

## 4. Organisaatioiden välinen yhteistyö

**Ota vastuuta moniammatillisen yhteistyön edistämisestä iäkkään kotiutuessa ja toteuta sitä omassa työssäsi, sillä**

- **ammattiryhmien välisen yhteistyön saatetaan kokea edistävän iäkkään sujuvaa siirtymistä sairaalan ja kodin välillä. (C)**

Iäkkäät potilaat ja läheishoivaajat kuvasivat, että hoidon jatkuvuus ammattilaisten välillä oli tärkeää, jotta potilaat ja läheiset kokevat siirtymän olevan koordinoitua ja sujuvaa. He uskoivat hoidon jatkuvuuden toteutuvan parhaiten silloin, kun sairaalan ja kotihoiton hoitajat toteuttivat yhdenmukaista hoitoa, farmaseutti tarjosi hoidon kanssa yhdenmukaista tietoa lääkkeitä ja kotikäynnit sairaalahoidon jälkeen toteutuivat suunnitellusti.

Australialaisessa haastattelututkimuksessa<sup>1</sup> kuvattiin yli 70-vuotiaiden potilaiden (n = 13) ja läheishoivaajien (n = 7) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta potilaiden siirtyessä sairaalasta kotihoitoon. Osallistujien keski-ikä oli 78,9 vuotta (vaihteluväli 45–94 vuotta) ja heistä naisia oli 16. Potilaista 13 asui yksin.

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä (JBI 8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

- **iäkäs saattaa arvostaa moniammatillista lääkehoidon ohjausta. (C)**

Potilaat arvostivat osaston henkilökunnan ja farmaseutin antamaa lääkehoitoon liittyvää ohjausta koskien muun muassa dosetteja, lääkejärjestelyitä kotiutuessa sekä lääkkeiden sivuvaikutuksia.

Australialaisessa haastattelututkimuksessa<sup>1</sup> kuvattiin yli 70-vuotiaiden potilaiden (n = 13) ja läheishoivaajien (n = 7) kokemuksia kotiutumisesta sekä hoidon jatkuvuudesta sairaalan ja kotihoiton rajapinnalla potilaiden siirtyessä sairaalasta kotihoitoon. Osallistujien keski-ikä oli 78,9 vuotta (vaihteluväli 45–94 vuotta) ja heistä naisia oli 16. Potilaista 13 asui yksin.

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä (JBI 8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

## Huomioi ja pyri poistamaan iäkkään kotiutumiseen liittyvän yhteistyön esteitä terveydenhuollon ammattilaisten ja organisaatioiden väliltä, sillä

- **iäkkään kotiutuessa organisaatioiden välisessä tiedonkulussa ja kommunikaatiossa on puutteita eri toimijoiden näkökulmista. (A)**

Potilaat kokivat, että tiedonsiirtoon sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä ei voinut luottaa. He turhautuivat puutteisiin lääkehoidon koordinoinnissa yksityislääkärin ja sairaalan välillä.

Tanskalaisessa puolistrukturoidussa haastattelututkimuksessa<sup>2</sup> kuvattiin yli 65-vuotiaiden hauraiden akuuttipotilaiden (n = 14; miehet n = 7, naiset n = 7) kokemuksia arkielämästä viikko sisätautiosastoilta (n = 7) kotiutumisen jälkeen.

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 8/8)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Potilaat ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat, ettei ollut yhtä yhteisesti hyväksyttyä toimintatapaa tiedon välittämiseen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Suora kontakti toimijoiden välillä perustui olemassa oleviin henkilökohtaisiin kontakteihin. Kommunikaatio toimijoiden välillä tapahtui pääasiallisesti läheteiden ja epikriisien välityksellä, josta puuttui henkilökohtainen yhteys. Tämä saattoi johtaa oleellisen tiedon puuttumiseen. Perusterveydenhuollon hoitajat pitivät erikoissairaanhoidon hoitajien raporttia erityisen tärkeänä, mutta se usein puuttui, oli puutteellinen tai saapui liian myöhään. Yhtenäistä sähköistä tietojärjestelmää pidettiin mahdollisena ratkaisuna tiedonkulun ongelmiin. Hankaluutena nähtiin se, että kaikki ammattilaiset eivät pääse tuottamaan tietoa näihin järjestelmiin.

Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>3</sup> kuvattiin potilaiden (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaisten (n = 22) näkemyksiä haavoittuvien potilaiden roolista tilanteissa, joissa heidän hoitovastuunsa siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaiden keski-ikä oli 69 vuotta (vaihteluväli 63–100 vuotta).

