai omaisten vierailun aikana. Vuodeosaston sairaanhoitajat ilmoittivat omaisille siirrosta silloin, kun omaisia ei tavoitettu tai suullista tai kirjallista tietoa ilmoituksesta ei ollut käytettävissä.

Potilaan vastaanottaminen vuodeosastolle sisälsi *vastaanottamisen rutiinitehtäviä* sekä *työnjakoa*. *Vastaanottamisen rutiinitehtäviin* kuului hoidon suunnittelua ja koordinoitua, hengityksen, verenkierron ja sairauden oireiden, hygienian ja eritystoiminnan, aktiviteetin ja toiminnallisuuden sekä potilaan itsensä ohjausta ja neuvontaa. Hoidon suunnittelu ja koordinoitua sisälsi kirjaamista potilaan hoitoon liittyviin seuranta- ja tarkkailulistoihin ja ruokavaliotietojen ilmoittamista. Myös potilaan kuntouttamista hankaloittavat monimutkaiset infuusioletkut vaihdettiin tavanomaisiin vuodeosastolla käytettäviin infuusioletkuihin. Hengityksen, verenkierron ja sairauden oireiden monitorointi kuuluivat potilaan vastaanottamisen rutiinitehtäviin. Siirtyviltä potilailta mitattiin tulovaiheessa verenpaine, pulssi, saturaatio ja lämpötila sekä arvioitiin kiputilanne. Joillakin vuodeosastoilla potilaiden eritteiden määrät kirjattiin osaston huuhteluhuoneen seinälle sekä potilaspapereihin. Potilaille kerrottiin vuodeosaston käytäntöjä ja kuvattiin hoitoympäristöä. Potilaita ohjattiin ja neuvottiin esimerkiksi hipaisusoittokellon käytössä sekä kuvattiin fyysistä hoitoympäristöä. Tutkimuslomakkeella kerätyn tiedon perusteella vuodeosaston sairaanhoitajilta kului välittömään potilaan vastaanottamiseen aikaa 10–40 minuuttia ja samanaikaisesti sairaanhoitajalla oli vastuullaan 4–9 potilasta. Vuodeosastolla potilaiden tulovaiheen hoitoisuudeksi arvioitiin 17–24 RAFAELA-

hoitoisuuspistettä per potilas. Vuodeosastolla kolmen potilaan siirtopäivän hoitoisuus arvioitiin maksimipistein (23–24 pistettä), kaikilla hoitotyön osa-alueilla. (Liite 5).

”Perusvitaalit katotaan kaikista, verenpaine, lämmöt, saturaatio katotaan, tehään ruokakortti ja tarkistetaan henkilötiedot ja lupalaput.” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).

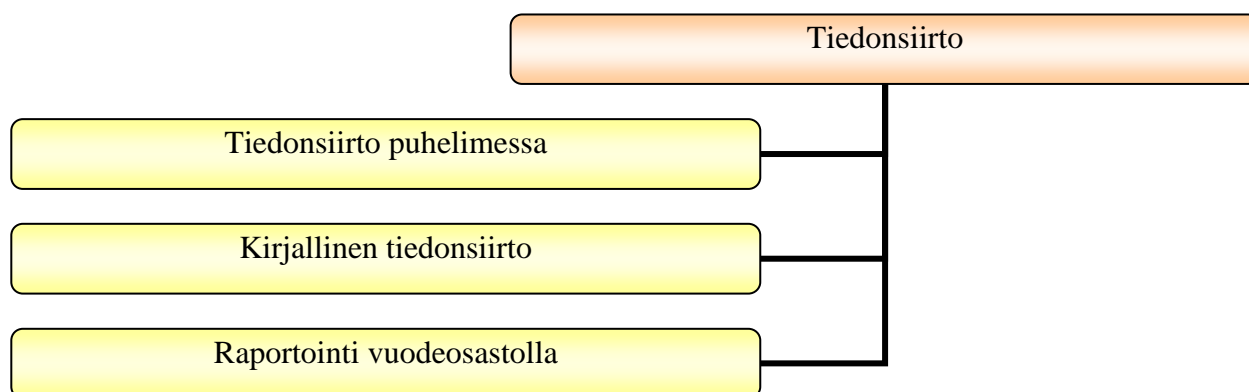
Potilaan vastaanottamisen työnjako sisälsi yksikön sisäistä työnjakoa sekä siirtävän yksikön välittömästi siirtovaiheessa antamaa apua. Vuodeosaston sisäinen työnjakomalli oli, että potilaan vastaanottamiseen osallistui sairaanhoitaja-perushoitaja-työpari. Joillakin vuodeosastoilla yksi sairaanhoitaja vastaanotti potilaan yksin. Sairaanhoitajan ja perushoitajan työnjako toteutui siten, että sairaanhoitaja siirsi potilaan jatkohoidon kannalta keskeiset tiedot vuodeosaston potilaspapereihin, suunnitteli ja toteutti lääke- ja nestehoitoa määräyksen mukaan. Perushoitaja mittasi ja kirjasi vitaelintoiminnot ja eritemäärät. Välittömästi potilaan siirtyessä teho-osaston sairaanhoitajat avustivat potilaan siirrossa vuodeosaston sänkyyn sekä potilaan asentohoidoissa.

6.3.4 Tiedonsiirto

Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat potilassiirtojen sisältävän **tiedonsiirtoa puhelimessa** ja **kirjallisesti** sekä **raportointia vuodeosastolla** (KUVIO 8). Teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuneissa potilassiirroissa tiedon siirtäjänä toimi teho-osaston henkilökunta (lääkäri tai sairaanhoitaja) ja tiedon vastaanottajana vuodeosaston henkilökunta. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat saivat potilaan hoitoon liittyvää tietoa epikriisistä, tehotulosteista, vuodeosastoraportilla sekä kysymällä asioita toisiltaan. Siirretyn tiedon sisältöön vaikuttivat sairaanhoitajien kokemus, osaaminen sekä kirjaamistaidot. Osa teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajista kuvasi teho-osaston potilaspapereita vaikeaselkoisiksi ja tiedonsiirron sisältävän päällekkäistä raportointia.

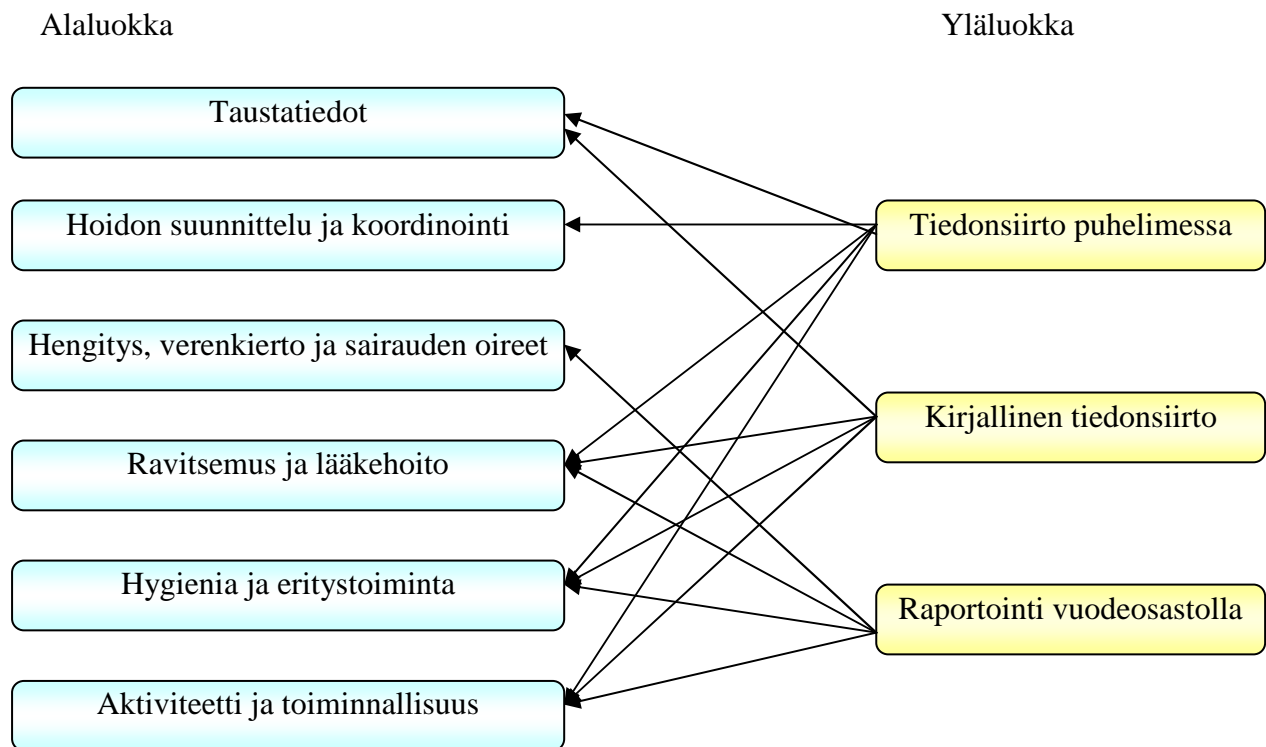
Yläluokka

Päälouokka



KUVIO 8. Potilassiirron tiedonsiirto

Raporteilla siirrettiin tietoa *potilaan taustatiedoista, hoidon suunnittelusta ja koordinoinnista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, hengityksestä, verenkierrosta ja sairauden oireista, hygieniasta ja erityksestä sekä aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta*. Kuviossa yhdeksän kuvataan tiedonsiirron toteutumista ja päällekkäistä tiedonsiirtoa hoitotyön eri osa-alueista (KUVIO 9). Päällekkäistä tiedonsiirtoa tapahtui sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullinen tiedonsiirto oli samojen asioiden raportointia puhelimessa, vuodeosastolla ja kirjallisesti. Päällekkäistä kirjaamista tapahtui esimerkiksi vuodeosastolla, jossa tehotulosteiden kirjallinen tieto siirrettiin vuodeosaston potilaspapereihin, erilaisiin listoihin ja huuhteluhuoneen taululle.



KUVIO 9. Tiedonsiirron osa-alueet ja päällekkäinen tiedonsiirto

Puhelinraportista soitettiin teho-osastolta useimmin etukäteen. Vuodeosaston sairaanhoitajat kokivat, ettei puhelinraportin antaminen vastaanottavalle hoitajalle aina ollut tarpeellista. Vuodeosaston sairaanhoitaja saattoi lukea tarvitsemansa tiedon sähköisestä potilaskertomuksesta tai sai tiedot potilaan siirtotiedon vastaanottajalta. Teho-osaston ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat, että puhelinraportilla annettiin tietoa potilassiirtoon liittyvistä erityistarpeista ja mahdollistettiin vuodeosaston valmistautuminen potilassiirtoon.

