

Tiedonkulku hoitoketjun elämänlankana

## Kollega, palautteesi on tärkeä

**T**ässä *Duodecim*-lehden numerossa Oikari ym. ja Paloneva ym. käsittelevät artikkeleissaan rakenteisten läheteiden käyttöä. Läheteiden laadussa on parantamisen varaa. Potilaiden tutkimusten ja hoitojen suunnittelua voitaneen tehostaa määrämuotoisilla läheteillä. Tämä vähentänee myös erikoissairaanhoidon käyttöä (Oikari ym. tässä numerossa). Rakenteinen diagnoosi- tai oirekohtainen sähköinen lähete auttaa varmistamaan oleellisen tiedon kirjaamisen. Lisäksi se toimii myös muistutuksena perusterveydenhuollossa tehtävistä tutkimuksista ja hoitokokeilusta paikallisen hoitoketjun mukaisesti (Paloneva ym. tässä numerossa).

Hoitoketjujen ohjeistuksessa mainitaan, että läheteen tulee sisältää keskeiset tiedot (Nuutinen 2004). Samassa ohjeistuksessa ei kuitenkaan selvästi todeta, että myös palautteen pitäisi sisältää riittävä ja oikea tieto, jotta hoito voisi jatkua perusterveydenhuollossa mahdollisimman saumattomasti. Lyhyesti mainitaan jatkohoitoperiaatteet terveyskeskuksessa. Kaikilla perusterveydenhuollossa toimineilla lääkäreillä on kokemus sairaalajakson tai poliklinikkakäynnin jälkeen ohjatulle seurantakäynnille tulevasta potilaasta, josta ei ole minkäänlaista epikriisiä tai muuta palautetta taikka se pitää erikseen etsiä tai tilata. Tällainen ei ole sujuvaa asian hoitoa eikä potilaan edun mukaista.

Keskeisin ja edelleen valitettavan yleinen ongelma erikoissairaanhoidon palautteissa on, että niitä ei ole. Ne on ehkä tehty, mutta niitä ei ole lähetetty. Ja jos onkin, ei riittävän ajoissa. Tämä oli yleisin mainittu ongelma myös toteuttamassani sähköpostikyselyssä yleislääketieteeseen erikoistuville lääkäreille ja heidän kouluttajilleen (vastanneita 90). Asteikolla 0–10 tiedonkulun tärkeys oli odotetusti 10. Sen laatu sai tällä asteikolla arvosanan 7. Tiedonkulkua pidettiin parempana, jos peruster-

veydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla oli yhteinen sairauskertomusjärjestelmä. Kaikilla vastanneilla oli käytössään sähköinen lähete-palautejärjestelmä.

Palautteen on siis tultava oikeaan aikaan oikeaan paikkaan. Lisäksi lääkärit totesivat, että hyvä palaute on selkeä ja ytimekäs. Sen tulee sisältää diagnoosi, keskeiset toteutetut tutkimukset tuloksineen, toimenpiteet ja muut lääkkeettömät hoidot sekä lääkitys. Palautteessa kuuluu niin ikään olla jatkosuunnitelma mukaan lukien kannanotto työnjaosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä toimintaohje mahdollisten hoitoon liittyvien ongelmien varalta. Tämä tulee esille myös esimerkiksi HUS-piirin ohjeistuksessa (Hyvän läheteen ja hoitopalautteen tietosisältö, [www.hus.fi](http://www.hus.fi)) ja kansainvälisessä kirjallisuudessa (Kripalani ym. 2007).

Kotimaiset kokemukset ovat samansuuntaisia kuin muuallakin maailmassa. Systemoidun katsauksen mukaan suoraa kommunikointia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä oli vähän (Kripalani ym. 2007). Palaute oli harvoin (3–20 %) käytettävissä ensimmäisellä sairaalajakson jälkeisellä avohoidon käynnillä eikä kovin usein seuraavalakaan. Tästä seurasi hoidon laadun huononemista ja perusterveydenhuollon lääkärin tyytymättömyyttä. Lisäksi palautteista puuttui usein tärkeää tietoa, kuten diagnostisten testien tulokset (33–63 %), lääkitys (2–40 %) ja seurantasuunnitelma (2–43 %). Erityisesti iäkkäillä potilailla lääkitykseen liittyvät ongelmat ja virheet korostuvat. Usein ne liittyvät huonoon tiedonkulkuun organisaatioiden välillä (Midlöv ym. 2012).

