

Potilasturvallisuus on yhteinen asiamme

Leila Niemi-Murola ja Taina Mäntyranta

Potilasturvallisuus on terveyden- ja sairaanhoidon perusta: "Primum est non nocere". Turvallinen hoito toteutetaan oikein ja oikeaan aikaan hoitohenkilökunnan ja potilaan yhteistyönä. Potilasturvallisuus on myös vaikuttavan ja korkealaatuisen hoidon osatekijä. Potilas määrittelee laadun subjektiivisen kokemuksensa mukaan, terveydenhuollon henkilökunnalle taas laadukasta hoitoa merkitsee vaikuttavien ja näyttöön perustuvien menetelmien käyttö. Sairaalan johdon kannalta on tärkeää, että potilaiden hoidossa hyödynnetään käytettävissä olevia voimavaroja parhaalla mahdollisella tavalla.

Viime vuosina on saatu näyttöä siitä, että sairaalahoidossa 5–10 %:lla potilaista ilmenee hoitoon liittyvä haittatapahtuma ja 1 %:lla haitta on vakava-asteinen¹. Potilasvahinkokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2009 eniten korvaukseen johtaneita hoitovahinkoja sattui leikkaus- ja anestesiatoimenpiteiden yhteydessä¹. Tämä johtunee osittain toiminnan luonteesta, sillä Vaasan sairaanhoitopiirissä tehdyn selvityksen mukaan eniten vaaratapahtumia ilmoitettiin lääkke- ja nestehoitoon liittyen (34 %) sekä tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan liittyen (20 %)². Jälkimmäiseen ongelmaan on lähdetty hakemaan ratkaisua WHO:n tarkistuslistan avulla, joka on implementoitu Suomeenkin^{3,4}.

Tarkistuslistat ja haittatapahtumien analysointi ovat tärkeitä osia siitä kokonaisuudesta, josta potilasturvallisuus muodostuu. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia painottaa turvallisuuskulttuuria, johtamista, vastuuta ja säädöksiä⁵. Strategiassa määritellään turvallisuuskulttuurin sisältävän riskien arvioinnin, ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet sekä toiminnan jatkuvan kehittämisen. Siihen kuuluvat myös potilaiden turvallista hoitoa edistävä systemaattinen toimintatapa sekä sitä tukeva johtaminen, arvot ja asenteet. Kokonaisvastuu potilasturvallisuudesta on organisaation johdolla, eikä sitä voi delegoida⁵.

Poikkeamien ja vaaratapahtumien raportointi on osa yksikön toimintaa

Kaikissa terveydenhuollon toimintayksiköissä tapahtuu poikkeamia, jotka useimmiten johtuvat järjestelmän heikkouksista ja häiriöistä⁶. Poikkeamien ja vaaratapahtumien analysointi antaa tärkeää tietoa niiden syntyyn johtaneiden tekijöiden selvittämiseksi. Virheistä opittaessa tulisi pystyä muuttamaan organisaation rakennetta siten, että työympäristö tukisi asioiden tekemistä oikealla tavalla ja vaikeuttaisi virheiden tekemistä. Tästä esimerkkinä on leikkaussalien lääkekaappien varustus, jossa lääkettä on useimmiten vain yhtä vahvuutta.

Vaaran paikkojen ja riskien havaitsemiseksi sekä organisaation heikkojen kohtien tunnistamiseksi niitä koskevaa tietoa pitää kerätä järjestelmällisesti ja kattavasti. Vaaratapahtumat voidaan nykyisin raportoida koko erikoissairaanhoidon kattavaan internet-pohjaiseen vaaratapahtumien raportointi- ja käsittelyjärjestelmään (HaiPro)². HaiPro on tarkoitettu yksikön sisäiseen raportointiin ja analysointiin. Koko maan tilanteesta saadaan tietoa sairaaloiden hoitoilmoitusjärjestelmän (HILMO) avulla⁷. HILMO:a ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja sairaaloilla on lain mukainen velvoite ilmoittaa kaikki hoitajaksot⁷. Diagnoosien ja toimenpiteiden perusteella on mahdollista saada

tietoa koko maan tilanteesta esim. sairaaloiden välillä tehtävää vertailua varten.