Puhelinraportilla siirrettiin tietoa potilaan taustatiedoista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, hygieniasta ja eritystoiminnasta, aktiviteeteistä ja toiminnallisuudesta. Vuodeosaston sairaanhoitajat toivoivat tietoa potilaan oleellisista taustatiedoista, hoidon suunnitteluun ja koordinointiin vaikuttavista asioista, hengityksestä, verenkierrosta ja sairauden oireista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta sekä aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta. Potilaan *taustatiedoista* teho-osaston sairaanhoitaja raportoi sairaalaan tulon ja tehohoidon syyn, perussairaudet sekä diagnoosin. Vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat oleellisiksi taustatiedoiksi potilaan hoitoon vaikuttavat perussairaudet. Puhelimessa kerrottiin potilaan nykyisestä ja normaalista poikkeavasta *ravintovalmisteesta ja lääkityksestä*. Vuodeosastolla pidettiin tärkeänä tietoa potilaan normaalista poikkeavasta lääkehoidosta, koska tiedon perusteella tilattiin tarvittavat ravintovalmisteet ja lääkkeet.

Hygienian ja eritystoiminnan osalta teho-osaston sairaanhoitaja kertoi potilaalla olevista kanyyleista ja dreeneistä. Vuodeosastolla ei koettu tärkeäksi katetreihin liittyvän tiedon saamista etukäteen. Potilaan *aktiviteetteihin ja toiminnallisuuteen* liittyi maininta potilaan siirrossa tarvittavasta ylimääräisestä hoitajasta. Myös vuodeosaston toiminnan kannalta pidettiin tärkeänä etukäteen saatua tietoa potilaan hoitoisuudesta, potilaan orientaatiosta sekä potilaan hoidossa tarvittavista laitteista.

”Et sen mä kerroin puhelimesta...mainitsin sen hänen ison kokonsa, et osaa varautuu siihen et tarvitaan monta hoitajaa siirtymiseen.” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Kirjallinen tiedonsiirto tarkoitti teho-osaston sairaanhoitajan tietojärjestelmään kirjaamia tietoja. Vuodeosaston sairaanhoitajat kopioivat tehotulosteista potilaan hoidon kannalta oleelliset tiedot potilaspapereihin. Kirjallista tietoa siirtyi myös lääketieteen yhteenvedossa, joita vuodeosastolla luettiin sekä tietojärjestelmästä että paperilta. Tietojärjestelmästä saatiin tietoa lääke- ja nestehoito määräyksistä, laboratoriotutkimuksista ja niiden toteutuksen ajankohdista, diagnoosista, perussairauksista ja tehohoidon syystä. Teho-osaston sairaanhoitajat kirjasivat tietojärjestelmään potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisia ydinasioita tehohoitojakson ajalta. Hoitotyönyhteenvedoon kirjattiin tietoa potilaan hengityksestä, verenkierrosta ja sairaudenoireista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, hygieniasta ja eritystoiminnasta sekä aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta. *Hengityksestä, verenkierrosta ja sairauden oireista* kirjattiin esimerkiksi tietoa lisähapen tarpeesta. *Hygieniasta ja eritystoiminnasta* kirjattiin kanyylien, katetrien ja dreerien nimet sekä niiden sijainti. Vuodeosaston sairaanhoitajat pitivät edellä mainittujen lisäksi tärkeänä katetrien, kanyylien ja dreerien eritemäärien selkeää merkintää. *Liikkumisen ja aktiviteettien* osa-alueesta kuvattiin potilaan unirytmiksi sekä avuntarve liikkumisessa. *Ravitsemuksen ja lääkehoidon* osa-alueelta kirjattiin yhteenvedoon esimerkiksi avuntarve ruokailussa ja potilaan kokemus unilääkkeen käytöstä.

” Mä kirjoittelin ne paperit siinä, ja toi meillä tietojärjestelmään kirjataan potilaan lähtötilanteesta kuvaus, sit se ravitsemus, et mitä ravintoa on saanu ja miten ottanu. Et miten on viime yönä nukkunu...laitoin ne, et näkee heti kaikki kanyylit ja katetrit...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat **raportointia vuodeosastolla** tärkeimmäksi raportointimuodoksi. Vuodeosastolla raportoitiin tehotulosteista, annettiin suullisia hoito-ohjeita ja ilmaistiin omia havaintoja potilaan hoidosta. Tutkimuslomakkeelle kirjatun tiedon perusteella suulliseen raportointiin vuodeosastolla käytettiin aikaa 5–10 minuuttia (Liite 5). Vuodeosastoraportin

sujuvuuteen vaikuttivat sekä teho- että vuodeosaston sairaanhoitajan kiire. Siirtävällä sairaanhoitajalla ei aina ollut mahdollisuutta odottaa, että vuodeosaston sairaanhoitaja pystyi irrottautumaan raportin kuuntelua varten. Kahdessa potilassiirrossa teho-osaston sairaanhoitajat eivät antaneet raporttia vuodeosastolla ollenkaan. Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat myös, että eivät aina tiedäneet, millaista tietoa puhelinraportilla oli vastaanottavaan yksikköön annettu tai millaista tietoa vuodeosastolla tarvittiin. Tämän vuoksi he kertoivat vuodeosastoraportilla tärkeänä pitämiään asioita. Vuodeosaston sairaanhoitajat pitivät tätä ajoittain päällekkäisenä raportointina ja perusasioiden kertaamisena.

”Semmonen hyvä suullinen raportti, ei liirum laarumia, vaan lyhyt ja ytimekäs. Pääasiat mitä nestettä menee sisään, mitä tulee ulos ja lääkkeet.” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).

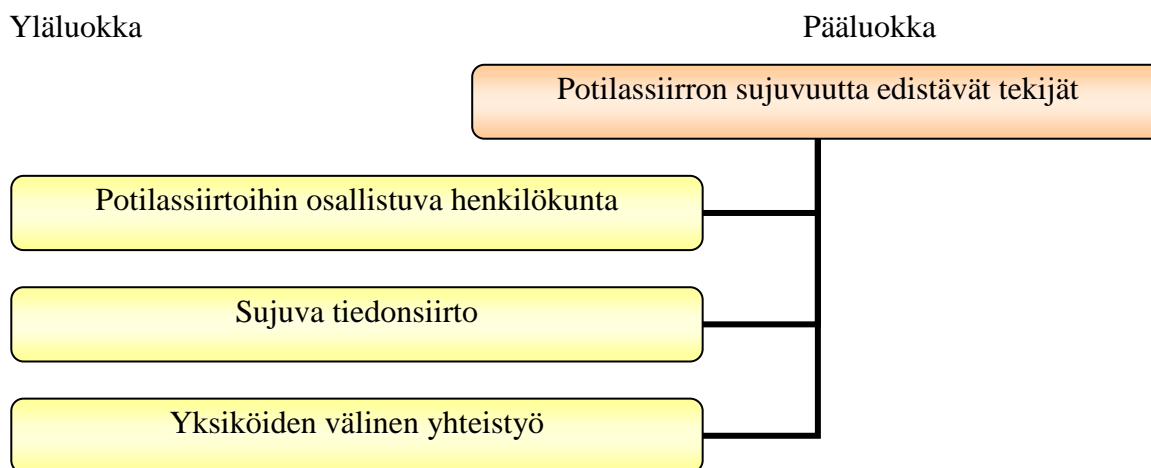
Teho-osaston sairaanhoitaja raportoi vuodeosastolla potilaan sairauden oireista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, erityksestä ja hygieniasta sekä aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta. *Sairauden oireista* kerrottiin potilaan hapetuksesta ja lisähapen tarpeesta. *Ravitsemuksen ja lääkehoidon osaluueesta* siirrettiin tietoa lääkehoidosta, käytiin läpi lääkelista sekä muutokset lääkehoidossa. *Hygienian ja eritystoiminnan* osa-alueesta annettiin suosituksia haavahoidosta, mutta katetreja ja dreenejä ei enää vuodeosastolla kerrattu. *Potilaan aktiviteeteista ja toiminnallisuudesta* siirrettiin tietoa potilaan itsehoitovalmiuksista sekä sekavuudesta. Vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat hyväksi käytäntöä, jossa lääkitys, katetri- ja drenien sijainti sekä eritteiden määrät käytiin läpi yhdessä teho-osaston sairaanhoitajan kanssa. Tämä auttoi vuodeosaston sairaanhoitajia löytämään tarvittavat tiedot tehotulosteista, nopeutti paperityötä ja mahdollisti tarkentavien kysymysten tekemisen.

”Et kyl mä koen et se suullinen raportti edelleen on hirveen tärkeä.” (sairaanhoitaja, tehoosasto).

6.4 Organisaationsisäisen potilassiirron sujuvuus

Potilassiirtojen sujuvuuteen liittyi seikkoja, jotka sairaanhoitajien kuvausten mukaan olivat **edistäneet tai ehkäisivät potilassiirtojen sujuvuutta**. Potilassiirtojen sujuvuutta edistivät *potilassiirtoihin osallistuvaan henkilökuntaan, sujuvaan tiedonsiirtoon ja yksiköiden väliseen yhteistyöhön* liittyneet tekijät. Potilassiirtojen sujuvuutta ehkäisivät *koordinoimaton tiedonsiirto, yksikkökohtaiset toimintatavat sekä potilaisiin, resursseihin ja siirron suunnittelemattomuuteen* liittyneet tekijät.

Potilassiirtojen sujuvuutta edistivät henkilökunnan määrä, työnjako sekä osaaminen (KUVIO 10). Sujuvaa tiedonsiirtoa kuvattiin tiedon oikea-aikaiseksi, selkeäksi ja avoimeksi siirtymiseksi. Yksiköiden välinen sujuva yhteistyö oli tilannekohtaista sopimista, välineiden lainaamista sekä vastuullisuutta.



KUVIO 10. Potilassiirron sujuvuutta edistävät tekijät

Potilassiirtoihin osallistui henkilökuntaa sekä teho-osastolta että vuodeosastolta. Teho-osaston sairaanhoitajat kuvasivat, että potilassiirtoon osallistuvien hoitajien määrä vaikutti siirron sujuvuuteen. Potilassiirrot sujuivat paremmin, kun siirtoon osallistui omahoitajan lisäksi ylimääräinen hoitaja. Ylimääräisen hoitajan apua saatiin potilassiirroissa teho-osastolta. Potilassiirtoja helpotti teho- ja vuodeosastojen sisäinen työnjako. Teho-osastolla vastaavanhoitajan potilassiirtoon liittyvät järjestelyt helpottivat sairaanhoitajan huonetyöskentelyä ja mahdollistivat keskittymisen potilaan hoitoon. Vuodeosastolla potilassiirtoa helpotti potilaan siirtotiedon vastaanottajan toiminta, opiskelijoiden ja osastonsihteerin apu potilaspapereiden valmistelussa. Potilassiirtojen sujuvuuteen vaikutti sekä teho- että vuodeosastolla sairaanhoitajien potilassiirtoihin liittyvä osaaminen, jonka sairaanhoitajat kuvasivat kehittyneen perehdytyksen, kokemuksen ja työssä oppimisen kautta. Sairaanhoitajien potilassiirtojen aikana toisilleen esittämät kysymykset lisäsivät toisen yksikön sairaanhoitajien tietoa vastaanottavan yksikön toiminnasta ja tiedon tarpeesta.

