



Johanna Sarvela
LT, erikoislääkäri
HUS, AteK, Jorvin sairaala
johanna.sarvela@hus.fi

Tarvitseeko anestesia­lääkäri laatu­järjestelmää?

Hoidossa tapahtuvat haattatapahtumat ovat merkittävä kuolinsyy ja kulu­erä myös Suomessa. Tämän vuoksi toiminnan laatua parannetaan ja ylläpidetään pitkäjänteisesti ja kattavasti erilaisilla laatu­järjestelmillä.

WHO raportoi vuonna 2017, että lääkitysvirheet ovat kolmanneksi suurin kuolemansyy USA:ssa (1,2). Myös Britanniassa raportoidaan toimenpiteeseen liittyvä haitta joka 35. sekunti. Raportin mukaan joka kymmenennelle potilaille aiheutuu sairaalahoitossa vahinko, joista vähintään puolet olisi ehkäistävissä. Köyhissä ja keskitulon maissa potilashaitat ovat vielä yleisempiä. Myös Suomessa THL arvioi 1/10 sairaalapotilaista kokevan haattatapahtuman, ja noin 700–1700 menehtyvän sen vuoksi (3). Merkittävää on, että kattavaa ja vertailukelpoista suomalaista tutkimustietoa tästä asiasta ei ole.

Myös taloudellisesti puhutaan huimista summista. Samaisen WHO:n raportin mukaan

lääkitysvirheet aiheuttavat USA:ssa 42 miljardin dollarin kustannukset vuosittain. Vuonna 2017 WHO:n tavoitteisiin otettiin Medication Without Harm –projekti, jossa pyritään vähentämään lääkitykseen liittyviä haattatapahtumia 50 %:lla vuoteen 2022 mennessä. Suomessa THL:n tutkija J. Järvelin arvioi Suomessa sairaanhoidon haattatapahtumien vuosikustannuksiksi 400 miljoonaa euroa perustuen ulkomaisiin tutkimuksiin (4). Arvio olisi merkittävästi suurempi, 951 miljoonaa euroa, jos se sisältäisi myös terveydenhuollon avohoidon, pitkäaikaishoidon ja kotitaloustuotannon menetykset. Tämän lisäksi Potilasvakuutuskeskus maksoi vuonna 2018 lähes 41 miljoonaa euroa korvauksia potilasvahingoista. Kyseessä on siis lähes 1 miljardin euron menot runsaan 5 miljoonan väestössä eli noin 5 % koko maamme sosiaali- ja terveysmenoista (20,6

miljardia euroa 2017) tai 0,45 % BKT:stä (223,9 miljardia 2017). Vahinkojen aiheuttamaa inhimillistä kärsimystä on mahdoton mitata rahassa.

Potilasturvallisuuden kehitys

Potilasturvallisuuteen on herätty globaalisti vasta 2000-luvulla. WHO aloitti potilasturvallisuusohjelmansa (Safe Surgery Saves Lives) 2004 (5). Osana sitä otettiin laajasti käyttöön leikkaustiimin tarkistuslista (Surgical Safety Checklist), joka 2007–2008 kahdessa suurkaupungissa ympäri maailmaa vähensi mortaliteettia 1,5 %:sta 0,8 %:iin ja komplikaatioiden insidenssiä 11 %:sta 7 %:iin (6). Euroopassa yhteistyötä WHO:n kanssa ryhdyttiin toteuttamaan perustamalla 2012 European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PaSQ).

Suomessa potilasturvallisuutta ovat lainsäädännön näkökulmasta edistäneet vuonna 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki ja siihen liittyvät asetukset. Laki edellyttää terveydenhuollon toimintayksiköiltä suunnitelmaa laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytännönpäntöä. Hoidon on perustuttava näyttöön ja hyvin hoito- ja toimintakäytäntöihin. STM on laatinut 1. kansallisen potilasturvallisuusstrategiansa vuosille 2009–2013. Viimeisin STM:n potilasturvallisuusstrategia on vuosille 2017–2021 (7), jota koordinoi Vaasaan perustetun Potilas- ja asiakashuollon kehittämiskeskus. Siinä on haluttu lisätä potilaan osallistamista hoitoon. Vuoteen 2021 mennessä terveydenhuollon yksiköissä tulisi olla mm. menettelytavat riskien arviointiin ja hallintaan. Toimintatapoja, yhteisiä prosesseja sekä viestintää tulisi parantaa. Terveydenhuoltolakiin kuuluu myös lääkinnällisten laitteiden turvallinen käyttö. Siihen liittyy kiinteästi esimerkiksi perehdytys laitteiden käyttöön, jonka toteuttamisesta pidetään kirjaa toimintayksikössä.