Periaatteessa työkalut raportointiin on olemassa, mutta kattavan tiedon keruun esteitä on monia. Hoidon häiritseviä vaikutuksia voidaan kirjata usealla eri tavalla ja joissakin tapauksissa käytössä oleva tekniikka saattaa jopa estää ilmoituksen tekemisen⁷. Hoidon häiriöiden kirjaamiskäytännöissä on todettu olevan vaihtelua eri sairaaloiden välillä⁷. Suurin raportoinnin este on usein yksikön kulttuuri. Virheiden raportointia vaikeuttavat henkilöstön kiire, rangaistuksen pelko ja epäily raportoinnin hyödyttömyydestä⁶. Helpoimmin näkyvät ja korjattavissa olevat ongelmat ovat suorittajapäässä, järjestelmän ongelmat vaativat aktiivista etsimistä ja analysointia. Perioperatiivisen polun kaltaiset monivaiheiset toiminnot ovat erityisen alttiita virheille. Työvuorojen vaihtuessa ja potilaan siirtyessä vuodeosastolta leikkaussaliin, sieltä heräämöhön tai teho-osastolle, erilaisiin tutkimuksiin ja taas osastolle annetaan useita raportteja, joissa tärkeää tietoa saattaa jäädä siirtymättä. Useimmat virheet ovat huonosti suunniteltujen prosessien ja hoitojärjestelmien synnyttämiä, toisiaan seuraavien onnettomien tapahtumien tulosta⁶.

Potilasturvallisuus ja uusi terveydenhuoltolaki

Suomalainen potilasturvallisuusstrategia ohjaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa ja tukee valtioneuvoston potilasturvallisuuteen liittyvistä asioista päätettäessä ja niitä säädeltäessä⁵. Ennen uutta, 1.5.2011 voimaan astuvaa terveydenhuoltolakia ei sitovaa terveydenhuollon laatua tai potilasturvallisuutta koskevaa lainsäädäntöä ollut annettu, vaan laatua ohjattiin ensisijaisesti suosituksilla. Niiden merkitys on kuitenkin jäänyt vähäiseksi taloudellisten paineiden ja säästämisavoitteiden takia. Laatusuosukset eivät ole oikeudellisesti sitovia, mutta niitä on voitu käyttää asianmukaisten palvelujen mittapuuna¹.

Terveydenhuoltolaki valtuuttaa sosiaali- ja terveysministeriön antamaan asetuksen laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanon suunnitelmasta. Asetuksen tarkoituksena on edistää laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua terveydenhuoltoa. Toimintayksiköiltä edellytetään suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden edistämisestä. Suunnitelman tarkoituksena on määritellä menettelytavat, rakenteet ja vastuut toimintayksikön järjestelmällistä laadunhallintaa ja potilasturvallisuutta varten.

Anestesiahoitajat käyvät läpi pitkän ja järjestelmällisen perehdytyksen ennen kuin he saavat toimia itsenäisesti. Lääkäreiden perehdyttämiskäytännöt sen sijaan vaihtelevat suuresti eri yksiköiden ja erikoisalojen välillä. Syynä puutteelliseen perehdytykseen on usein resurssipula. Heikosti miehitystä yksiköstä on vaikea löytää voimavaroja uuden tulokkaan opastukseen, vaikka hyvän perehdytyksen avulla olisi mahdollista nopeuttaa tulokkaan täyden työpanoksen saavuttamista. Potilasturvallisuussuunnitelma tulee uudistamaan tätä asiaa, sillä se velvoittaa sopimaan laadukkaan ja turvallisen toiminnan edellyttämästä henkilöstön perehdyttämisestä, osaamisen ylläpidosta ja kehittämisestä.