”Lähinnä itsekin on oppinut vaan ku niitä (potilassiirtoja) on tehnyt, et mitkä niitä (vuodeosaston sairaanhoitajia) kiinnostaa virtsamäärät ja...” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Tiedonsiirron sujuvuus edisti potilassiirtojen sujuvuutta. Sujuvaa tiedonsiirtoa oli ajoissa saatu tieto potilaan siirtopäätöksestä sekä yksilöllisistä tarpeista, kuten eristyshuoneen tarpeesta. Tämä mahdollisti sekä teho-osastolla että vuodeosastolla valmistautumisen potilaan siirtymiseen. Yksi selkeä ja kattava raportti helpotti vuodeosaston toimintaa. Potilassiirtoihin liittyviä tietoja kysyttiin avoimesti raportilla ja puhelimitse toisen yksikön sairaanhoitajilta.

”Ne sitte kysyy yleensä, varsinkin jos on kokeneempia hoitajia, niit tiettyjä asioita mitä ne halua tietää.” (sairanhoitaja, teho-osasto).

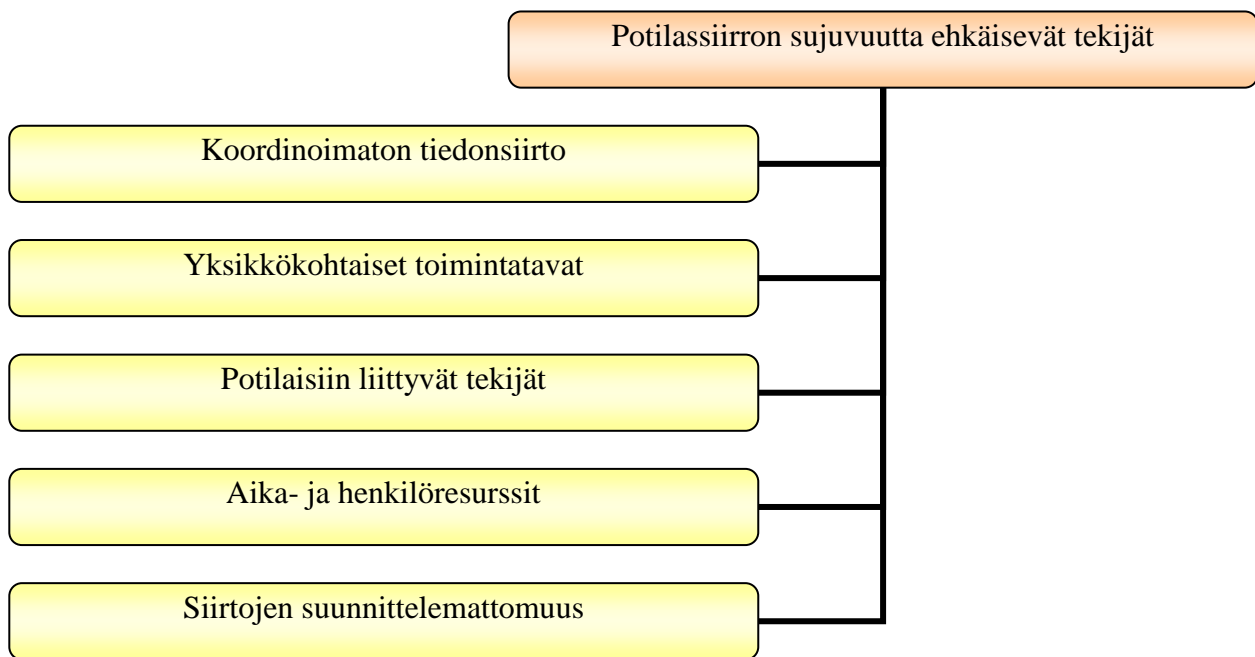
Yksiköiden välistä yhteistyötä ja potilassiirtoja kuvattiin sujuviksi. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajien mielestä oli tärkeää, että potilassiirtojen käytännön järjestelyistä voitiin yleensä sopia joustavasti. Potilassiirroissa pyrittiin huomioimaan molempien yksiköiden tarpeet. Teho-osastolta lainattiin vuodeosastolle tarvittavia välineitä, kuten potilassänkyä tai erikoispatjaa. Sairanhoitajat kanttoivat vastuuta potilassiirtojen sujuvuudesta huolehtimalla sovitun aikataulun noudattamisesta, informoimalla hoitoon osallistuvia tahoja sekä toisiaan, muuttuneista suunnitelmista.

”... ku meilt lähtee potilas vuodeosastolle, osasto kyllä yleensä joustaa, et jos meillä on esimerkiksi kiireistä...” (sairanhoitaja, teho-osasto).

Potilassiirtojen sujuvuutta ehkäisivät (KUVIO 11) koordinoimaton tiedonsiirto, yksikkökohtaiset toimintatavat sekä potilaisiin, resursseihin ja siirron suunnittelemattomuuteen liittyneet tekijät. Koordinoimaton tiedonsiirto sisälsi päällekkäisiä ja puuttuvia tietoja. Yksiköiden erilaiset hoitokäytännöt sekä tiedontarpeet, potilaiden määrä ja hoitoisuus, aika- ja paikkaresurssien puute sekä suunnittelemattomien siirtojen pirstaleisuus ehkäisivät potilassiirtojen sujuvuutta.

Yläluokka

Pääloukka



KUVIO 11. Potilassiirron sujuvuutta ehkäisevät tekijät

Koordinoimaton tiedonsiirto hankaloitti potilassiirtoja ja yksikön muuta toimintaa. Kesken muiden potilaiden hoitotyön soitetut, siirtyvän potilaan hoitoon liittyvät useat puhelut hankaloittivat muuta toimintaa. Puheluissa annettu tieto löytyi myös kirjallisena, eikä sitä tarvittu ennen potilaan siirtymistä. Teho-osaston sairaanhoitajat eivät aina tienneet, millaista tietoa potilaasta vuodeosastolle oli annettu vai oliko tietoa annettu ollenkaan.

”...jos tieto tulee, ripottelemalla, kuten eilen, ku sitä tulee monta kertaa puhelimessa. Et se tavallaan häiritsi sitä normalityötä ni silloin se on vähän semmoista takkuilevaa.” (sairaanhoitaja, vuodeosasto).

Yksikkökohtaisista toimintatavoista erilaiset nestehoito- ja infuusiovarustekäytännöt lisäsivät vuodeosaston työkuormitusta siirtovaiheessa. Teho-osastolla erilaiset hoitokäytännöt aiheuttivat hoitajille epävarmuutta siitä, millaisilla varusteilla potilas voidaan vuodeosastolle siirtää.

”Ehkä se ois uudelle työkijälle hyvä olla joku ohjeistus mitä pitää huomioida siit siirrosta. Ku ei sitä oikeen itekkään aina tiedä, että nykyään jollakin osastolle voi mennä ton CV-katetrin kanssa ja joillekin taas ei, niinku ei me täältä tiedetä. Et sitte joskus jos jättää ja sit siel ei osatakaan käyttää, ni siitä tulee sit sanomista.” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Potilaisiin liittyvistä tekijöistä yksiköissä olevien potilaiden määrä ja yksikössä olevien sekä siirtyvän potilaan hoitoisuus vaikuttivat siirron sujuvuuteen. Yksikössä olevien potilaiden määrä ehkäisi muun potilassiirron sujuvuutta silloin, kun yksikössä olevat potilaat tai siirtyvä potilas olivat korkeahoitoisia. Teho-osastolla sujuvuutta ehkäisi uuden potilaan vastaanottaminen, jos se tapahtui samaan aikaan kuin potilaan siirtyminen vuodeosastolle.

Resurssitekijöistä potilassiirtojen sujuvuutta ehkäisivät teho- ja vuodeosastolla henkilökunnan määrä ja sijaiset. Sijaiset eivät tunteneet potilassiirtojen tai yksikön rutiineja, minkä vuoksi vakinainen henkilökunta ohjasi heitä muun toiminnan ohessa. Kokemattomuus näkyi potilassiirroissa siten, ettei siirretty tietoa oleellisista asioista. Aika- ja henkilöresurssien puutteen vuoksi potilaspaikkaa ei ehditty valmistella ennen potilaan siirtymistä. Joskus tarvittavaa apua sängyn tai potilaan siirtoon jouduttiin järjestelmään useita kertoja.

Suunnittelemattomissa potilassiirroissa hoitaja joutui priorisoimaan, mitä tehtäviä teki. Kuten teho-osaston sairaanhoitaja kuvasi, ”jätettiin kirjalliset raportit silloin tekemättä”. Siirron suunnittelemattomuus aiheutti pirstaleisuutta ja kiirettä teho- ja vuodeosastolla.

”...jos se on semmone äkkisiirto ni se on hirveen katkonainen ja saattaa jäädä niinku semmone kaoottinen se siirto, et jos joutuu tosi nopeesti saamaan pois alta, että saadaan potilaspaikka put-sattua ja uus sitte tilalle, ni silloin jää semmone rikkonainen olo vähän kaikesta.” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

Tällöin teho-osaston sairaanhoitaja ei ehtinyt jäädä vuodeosastolle antamaan raporttia tai vuodeosaston henkilökunnalla ei ollut mahdollisuutta irrottautua raportointia varten.

”Et ei oo aikaa jäädä odottamaan sinne osastolle, et hoitaja kerkee ottaan sen raportin.” (sairaanhoitaja, teho-osasto).

6.5 Sairaanhoitajan rooli potilassiirroissa

Sairaanhoitajilla oli *itsenäinen rooli* potilaan siirtovalmiuteen, siirtotapahtumaan sekä tiedonsiirtoon liittyvissä interventiossa. Sairaanhoitajat arvioivat itsenäisesti potilassiirtoja valmistelevia toimenpiteitä, potilaan emotionaalisen tuen tarvetta, siirtotapahtuman varusteiden tarpeen sekä potilaan avuntarpeen, kun potilas otetaan vuodeosastolle. Sairaanhoitajat arvioivat itsenäisesti myös hoito-

työn kirjallisen tiedonsiirron sisältöä. Arviointi perustui sairaanhoitajien päätöksentekoon potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta keskeisistä tiedoista. Sairaanhoitajat toteuttivat itsenäisesti potilaan siirtovalmiuden, aktiviteetin, toiminnallisuuden ja emotionaalistentuen interventioita sekä omaisten informointia. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat seurasivat potilasta itsenäisesti koko siirtoprosessin ajan.

Sairaanhoitajalla oli *virallisista ohjeista riippuvainen rooli* potilaan siirtojärjestelyiden ja siirtovalmiuden toteutuksessa sekä siirtotapahtuman arvioinnissa. Siirtojärjestelyjen toteuttamiseksi tarvittiin virallinen lääkärin päätös potilaan jatkohoitoon siirtämisestä sekä jatkohoitopaikasta. Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen oli riippuvainen lääkärin kirjaamista hoitomääräyksistä, esimerkiksi lääke- ja nestehoitomääräyksistä sekä määräyksistä poistaa tarpeettomat kanyylit. Sairaanhoitajat arvioivat potilaiden hoitoisuutta kirjaamalla virallisen ohjeistuksen mukaista arviointia tietojärjestelmään. Arviointi tapahtui teho-osastolla TISS- ja NAS-hoitoisuusluokituksen avulla ja vuodeosastolla RAFAELA-hoitoisuusluokituksen avulla.