Professori Matti Nuutinen (2000) toteaa katsauksessaan, että hoitoketjun tulee tukea käytännön toimintaa potilaan hoidossa ja että perusterveydenhuolto ”omistaa” potilaan. Perusterveydenhuollolla on hoitovastuu

suurimmasta osasta potilaista, ja tämä koskee myös hyvin yleisiä kroonisia sairauksia, kuten astmaa ja tyyppin 2 diabetesta. Hoidon kulmakiviin kuuluu jatkuvuus. Perusterveydenhuollossa lääkäri koordinoi potilaan hoitoa. Siksi hän tarvitsee ajantasaisen, oikean ja mahdollisimman tarkan tiedon siitä, mitä potilaalle on erikoissairaanhoidossa tehty, mitä on suunniteltu ja millaista jatkohoitoa tai seuranta potilas tarvitsee. Lähetä ja palaute ovat kommunikaatiota hoidon eri tasojen sekä organisaatioiden ja toimijoiden välillä. Hyvä vastavuoroinen kommunikointi on sekä organisaatioiden että työntekijöiden oppimisen edellytys. Hoitoketjutyöhön kuuluu palautteista huolehtiminen. Hyvinkään sairaanhoitoalueella käyttöön otettu astman hoitoketju lisäsi saatujen palautteiden osuuden yli nelinkertaiseksi, viidesosasta 90 %:iin hoidetuista potilaista (Brander ja Salinto 2009).

Rakenteisella sähköisellä palautejärjestelmällä voidaan parantaa palauteprosessin laatua (Graumlich ym. 2009). Näyttää myös siltä, että terveydenhuollon informaatioteknologiaa soveltavilla palautejärjestelmillä voidaan vähentää tiedon kulun viiveitä ja lääketieteellisiä haattatapahtumia sekä lisätä lääkäreiden ja potilaiden tyytyväisyyttä (Motamedi ym. 2011). Vaikutuksista kuolleisuuteen ja riskiin joutua uudelleen sairaalaan tarvitaan vielä lisätutkimuksia. Erikoistuvien lääkäreiden opintoihin kuuluvalla hoitopalautekoulutuksella voidaan parantaa palautteiden laatua (Key-Solle ym. 2010).

Sujuva tiedonkulku ja viestintä ovat potilaiden mahdollisimman hyvän hoidon turvaamisen perusta ja hoitoketjujen elämänlanka. Niin läheteiden kuin palautteidenkin laatua ja palautteiden saatavuutta täytyy edelleen parantaa. Sähköisten sairauskertomusten tulee helpottaa tätä eikä olla sen esteenä. Todennäköisesti perusterveydenhuollon ja erikois-

sairaanhoidon yhteiset integroidut tietojärjestelmät ovat tässä parempia. Mikään järjestelmä ei sinällään paranna palautteita. Tarvitaan myös ammattilaiset, jotka vastaavat oikeasta tiedosta ja huolehtivat sen perille menosta. Asenteisiin vaikuttamista ja koulutusta tarvitaan myös. Potilasta koskevan tiedon tulee kulkea potilaan eduksi. Lähitulevaisuudessa tieto voi kulkea myös potilaan mukana (Wang ja Huan 2012). ■

\* \* \*

Kirjoittaja haluaa kiittää Itä-Suomen yliopiston yleislääketieteeseen erikoistuvia lääkäreitä ja heidän kouluttajiaan sekä Sami Kärkkäistä ja Siku Kososta avusta.



**PEKKA MÄNTYSELKÄ, dosentti, yleislääketieteen erikoislääkäri**  
Itä-Suomen yliopisto  
ja KYS, perusterveydenhuollon yksikkö

**SIDONNAISUDET**  
Ei sidonnaisuuksia

#### KIRJALLISUUTTA

- Brander PE, Salinto S. Astman hoitoketju toimii edelleen hyvin. *Suom Lääkäril* 2009;64:712–8.
- Graumlich JF, Novotny NL, Nace GS, Aldag JC. Patient and physician perceptions after software-assisted hospital discharge: cluster randomized trial. *J Hosp Med* 2009;4:356–63.
- Key-Solle M, Paulk E, Bradford K, Skinner AC, Lewis MC, Shomaker K. Improving the quality of discharge communication with an educational intervention. *Pediatrics* 2010;126:734–9.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007;28:831–41.
- Midlöv P, Bahrani L, Seyfali M, Höglund P, Rickhag E, Eriksson T. The effect of medication reconciliation in elderly patients at hospital discharge. *Int J Clin Pharm* 2012;34:113–9.
- Motamedi SM, Posadas-Calleja J, Straus S, ym. The efficacy of computer-enabled discharge communication interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011;20:403–15.
- Nuutinen M. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen Lääkärin tietokantoihin. Hoitoketjut 1.1.2004. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)
- Nuutinen M. Hoitoketju. *Duodecim* 2000;116:1821–8.
- Wang CJ, Huang AT. Integrating technology into health care: what will it take? *JAMA* 2012;307:569–70.