



Puhuminen parantaa potilasturvallisuutta

Tuhansien vaaratapahtumailmoitusten analyysi Husin kirurgisissa yksiköissä toi esiin varsinkin kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät tapaukset. Niillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys kohtalaisen ja vakavan haitan potilaalle aiheuttaneisiin tapahtumiin.

Tapaus 1: (Lyhennetty vaaratapahtumailmoitus)

Potilaalle tehtiin toimenpidettä täyhystyksessä. Leikkaava kirurgi antoi anestesiahoitajalle ohjeen ottaa hemoglobiini-näyte ja aloittaa punasolutiputus. Syytä ei ilmoitettu. Toimenpide muuttui avoimeksi, mutta tästä ei tiedotettu anestesiahoitajalle. Saliin myöhemmin tulleele anestesia lääkärielle kirurgi kertoi potilaan pernan vuotavan. Potilaalle aloitettiin punasolutiputus, ja anestesia lääkäri poistui.

Pian kirurgi kehotti nopeuttamaan punasolutiputusta, mutta ei kertonut syytä. Kun hoitaja antoi raporttia tauttajalleen, kirurgi kehotti tilaamaan heti lisää punasoluja ja sanoi, että aortta mahdollisesti vuotaa. Hoitaja hälytti anestesia lääkäriin sekä tilanteen edellyttämää lisähenkilökuntaa, ja vuodon korvaus saatiin käyntiin.

Tapahtuma 2: (Lyhennetty vaaratapahtumailmoitus)

Potilas oli kotiutettu kirurgiselta vuodeosastolta. Osasto ei ollut ilmoittanut kotihoitoon potilaan kotiutumisesta, ja potilas oli jäänyt ilman annosjakelun

kautta tulevia lääkkeitään. Kaksi vuorokautta kotiutumisen jälkeen potilas soitti omaiselleen. Tämä toimitti potilaan sairaalapäivystykseen sekavuuden vuoksi.

Tiedonkulussa moninaisia ongelmia

Analysoimme Husin kirurgisten yksiköiden vaaratapahtumailmoitukset viideltä vuodelta (1). Niitä oli noin 20 000. Selvityksessä nousivat esiin erityisesti kommunikointiin ja tiedonkulkuun liittyvät tapahtumat. Niillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys tapahtumiin, jotka aiheuttivat potilaalle kohtalaisen tai vakavan haitan.

Kommunikaation ja tiedonkulun ongelmilla on merkittävä osuus kirurgisissa vaaratapahtumissa, ja niitä esiintyy koko kirurgisen potilasprosessin alueella (2,3,4,5,6). Greenbergin ym. mukaan suullisen kommunikaation vaikeuksista johtui valtaosa (92 %) sellaisista potilaalle haitan aiheuttaneista kirurgisista vaaratapahtumista, joissa oli taustalla tiedonkulun ja kommunikaation ongelmia (7).

Husin aineistossa tarkasteltiin sekä rakenteista tietoa että potilaalle kohtalaisen tai vakavan haitan aiheuttaneiden vaaratapahtumien ilmoittajien kirjoitta-

mia kuvauksia tapahtumista. Kommunikaation ja tiedonkulun ongelmat nousivat esille vaaratapahtumia selittävänä syynä 32,1 %:ssa kuvauksista.

Kirurgisen potilaan prosessin näkökulmasta kommunikaatio-ongelmat jatkautuivat erityisesti leikkausta edeltävään valmisteluun, jatkohoidon toteutumiseen ja potilaan kotiutumiseen sairaalasta. Tiedonkulun ongelmat olivat moninaisia. Olemassa olevaa tietoa ei ollut käytetty, se oli tulkittu virheellisesti, tai tietoa ei ollut ymmärretty olennaiseksi eikä sitä ollut välitetty eteenpäin esimerkiksi hoitavalle lääkärielle tai hoitajalle.

Tietoa häviää siirtymävaiheissa

Havainnoivassa tutkimuksessa tarkasteltiin kommunikaatiota ja tiedonkulun ongelmia vatsakirurgisessa yksikössä potilasprosessin eri vaiheissa (8). Eniten ongelmia oli tiedonkulussa ennen leikkausta ja potilaan siirrossa leikkaussalista heräämään. Tieto hävisi siirtymävaiheissa. Tämän välttämiseksi tutkimuksessa suositeltiin sekä kirjallisen että suullisen kommunikaation ja tiedonkulun varmistamista.

Lisäksi havaittiin, että koko leikkaustiimillä oli kaikki preoperatiivisesti olennainen tieto ennen leikkausta, mutta kaikesta leikkauksessa tarvittavasta tiedosta oli jokaisella tiimin jäsenellä tiedossa vain 27 %. Kirurgisista haittapahtumista parhaiten estettävissä ovat juuri muuhun kuin leikkaustoimintaan liittyvät tapahtumat (9).

Brittiläisessä tutkimuksessa vaarapahtumien taustalla vaikuttivat varsinkin kommunikaatio-ongelmat ja osaamiseen liittyvät ongelmat. Tutkimus perustui verisuonikirurgien haastatteluihin (6). Suullisessa kommunikaatiossa ongelmien taustalla oli muun muassa kokemattomamman ammattilaisen uskallus pyytää apua tai huomauttaa havaitsemastaan ongelmasta kokeenemmalle kollegalle.

Hu ym. raportoivat hyvin samanlaisesta vaarapahtumasta ja suullisen kommunikaation ongelmasta leikkaussalissa kuin tämän artikkelin ensimmäisessä esimerkissä (5). Tieto kesken leikkauksen lisääntyneestä verenvuodosta ei välittynyt anestesiatiimille.

