

Safe surgery saves lives

Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen

Eero Pesonen

Maailman terveysjärjestö WHO aloitti muutama vuosi sitten kirurgiaan liittyvien komplikaatioiden vähentämiseen tähtäävän maailmanlaajuisen "Safe surgery saves lives"-kampanjan. Sen keskeisin työkalu on potilasturvallisuuden leikkaussalissa vaikuttavien seikkojen systemaattinen tarkistaminen erityisen tarkistuslistan (checklist) avulla. Tämä käytäntö on vähitellen rantautumassa Suomeenkin. Mistä tarkistuslistassa on kyse ja mikä on sen tieteellinen näyttö?

Lentoliikenteessä on vuosikautia käytetty tarkistuslistoja lentoturvallisuuden parantamiseksi. Vastaavan käytännön soveltaminen lääketieteessä on ajankohtainen aihe: PubMedistä löytyy MeSH-hakusanalla "checklist" 387 viitettä, jotka harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta on julkaistu kahden viime vuoden aikana. Tarkistuslistoja on sovellettu mm. tautien diagnostiikkaan, lääkkeiden sivuvaikutusten arviointiin, histopatologiseen diagnostiikkaan ja meitä anesthesiologeja taatusti kiinnostaan myös tehohoitoon. Kuitenkin ehkä merkittävimpana yksittäisenä aiheena nousee esille kirurgiaan liittyvä potilasturvallisuus todennäköisesti WHO:n lanseeraaman kampanjan tähden.

WHO:n tarkistuslista

Vuonna 2007 WHO kutsui koolle kansainvälisen asiantuntijaryhmän pohtimaan keinoja kirurgisiin toimenpiteisiin liittyvän potilasturvallisuuden parantamiseksi (www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/). Seuraavana vuonna syntyi tarkistuslista (Kuva 1), jonka idea on yksinkertaisilla keinoilla estää riskitilanteiden ja komplikaatioiden syntymistä. Keskeisenä tavoitteena oli luoda väline, josta kaikki WHO:n jäsenvaltiot pystyvät käyttämään niiden sosioekonomisesta asemasta riippumatta.

Tämä WHO:n kannalta täysin ymmärrettävä seikka näkyy tarkistuslistassa. Suomalaisesta näkökulmasta pulssioksimetri on itsestäänselvyys kaikkein pienimmässäkin kirurgisessa nyppäisyssä. Suomessa niin pulssioksimetri kuin kaikki muutkin laitteet ovat taatusti myös toimintakunnossa. Vähintään kahta perifeeristä laskimokanyyliä voi pitää kotimaisena vähimmäisstandardina vähänkään isommassa (leikkausvuodon riski yli 500 ml) opeeraatiossa. Toisen ääripään kummallisuus löytyy listan alusta. Leikkausluvan kysyminen esilääkityltä potilaalta vielä leikkaussalissa tuntuu suorastaan haitalliselta. Tämän asian kirurgi ja potilas ovat yhdessä pohtineet rauhassa etukäteen. Lieneekö tässä kuultavissa kaikuja amerikkalaisesta oikeuskäytännöstä?

Toki tarkistuslista on voittopuolisesti hyvä. Se on viisaasti ja selkeästi jaettu kolmeen vaiheeseen: 1. seikkoihin ennen potilaan nukutusta/puudutusta, 2. seikkoihin ennen leikkauksen alkua ja 3. leikkauksen jälkeisiin seikkoihin. Tarkistuslistan läpikäyntiin ottavat osaa sekä hoitaja, anesthesiologi että kirurgi. Tämä on omiaan vahvistamaan eri ammattiryhmien välistä kommunikaatiota ja tiimityöskentelyä. Tässä suhteessa on arvokasta, että tarkistuslistan vihonviimeisessä kohdassa kaikki yhdessä miettivät potilaan postoperatiiviseen toipumiseen ja hoitoon liittyviä keskeisiä seikko-

ta. Mutta sittenkin, kuinka edustava tutkimus on Suomen kannalta? Vai onko meillä Suomessa liian ruusuinen kuva toimintamme tasosta? Kolmantena huolena WHO:n tarkistuslistaa ei ole tiettävästi mitenkään validoitu ennen tutkimuksen toteutusta.