Sairaanhoitajilla oli muista *potilassiirtoon osallistuvista ammattilaisista riippuvainen rooli* siirtojärjestelyissä, potilaan siirtovalmiuden varmistamisessa, siirtotapahtumassa ja tiedonsiirrossa. Sairaanhoitajan toteuttamat siirtojärjestelyt riippuvat yksiköidensisäisestä ja yksiköidenvälisestä jatkohoitopaikan ja siirtoajankohdan koordinoinnista. Siirron koordinointiin vaikuttivat myös muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten toiminta, kuten konsultoivien tahojen päätöksenteko sekä muun hoitoon osallistuvan kolmannen tahon (esimerkiksi dialyysiyksikkö) aikataulut. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat jakoivat vastuun potilaan hoidon jatkuvuudesta potilaan siirtotapahtumassa sekä tiedonsiirrossa.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hirsjärven & Hurmeen (2008) mukaan ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen joka vaiheessa. Tärkeimpinä eettisinä periaatteita pidetään yleensä informointiin perustuvaa suostumusta, luottamuksellisuutta, seurauksia ja yksityisyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, Hirsjärvi & Hurme 2008). Tutkimuksessa noudatettiin Helsingin julistuksen (1964) ihmisiin kohdistuvalle tutkimustyölle asetettuja periaatteita, joista yhtenä on informointiin perustuva suostumus sekä vaatimus ennakkoon laaditusta tutkimussuunnitelmasta.

Tutkimusta varten haettiin ja myönnettiin lupa HUS-organisaation tutkimuslupamenettelyn mukaisesti ja Efeko Oy:ltä RAFAELA-hoitoisuusluokituksen käyttöä varten. Tutkimuslupahakemuksessa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus, aineistonkeruu ja analyysi sekä tutkimuksen raportointi. Hakemukseen liitettiin tutkimussuunnitelman lisäksi liitteiksi temahaastattelurunko, strukturoitu kyselylomake ja saate tutkimukseen osallistujille.

Tämän tutkimuksen tutkimusaihe ja näkökulma perusteltiin aikaisempien tutkimusten avulla teoriaosuudessa, mikä antoi oikeutuksen aiheen valinnalle (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusmetodin valinnassa päädyttiin yksilöhaastatteluun, koska haluttiin tietoa kahden eri toimintakulttuurin toiminnasta. Tutkimusmenetelmän valinnassa kiinnitettiin huomiota kahden eri toimintakulttuurin tutkimisen arkaluontoisuuteen (Kylmä & Juvakka 2007). Haastatteluissa sairaanhoitajat kuvasivat potilassiirtoja, oman yksikön toimintaa ja eri toimintakulttuurien yhteistyötä avoimesti.

Tutkimusraportin kirjoittamisessa on noudatettu hyvää eettistä tapaa. Eettinen raportointi merkitsee Kylmän & Juvakan (2007) mukaan avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa. Tutkimusraportissa on pyritty kuvaamaan kattavasti aineiston analyysi ja luokkien muodostuminen sekä raportoitu tulokset objektiivisesti.

Eettisen toiminnan kannalta on oleellista tietoon perustuva suostumus (Kylmä & Juvakka 2007). Tiedonantajille jaettiin saatekirje, jossa kuvattiin tutkimuksen tarkoitus ja aineistonkeruumenetelmät, osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä tahansa tutkimus-

sen vaiheessa. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta korostettiin tiedonantajille myös suullisessa informaatioissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelusta, validiuden ja reliaabeliuden näkökulmasta, on kiistelty (Hirsjärvi & Hurme 2008). Kylmä ja Juvakka (2007) toteavat, että tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa (vahvistettavuus). Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa Hirsjärven & Hurmeen (2008) mukaan huomioidaan lähteiden luotettavuus, aineiston laatu ja tulkintoihin tarkkuus. Nieminen (1997) kuvaa laadullisen tutkimuksen arvioinnin kohdistuvan tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään lähteiden ja tutkimusaineiston keruumenetelmien huolellisella valinnalla. Tiedonantajilla odotettiin olevan kokemusta potilassiirroista, joka varmistettiin kysymällä tiedonantajien työkokemusta sekä kokemusta potilassiirroista. Kaikilla tiedonantajilla oli, yhtä sairaanhoitajaa lukuun ottamatta, pitkä työkokemus nykyisessä yksikössään. Kaikki tiedonantajat kuitenkin tuottivat rikasta aineistoa potilassiirroista. Hollowayn & Wheelerin (1998) mukaan kollegoiden haastattelu sisältää etuja sekä riskejä. Etuna tässä tutkimuksessa oli tiedonantajien ja tutkijan yhteinen kieli, mikä helpotti käsitteiden ymmärrettävyyttä.

Haastattelemalla kerätyn aineiston laatuun voidaan vaikuttaa tekemällä hyvä haastattelurunko sekä pohtimalla apukysymyksiä etukäteen, varmistamalla tekniikan toimiminen sekä pitämällä haastattelupäiväkirjaa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Haastatteluteemoja testattiin yhden teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajan esihaastattelulla. Esihaastattelun aineisto oli laadullisesti sekä sisällöllisesti niin rikasta, että se liitettiin varsinaiseen tutkimusaineistoon. Esihaastattelun jälkeen ei teemoja muutettu, vaikka itse siirtotapahtumaa kuvaava teema tuottikin kaikissa haastatteluissa melko niukasti tietoa. Tutkija pyrki tutkimuspäiväkirjamerkintöjen avulla tarkentamaan apukysymyksiä, jotka ohjaisivat tiedonantajia syvällisempään ja monipuolisempaan kuvaukseen.

Teoreettisten lähtökohtien kirjallisuushaussa noudatettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita hakutermin käytössä ja rajauksien tekemisessä. Kirjallisuudesta rajattiin ulkopuolelle esimerkiksi vastasyntyneiden ja lapsipotilaiden siirrot sekä päivystysalueelta tehdyt potilassiirrot. Tutkimukset olisivat mahdollisesti tuoneet uutta näkökulmaa potilassiirtoihin, mutta alueiden kirjallisuuteen tutustuminen osoitti niiden sisältävän omia, teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvista potilassiirroista poikkeavia erityispiirteitä. Myöhempi aineistoanalyysi ja tutkijan päiväkirjan tar-

kastelu osoittivat tulkinnan oikeaksi. Osa tiedonantajista kuvasi potilassiirtoja esimerkiksi päivystysalueelta erilaisiksi ja sisältävän ”ihan omat juttunsa”. Käytettyjen lähteiden luotettavuutta lisäsi peer review -arviointia noudattavien viitetietokantojen käyttö ja artikkeleiden valinta.

Aineiston laatuun vaikuttavat tutkijan kyky paljastaa tutkittavien käsityksiä ja heidän maailmaansa niin hyvin kuin mahdollista (Hirsjärvi & Hurme 2008). Tutkimusmenetelmäksi valittu teemahaastattelu soveltui potilassiirron tutkimusmetodiksi, koska aiheesta tuotettu tieto oli monitahoista eikä aikaisempia tutkimuksia valitusta näkökulmasta ollut käytössä. Myös Metsämuurosen (2006) ja Hirsjärven ym. (2008) mukaan haastattelu on perusteltu menetelmä silloin, kun tutkittavaa aluetta on tutkittu vain vähän tai tutkittavasta alueesta ei ole olemassa objektiivisia testejä. Tutkimuksen tekijä tiedosti kollegoiden haastatteluun sisältyneen riskin (ks. Holloway & Wheeler 1998) ja perehtyi etukäteen kirjallisuuden avulla tutkimushaastattelun toteuttamiseen. Haastattelujen aikana tiedonantajat ajoittain kuvasivat asioita yhteisen kielen avulla, joka oli ”sairaalaslangia”. Tällöin haastattelija kannusti tarkentavilla kysymyksillä tiedonantajia kuvaamaan ilmiötä monipuolisemmalla kerronnalla. Tämä auttoi tiedonantajia kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä juuri sellaisena, kuin he sen kokevat. Ohjaamalla haastattelua teemojen avulla voitiin kerätä samantapaista tietoa tiedonantajilta sekä vähentää vähemmän tärkeän tiedon määrää. Laadullisen tutkimuksen menetelmät mahdollistivat tutkijan kontrollin siinä määrin, että tutkimuksen tarkoitus toteutui (Holloway & Wheelerin 1998).

Aikaisempia tutkimuksia ei vastaavasta näkökulmasta ole kotimaassa eikä kansainvälisesti julkaistu. Tutkimuksen avulla tuotettiin tietoa potilassiirroista aivan uudesta, potilaan siirtävän ja vastaanottavan yksikön näkökulmasta. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla tuotettua tietoa rikastettiin strukturoidulla tutkimuslomakkeella kerätyllä tiedolla potilassiirtoihin käytetystä ajasta ja potilaiden hoitoisuudesta. Laadullinen aineisto tuotti monipuolista kuvausta, jota määrällinen aineisto täydensi. Tutkijan aikaresurssien vuoksi päädyttiin ratkaisuun, jossa sairaanhoitajat itse tallensivat aika- ja hoitoisuuspistetiedot lomakkeelle. Havainnointi tutkimusmenetelmänä olisi voinut antaa tarkempaa tietoa esimerkiksi ajankäytöstä ja sairaanhoitajan päätöksenteosta. Tässä aineistossa oli niukasti kuvausta sairaanhoitajan päätöksenteosta, mihin olisi voinut ehkä vaikuttaa teemojen tai apukysymyksien valinnalla. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajan rooli kuvattiin teorialähtöisesti, tutkimuksessa kuvattujen potilassiirron ydinalueiden avulla. Syvempi aineistolähtöinen analyysi olisi voinut antaa monipuolisemman ja vivahteikkaamman kuvan sairaanhoitajan roolista potilassiirroissa ja siihen liittyvässä potilaan emotionaalisessa tukemisessa.

Raportoinnin luotettavuutta lisättiin viittaamalla aikaisempaan kirjallisuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2008) sekä lisäämällä tiedonantajien autenttiset lainaukset, joiden raportoinnissa on huomioitu tiedonantajien yksityisyyden säilyttäminen. Tiedonantajien määrän vuoksi lainaukset nimettiin yleisellä tasolla yksilöimällä tiedonantaja ammattinimikkeen ja työskentely-yksikön mukaan.

7.2 Tulosten tarkastelu

Organisaation sisäisiä potilassiirtoja voidaan kuvata kahteen yhdistävään luokkaan kuuluvien pääluokkien avulla. Yhdistävä luokka, organisaationsisäisen potilassiirron prosessi, sisälsi pääluokat: potilaan siirtojärjestelyt, potilaan siirtovalmiuden varmistaminen, siirtotapahtuma ja tiedonsiirto. Toinen yhdistävä luokka, organisaationsisäisten potilassiirtojen sujuvuus, sisälsi potilassiirtojen sujuvuutta edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä. Tutkimustulos poikkeaa hieman aikaisemmista tutkimuksista, joissa potilassiirtoja on kuvattu potilaan valmistelujen (Chaboyer 2005, Watts ym. 2006), siirtotapahtuman (Chaboyer 2005, Watts ym. 2006) sekä siirron sujuvuuteen vaikuttavien tekijöiden avulla (Coleman ym. 2004, Watts ym. 2006).