Potilasturvallisuusosaaminen – voiko sellaista opettaa?

Uudistusten implementointi kohtaa lähes aina muutosvastarintaa, mutta siihen voidaan vaikuttaa koulutuksen ja opastuksen avulla. Vaasan keskussairaalan koulutus rakennettiin korostamaan potilasturvallisuutta kokonaisuutena, josta poikkeamien raportointi muodostaa vain osan. Ajatukseen oli panostaa jatkuvaan tiedottamiseen, kouluttamiseen ja tukemiseen². On tärkeää muistaa, että myös arviointi kuuluu osana koulutuksen suunnitteluun. Arvioinnilla ei implementaatioissa tarkoiteta palautteen keruuta vaan sitä, miten opetettu sisältö on otettu käyttöön. Tässä tapauksessa koulutuksen onnistumisen mittarina toimii poikkeamatapahtumien raportoinnin kattavuus.

Valtakunnallisen potilasturvallisuusstrategian linjauksen mukaan potilasturvallisuus sisällytetään sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammatilliseen perus-, jatko- ja täydennyskoulutukseen sekä johtamiskoulutukseen⁵. Tuoreen systemoidun katsauksen mukaan järjestelmällisellä potilasturvallisuuden opetuksella onkin saatu aikaan pääasiassa asenteisiin liittyviä muutoksia⁸. Suurin osa katsaukseen hyväksytyistä 41 tutkimuksesta koski erikoistuvien lääkäreiden koulutusta ($N=24$), lääketieteen opiskelijoita koskevat olivat harvinaisempia ($N=14$). Koulutukset käsittelivät pääasiassa systeemijattelua, juurianalyysin tekoa sekä yleisiä potilasturvallisuuteen liittyviä asioita. Käytetyistä menetelmistä tavallisimmat olivat luennot ja kokemuksellinen oppiminen⁸. Tutkimuksissa raportoitiin koulutuksen ongelmiksi didaktisen ja kokemuksellisen opetuksen tasapainon löytämisen vaikeus, aikatauluttaminen sekä kokeneiden opettajien vähäisyys. Useissa tutkimuksissa osallistujat

olivat myös kommentoineet eroavaisuuksia koulutuksen sisällön ja opetussairaalan kulttuurin välillä⁸.

Yliopiston määrittelemä opetusohjelma on hyvin tarkka ja siinä oppimistavoitteet on selkeästi määriteltä. Käytännön harjoittelua on vaikeampi määritellä, sillä opetusten sisältö vaihtelee osastolla olevien potilaiden mukaan ja ohjaajia on useita. Opetussairaalassa vallitsevaa kulttuuria nimitetään usein piilo-opetusohjelmaksi (hiddin curriculum)⁹. Luennoilla tai meetingeissä on mahdollista saada tietoa, mutta toiminta opetellaan käytännössä. Opiskelijat ja erikoistuvat lääkärit seuraavat ohjaajiansa toimintaa kokonaisuutena, johon kuuluvat tiedot, taidot ja asenteet. Jos ohjaajan asenteet eivät ole potilasturvallisuuskulttuurin mukaisia, usein toistuvasta luento-opetuksesta ei ole hyötyä. Toteamus ”Älä tee niin kuin minä teen vaan niin kuin minä sanon” ei käytännön harjoittelussa ole pelkkä vitsi.