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä (JBI 8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Tiedonkulun puute oli kotiutumiseen liittyvä haittatapahtuma noin viidenneksellä geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuvalla potilaalla (22,9 %, n = 27). Esimerkkinä puutteista olivat jatkohoidon järjestäminen, kirjallisten raporttien sisällöt sekä kotiutuspalaverin eteenpäin välittymättä jääneet tiedot.

Norjalaisessa havainnointitutkimuksessa<sup>4</sup> tutkittiin geriatrisesta arviointiyksiköstä kotiutuneiden kotihoitotiimin asiakkaiden (n = 118) haittatapahtumia siirtymäprosessissa. Asiakkaiden keski-ikä oli 82,3 vuotta (±6,2/66–98). Tutkimukseen osallistuneiden ja tutkimuksesta kieltäytyneiden välillä ei ollut eroa sukupuolella, iässä tai asumisen itsenäisyydessä.

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 9/9)

**Näytön vahvuus: 3e**  
**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: Hyvä**

Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat, iäkkäiden henkilöiden ja läheisten sekä ammattilaisten välisen yhteistyön esteitä: Monisairaita potilaita ei informoida riittävästi sairaalassa aloitetusta lääkityksestä ja niiden syistä. Potilaat ovat saaneet erilaiset lääkelista sairaalasta, apteekista sekä perusterveydenhuollosta. Tämän johdosta potilailla ja läheisillä on vaikeuksia tietää mikä listoista on ajan tasalla. Potilaiden tullessa sairaalaan heidän on huomattu ottavan vääriä lääkkeitä, eivätkä lääkelistat ole olleet ajan tasalla. Tietoa lääke muutosten syistä perusterveydenhuollossa ei ole ollut saatavilla. Sairaalassa on aloitettu lääkkeitä huomioimatta potilaan ikää, yksilöllisiä tarpeita tai sivuvaikutuksia. Lääkitystä ei ole seurattu, eikä lääkemääräysten syitä kerrottu potilaalle tai jatkohoidosta vastaavalle lääkärille. Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat viiveitä tiedonkulussa. Sairaalalääkäreillä ei ole pääsyä kaikkiin perusterveydenhuollon tietoihin erilaisten tietojärjestelmien vuoksi. Ammattilaiset eivät pääse eri organisaatioiden tietoihin tietosuojasyistä. Tietojärjestelmiä pidetään toisinaan liian hankalina, jolloin niitä ei käytetä siten kuin ne on suunniteltu. Aikaa käytetään liikaa dokumentointiin ilman rakenteellisia tavoitteita. Eri ammattilaiset dokumentoivat samoja tietoja toistuvasti, samanaikaisesti ja toisistaan riippumattomina, josta on vain vähän hyötyä potilaalle. Liiallinen dokumentointi vie aikaa välttämättömältä kommunikoinnilta. Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat, että valtaosa kommunikaatiosta sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä tapahtuu läheteiden ja hoitoyhteenvetöjen kautta, jolloin väärinymmärrykset ovat yleisiä. Henkilökohtaiset kontaktit organisaatioiden välillä ovat harvinaisia, eikä nopeita kommunikaatiokanavia ole. Sairaalalääkäri saattaa jonottaa muiden kanssa puhelujonossa omalääkäriä tavoitellessaan

Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>5</sup> kuvattiin ryhmähaastatteluilla (n = 3) kokemusasiantuntijoiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Jokaiseen ryhmään osallistui 8 ammattilaista: lääkäreitä ja hoitajia erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kunnallinen sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntija (potilas tai läheinen).

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 9/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Lähetteisä oleva tieto oli rajallista ja siitä puuttui usein hoitotyön ja sosioekonomisen tilanteen näkökulmat, joiden avulla olisi voinut välttää kotiutumisen jälkeen ilmeneviä ongelmia iäkkään potilaan kotiutuessa.

Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>3</sup> kuvattiin potilaiden (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaisten (n = 22) näkemyksiä haavoittuvien potilaiden roolista tilanteissa, joissa heidän hoitovastuunsa siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaiden keski-ikä oli 69 vuotta (vaihteluväli 63–100 vuotta).

