

<https://helda.helsinki.fi>

Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja

Sahlström, Merja

2018

Sahlström , M , Liukka , M , Roine , R , Aaltonen , L-M & Kinnunen , M 2018 , ' Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja ' , Suomen lääkärilehti , Vuosikerta. 73 , Nro 1-2 , Sivut 62-63 . < <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2018/SLL12018-62.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/298414>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

MERJA SAHLSTRÖM
MARI LIUKKA
RISTO ROINE
LEENA-MAIJA AALTONEN
MARINA KINNUNEN

KIRJALLISUUTTA

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Network. Readmissions and Adverse Events After Discharge (Siteerattu 16.12.2017). <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/11/adverse-events-after-hospital-discharge>

Backman C, Chartrand J, Dingwall O, Shea B. Effectiveness of person- and family-centered care transition interventions: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2017;6:158. doi:10.1186/s13643-017-0554-z

Lämsä R. Potilaskertomus – Etnografia potilaiden sairaalaoastan käytännöissä. Tutkimus - URN:ISSN:1798-0062. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-839-1>

Waring J, Marshall F, Bishop S, Sahota O, Walker M, Curie G ym. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Services and Delivery Research* 2014;2:1-160. doi:10.3310/hsdr02290

Hyvä suunnittelu ehkäisee riskisiirtoja

Kotiutukset ja laitossiirrot ovat riskialttiita vaiheita. Niiden hyvä suunnittelu on yhteydessä potilaan toipumiseen ja elämänlaatuun.

Esimerkki 1 – heikko happitilanne

97-vuotias palvelutalon asukas tuotiin aamulla keskussairaalan päivystykseen. Puolenpäivän jälkeen päivystyksestä soitettiin, että potilaalla oli todettu keuhkokuume, mutta hänet voitaisiin kotiuttaa suoneen annettavan antibioottilääkityksen ja lisähapen turvin. Palvelutalosta todettiin, että lääkityksen antaminen kyllä onnistuisi, mutta lisähapetta ei äkkiseltään ollut saatavilla. Lääkäri perui kotiuttamisen, koska potilaan veren happisaturaatio ei ollut riittävä.

Parin tunnin kuluttua sairaalasta otettiin taas yhteyttä ja kerrottiin, että asukas voi paremmin ja pystyisi kotiutumaan, koska ei tarvinnut enää lisähapetta. Happisaturaatio oli tuolloin 88 %, ja lääkäri piti sitä hyväksyttävänä ottaen huomioon potilaan sairastaman keuhkohtaumataudin.

Asukas kotiutui klo 15:n jälkeen. Epikriisissä luki: ”Suosittelemme asukasta hoitoon kaupungin sairaalan vuodeosastolle. Happiviikset 2 l/min virtauksella, Atrovent Comp x 4 spiralla. Saturatiotavoite 86–88 %”.

Palvelutalon sairaanhoitaja kysyi lääkäripalveluiden tuottajan takapäivystäjältä, pitäisikö asukas lähettää takaisin keskussairaalaan, mutta tämä oli sitä mieltä, että potilaan ajeltaminen edestakaisin olisi kohtuutonta. Niinpä tilannetta päätettiin seurata palvelutalossa, vaikka lisähapetta ei saatu.

Seuraavana päivänä asukkaan vointi oli siinä määrin heikentynyt, että palvelutalon vastuulääkäri päätti lähettää hänet takaisin keskussairaalaan. Sinne tullessa happisaturaatio oli vain 70 %, ja potilas oli sekava ja huonokuntoinen.

Esimerkki 2 – informaatiokatkoksia

Eräässä keskussairaalaossa kertyi kahdeksan kuukauden aikana 61 vaaratapahtumailmoitusta, jotka liittyivät potilaiden kotiutuksiin ja siirtotilanteisiin. Tapauksista 66 %:ssa potilaalle oli tapahtunut haitta, ja näistä 16 %:ssa haitta oli kohtalainen tai vakava.

Useimmiten vaaratapahtumailmoitukset liittyivät jatkohoitoon: joko suunnitelma, ohjeiden kirjaus tai potilaan informointi oli puutteellista tai suunnitellut toimenpiteet, kuten näyttöiden otto tai lääkkeiden antaminen suoneen, mahdollisia toteuttaa jatkohoitopaikassa. Vaaratapahtumailmoituksia tuli paljon myös kotisairaanhoidosta ja kotipalveluista. Ne koskivat esimerkiksi tilanteita, joissa ilmoitus potilaan kotiutumisesta oli jäänyt kokonaan tekemättä tai se oli ollut puutteellinen tai mennyt väärään yksikköön. Myös suunnitelmat lääkehoidon jatkosta olivat usein epäselviä: lääkelista ei ollut ajantasainen, mukaan annettu lääkelista poikkesi epikriisiin kirjatusta tai potilaalle oli määrätty päällekkäisiä lääkkeitä.

Muita vaaratapahtumailmoitusten aiheita olivat muun muassa potilaan omaisten puutteellinen informointi kotiutuksesta tai laitossiirrosta, epikriisin lähettämättä jättäminen vastaanottavaan yksikköön, potilaan kotiuttaminen kanyylin kanssa ja potilaan kotiuttaminen ilman riittävää hoitoa tai tutkimista. Eräässä tapauksessa potilaan lonkka oli kuvattu, mutta kuvat olivat jääneet katsomatta. Potilas joutui palaamaan hoitoon, kun huomattiin, että hänen lonkkansa oli murtunut. Toisessa tapauksessa nuori potilas, jolla oli neurologisia oireita, oli lähetetty kotiin, koska aivoverenkiertohäiriön mahdollisuutta ei ollut otettu vakavasti. Myöhemmin oli selvinnyt, että potilaalla oli aivoinfarkti.