THL julkaisi v. 2011 Potilasturvallisuusoppaan laatutyön jalkauttamisen avuksi (8).

Laatutyö

Laatutyö on paljon muutakin kuin potilasturvallisuusasioiden hoitamista. Siihen kuuluvat hoidon oikea-aikaisuus, henkilöstön hyvinvointi, organisaation kehittäminen, toiminnan tehokkuus ja kustannusvaikuttavuus. Siihen kuuluu myös potilaan näkemyksen huomioonottaminen ja oikeudenmukaisuus.

Potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus voidaan jakaa lääkehoidon turvallisuuteen, laiteturvallisuuteen ja hoidon turvallisuuteen. Lääkehoidon turvallisuus pitää sisällään lääkkeen ja lääkityksen turvallisuuden. Laiteturvallisuudella tarkoitetaan itse laitteen turvallisuutta, mutta myös sen oikeanlaista käyttöä. Hoidon turvallisuus sisältää hoitomenetelmät ja hoidon toteuttamisen.

Laadunhallintajärjestelmiä

Yhdysvaltojen terveysministeriön alainen Institute of Medicine (IOM) on määritellyt terveydenhuollon laadun ulottuvuuksiksi potilaskeskeisyyden, potilasturvallisuuden, oikea-aikaisuuden, vaikuttavuuden, tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden. Näiden toteuttamiseksi tarvitaan laadunhallintaa, jonka tueksi on olemassa erilaisia järjestelmiä. Tällaisia ovat kansainväliset ISO (International Organization of Standardization) –pohjaiset ja JCI (Joint Commission International) -laatujärjestelmät ja laatu-palkinto EFQM (European Foundation for Quality Management). Useissa Euroopan maissa on kansallisia laatujärjestelmiä, kuten saksankielisissä maissa KTQ (Cooperation for transparency and quality in Health Care), CAF eli Common Assessment Framework ja omat kansalliset järjestelmät useissa maissa, kuten esimerkiksi Tanskassa. Suomessa käytössä on myös sosiaali- ja terveydenhuollon laatuohjelma SHQS (Social and Health Quality Service).

JCI (Joint Commission International) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä

Vuonna 2015 HUS:n johtoryhmä päätti ottaa käyttöön sairaanhoitopiiriin JCI:n laatujärjestelmän (www.jointcommissioninternational.org), mm. sen kattavuuden, arvioitujen vähäisten kulujen, hyvän maineen ja maailmanlaajuisen käytön vuoksi. Pohjoismaista ei löydy yhtään JCI-akkreditoitua sairaalaa, mutta Euroopassa niitä on useita. Aluksi HUSissa hankkeeseen lähti vain kuusi tulosyksikköä, mutta v. 2021 alusta myös kaikki loput HUSin kliiniset yksiköt lukuun ottamatta HUS-Diagnostiikkaa, Logistiikkaa ja Tietohallintoa liittyivät mukaan.

>>

Kuva 1. JCI-standardit.

Potilaskeskeiset standardit

1. Kansainväliset potilasturvallisuustavoitteet (IPSG)
2. Hoitoon pääsy ja hoidon jatkuvuus (ACC)
3. Potilaskeskeinen hoito (PCC)
4. Potilaiden arviointi (AOP)
5. Potilaiden hoito (COP)
6. Anestesia ja kirurginen hoito (ASC)
7. Lääkityksen hallinta ja käyttö (MMU)

Terveysthuolto-organisaation hallintostandardit

1. Laadun parantaminen ja potilasturvallisuus (QPS)
2. Infektioiden ehkäisy ja hallinta (PCI)
3. Hallinto, johto ja ohjaus (GLD)
4. Toimitilajohtaminen ja -turvallisuus (FMS)
5. Henkilöstön pätevyys ja koulutus (SQE)
6. Tiedonhallinta (MOI)