Lopuksi

Potilasturvallisuuden edistämiseen kuuluu olennaisena osana syyllistämättömyyden periaate. Luottamuksellisessa ja avoimessa ilmapiirissä havaittuja poikkeamia, läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia on tärkeää käsitellä avoimesti osana toiminnan kehittämistä. Hoitoon liittyvien vahinkojen ja virheiden käsittely on ahdistavaa sekä hoitotilanteessa mukana olleille että heidän esimiehilleen. Virheet, haitat ja niihin johtaneet syyt on myös paljastettava avoimesti niiden kohteeksi joutuneille potilaille⁶. Avoimuus on tässä tärkeää, sillä vajavaisten tietojen anto saatetaan tulkita aktiiviseksi salailuksi tai valehteluksi. Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan vuorovaikutusopetukseen onkin liitetty harjoitus tehdyn virheen kertomisesta potilaalle. Kulttuuri ei tue tunnustamista, anteeksiantoa ja itselleen anteeksi antamista⁶. Vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu tulevaisuuden erikoislääkärikoulutuksessa sekä täydennyskoulutuksessa.

Potilailla ja heidän omaisillaan on tärkeä rooli potilasturvallisuuden edistämisessä. Potilaslain (785/1992) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mikä edellyttää potilaan aktiivista osallistumista hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Potilasta kannustetaan kertomaan oireistaan, toiveistaan ja huolistaan sekä tekemään kysymyksiä hoitoonsa liittyvistä asioista⁵. On tärkeää, että potilas kertoo kaikki tarvittavat taustatiedot. Potilaan kanssa tulee avoi-

mesti keskustella hoitoon liittyvistä riskeistä ja niiden sattumisen todennäköisyyksistä. Potilaat voivat myös antaa tärkeää tietoa sairaalan toiminnasta muutenkin kuin ilmoittamalla kohdalleen sattuneista potilasvahingoista tai tekemällä muistutuksia tai kanteluita. Luottamuksellisessa ilmapiirissä he uskaltavat ottaa esille turvallisuudessa havaitsemansa puutteet⁵. Asetuksen määrittämän potilasturvallisuussuunnitelman avulla edistetään potilaiden osallistumista laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseen. Potilaiden ja potilasjärjestöjen edustajat onkin hyvä ottaa mukaan potilasturvallisuutta varmistaviin ryhmiin.

Asetus sinänsä ei paranna potilasturvallisuutta, jollei sitä aktiivisesti implementoida. Sen toimeenpano kuuluu yhtäläillä yksikön rakenteista vastaaville johtajille ja suorittavalle portaalle eli potilaan hoitoon suoraan osallistuvalla henkilökunnalle. Suurin muutos tarvitaan kuitenkin piilo-opetusohjelmaan eli omiin asenteisiimme. Virheitä sattuu kaikille, mutta niistä voi oppia. Meistä parhaat tekevät usein pahimmat virheet, sillä he hoitavat haasteellisimmat potilaat. □

Viitteet

1. Terveydenhuoltolaki HE 90/2010 s. 37–9.
2. Keistinen T, Kinnunen M, Holm T. Vaaratapahtumien raportointijärjestelmät kehittävät hoitoa turvallisemmaksi. Suomen Lääkärilehti 2008; 63: 3785–89.
3. www.who.int/safesurgery
4. Takala R, Katila A, Porkkala T, ym. Leikkaussalin tarkistuslistasta hyötyä anesthesiologin työssä. Finnest 2009; 42: 363.
5. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 3.
6. Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon aiheuttamat haitat. Duodecim 2006; 122: 2459–70.
7. Rintanen H, Hämäläinen P, Kaila M, ym. Mitä hoitoturvallisuusilmoitukset kertovat potilasturvallisuudesta? Suomen Lääkärilehti 2010; 65: 1117–22.
8. Wong BM, Etchells EE, Kuper A, ym. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: A systematic review. Academic Medicine 2010; 85: 1425–39.
9. Pingleton SK, Davis DA, Dickler RM. Characteristics of quality and patient safety curricula in major teaching hospitals. Am J Med Qual 2010; 25: 305–11.

Leila Niemi-Murola

kliininen opettaja

Anestesiologian ja tehohoidon klinikka

HYKS

leila.niemi-murola[a]hus.fi

Taina Mäntyranta

neuvotteleva virkamies

Sosiaali- ja terveyspalveluosasto

Sosiaali- ja terveysministeriö

taina.mantyranta[a]stm.fi