Viime vuonna de Vries ym.⁴ julkaisivat tutkimuksen, jossa edellä mainitut ongelmat oli otettu huomioon. Tarkistuslistaa tutkittiin kuudessa korkeatasoisessa hollantilaisessa sairaalassa. Lisäksi kontrollina oli viisi vastaavantasosta sairaalaa samasta maasta. Tarkistuslista, joka ei ollut edellä esitetty WHO:n lista, oli myös etukäteen validoitu⁵. Koska jopa yli puolet kirurgisen potilaan hoitoon liittyvistä virheistä tapahtuu pre- tai postoperatiivisesti leikkaussalin ulkopuolella, tämän tutkimuksen tarkistuslista kattoi kirurgisen potilaan koko hoitoketjun sairaalaan saapumisesta uloskirjautumiseen. Tutkimus toteutettiin edellisen tutkimuksen tavoin ajallisena pitkittäistutkimuksena, jossa interventiosairaaloissa lähtötilanteessa (ei tarkistuslistaa) kerättiin 3760 ja tarkistuslistan ollessa käytössä 3820 potilasta. Kontrollisairaaloissa oli kaksi perättäistä vaihetta (2592 ja 2664 potilasta), joissa kummassakaan ei käytetty tarkistuslistaa. Vaikka tutkijat näkivät suuren vaivan keräämällä kontrollisairaaloista tuhansia potilaita, jostain syystä interventio- ja kontrollisairaaloita ei tilastollisesti verrattu lainkaan toisiinsa. Näin ollen tässäkin tutkimuksessa valitettavasti sairaalat toimivat itse itsensä kontrollina. Tulokset ovat kuitenkin mielenkiintoisia, koska hollantilaisten sairaaloiden taso on taatusti verrannollinen suomalaisiin. Komplikaatioiden kokonaismäärä putosi tarkistuslistan käyttöönoton myötä 27,3 %:sta 16,7 %:iin.

Tarkistuslistan nykyasema

WHO:n tarkistuslistalla on virallinen asema ainakin Englannissa ja Walesissa⁶. Paikallinen viranomainen (The UK National Patient Safety Agency) on helmikuusta 2010 lähtien edellyttänyt WHO:n tarkistuslistan tai siitä muokatun version käyttöä kaikilla kirurgisilla potilailla. Vaikka tarkistuslistalla ei ainakaan vielä ole virallista asemaa Suomessa, on se tavalla tai toisella otettu käyttöön joisakin maamme sairaaloissa⁷. Mikä tahansa sairaala

voi myös ilmoittautua WHO:n internetsivujen kautta tarkistuslistaa käyttäväksi sairaalaksi. Kyseessä ei ole sertifoituminen eikä WHO valvo tarkistuslistan käytännön toteutusta.

WHO:n tarkistuslista ei ole sellaisenaan sovellettavissa kaikille kirurgian erikoisaloille. Pilottitutkimuksesta oli jätetty esimerkiksi sydänkirurgia tyystin pois¹. Myös obstetriikassa⁸ ja itse asiassa varmaankin kaikilla erikoisaloilla on seikkoja, joita lista ei huomioi. Tuskin WHO on edes tarkoittanutkaan listaa yleispäteväksi kaikki kirurgian alatyyppit ja kaikki maailman maat kattavaksi versioksi. Pikemminkin se on lähtökohta, josta paikallisesti voidaan räätälöidä itselle parhaiten soveltuva malli. Tarkistuslistojen käyttö vaatii myös tilannetajua, jotta keskeisin eli potilas persoonana ei unohdu ja ahdistu⁹. Vaikka tarkistuslistojen hyödyn tieteellinen näyttö on vielä ohutta, niiden viisas soveltaminen leikkaussalissa lienee syytä aloittaa jo nyt. Tämä vaatii uutta asennoitumista sekä omaan että työtovereittemme työtapoihin ja työpanokseen. Olemmeko siihen valmiita? □

Viitteet

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, ym. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009; 360: 491–499.
2. Weiser TG, Haynes AB, Dxiekan G, ym. for the Safe Surgery Saves Lives Investigators and Study Group. Effect of a 19-item surgical safety checklist during urgent operations in a global patient population. *Ann Surg* 2010; 251: 976–980.
3. Windsor JA, Petrov MS. Patient safety in medicine: are surgeons ready for checklist? *ANZ J Surg* 2010; 80: 3–10.
4. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPH, ym. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. *N Engl J Med* 2010; 363: 1928–1937.
5. de Vries EN, Hollmann MW, Smorenburg SM, ym. Development and validation of the SURgical Patient Safety System (SURPASS) checklist. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 121–6.
6. Karamchandani D, McGarry GW. The World Health Organisation surgical safety checklist. *Clin Otolaryngol* 2010; 35: 217–218.
7. Ikonen TS, Pauniahho S-L. Leikkaustiimin tarkistuslista. *Finnanest* 2010; 43: 108–111.
8. Rao K, Lucas DN, Robinson PN. Surgical safety checklist in obstetrics. *Int J Obstet Anesth* 2010; 19: 235–240.
9. Thomassen Ø, Brattebø G, Heltne JK, ym. Checklist in the operating room: Help or hurdle? A qualitative study on health workers' experiences. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 342–347.

Eero Pesonen

dosentti, erikoislääkäri

HYKS, Meilahden sairaalan leikkausosasto

eero.pesonen[a]hus.fi