Prosessiajattelun näkökulmasta organisaationsisäisen potilassiirtoprosessin pääluokat ovat potilaansiirtoprosessin ydintoimintoja. Ydintoimintoihin liittyvä päätöksenteko mahdollisti prosessin etenemisen. Potilaan siirtovalmistelut sisälsivät toimintoja, joita ei suoritettu ennen, kuin oli tieto potilaan vastaanottavasta yksiköstä ja siirtoaajankohdasta. Potilaansiirtoprosessin eteneminen edellytti aina yksiköiden välistä yhteistyötä. Tämä tukee aikaisempia Wun & Coyerin (2007) ja Kanakin ym. (2008) tutkimustuloksia, joiden mukaan potilaansiirtoprosessi tulisi organisaatioissa kuvata omana prosessinaan (ks. Green & Edmonds 2004, Beard 2005, Chaboyer ym. 2005, Watts ym. 2006, Schmid ym. 2007, Carr 2008).

Potilaan siirtojärjestelyt

Potilassiirtojen siirtojärjestelyt sisälsivät *jatkohoitopaikan ja siirtoaajankohdan järjestelyjä*. Päätöksen potilaan jatkohoitoon siirtymisestä ja jatkohoitopaikasta tekee lääkäri. Päätöksentekomalli vastaa aikaisempien tutkimuksien tuloksia, joiden mukaan päätöksen potilaan siirrosta oli tehnyt lääkäri (Eagle & deVriest 2005, Carl 2008). Jatkohoitopaikan järjestämisen käytännön työnjakoon oli liittynyt teho-osastolla vaihtelua, joka koettiin sekä joustavuudeksi että osittain epäselväksi toiminnaksi. Kahta potilaansiirtoa suunniteltiin jo aikaisempina päivinä. Kahdessa muussa potilassiirrosta vastaanottava yksikkö sai tiedon pian siirtopäätöksen jälkeen (10–90 minuuttia). Viive tiedonsiirrosta johtui potilaan vastaanottavan yksikön vaihtumisesta. Aikaisempien tutkimuksien perusteella

potilassiirron suunnittelulla on todettu olevan yhteyttä potilaiden hoidon jatkuvuuteen ja komplikaatioiden esiintymiseen (Ball ym. 2003, Coleman ym. 2004, Chaboyer ym. 2005b, Green & Williams 2006, McGoughey ym. 2007, Carr ym. 2008). Teho-osasto siirsi potilaat vuodeosastolle aamuvuorossa ja siirron ajankohdasta sovittiin joustavasti vuodeosaston kanssa. Aikaisempien tutkimuksien perusteella potilaat hyötyvät juuri päiväaikaan toteutetuista potilassiirroista (Beck ym. 2004, Chaboyer ym. 2005, Priestap & Martin 2006).

Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen

Potilaiden siirtovalmiutta varmistettiin potilasta *valmistelevilla hoitotoimenpiteillä sekä emotionaalisella tuella*. Valmistelevien hoitotoimenpiteiden lähtökohtana olivat potilaan yksilölliset tarpeet ja vastaanottavan yksikön avustaminen. Valmistelevat toimenpiteet olivat riippuvaisia myös lääkärin määräyksistä ja niiden kirjaamisajankohdasta. Tulos oli samansuuntainen kuin Hendrichin & Leen (2005) tutkimuksessa, jossa todettiin potilassiirtoihin liittyvän esimerkiksi lääkärin määräyksien ja niiden kirjaamisen odotusaikaa. Sairaanhoitajat tukivat potilaita positiivisella kannustamisella hoidon etenemisestä sekä kuvaamalla vuodeosastoympäristöä. Teho-osaston sairaanhoitajien tiedoissa eri vuodeosastojen toiminnasta oli vaihtelua. Teho-osaston sairaanhoitajat tiesivät kuitenkin hyvin vähän vuodeosastojen toiminnasta. Boutilierin (2007) mukaan potilaille tulisi antaa tietoa muun muassa yksiköiden toimintaperiaatteiden ja menettelytapojen eroista sekä kuvata potilaille ja omaisille siirtoa positiivisena askeleena toipumisprosessissa.

Potilaan siirtotapahtuma

Potilaan siirto teho-osastolta ja vastaanottaminen vuodeosastolle sisälsi vaihtelua ja rutiinitoimenpiteitä. Potilaan siirto teho-osastolta sisälsi vaihtelevia käytäntöjä, jotka liittyivät potilassänkyjen vaihtoon, siirronaikaiseen monitorointiin ja varusteisiin sekä henkilökunnan osallistumiseen. Potilassiirtojen raportointiin ja potilassiirtotapahtumiin käytetyssä ajassa oli potilassiirrosta riippumatta ollut vain vähän vaihtelua. Tämän tutkimuksen potilassiirroissa kasvokkain raportointiin käytettiin aikaa keskimäärin seitsemän minuuttia ja siirtojen kokonaisaika vaihteli 4–4,5 tunnin välillä. Tulos vastaa aikaisempien tutkimuksien tuloksia potilassiirtojen raportointiin ja siirtoihin käytetystä kokonaisajasta (Crocker & Keller 2005, Hendrich & Lee 2005). Rutiinitoimenpiteitä oli potilaan valmisteluissa siirtoa varten, potilaan vastaanottamisessa vuodeosastolla sekä potilaan hoitoisuuden arvioinnissa hoitoisuusluokituksen avulla niin teho- kuin vuodeosastollakin. Teho-osaston hoitoisuustietojen perusteella potilaiden siirtovaiheen hoitoisuudessa oli jonkin verran vaihtelua. Kahden potilaan hoitoisuusasteet olivat alle 20 TISS-pistettä. Aikaisempien tutkimuksien mukaan potilaan siirto vuodeosastolle voidaan tällöin toteuttaa turvallisesti (Beck ym. 2002). Yhden potilaan TISS -

pisteet olivat 30 pistettä, jolloin Keenen ym. (1998) tutkimuksen perusteella potilasta ei tulisi siirtää teho-osastolta vuodeosastolle. Vuodeosastolla lähes kaikkien siirtyneiden potilaiden (kolmen) oli arvioitu tarvitsevan RAFAELA-hoitoisuuspisteiden perusteella intensiivistä hoitoa siirtopäivänä (23–24 RAFAELA-pistettä).

Tiedonsiirto potilassiirroissa

Potilassiirtoihin liittyvää *tiedonsiirtoa* tapahtui puhelimitse, kirjallisesti sekä kasvokkain vuodeosastolla. Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi suositellaan siirrettäväksi tietoa potilaan fyysisistä ja psyykkisistä perustoiminnoista (HMO 2004). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vastaanottavan yksikön näkökulmasta oli tärkeä saada puhelimitse tietoa potilaan poikkeavasta lääkityksestä, orientaatiosta ja hoidossa tarvittavista lääkintälaitteista. Kirjallisesti tietoa oli siirretty kattavasti. Tehotulosteiden vaikealukuisuuden vuoksi oli koettu hyväksi tapa, jossa potilaan nykyinen lääkitys ja lääkityksen antoajat, katetrien, kanyylien ja dreerien eritemäärät sekä sijaintitiedot korostettiin esimerkiksi korostustussilla. Teho-osastolla potilaiden siirtovaiheen hoitoisuutta (TISS-pisteet) nostivat potilaiden kanyylien ja katetrien sekä ravitsemuksen, nestehoidon ja elektrolyyttihäiriöiden osa-alueet. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat kasvokkain vuodeosastolla tapahtuvaa raportointia tärkeäksi. Kasvokkain raportoinnissa oli tärkeää, että pystyi esittämään tarkentavia kysymyksiä ja/tai tarkentamaan tehotulosteisiin kirjattua tietoa. Tiedonsiirtomenetelmissä, sisällössä ja tarpeissa oli vaihtelua sekä päällekkäisyyttä potilassiirtoihin osallistuneiden yksiköiden välillä ja myös samassa yksikössä. Tutkimustulos vastaa aikaisempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan potilassiirrot sisältävät epäjohdonmukaista, koordinoimatonta ja epäselvää tiedonsiirtoa (Goossen ym. 2000, Beard 2005, Chaboyer ym. 2005).

Potilassiirtojen sujuvuus

Potilassiirtojen *sujuvuutta edisti* teho- ja vuodeosastojen välinen hyvä ja sujuva yhteistyö. Sujuvuutta edistävää yhteistyötä oli toisen yksikön avustaminen, välineiden lainaaminen ja yksiköiden välinen avoinkommunikointi. Yhteistyömalli vastaa The Joint Commissionin (HMO 2004) suosituksia potilassiirtoihin liittyvästä yhteistyöstä, lähettävän yksikön velvollisuudesta olla vastaanottavan yksikön käytettävissä siirron jälkeen sekä potilassiirtoon liittyvien tietojen varmistamisesta. Potilassiirtojen *sujuvuutta ehkäisivät* koordinoimaton tiedonsiirto, yksikkökohtaiset toimintatavat, potilasiin ja resursseihin liittyvät tekijät sekä potilassiirtojen suunnittelemattomuus. Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajat kuvasivat, että toisen yksikön rutiinikäytännöt eivät soveltuneet potilaan hoidon toteuttamiseen toisessa yksikössä. Useiden tutkimuksien perusteella potilassiirtojen sujuvuutta ehkäiseviin tekijöihin voidaan vaikuttaa strukturoidulla siirtosuunnitelmalla.

Sairaanhoitajan rooli potilassiirrossa

Organisaationsisäiset potilassiirrot sisälsivät sairaanhoitajan *itsenäisen, virallisista ohjeista riippuvaisen ja potilassiirtoihin osallistuvista ammattilaisista riippuvaisen roolin*. Sairaanhoitajan itsenäinen rooli oli potilaan arviointia, seurantaa, siirtotapahtuman koordinoitua ja itsenäistä siirtotapahtuman toteutusta. Tulos on samansuuntainen kuin Wattsin ym. (2006) ja Kanakin ym. (2008) tutkimuksien tulokset. Potilassiirrot sisälsivät tämän tutkimuksen perusteella itsenäistä roolia useammin virallisista ohjeista ja niiden toteutuksesta sekä potilassiirtoihin osallistuvista muista ammattilaisista riippuvaista toimintaa.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella organisaationsisäinen potilaan siirto muodostuu ydintoiminnoista, joita ovat siirtojärjestelyt, potilaan siirtovalmiuden varmistaminen, siirtotapahtuma ja tiedonsiirto. Potilassiirron ydintoiminnot sisälsivät potilaisiin ja henkilökuntaan, välineisiin sekä aikaan liittyvää koordinoitua, rutiineja sekä vaihtelua. Potilassiirron sujuvuutta edistää riittävä ja osaava henkilökunta, jolla on selkeä työnjako. Oikeaan aikaan ja selkeästi siirretty tieto sekä yhteistyö potilassiirtoon osallistuvien yksiköiden välillä helpottaa potilassiirtoja. Potilassiirtojen sujuvuutta ehkäisee koordinoimaton tiedonsiirto, joka koskee päällekkäistä, epäselvää tai puuttuvaa tietoa. Yksikkökohtaiset toimintatavat, potilaiden hoitoisuus ja määrä, liian vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit sekä siirtojen suunnittelemattomuus ehkäisevät siirron sujuvuutta lisäämällä hoitajien psyykkistä ja fyysistä työkuormitusta. Potilassiirroissa sairaanhoitajalla on itsenäistä roolia useammin virallisista ohjeista ja potilassiirtoon osallistuvista ammattilaisista riippuvainen rooli.