Yliopistollisia keskussairaaloita koskevat standardit

1. Lääketieteen ammattilaisten koulutus (MPE)
2. Koehenkilötutkimusohjelmat (HRP)

USA:sta lähtöisin oleva, yli 20 000 organisaation käyttämä JC-järjestelmä on pohjana kansainväliselle JCI:lle, joka aloitti toimintansa 1994. JCI on kansainvälisen ISQ (The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association) -järjestön hyväksymä organisaatio. JCI on riippumaton, voittoa tavoittelematon laatujärjestelmä, jonka vaatimukset päivitetään kolmen vuoden välein, ja jonka vaatimukset perustuvat tieteellisiin EBM-tutkimuksiin. JCI toimii yli 90 maassa. Kansainvälinen JCI ottaa huomioon paikallisen lainsäädännön sekä kulttuuriset seikat vaatimuksissaan.

JCI:n akkreditaatioon vaadittavat laatuvaatimukset, standardit, jakautuvat kolmeen ryhmään. Laatuksiteristöstä 7 on potilaskeskeistä, 6 liittyy yksikön organisaatioon ja toimintaan sekä kaksi tutkimukseen ja opetukseen yliopistosairaalassa (kuva 1). Laatuvaatimukset koskevat sairaalan kaikkia toimintoja tukipalveluineen, esimerkiksi lääkehuoltoa, riskienhallintaa, henkilöstöhallintoa, eettisiä toimintatapoja, toimitilaturvallisuutta ja tiedonhallintaa. Vaatimukset koskevat myös puhtaanapitoa ja koehenkilöitä sisältäviä tutkimusohjelmia. Vaikka HUSin monet toimintatavat täyttävätkin jo laatuvaatimukset, puuttuu niistä kirjallinen ohjeistus. JCI-vaatimusten täyttäminen vaatii paljon pienryhmyös-

kentelyä, joissa JCI-standardien sisältämät laatuvaatimukset tulkitaan ja sovelletaan kansallisen lainsäädännön ja kulttuurin mukaisiksi. Työ on tältä osin vielä kesken.

Akkreditaatiotarkastus

JCI-laatujärjestelmän hyväksyminen edellyttää ulkopuolista akkreditaatiotarkastusta, joka tulee uusia kolmen vuoden välein. Tarkastus tehdään koko yksikköön ennalta sovittuna päivänä. Tarkastuksessa tutkitaan etukäteen vaadittuja kirjallisia dokumentteja, haastatellaan sattumanvaraisesti henkilökuntaa ja tarkastetaan toimintaympäristö. Hyväksynnän saamiseksi standardit tulee pääsääntöisesti toteuttaa, mutta ns. kansainvälisissä potilasturvallisuusvaatimuksissa (IPSG) ne täytyy toteuttaa kokonaisuudessaan. Näihin kuuluvat potilaan tunnistaminen, standardoitu viestintä, leikkausturvallisuuden varmistaminen ja terveydenhuoltoon liittyvien infektioiden riskin pienentäminen. Lisäksi pakollisiin vaatimuksiin kuuluvat suuren riskin lääkkeiden käytön turvallisuuden parantaminen ja kaatumisista aiheutuvien potilashaittojen riskin vähentäminen.

Mitä JCI merkitsee organisaatiolle?

JCI edellyttää useiden sairaalakohtaisten laatuvaatimusten säännöllistä seuraamista ja asetettuihin tavoitteisiin pyrkimistä. Laatuvaatimusten tulokset raportoidaan, analysoidaan ja laaditaan toimenpiteitä tulosten parantamiseksi. Laatuvaatimukset kattavat paitsi potilaan hoidon, myös henkilökunnan hyvinvoinnin ja organisaation tukipalvelut. Laatuksiteristeen seurantaan perustuvaa vertailua voidaan tehdä sekä kansallisesti että kansainvälisesti muihin organisaatioihin. Toiminta edellyttää seurannan ja toimien läpinäkyvyyttä; koko henkilökunnan tulee olla niissä mukana. JCI-laatujärjestelmä vaatii hoidon standardoimista ja riskien tunnistamista.

