



Voidaanko potilasturvallisuutta vielä parantaa?

Leikkaustoimintaan liittyvät haittatapahtumat ovat vähentyneet dramaattisesti – nimenomaan positiivisen dramaattisesti – viime vuosikymmeninä. Leikkaussalitekniikan ja ehkä eniten potilasmonitoroinnin kehittymistä samoin kuin suomalaista tiimityötä lienee tästä kiittäminen. Tietysti samalla on pitänyt huolehtia tiimin jäsenten kouluttamisesta siten, että monitorien tuomaa informaatiota on osattu hyödyntää potilaan hyväksi.

Kehitys ei kuitenkaan kaikkialla maailmassa, ei edes ns. kehittyneissä tai teollisuusmaissa ole ollut yhtä suotuisaa. Maailman terveysjärjestön WHO:n mukaan maailmanlaajuisesti tapahtuu miljoona leikkaustoimintaan liittyvää kuolemaa ja 7 miljoonaa potilaalle vakavan haitan aiheuttavaa komplikaatiota joka vuosi. Näitä haittatapahtumia on lähdetty torjumaan yksinkertaisin mutta järjestelmällisin toimenpitein: oikea leikkaus oikealle potilaalle, mahdollisimman turvallisen anestesiaimenetelmän valinta potilaan terveydentila ja suunniteltu leikkaus huomioiden, erityinen huomio ilmatien aukipitoon, valmistautuminen verenmenetyksen korvaukseen, tiedossa olevien allergioiden huomioiminen, kirurgisia infektioita ehkäisevien toimenpiteiden käyttö, leikkausalueelle unohdettavien instrumenttien ja sidetarvikkeiden määrän minimoiminen, tehokas kommunikaatio tiimin jäsenten kesken valittuun leikkaustekniikkaan liittyvistä riskeistä ja leikkauksen onnistumisen edellytyksistä sekä sairaalajärjestelmän laadunvalvonta. Jotta nämä yksinkertaisesti varmistettavissa olevat asiat tulisivat yksinkertaisesti varmistetuiksi, WHO on kehittänyt tarkistuslistan, jota seuraten yleisimmät leikkauspotilaan turvallisuutta uh-

kaavat riskitekijät voidaan nopeasti eliminoida.

Tarkistuslistassa on kolme osaa, joista ensimmäinen käydään läpi potilaan tultua leikkaussaliin ennen anestesiainduktiota, toinen ennen leikkauksen alkua ja kolmas leikkauksen juuri päätyttyä ennen potilaan siirtoa leikkaussalista. Tarkistuslista tai englanninkieliseltä nimeltään Check List käyttöä selventävine liitteineen löytyy mm. osoitteesta [www.who.int/polun/Programmes and projects](http://www.who.int/polun/Programmes_and_projects) » Patient safety » Safe Surgery Saves Lives päästä. Omien kokemustemme mukaan kunkin kohdan läpikäymiseen kuluu noin minuutti. Kun miettii sitä informaation määrää, joka järjestelmällisesti noiden minuuttien aikana välitetään, voi olla täysin vakuuttunut siitä, että nuo minuutit eivät ole toimenpiteen hintaa nostavia vaan epäilemättä koko hoitojakson kustannuksia laskevia. Joka ei tätä usko, kokeilkoon itse.

WHO:n tarkistuslistan käyttöä pilotoitiin ennen sen maailmanlaajuista lanseerausta kahdeksassa kaupungissa, joista osa sijaitti kehittyneissä, osa kehittyneissä maissa. Listan käytöllä onnistuttiin estämään 50 % perustavaa laatua olevista haittatapahtumista. WHO:n Safe Surgery Saves Lives -sivustolta löytyy osin uskomattomia tilastotietoja siitä, mikä kaikki on voinut mennä pieleen, kun Check Listin tarkistuksia ei ole tehty. Monet epäonnistumiset näyttävät johtuneen siitä, että potilasta on hoitanut tiimin asemesta muutama yksilö omine tarkasti rajattuine vastuualueineen. Ehkä siksi kaikki sudenkuopat eivät vaani suomalaista potilasta yhtä paljon kuin keskivertopotilasta maailmanlaajuisesti. Kuitenkin tarkistuslistan käyttöönoton myötä olen huomannut, että leikkaussalitiimin kommunikaatiossa on Suomessa-

kin vielä paljon parantamisen varaa. Monia asioita pidetään itsestäänselvyksinä, vaikka ne eivät sitä todellakaan ole. Ja perustavat korjaustoimenpiteet kestävät kolme minuuttia yhtä leikkauspotilasta kohti. Noihin minuutteihin meillä kannattaa olla varaa.

Suomen Kirurgiyhdistys ja SAY suosittelevat tarkistuslistan käyttöönottoa kaikissa leikkaustoi-
menpiteissä mahdollisimman pian. Nyt sen ehtii vielä tehdä vapaaehtoisesti, ennen kuin Check Listin käyttö tulee pakolliseksi. Kirurgisen potilaan

leikkauspäivän koko prosessi huomioiden Jorvin sairaalassa on kehitetty leikkaussalissa tehtävien tarkistusten rinnalle lista niistä asioista, jotka käydään läpi potilaan saapuessa leikkaussal-
telle ja toinen läpikäytäväksi potilaan siirtyessä leikkaussalolta – useimmiten heräämöstä jat-
kohoitoon vuodeosastolle. Näitä ette vielä löydä WHO:n nettisivuilta, mutta ne voitte saada allekirjoittaneelta, jolle ne on ystävällisesti lainattu. □

Helsingissä, 24.3.2010



Juha Kokkonen