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä (JBI 8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

➤ **aika, tietotaito ja resurssit ovat ilmeisesti merkityksellisiä tekijöitä organisaatioiden välisessä yhteistyössä iäkkään kotiutuessa. (B)**

Terveystieteiden ammattilaiset kokivat, että heillä oli minimaalinen mahdollisuus suunnitella iäkkäiden potilaiden siirtymiä sekä rajallisesti aikaa ja mahdollisuuksia koordinoida asianmukaisesti kotihoitoa ja huolehtia hoidon jatkuvuudesta. Hoitajat totesivat, että vältettävissä olevat päivystyksen uusintakäynnit saattoivat johtua epäselvistä kotiutusohjeista ja epäonnistuneesta jatkohoidon suunnittelusta.

Australialaisessa haastattelututkimuksessa<sup>6</sup> kuvattiin moniammatillisesta näkökulmasta iäkkäiden hoitamista sairaalan päivystysosastolla. Tutkimuksessa toteutettiin yhdeksän fokusryhmähaastattelua (n = 54) ja yksilöhaastatteluja (n = 7). Työaikajärjestelyistä johtuen ryhmähaastatteluihin osallistui hoitajia sekä hoitoavustajia ja yksilöhaastatteluihin lääkäreitä. Tutkimus oli osa Safe Elderly Emergency Discharge (SEED) -tutkimushanketta.

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä (JBI 8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat, että ammattilaisten välinen kommunikaatio oli viivästynyttä ja puutteellista. Ammattilaiset työskentelivät itsenäisesti ja heillä oli harvoin aikaa keskustella yhdessä. Ajanpuutteen vuoksi sairaalalääkärit eivät juuri olleet yhteydessä perusterveydenhuollon lääkäreihin antaakseen ohjeita. Perusterveydenhuollon lääkäreiltä harvoin kysyttiin näkemyksiä potilaan tutkimuksiin tai hoitoon liittyen, vaikka heillä oli jaettu vastuu potilaan kokonaisuudesta. Tieto sairaalakäynnistä tavoitti perusterveydenhuollon lääkärin liian myöhään, jotta hän olisi voinut tehdä asiaan kuuluvan arvion jatkohoidon tarpeesta. Toisinaan lääkäri ei ehtinyt tavata potilasta tai saada epikriisiä ennen kuin potilas joutui takaisin sairaalaan. Monet potilaat kotiutettiin viikonloppua vasten vapaiden potilaspaikkojen varmistamiseksi seuraavalla viikolla saapuville päivystyspotilaille. Tämän johdosta perusterveydenhuollon lääkärin saattoivat joutua hoitamaan potilaita, joita ei ollut riittävästi tutkittu sairaalassa, mikä saattoi johtaa potilaan useampaan sairaalakäyntiin samasta vaihasta. Yhteistä aikaa ei ollut riittävästi vakavasti sairaiden iäkkäiden potilaiden hoidon suunnittelussa. Lyhyiden hoitajaksojen seurauksena fysio- ja toimintaterapeutit eivät ehtineet tehdä toimintakyvyn arvioita ennen kotiutumista, jolloin suunnitelmaa kodin valmistelusta mahdollista huonontunutta toimintakykyä ajatellen ei ollut. Ajan ja resurssien puutteen vuoksi perusterveydenhuollon lääkärin saattoivat olla yhteydessä sairaalalääkäreihin ja ottaa kokonaisvaltaista lääketieteellistä vastuuta kotiutuneista potilaista.

Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>5</sup> kuvattiin ryhmähaastatteluilla (n = 3) kokemusasiantuntijoiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Jokaiseen ryhmään osallistui kahdeksan ammattilaista: lääkäreitä ja hoitajia erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kunnallinen sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntija (potilas tai läheinen).

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 9/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Niiden potilaiden siirtymät koettiin vaativammiksi, joilla on vaikea tai epävakaata sosiaalinen tilanne tai rajoitettu tiedollinen toimintakyky. Näissä tilanteissa ammattilaiset kokivat, että heillä oli puutteelliset valmiudet toimia.

Espanjalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>3</sup> kuvattiin potilaiden (n = 12) ja terveydenhuollon ammattilaisten (n = 22) näkemyksiä haavoittuvien potilaiden roolista tilanteissa, joissa heidän hoitovastuunsa siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Potilaiden keski-ikä oli 69 vuotta (vaihteluväli 63–100 vuotta).

**Tutkimuksen laatu:** Hyvä JBI (8/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Yhdenkään iäkkään potilaan kotiutumisesta vastaava hoitaja ei ollut kotiutushoitaja, kliininen asiantuntija tai gerontologinen sairaanhoitaja.

Sveitsiläisessä poikkileikkaustutkimuksessa<sup>7</sup> tutkittiin sisätautien osastolla hoidossa olevien potilaiden (n = 235, naisia 46 %) kotiutumisvalmiutta ja hoitajien kotiutumisen suunnitteluprosessin Transitional Care Model (TCM) elementtien toteutumisen välistä yhteyttä. Potilaiden keski-ikä oli 79,7 vuotta (keskihajonta 7,6).