Vaatimuksiin liittyy useita standardeja, joilla pyritään parantamaan organisaatiossa ilmenevien infektioiden seuranta, ennalta ehkäisemään niitä, ja muun muassa varautumaan pandemioihin. Sairaalan johdon tulee olla tehokas ja johdon vastuut määritellään kirjallisesti. Toimitilojen tulee olla turvalliset ja henkilökunnan tulee osata toimia tiloihin liittyvissä hätätilanteissa. Henkilökunnan tulee olla pätevää ja perehdytettyä tehtäviinsä ja perehdytys dokumentoidaan. Uu-

sille työntekijöille täytyy järjestää systemaattinen perehdytys työtehtäviinsä. Myös tiedonhallinnan tulee taata luottamuksellisuuden ja tietoturvan vaatimukset sekä olla varautunut erilaisiin kriisitilanteisiin potilastiedot säilyttäen.

Miten JCI-akkreditaatio parantaa potilaan hoitoa?

JCI vaatii hoidon yhtenäistämistä. Se on poikannut suuren määrän uusia ohjeita: sairaalatasoisia johtajaylilääkärin ohjeita, potilasohjeita sekä toimiala- ja yksikkökohtaisia hoito- ja menettelyohjeita. Ohjeiden hallintaan on perustettu koko henkilökunnan käyttöön Ohjepankki, johon ohjeet kootaan ja yhtenäistetään mahdollisuuksien mukaan. Ohjepankki antaa säännöllisesti automaattiset herätteet tarvittavista päivityksistä. Laaditut hoidon kriteerit tasalaatuistavat toimintaa ja vähentävät hoidon riskejä. Hoidon sujuvuutta seurataan ja kehitetään. Keskeistä on potilaan entistä parempi osallistaminen hoitoonsa, informaatio hoidosta ja sen vaihtoehdoista. Potilastyytyväisyyttä seurataan ja pyritään parantamaan.

JCI vaatimuksiin kuuluu mm. hoitoon liittyvien infektioiden säännöllinen seuranta, analysointi ja reagoiminen. Perinteisesti terveydenhuollon häirtätapauksia ei Suomessa ole seurattu systemaattisesti. Esiin tulleet potilasvahingot ovat jäävuoren huippu. Potilas-

turvallisuuden parantamiseksi STM:n vuonna 2006 kehittämä HaiPro-järjestelmä tuottaa anonyymisti jatkuvasti tietoa sairaaloissa potilasturvallisuutta vaarantavista tapahtumista. Ilmoitusaktiivisuus on kuitenkin vaihtelevaa. Erityisesti lääkärit tekevät harvoin HaiPro-ilmoituksia eivätkä ilmoitukset ole useinkaan johtaneet moniammatilliseen oppimiseen (9). Havaitsematta jääviä virheitä, läheltä piti-tilanteita ja varsinaisia vahinkojakin lienee paljon enemmän. Vapaahoitoisuuteen perustuvan raportoinnin arvioidaan kattavan vain n. 10–20 % haitoista (10). Olemme olleet jäljessä komplikaatioiden ja hoitotulosten seurannassa, mutta onneksi THL on aloittanut Suomessa koordinaation kansallisten laaturekisterien aikaansaamiseksi (11) muiden pohjoismaiden tapaan. On ollut helppoa tuudittautua ajattelemaan, ettei ongelmia ole, jos niitä ei mitata.

HUSissa suurin osa HaiPro-ilmoituksista on liittynyt lääkehoitoon ja toiseksi eniten kommunikaatioon ja viestintään. Lääkehoidon virheitä on pyritty vähentämään määrittelemällä lääkemääräysten minimivaatimuksia, lääkityksen kaksostarkistuksilla, lääkkeiden turvallisemmalla merkinnällä ja säilytyksellä. Lääkehoitosuunnitelmaan on koottu lääkehoitoon liittyvä ohjeistus. Viestinnän parantamiseksi potilassiirroissa on jo koko sairaalassa sovittu otettavaksi käyttöön ISBAR-raportointi (kuva 2). Myös potilaille tulee lähiaikoina mahdolliseksi tehdä itse ilmoituksia vaaratapahtumista.