Tämän tutkimuksen avulla saatua tietoa tulee käsitellä tämän tutkimuksen kontekstissa, eivätkä tulokset ja johtopäätökset siten ole yleistettävissä muihin potilassiirtoihin. Tietoa voidaan kuitenkin hyödyntää sekä käsitteellisesti että päätöksenteon tukena. Tämän tutkimuksen tiedon perusteella voidaan tehdä varovaisia päätelmiä kohdeorganisaation teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvista potilassiirroista, potilaiden hoidon jatkuvuudesta ja sairaanhoitajan roolista sekä esittää näistä kehittämisehdotuksia.

Tämä tutkimus tuotti tietoa potilassiirron rakenteesta, joka voidaan kuvata neljän pääluokan avulla. Pääluokkien sisälsämä toiminta ja siirtyminen potilaansiirtoprosessin seuraavaan vaiheeseen edellyttävät potilaansiirtoon osallistuvien yksiköiden kiinteää yhteistyötä. Sairaanhoitajat kuvasivat poti-

lassiirtoja ja yksiköiden välistä yhteistyötä sujuvaksi. Potilassiirrot sisälsivät myös päällekkäisiä ja epäselviä toimintoja ja uusien työntekijöiden oli vaikea hahmottaa potilassiirtojen kokonaisuutta. Myös henkilökunnan vähäisyyden ja sijaisten kuvattiin ehkäisevän potilassiirtojen sujuvuutta. Tulosten perusteella voidaan tehdä varovaisia johtopäätöksiä siitä, että potilassiirtoja voidaan selkeyttää ja tehostaa kuvaamalla potilaansiirtoprosessi organisaatiossa omana prosessina. Prosessin kuvaamisella voidaan potilassiirroista poistaa päällekkäisiä toimintoja. Tämän tutkimuksen potilassiirron rakenteesta antamaa tietoa voidaan hyödyntää prosessikuvauksessa sekä käyttää potilassiirron perehdytyksen runkona. Tulokset vahvistivat myös käsitystä siitä, että potilassiirtoprosessin kehittämiseen tulee osallistua henkilökuntaa sekä siirtävästä että vastaanottavasta yksiköstä.

Teho-osaston sairaanhoitajat tukivat potilaiden siirtovalmiutta kannustamalla ja kuvaamalla vastaanottavaa yksikköä. Sairaanhoitajilla oli kuitenkin vain vähän tietoa vastaanottavista yksiköistä, ja he toivoivat, että heillä olisi enemmän tietoa vastaanottavien yksiköiden toimintatavoista. Potilassiirron sujuvuuteen olivat tulosten perusteella vaikuttaneet yksiköiden erilaiset toimintakulttuurit, jotka olivat saattaneet lisätä toisen yksikön työkuormitusta siirtotilanteissa. Potilassiirrot olivat tapahtuneet suunnitellusti, mutta tuloksissa ei tullut esiin, että potilaiden monitorointia olisi tehoosastolla vähennetty asteittain. Aikaisempien tutkimusten perusteella monitoroinnin asteittaisella vähentämisellä voidaan parantaa potilaan siirtovaiheen hoidon laatua ja vähentää siirron aiheuttamaa stressiä. Tulosten perusteella voidaan päätellä, että potilaiden saamaan tuen määrään ja laatuun saattoivat vaikuttaa sairaanhoitajien vähäiset tiedot vastaanottavasta yksiköstä ja sen toimintaperiaatteista sekä menettelytavoista. Potilaiden hoidon jatkuvuutta on mahdollista kehittää määrittelemällä ja kuvaamalla keskeiset tiedot vastaanottavista yksiköistä. Keskeisiä tietoja voivat tämän tutkimuksen mukaan olla esimerkiksi lyhyt kuvaus vastaanottavan yksikön erikoisalasta ja henkilökuntarakenteesta, vastaanottavien yksiköiden käyttämät infuusiovarusteet ja vuodeosastohoidossa käytettävät kanyylit. Hoidon jatkuvuutta voidaan parantaa myös ottamalla käyttöön asteittainen monitoroinnin vähentäminen.

Potilassiirroissa siirrettiin potilaan jatkohoidolle oleellista tietoa. Tutkimus tuotti tietoa potilassiirron tiedonsiirtomenetelmistä, siirrettävän tiedon laadusta, tiedonsiirron ajankohdista sekä tietoa välittävistä tahoista. Tulosten perusteella tiedonsiirron sisältö ja ajankohta oli yhteydessä sairaanhoitajien ammattitaitoon ja yksikön tilanteeseen. Kokenut sairaanhoitaja, jolla ei ole kiirettä, osaa kysyä ja löytää tehotulosteista tarvitsemansa tiedot. Suullista tiedonsiirtoa pidettiin molemmissa yksiköissä tärkeimpänä tiedonsiirtomenetelmänä. Tämän lisäksi tietoa siirrettiin kirjallisesti ja puhe-
limitse. Useat tiedonsiirtokanavat sekä epäselvyys tiedonsiirtäjistä saattoivat aiheuttaa päällekkäistä

tiedonsiirtoa sekä tilanteita, joissa ei tiedetty, millaista tietoa oli jo siirretty toiseen yksikköön. Koordinoimattoman ja epäselvän tiedonsiirron koettiin ehkäisevän potilassiirtojen sujuvuutta. Tulosten mukaan potilassiirtoon osallistuvilla yksiköillä oli erilaisia tiedon vastaanottamisen ja siirtämisen tarpeita. Tulosten perusteella voidaan todeta, että tietoa oli siirretty riittävästi, mutta tiedonsiirron ajankohdissa ja menetelmissä oli yksiköiden välillä eroavaisuuksia. Koordinoimatonta yksiköiden välistä tiedonsiirtoa on mahdollista kehittää tiedonsiirron ja raportoinnin strukturilla. Strukturin tulisi sisältää informaatiota puhelimesta, kirjallisesti ja suullisesti välitettävistä tiedoista sekä tiedonsiirron ajankohdista. Jatkossa tiedonsiirron kehittämisessä on hyvä huomioida myös tiedonsiirron sähköistyminen; sen ansiosta vastaanottavalla yksiköllä on mahdollisuus tutustua potilaan tietoihin jo ennen potilaan siirtymistä.

7.4 Jatkotutkimushaasteet

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi ja potilassiirtoihin osallistuvien sairaanhoitajien roolin selkeyttämiseksi tarvitaan lisätutkimusta, jossa potilassiirtojen toteutusjärjestelyjä, potilaan siirtovalmiuden varmistamista, siirron ajankohdan järjestelyjä sekä siirtotapahtuman työnjakoa ja päätöksentekoa kuvataan moniammatillisesta näkökulmasta.

Potilaan siirtoprosessin kehittämiseksi tarvitaan tietoa potilassiirtoihin käytetystä ajasta. Potilaiden siirtoon käytetty kokonaisaika ja raportointiaika olivat samanpituisia kuin aikaisempien tutkimusten mukaan. Tarkempi tutkimus, esimerkiksi havainnointi, antaisi tarkempaa tietoa potilaan siirtojärjestelyihin, potilaan siirtovalmiuden varmistamiseen, tiedonsiirtoon sekä siirtotapahtumaan käytetystä ajasta. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat olivat kokeneet esimerkiksi useiden yhteydenottojen kuormittavan yksiköitä. Selvittämällä, millaisten asioiden vuoksi toiseen yksikköön ollaan yhteydessä, on mahdollista ratkaista prosessin sujuvuutta ehkäiseviä tekijöitä.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia potilaiden siirtovaiheen hoitoisuutta esimerkiksi haastattelemalla sekä teho- että vuodeosastonsairaanhoitajia. Hoitoisuusluokitusmittareiden arviointiperusteet eivät ole vertailukelpoisia. Tässä aineistossa lähes kaikkien potilaiden hoitoisuus arvioitiin vuodeosastolla korkeaksi ja teho-osaston arvioinnin mukaan yksi siirtyvistä potilaita arvioitiin korkeahoitoiseksi. Tietojärjestelmiin kirjattua tietoa tulisi voida hyödyntää reaaliaikaisesti potilaiden hoidontarpeen arvioinnissa sekä toiminnan kehittämiseksi.

Lähteet:

- Adomat R. & Hewison A. 2004. Assessing patient category/dependence systems for determining the nurse/patient ratio in ICU and HDU: a review of approaches. *Journal of Nursing Management*. 12, 299 – 308.
- Ball C., Kirkby M. & Williams S. 2003. Effect of critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. *BMJ*. 327, 1014 – 1017.
- Beard H. 2005. Dose intermediate care minimize relocation stress for patients leaving the ICU? *Nursing in Critical Care*. 10(6), 272 – 278.
- Beck D., McQuillan P. & Smith G. 2002. Waiting for the break of dawn? The effects of discharge time, discharge TISS scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. *Intensive Care Medicine*. 28, 1287 – 1293.
- Boutilier S. 2007. Leaving Critical Care. Facilitating a Smooth transition. *Dimension of Critical Care Nursing*. 26(4), 137 – 142.
- Campbell A., Cook I. & Cuthbertson B. 2008. Predicting death and readmission after intensive care discharge. *The British Journal Of Anesthesia*. 100, 656 – 662.
- Carr D. 2008. Case Managers optimize Patient Safety by Facilitating Effective Care Transitions. *Journal of Professional Case Management*. 12(2), 70 – 80.
- Chaboyer W., Gillespie B., Foster M. & Kendall M. 2005a. The Impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 766 – 775.
- Chaboyer W., James H. & Kendall M. 2005b. Transitional Care After The Intensive Care Unit: Current Trends and Future Directions. *Critical Care Nursing*. 25(3), 16 – 29.
- Coleman E. & Berenson R. 2004. Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transition Care. *Annals of Internal Medicine*. 141(7), 533 – 536.
- Coleman E., Mahoney E. & Parry C. 2005. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective. The Care Transitions Measure. *Medical Care*. 43(3), 246 – 255.
- Crocker C. & Keller R. 2005. Nurse-led discharge to the ward from high dependency: A service improvement project. *Intensive and Critical Care Nursing*. 21, 363 – 366.
- Doran D., Sidani S., Keatings M. & Doidge D. 2002. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 38(1), 29 – 39.
- Eagle L. & deVries K. 2005. Exploration of the decision-making process for inpatient hospice admissions. *Journal of Advanced Nursing*. 52(6), 584 – 591.
- Gajic. 2008. The stability and Workload Index for Transfer score predicts unplanned intensive care unit patient readmission: Initial development and validation. *Critical Care Medicine*. 36(3), 676 – 682.