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 8/8)

**Näytön vahvuus:** 4b

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

**Kommentti:** Transitional Care Model (TCM) komponentit olivat kliininen asiantuntija/erikoissairaanhoitaja

➤ **iäkkään kotiutuessa organisaatioiden välisen yhteistyön esteenä koetaan olevan vastuun hajautuminen eri toimijoiden välille. (A)**

Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat hoitosuunnitelmissa olleita puutteita. Kokemusasiantuntijat ja terveydenhuollon ammattilaiset kuvasivat, että hoidon ja vastuun hajauttaminen johti potilaiden lähettämiseen edestakaisin eri toimijoiden välillä. Sairaalasta kotiutumisen ja perusterveydenhuollon käynnin välillä oli useita viikkoja, jolloin kenelläkään ei ollut vastuuta hoidon jatkuvuudesta. Tällä välin sairaalasta saatu tieto ehti vanhentua. Monisairaat iäkkäät potilaat olivat yhtä sairaita kotiutuessaan kuin sairaalaan mennessään, mutta kotiutumisen jälkeen hoidon määrä laski merkittävästi potilaiden siirryttyä perusterveydenhuollon asiakkaiksi. Potilas saattoi kuulua kotihoidon ja terveyskeskuksen hoidon piiriin samanaikaisesti, mikä loi epävarmuutta siitä, kuka vastaa hoidosta.

Ruotsalaisessa haastattelututkimuksessa<sup>5</sup> kuvattiin ryhmähaastatteluilla (n = 3) kokemusasiantuntijoiden sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä estäviä ja edistäviä tekijöitä hauraiden monisairaiden vanhusten hoidossa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnalla. Jokaiseen ryhmään osallistui kahdeksan ammattilaista: lääkäreitä ja hoitajia erikoissairaanhoidosta ja perusterveydenhuollosta, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti, kunnallinen sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntija (potilas tai läheinen).

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 9/10)

**Näytön vahvuus:** 3

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

Vastuu kotiutumisesta oli hajautettu monen eri terveydenhuollon ammattilaisen kesken. Kotiutumisen suunnitteluprosessit olivat heikosti määriteltyjä ja dokumentoituja. Ammattilaisilla oli rajoitetut mahdollisuudet valmistautua ja saada tukea kotiutumisen suunnitteluun sekä sen toteuttamiseen. Huolimatta siitä, että koko henkilökunnan nähtiin olevan vastuussa kotiutuksesta, selvyys yksilön vastuista tai rooleista kuitenkin puuttui, mikä johti heikosti dokumentoituihin kotiutumisprosesseihin.

Australialaisessa integratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa<sup>8</sup> (n = 15) kuvattiin muistisairautta sairastavien henkilöiden ja perheenjäsenten sairaalasta kotiutumisen suunnitteluun osallistumista estäviä ja edistäviä tekijöitä.

**Tutkimuksen laatu:** Tasokas (JBI 10/11)

**Näytön vahvuus:** 4a

**Sovellettavuus suomalaiseen väestöön:** Hyvä

## Lähteet:

1. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. 2018. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expectations* 21(2), 518–527.
2. Andreasen J, Lund H, Aadahl M, Sørensen EE. 2015. The experience of daily life of acutely admitted frail elderly patients one week after discharge from the hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 10:n/a.
3. Groene RO, Orrego C, Suñol R, Barach P, Groene O. 2012. "It's like two worlds apart": an analysis of vulnerable patient handover practices at discharge from hospital. *BMJ Quality & Safety* 21(1), i67–i75.
4. Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Røstad T, Saltvedt I. 2010. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Services Research* 10:1.
5. Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsen P. 2018. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(7),680–689.
6. Lennox A, Braaf S, Smit DV, Cameron P, Lowthian JA. 2019. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia - The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emergency Medicine Australasia* 31(1), 83–89.
7. Mabire C, Büla C, Morin D, Goulet C. 2015. Nursing discharge planning for older medical inpatients in Switzerland: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing* 36(6),451–457.
8. Stockwell-Smith G, Moyle W, Marshall AP, Argo A, Brown LRM, Howe S, Layton K, Naidoo O, Santoso Y, Soleil-Moudiky-Joh E, Grealish L. 2018 Hospital discharge processes involving older adults living with dementia: An integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing* 27(5–6), e712–e725.