I	Identify Tunnista	Oma nimi ja työpiste Potilaan nimi
S	Situation Tilanne	Ongelma/Tulotilanne tai syy konsultointiin
B	Background Tausta	Relevantit perussairaudet ja lääkitykset - allergiat, ravinnottomuus, tartuntavaarallisuus, verivaurukset ym. Miten nykytilanteeseen päädyttiin?
A	Assessment Tilannearvio	Vitaalielintoiminnot ABCDE-menetelmällä A = Ilmatie B = Hengitys (SpO ₂ , hengitystiheys, hengitysmekaniikka, FiO ₂) C = Verenkierto (verenpaine, pulssi, rytmi, tahdistin, vasoaktiivit) D = Neurologia (GCS, puolierot), verensokeri E = Diureesi, lämpötila, muut löydökset
R	Recommendation Suositus	Hoito-ohjeet, omat suositukset, kysymyksenasettelu

Kuva 2. Meilahden ISBAR-standardi.

>>

Mitä JCI merkitsee hoitohenkilökunnalle?

Yhtenäinen ja helposti löydettävissä oleva ohjeistus helpottaa ja nopeuttaa hoitoa. Koko henkilökunnalta vaaditaan asianmukainen koulutus tehtäviinsä sekä dokumentoitu perehdytys työhönsä ja sairaalan käytäntöihin. Sama koskee laiteosamista. Kaikki edellä mainitut seikat tekevät työstä sujuvampaa ja ne vähentävät hoidon riskejä. Henkilökunnan jatkuva koulutus on työntekijän oikeus ja velvollisuus. Ohjepankin myötä ei ole päällekkäisiä ohjeita, ja yksikkökohtaisten hoito-ohjeiden laatimiseen ja etsimiseen tarvittava aika voidaan käyttää potilastyöhön. Myös henkilökunnan tyytyväisyyttä seurataan.

Omat haasteensa laatutyön jalkauttamiseen tuo nyt Covid-19 pandemia ja sen mukanaan tuomat paineet erityisesti anestesia- ja tehohoitoon liittyen. Vaikka sekä ohjeistuksen toimialakohtaisten sovellusten laatiminen että niiden jalkauttaminen vaativat aikaa ja henkilökunnan jaksamista, vähentävät ne pitkällä aikavälillä hoitovirheitä ja henkilökunnan turhautumista. Lisäksi ne parantavat hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. Myös resursseja tähän työhön tarvitaan.

Anestesia- ja lääkehoitoon on itsestään selvää, että hän pyrkii hoitamaan potilastaan mahdollisimman hyvin. Oma panos on kuitenkin vain osa potilaan saamaa hoitoa. Jotta se kokonaisuudessaan olisi laadukasta, tarvitaan siihen kuitenkin paljon muutakin: motivoitunut, perehdytetty ja innostunut henkilökunta, korkealaatuiset ja toimivat tilat ja laitteet, standardoitu viestintä, yhtenäiset toimitavat ja ohjeet sekä jatkuva toiminnan seuranta ja parantaminen. ■

Kiitokset kommenteista ylilääkäri Vesa Kontiselle ja laatu päällikkö Margit Pesoselle.

Viitteet

1. BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, toim. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC): National Academies Press (US) 2000.
3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuutta taidolla-ohjelma (siteerattu 14.1.2018). https://www.thl.fi/documents/10531/102913/PT%20suunnitelma_finaali_180811.pdf
4. Järvelin J, Haavisto E, Kaila M. Potilasturvallisuuden kustannukset. SLL 2010;12:1123–27.
5. WHO. Patient Safety. <https://www.who.int/patientsafety/about/en/>. Accessed December 15, 2019.
6. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med. 2009;360(5):491–9.
7. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös. Potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia 2017–2021.
8. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Potilasturvallisuusopas. Tampere, 2011. www.thl.fi/potilasturvallisuus. Accessed December 17, 2019.
9. Rauhala A, Kinnunen M, Kuosmanen A et al. Mitä vaaraehtoiset vaaratapahtumailmoitukset kertovat. SLL 2018;46:2716–20.
10. Stavropoulou C, Doherty C, Tosey P. How effective are incident-reporting systems for improving patient safety? A systematic literature review. Milbank Q 2015;93:826–66.
11. Keinänen M, Brummer-Korvenkontio H, Eskola M et al. Terveydenhuollon kansalliset laaturekisteripilotit loppusuoralla. SLL 2020;50:2788–94.