Tietojärjestelmien tarkoituksena on parantaa kirjallista kommunikaatiota ja tiedonkulkua välittämällä ajantasaista tietoa ammattilaisille. Suullisen kommunikaation merkitys osana kommunikaatiota ja tiedonkulkua on myös tutkimusten perusteella merkittävä (5,7,8).

MITÄ VIISAS OPII

- Tiedonkulun ja kommunikaation ongelmat ovat yhteydessä vakavampiin kirurgisiin vaarapahtumiin Husissa.
- Onnistunut tiedonkulku edellyttää sekä kirjallisen että suullisen kommunikaation parantamista.
- Suullisen kommunikaation järjestelmällinen kehittäminen on tärkeää potilasturvallisuuden parantamiseksi.

Leikkaussalissa suullisen kommunikaation ja tiedonkulun merkitys kirurgisen potilaan hoidossa on ymmärretty, ja kirurgisten tarkistuslistojen käyttöönoton on todettu parantaneen potilasturvallisuutta (10,11,12). Suullisen kommunikaation merkitys tiedon välittämisessä ja vaarapahtumien ehkäisyssä tulisi muistaa potilastietojärjestelmien kehittämisen rinnalla.

Tutkimusten mukaan tietoa häviää potilaan hoidon aikana. Pahimmillaan tämä voi johtaa vakaviin vaarapahtumiin. On syytä ottaa käyttöön kaikki keinot, joilla voidaan estää tiedon häviämistä ja edistää mahdollisimman tehokasta tiedonsiirtoa.

Uusi laatujärjestelmä käyttöön Husissa

Husissa käyttöön otettava kattava laatu- ja tiedonkulun Joint Commission International (JCI) edellyttää ohjeistusta suullisesta raportoinnista. Lisäksi on osoitettava, että vaaditut toimenpiteet on toteutettu käyttöön.

Tehokas suullinen, kirjallinen tai sähköinen viestintä on oikea-aikaista, täsmällistä, yksiselitteistä ja vastaanottajan kannalta ymmärrettävää. WHO suosittelee Isbar-menetelmän (Identify-situation-background-assessment-recommendation) käyttöä suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi. Tutkimukset osoittavat, että kirurgisissa tiimeissä on tieto, mutta jokaisella tiimin jäsenellä ei ole kaikkea tietoa, ja tämä suurentaa vaarapahtuman riskiä. Siksi suullinen raportointi on tärkeää hiljaisen raportoinnin sijasta.

Isbar-raportointi on käytössä Husissa (13). Sitä käytetään terveydenhuollon ammattilaisten välisessä viestinnässä, esimerkiksi hoitovastuun siirtävässä raportoinnissa ja konsultaatioissa. Raportointi on vakioitu vaiheittain: (I) esittäytyminen, (S) raportoinnin/konsultoinnin syy, (B) potilaan taustatiedot, (A) potilaan tilan arvio, (R) toimintaehdotus.

Potilasturvallisuuden tilaa Suomessa ei tunneta riittävästi, eikä hoidon haitta-

tapahtumien määrästä ole varmuutta. Siksi potilasturvallisuusmenettelyjen vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimusta (14). Husin kirurgisten yksiköiden vaarapahtumailmoitusten ja kirjallisuuden perusteella olisi tärkeää parantaa kommunikaatiota ja tiedonkulkua näissä yksiköissä osana potilasturvallisuutta. Suullisella kommunikaatiolla on suuri merkitys osana tiedonkulkua, ja sen parantamiseen tulisi suunnata tutkimusta ja kehitystyötä. ●

MARJO TALME

LL, VTM, ylilääkäri
Hus, Hyvinkään sairaala

SANNA-MARIA KIVIVUORI

dosentti, EMBA, laatuylilääkäri
Hus

KIRJALLISUUTTA

- 1 Talme M. Henkilökunnan tekemät HaiPro-ilmoitukset Husin kirurgisissa yksiköissä 2015–2019. Maisterintutkimus, 2021. Helsingin yliopisto.
- 2 Gawande A, Zinner M, Studdert D. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133:614–21.
- 3 Heideveld-Chevalking A, Calsbeek H, Damen J, Gooszen H, Wolff A. The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: A single center experience on 2,563 "near-misses" and adverse events. *Patient Saf Surg* 2014;8.
- 4 Symons N, Almoudaris A, Nagpal K, Vincent C, Moorthy K. An observational study of the frequency, severity, and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. *Ann Surg* 2013;257:1–5.
- 5 Hu Y, Arriaga A, Roth E ym. Protecting patients from an unsafe system: the etiology and recovery of intraoperative deviations in care. *Ann Surg* 2012;256:203–10.
- 6 Lear R, Godfrey A, Riga C, Norton C, Vincent C, Bicknell C. Surgeons' perceptions of the causes of preventable harm in arterial surgery: A mixed-methods study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2017;54:778–86.
- 7 Greenberg C, Regenbogen S, Studdert D ym. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg* 2007;204:533–40.
- 8 Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Vincent C, Moorthy K. An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: A feasibility study. *Ann Surg* 2010;252:402–7.
- 9 Anderson O, Davis R, Hanna G, Vincent C. Surgical adverse events: a systematic review. *Am J Surg* 2013;206:253–62.
- 10 Treadwell J, Lucas S, Tsou A. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf* 2014;23:299–318.
- 11 Pucher P, Johnston M, Aggarwal R, Arora S, Darzi A. Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery* 2015;158:85–95.
- 12 Haynes A, Weiser T, Berry W. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491–9.
- 13 World Health Organization & WHO Patient Safety. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization 2011:133–155.
- 14 Ikonen T, Welling M. Parempaa potilasturvallisuutta. *Suom Lääkäril* 2020;75:1211–9.