Green A. & Edmonds L. 2004. Bridging the gap between the intensive care unit and general wards – the ICU Liaison Nurse. 20, 133 – 134.

Green A. & Williams A. 2006. An evaluation of an early warning clinical marker referral tool. Intensive and Critical Care Nursing. 22, 274 – 282.

Goossen W., Epping P., Van den Heuvel., Feuth T., Fredriks C. & Hasman A. 2000. Development of the Nursing Minimum Data Set for the Netherlands (NMDSN): identification of categories and items. Journal of Advanced Nursing. 31(3), 536-547.

Haines S. & Coad S. 2001 Supporting ward staff in acute care areas: expanding the service. Intensive Critical Care Nursing. 17, 105 – 109.

Hendirich A. & Lee N. 2005. Intra-Unit Patient Transports: Time, Motion, and Cost Impact on Hospital Efficiency. Nursing Economics. 23(4), 157 – 164.

Hirsjärvi & Hurme. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus. 19, 34 – 38, 47, 58 – 68, 184 – 188.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. 177, 203 – 207.

HMO. 2004. One Patient, Many Places: Managing Health Care Transitions. A Report from the HMO Workgroup on Care Management. AAHP-HIAA Foundation, Washington, DC. 1 – 68.

Holloway I. & Wheeler S. 1998. Qualitative Research for Nurses. Blackwell Science. 39 – 51, 74 – 78.

Hurst K. 2005. Relationships between patient dependency, nursing workload and quality. International Journal of Nursing Studies. 42, 75 – 84.

Häyrinen K. & Ensio A. 2007. Hoitotyön perustiedoston hyödyntäminen johtamisessa. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen (toim.) Hopia H. & Koponen L. 139 – 154.

Jalonen K. 2006. Hoitoprosessin johtaminen päivystävässä sairaalassa. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu, tuotantotalouden laitos, Työpsykologian ja johtamisen laboratorio.

Joint Commission (2007). Patient safety solution. Communication During Patient Hand-Overs. 1(3), 1-4. <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PS-Solution3.pdf>. Luettu 8.10.2008.

Joyce C., Kielbaso M., Lincks J., Reuf D. & Sizemore C. 2005. Transfer, Admission, Discharge teams keep things moving. How often do you need a “TAD” more help with patient throughput? Nursing Management. 36(1), 36 – 39.

Kanak M., Titler M., Shever L., Fei Q., Dochterman J. & Picone D. 2008. The effects of hospitalization on multiple units. Applied Nursing Research. 21, 15 – 22.

Kujala J., Lillrank P., Kronström V. & Peltokorpi A. 2006. Time-based management of patient processes. Journal of Health Organization and Management. 20(6), 512 – 524.

- Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy. 44 – 45, 90 – 94, 127 – 157.
- Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Toim. Janhonen & Nikkonen. Helsinki. WSOY. 21 – 43.
- Levenstam A.-K. & Bergbom I. 2002. Changes in patients' need of nursing care reflected in the Zebra system. *Journal of Nursing Management*.10, 191–199.
- Lillrank P. 2003. Keskenikäinen potilas eli aika sairaanhoidossa. *Suomen Lääkärilehti*. 3, 309 – 311.
- Lillrank P. & Liukko M. 2004. Standard, routine and non-routine processes in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* Volume. 17(1), 39 – 46.
- Mattila J. 2006. Hoitoprosessi ja resurssien käyttö tertiäärisellä päivystyspoliklinikalla. Diplomityö. Teknillinen korkeakoulu. Tuotantotalouden osasto. Teollisuustalouden laboratorio.
- Meyer E., Lees A., Humphris D. & Connell N. 2007. Opportunities and barriers to successful learning transfer impact of critical care skills training. *Journal of Advanced Nursing*. 60(3), 308 – 316.
- McGaughey J., Alderdice F., Fowler R., Kapila A. & Moutray M. 2007. Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention on intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards (Protocol). *The Cochrane Library*. 2, 1 – 7.
- McKinney A. & Melby V. 2002. Relocation stress in critical care: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 11, 149 – 157.
- Metsämuuronen J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Toim. Metsämuuronen. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 88, 112 – 117.
- Miranda D., Nap R., Rijk A., Schaufeli W. & Iapichino G. 2003. Nursing activities score. *Critical Care Medicine*. 31(2): 374 – 382.
- Mitchell M. & Courtney M. 2005. An intervention study to improve the transfer of ICU patients to the ward – evaluation by ICU nurses. *Australian Critical Care*.18(3), 123 – 128.
- Naylor M., Bowles K. & Brooten D. 2000. Patients Problems and Advanced Practice Nurse Interventions During Transitional Care. 17(2), 94 – 102.
- Parahoo K. 1997. *Nursing Research. Principles, Process and Issues*. MacMillan Press LTD. London. 53, 59 – 63, 75, 78 – 79.
- Priestap F. & Martin C. 2006. Impact of Intensive care unit discharge time on patient outcome. *Critical Care Medicine*. 34(12), 2946 – 2951.
- Pyykkö A. 2004. Tehohoito työn mallin kehittäminen ja testaaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

RAFAELA™ - Hoitoisuusluokitusjärjestelmä ohjeisto, OPCq. Finnish Consulting Group. Versio 1.2, 12.11.2007.

Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2005. Assessment of nursing management and utilization of nursing resources with the RAFAELA patient classification system – case study from the general wards of one central hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 674 – 684.

Schmid A., Hoffman L., Happ M., Wolf G. & deVita M. 2007. Failure to Rescue. Literature Review. *Journal of Nursing Administration*. 4, 188 – 198.

Simchen E., Galai N., Zitser-Gurevich Y., Bar-Lavi Y., Gurman G., Klein M., Lev A., Levi L., Zveibil F., Mandel M. & Mnatzaganian G. 2004. Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds. *Critical Care Medicine*. 32(8), 1654 – 1661.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy. 102- 116, 131 – 140.

Walther S., Jonasson U., Karlsson S., Nordlun P., Johansson A. & Mälstam J. 2004. Multicentre study of validity and interrater reliability of the modified Nursing Care Recording System (NCR11) for assessment of workload in the ICU. 48, 690 – 696.

Warren J., Fromm r., Orr R., Rotello L. & Horst M. 2004. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patient. *Critical care Medicine*. 32, 256 – 262.

Watts R., Pierson J. & Gardner. 2006. Critical Care nurses beliefs about discharge planning process: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 43, 269 – 279.

Wu CJ. & Coyer F. 2007. Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: A case study approach. *Nursing and Health sciences*. 9, 48 – 53.

Muut lähteet:

Helsingin julistus 1964. Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus: Ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimustyön eettiset periaatteet. <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>.

Luettu 1.2.2009.

Liite 1. Tiedote tutkimukseen osallistujille

Hyvä teho- tai vuodeosaston sairaanhoitaja

Potilassiirtoja tehdään organisaation sisällä teho-osastolta vuodeosastolle päivittäin. Aikaisemmissa tutkimuksissa sairaanhoitajat ovat kuvanneet rooliinsa siirtoprosessissa epäselväksi ja itse siirtotapahtumaa pirstaleiseksi. Pro gradu -tutkimukseni aiheena on Teho- ja vuodeosaston sairaanhoitajien kuvaus organisaation sisäisistä, hoidon tasolta toiselle tapahtuvista potilas-siirroista. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata teho-osastolta vuodeosastolle tapahtuvien potilassiirtojen valmistelua, siirron sujuvuutta sekä itse siirtotapahtuma. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoidon tasolta toiselle tapahtuvista potilassiirroista sekä sairaanhoitajan roolista siirtotapahtumassa. Opinnäytetyön HUS vastuuhenkilö on ylihoitaja Saara Suominen-Niemelä ja ohjaajina Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta TtT, dosentti Marja Kaunonen sekä TtM, lehtori (vs) Anja Rantanen.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla potilassiirron tehnyttä teho-osaston sairaanhoitajaa sekä vuodeosastolla potilaan vastaanottanutta sairaanhoitajaa. Tutkimusta varten on haettu lupa HUS:n tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Johtavan ylihoitajan myöntämän luvan perusteella yksikkösi osastonhoitaja on antanut sinulle luvan osallistua tutkimushaastatteluun ja lomakkeen täyttöön työaikana.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujan on mahdollisuus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa perua osallistumisensa tutkimukseen. Haastatteluaineisto nauhoitetaan puhtaaksikirjoitusta ja analysointia varten. Haastatteluaineisto on vain tutkimuksen tekijän käytössä ja aineisto analysoidaan siten, ettei siitä ole mahdollista myöhemmin tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä tai yksikköä. Tutkimusraportin kirjoittamisen jälkeen nauhoitettu aineisto hävitetään.

Annan mielelläni lisätietoja pro gradu-tutkimustyöstäni. Voitte myös haastattelun jälkeen olla yhteydessä puhelimitse tai sähköpostitse, jos teille jää tunne, että olisitte halunnut vielä lisätä jotakin aikaisemmin potilassiirroista kertomaanne.

Ystävällisin terveisin

Virpi Jauhiainen
TtM-opiskelija
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
Virpi.jauhiainen@uta.fi
p. xx-xxxxxxxxxx

TtT, Dosentti Marja Kaunonen
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xx-xxxxxxxxxx

TtM, Lehtori (vs) Anja Rantanen
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xx-xxxxxxxxxx

Ylihoitaja, Saara Suominen-Niemelä
Medisiininen vastuualue
Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
p. xx-xxxxxxxxxx

Liite 2. Teemahaastattelu runko

TEEMAHAASTATTELU RUNKO – Potilassiirrot teho-osaston ja vuodeosaston välillä

- **TAUSTATIEDOT**
 - Nimi ja ikä (myöhempää haastattelujen numerointia varten)
 - Työskentely yksikkö? Oletko koskaan työskennellyt esim. vuodeosastolla, jos nyt työssä teho-osastolla? Työkokemus vuosina ja kuinka kauan nykyisessä yksikössä?
 - Kuinka usein arvioit osallistuvasi potilassiirtoon/vastaanottamiseen ja millaisessa roolissa, avustajana vai oman potilaan siirtäjänä/vastaanottajana?
- **POTILASSIIRROT**
 - Kuvaile lyhyesti mitä potilassiirrolla mielestäsi tarkoitetaan?
- **POTILASSIIRTOJEN VALMISTELU**
 - Millaisia asioita potilassiirron valmistelu sisälsi?
 - Kuvaile miten potilaan siirtopäätös tehtiin, kuka teki ja ketkä siihen osallistuivat? Kenellä oli kokonaisvastuu potilaan siirrosta?
 - Miten potilas sai paikan vastaanottavasta yksiköstä, miten ja kuka ja kehen oltiin yhteydessä?
 - Miten ja millaista tietoa ja keneltä potilas sai?
 - Miten potilasta valmisteltiin/tuettiin ennen siirtoa?
 - Miten (tietokone, puhelin, paperi suullisesti) ja millaista tietoa siirrettiin yksiköstä toiseen?
 - Millaista hoitotyönarviointia teit ennen siirtotapahtumaa? Millainen hoitosuunnitelma potilaalle tehtiin, sisälsikö hoidon suunnittelua ja koordinointia, tietoa omaisista tukiverkostosta, arviointia hengityksestä, verenkierrosta ja sairaudenoireista, ravitsemuksesta ja lääkehoidosta, hygieniasta ja erityis toiminnasta, aktiviteetista ja toiminnallisuudesta ja/tai ohjausta ja neuvontaa
 - Miten ja millaista tietojärjestelmistä saatua tietoa hyödynnettiin?
- **POTILASSIIRTOJEN SUJUVUUS**
 - Millaisilla tekijöillä oli yhteyttä siirron sujuvuuteen?
 - Miten vastaanottavan yksikön mahdollisuudet vastaanottaa potilas huomioitiin?
 - Vaikuttivatko henkilöresurssit, vastaanotettavien potilaiden määrä, potilaan sairauden vaikeusaste siirron sujuvuuteen?
 - Millaiset kriteerit tai malli yksikössä on potilassiirroista?
 - Tietojen oikea-aikainen siirtyminen?
- **POTILAAN SIIRTOTAPAHTUMA**
 - Miten potilaan siirtäminen toteutettiin?
 - Ketkä osallistuivat potilaan siirtämiseen?
 - Mihin aikaan vuorokaudesta potilassiirto tapahtui, mistä poikkeamat johtuivat?
 - Millaista yhteistyötä yksiköiden välillä oli potilassiirtoon liittyen siirron jälkeen?
- **MITÄ MUUTA HALUAISIT KERTOA POTILASSIIRTOIHIN LIITTYEN?**