Mikä meni vikaan?

Esimerkissä 1 yhdeksi virhearvioon johtaneista tekijöistä tunnistettiin se, että sairaalan vuodeosastoilla ei ollut tilaa ja päivystyksessä oli kova paine kotiuttaa potilaita. Myötävaikuttavana seikkana oli myös sairaalan hoitohenkilökunnan tietämättömyys hoitomahdollisuuksista eri asumismuodoissa (palvelutalot, palveluasuminen/tehostettu palveluasuminen).

Tieto kulkee monesti huonosti sekä sairaalan sisällä että sairaalan ja jatkohoitopaikan välillä.

Yhteistyö on puutteellista, eikä kotiutumista nähdä tärkeänä hoitoprosessin osana. Esimerkiksi kotiutuksen tarkistuslistaa ei käytetä.

Myös esimerkissä 2 vaaratapahtumia yhdistivät ongelmat kommunikoinnissa ja tiedonkulussa sekä toimintatavoissa. Myötävaikuttavina tekijöinä ovat usein puutteellinen koulutus, pehdytys ja osaaminen.

Lonkka oli kuvattu, mutta kuvat olivat jääneet katsomatta.

Virheet voivat liittyä myös potilaan omaan toimintaan. Potilas saattaa esimerkiksi itse hoitaa kotiutukseen liittyviä asioitaan, ja ammattilaiset saattavat saada käsityksen, että kaikki on selvillä, vaikka näin ei olisi.

Lyhyet hoitoajat ja kova työtahti lisäävät haasteita. Kotiuttavalla henkilöllä ei välttämättä aina ole riittävästi tietoa asiakkaan kotioloista ja kyvystä selviytyä kotona. Organisaatiossa, josta esimerkin 2 tapaukset ovat peräisin, onkin vaaratapahtumien ehkäisemiseksi tehty kotiutuksen tarkistuslista, jota voi helposti käyttää potilastietojärjestelmässä. Avuksi on laadittu myös kirjekuoria, joissa tarkistuslista on valmiiksi painettuna. Myös potilaille on tehty oma tarkistuslista, jonka avulla potilas voi osallistua kotiutuksen turvallisuuden varmistamiseen. Listoissa on painotettu erityisesti niitä asioita, joihin havaitut vaaratapahtumat ovat liittyneet.

Pohdinta

Kuten esimerkeistä käy ilmi, epäonnistuneet kotiutukset ja laitossiirrot voivat johtaa suunnitelmattomiin takaisinpalaamisiin, päivystyskäyntien lisääntymiseen, hoidon katkonaisuuteen ja haittatapahtumiin.

Kotiutettavat potilaat ovat yhä iäkkäämpiä, huonokuntoisempia ja monisairaampia. Kotiuttaminen onkin usein monenlaisia järjestelyjä vaativa ja vaaratapahtumille altis tapahtumaketju, jossa tarvitaan tiivistä yhteistyötä lähettävän ja vastaanottavan organisaation tai yksikön kesken. Potilaan kotona selviytymisen edellytykset, tarvittava kotiapu ja hoidon jatkuminen on turvattava ja mahdollinen jatkohoitopaikka järjes-

tettävä. Kotiuttamiselle täytyy myös löytää sopiva ajankohta.

Potilaan siirron ja kotiutuksen yhteydessä tulisi käyttää strukturoitua kommunikointia, jotta olennaiset lääkitystiedot, tutkimustulokset sekä jatkohoito-ohjeet tulisi varmasti huomioitua ja tarvittavat keskustelut käytyä ammattilaisten välillä.

Vaikka myös potilaan omaa merkitystä kotiutuksen onnistumisessa on alettu korostaa, aina tarvittavia voimavaroja tai ymmärrystä ei ole. Potilaalla täytyy olla mahdollisuus yhteydenottoon viimeisimpään hoitopaikkaansa, omalääkäriinsä tai kotihoitoon, ja hänelle onkin hyvä antaa valmiiksi yhteystiedot.

Terveystieteiden tutkimukset osoittavat, että potilaat kotiutetaan mahdollisimman nopeasti. Päättökseen tekevä lääkäri kohtaa usein ristiriidan: paine kotiuttamiseen on kova, vaikka potilaan tilanne saattaisi vielä vaatia sairaalaseurantaa. Liian aikainen tai huonosti suunniteltu kotiutus kuitenkin vaarantaa potilasturvallisuuden ja lisää kotiuttamisen jälkeisiä haittatapahtumia. Potilas saattaa myös joutua palaamaan sairaalahoitoon pian uudestaan. Tästä seuraa paitsi turhaa kärsimystä potilaille, myös turhia kustannuksia sekä ylimääräistä työtä yksikölle ja yhteiskunnalle.

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotiuttaminen onnistuu todennäköisemmin, mikäli sen suunnitteleminen aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Parhaiten kotiuttaminen sujuu, mikäli sitä valmistellaan monesta näkökulmasta ja mukana on usean ammattialan edustajia. ●

MITÄ VIISAS OPPII

- **Kotiuttaminen ja laitossiirto ovat vaarallisia vaiheita potilaille, joten ne tulee suunnitella hyvin.**
- **Lääkärin tulee varmistaa, että potilaan tarvitsemat hoidot voidaan toteuttaa jatkohoitopaikassa.**
- **Epäonnistuneen kotiuttamisen taustalla on usein puutteellinen kommunikointi.**
- **Jos kaikki hoitoon osallistuvat eivät saa tietoa potilaan siirrosta, esimerkiksi kotihoitoon tärkeät käynnit voivat jäädä tekemättä. Informaatiokatkos voi johtaa myös väärään lääkitykseen.**
- **Jatkohoittoa järjestettäessä tulee käyttää tarkistuslistoja.**