Kyselylomake täytetään potilaasta, joka siirtyy teho-osastolta vuodeosastolle suunnitelmallisesti. Lomakkeen täyttäminen aloitetaan, kun päätös potilaan siirrosta on tehty.

Teho-osaston sairaanhoitaja täyttää:

POTILASSIIRTO (A1-A6)		
1. Potilaan erikoisala (ympyröi oikea vaihtoehto)	Medisiininen / Operatiivinen	
2. Potilaan hoitoaika teho-osastolla (vrk:tta)		
	pv.kk.vuosi	kellonaika
3. Päätös siirtää potilas vuodeosastolle (sairaanhoitaja saa tiedon siirtopäätöksestä)		
4. Tietojärjestelmään kirjatut TISS-pisteet	Siirtopäivän TISS-pisteet	
a. Hengityksen hoito		
b. Hemodynamiikka ja IV-lääkitys		
c. Monitorointi, laboratoriotutkimukset, kanyylit ja katetrit		
d. Ravitsemus, nestehoito ja elektrolyyttihäiriöt		
e. Kirurginen hoito, toimenpiteet ja haavojen hoito		
f. Verenvuodon ja hypovolemian hoito		
g. Neurologia, neurologinen elvytys		
h. Muut		
i. TISS-pisteet yhteensä siirtovaiheessa		
	kellonaika (ja pvä, jos eri kun siirtopäätöspäivä)	
5. Teho-osaston sairaanhoitaja lähtee potilaan kanssa teho-osastolta tai		
6. Vuodeosaston sairaanhoitaja saapuu hakemaan potilasta. (Ympyröi oikea vaihtoehto 5 tai 6)		
7. Teho-osaston hoitaja lähtee vuodeosastolta omaan yksikkönsä tai		
8. Vuodeosaston sairaanhoitaja lähtee teho-osastolta vuodeosastolle. (Ympyröi oikea vaihtoehto 7 tai 8)		

TUTKIMUSLOMAKE

Kyselylomake täytetään potilaasta, joka on siirtynyt teho-osastolta vuodeosastolle suunnitelmallisesti. Lomakkeen täyttäminen aloitetaan, kun potilaan vastaanottava sairaanhoitaja on saanut tiedon potilaan siirtymisestä vuodeosastolle.

Vuodeosaston sairaanhoitaja täyttää:

POTILASSIIRTO (B1-B6)		
1. Vuodeosaston erikoisala (ympyröi oikea vaihtoehto)	Medisiininen / Operatiivinen	
	pvä (pv.kk.vuosi)	kellonaika
2. Ensimmäinen ilmoitus potilaan siirtymisestä vuodeosastolle		
3. Teho-osaston sairaanhoitaja saapuu vuodeosastolle tai		
4. Vuodeosaston sairaanhoitaja lähtee teho-osastolle hakemaan potilasta (Ympyröi oikea vaihtoehto 3 tai 4)		
5. Vuodeosaston sairaanhoitaja palaa vuodeosastolle potilaan kanssa		
	minuuttia (arvio n. 5 min tarkkuudella)	
6. Suulliseen raportointiin kulunut aika teho-osastolla tai		
7. vuodeosastolla (Ympyröi oikea vaihtoehto 6 tai 7)		
8. Potilaan välittömään vastaanottamiseen vuodeosastolla (vitaalielintoimintojen mittaus, hoitotietojen tallennus, arviointi ja ohjaus) kulunut aika		
	Potilaiden määrä	
9. Siirron aikana vastuullasi olevien potilaiden määrä		
10. Tietojärjestelmään kirjatut tiedot siirtopäivänä	RAFAELA-luokitus (A-D)	
a. Hoidon suunnittelu ja koordinointi		
b. Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet		
c. Ravitseminen ja lääkehoito		
d. Hygienia ja eritystoiminta		
e. Aktiviteetti ja toiminnallisuus		
f. Ohjaus ja neuvonta		
g. Kokonaisluokitus		

Liite 4. Organisaation sisäisen potilassiirron ala-, ylä-, pää- ja yhdistävät luokat

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistäväluokka
Jatkohoitopaikan järjestelyjen työnjako	Jatkohoitopaikan järjestelyt	Siirtojärjestelyt	Sairaanhoitajien kuvaus organisaation sisäisestä potilaan siirtoprosessista
Tiedon vastaanottamisen työnjako			
Potilaspaikan järjestäminen			
Siirtoajankohdan suunnittelu	Siirtoajankohdan järjestelyt		
Siirtoajankohdan koordinointi			
Hoidonsuunnittelu ja koordinointi	Potilassiirtoja valmistelevat hoitotoimenpiteet	Potilaan siirtovalmiuden varmistaminen	
Ravitsemus ja lääkehoito			
Hygienia ja eritystoiminta			
Aktiviteetti ja toiminnallisuus			
Potilaan kannustaminen	Emotionaalinen tuki		
Hoitoympäristön kuvaus			
Jatkohoitosuunnitelma			
Hoidon suunnittelu ja koordinointi	Potilaan siirto teho-osastolta		
Omaisten informointi			
Potilaan vastaanottamisen rutiinitehtävät	Potilaan vastaanottaminen vuodeosastolle	Siirtotapahtuma	
Potilaan vastaanottamisen työnjako			
Taustatiedot Hoidon suunnittelu ja koordinointi Hengitys, verenkierto ja sairaudenoireet Ravitsemus ja lääkehoito Hygienia ja eritystoiminta Aktiviteetti ja toiminnallisuus	Tiedonsiirto puhelimessa	Tiedonsiirto	
	Kirjallinen tiedonsiirto		
	Raportointi vuodeosastolla		

(jatkuu)

Liite 4. Jatkuu

Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka	Yhdistäväluokka
Henkilökunnan määrä	Potilassiirtoihin osallistuva henkilökunta	Potilassiirron sujuvuutta edistävät tekijät	Sairaanhoitajien kuvaus organisaation sisäisen potilassiirron sujuvuudesta
Yksikön sisäinen työnjako			
Sairaanhoitajan osaaminen			
Oikea-aikainen tiedonsiirto	Sujuva tiedonsiirto		
Selkeä tiedonsiirto			
Toiminnan joustavuus	Yksiköiden välinen yhteistyö		
Välineiden lainaaminen			
Päällekkäistä tiedonsiirtoa	Koordinoimaton tiedonsiirto	Potilassiirron sujuvuutta ehkäisevät tekijät	
Puuttuvia tietoja			
Erilaiset hoitokäytännöt	Yksikkökohtaiset toimintatavat		
Erilainen tiedontarve			
Potilaiden määrä	Potilaisiin yhteydessä olevat tekijät		
Potilaiden hoitoisuus			
Liian vähäiset resurssit	Aika- ja henkilöresurssit		
Sijaiset			
Toiminnan pirstaleisuus	Suunnittelemattomat potilassiirrot		
Potilassiirron aiheuttama kiire			

Teho-osaston ajankäyttö ja hoitoisuustiedot:

POTILASSIIRTO (A1-A6)	A	B	C	D
Potilaan erikoisala	Medisiini- nen	Medisiini- nen	Opera- tiivinen	Medi- siininen
Potilaan hoitoaika teho-osastolla (vrk:tta)	7	20	21	18
Päätös siirtää potilas vuodeosastolle (sairaanhoitaja saa tiedon siirtopäätök- sestä)	8.30	9.30	8.00	9.15
Tietojärjestelmään kirjatut TISS-pisteet				
✓ Hengityksen hoito	2	2	1	2
✓ Hemodynamiikka ja IV-lääkitys	5	5	1	2
✓ Monitorointi, laboratoriotutkimuk- set, kanyylit ja katetrit	5	11	6	6
✓ Ravitseminen, nestehoito ja elektro- lyyttihäiriöt	8	8	6	6
✓ Kirurginen hoito, toimenpiteet ja haavojen hoito	1	2	3	1
✓ Verenvuodon ja hypovolemian hoito	0	0	0	0
✓ Neurologia, neurologinen elvytys	0	0	0	0
✓ Muut	2	2	1	2
TISS-pisteet yhteensä siirtovaiheessa	23	30	18	19
Teho-osaston sairaanhoitaja lähtee poti- laan kanssa teho-osastolta	12.20	13.15	12.20	ei tietoa
Teho-osaston hoitaja lähtee vuodeosas- tolta omaan yksikkönsä	13.00	13.30	12.30	ei tietoa

POTILASSIIRTO (B1-B6)	A	B	C	D
Vuodeosaston erikoisala	Operatiivinen	Operatiivinen	Medisiini- nen	Medisiini- nen
Ensimmäinen ilmoitus potilaan siirtymisestä vuodeosastolle	10.00	9.40	16.00	8.00
Suulliseen raportointiin kulunut aika	10 min	5 min	7 min	10 min
Potilaan välittömään vastaanottamiseen vuodeosastolla (vitaa- lielintoimintojen mittaus, hoito- tietojen tallennus, arviointi ja ohjaus) kulunut aika	25 min	10 min	40 min	ei tietoa
Siirron aikana vastuullasi olevi- en potilaiden määrä	7	4	9	4
Tietojärjestelmään kirjatut tie- dot siirtopäivänä				
✓ Hoidon suunnittelu ja koor- dinointi	C	D	D	D
✓ Hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet	C	D	D	D
✓ Ravitseminen ja lääkehoito	B	D	D	D
✓ Hygienia ja eritystoiminta	C	D	D	D
✓ Aktiviteetti ja toiminnalli- suus	C	D	D	D
✓ Ohjaus ja neuvonta	C	D	D	C
Kokonaisluokitus	17	24	24	23