

2 • 2005

Riskienhallinassa tapahtuu

Riskienhallinta on ollut melko kehittymätön osa laadunhallintaa, mutta parempaan ollaan menossa. Monenlaista kehittämistyötä on vireillä meillä kuin muuallakin. Stakesin erikoissuunnittelija Maarit Outisen artikkelissa kuvataan riskienhallinnan maailmaa ja tarkastellaan erityisesti potilasturvallisuuden kehittämistä.

Kouluissa paljon lieviä tapaturmia

Tapaturmia sattuu vuosittain 10–15 prosentille oppilaista. Noin neljännes kaikista seurantaan kirjautuneista tapaturmista johti hoitoon ohjaimiseen koulun ulkopuolelle; terveyskeskukseen, sairaalaan tai hammashoitolaan.

Viisas oppii virheistä

Monissa maissa tehdyt selvitykset ovat osoittaneet, että sairaalahoidossa tapahtuu paljon virheitä, jotka aiheuttavat haittoja potilaille. Noin yksi kymmenestä sairaalaan otetusta potilaasta kokee hoitoon liittyvän virheen.

Turvallinen hoitoyksikkö

Mitä vaativampaa hoitoyksikön toiminta on, sitä enemmän edellytetään hoitohenkilöstön toiminnassa ammattitaitoa. Potilaan tutkimuksissa ja hoidossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden toimivuuden ja suorituskyvyn varmistaminen on yksi turvallisuuden avaintekijöistä.



LaatuPala

LaatuPala on Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston oma tiedotuslehti, joka ilmestyy neljä kertaa vuodessa.

Voit liittyä verkoston jäseneksi takasivulla olevalla lomakkeella. Lisätietoja verkostosta saat LaatuPalan toimituksesta.

Toimitus

Stakes,
Sosiaali- ja terveystalvet,
Palvelujen laaturyhmä
PL 220, 00531 Helsinki
puh. (09) 3967 2294
fax. (09) 3967 2155
Käyntiosoite:
Lintulahdenkuja 4,
00530 Helsinki

Päätoimittaja

Salla Sainio
puh. (09) 3967 2271
fax. (09) 3967 2155
salla.sainio@stakes.fi

Toimitussihteeri

Aila Teinilä
puh. (09) 3967 2294
fax (09) 3967 2155
aila.teinila@stakes.fi

Taitto ja ulkoasu

Aila Teinilä

Kuviot

Seija Puro

Kannen kuva

Elämää lemmikinkukassa
Pertti Pirinen

Graafinen suunnittelu

Workshop Pälvä Oy

Julkaisija

Stakes

Painopaikka

Uusimaa Oy

ISSN 1458-8315

4 Lyhyesti

7 Riskienhallinnassa tapahtuu

Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes

10 Kouluissa paljon lieviä tapaturmia

Erikoissuunnittelija Marja Kurenniemi, Stakes

12 Kirjallisuutta riskienhallinnasta

13 Kongresseja ja koulutusta

14 Viisas oppii virheistä

Projektipäällikkö Pertti Mustajoki, Peijaksen sairaala, HUS

18 Turvallinen hoitoyksikkö

Osastopäällikkö Petri Pommelini, Lääkelaitos

20 Virheistä vaari

Koulutussihteeri Ulla Anttila, Suomen Lääkäriliitto

22 Virheiden välttäminen ei käy helposti terveydenhuollossa

Tutkija Erkki Soini, Kuopion yliopisto

LaatuPala verkossa

www.stakes.fi/palvelut/laatu/laatupala00



Helinä Kotilainen

Puhutaan riskeistä

Hyvä lukija, kädessäsi on LaatuPalan erikoisnumero. Tämä teemalehti keskittyy kokonaan riskienhallintaan, joka sosiaali- ja terveydenhuollossa on viime vuosien aikana noussut esiin voimakkaasti. Sysäyksen tälle aiheelle antoi Stakesissa helmikuussa pidetty riskienhallinta-seminaari ja monet tämän lehden kirjoittajista olivatkin puhujina tuossa seminaarissa.

Mitä tarkoitetaan riskienhallinnalla sosiaali- ja terveydenhuollossa? Yleisemmin tunnettuja alueita ovat potilasvahingot ja hoitovirheet, samoin riskit jotka liittyvät fyysiseen ympäristöön esimerkiksi paloturvallisuus sekä sähkön ja veden saanti. Henkilöriskeihin on myös kiinnitetty huomiota enenevässä määrin. Perinteisen työsuojelun rinnalle on tullut sellaisten väkivalta- ja uhkatilanteiden hallinta, joihin henkilökunta tai potilaat voivat joutua. Organisaatioiden omaisuusriskit saattavat nekin olla mittavia ja tietoriskit vaativat koko ajan yhä enemmän panostusta.

Riskit ovat siis moninaiset, minkä vuoksi onkin kasvava tarve saada kokonaisuus hallintaan. Tapa hallita yksittäisiä asioita, yksittäisistä riskeistä puhumattakaan, johtaa helposti tilkkutäkkimäiseen lopputulokseen ja aina saa olla paikkaamassa jotain kohtaa. Käsitys siitä, että organisaation riskienhallinta on osa johtamista, alkaa yleistyä myös sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Julkaisemme mielellämme kirjoituksia teidän omista riskienhallintaan liittyvistä hankkeistanne ja kokemuksistanne LaatuPalan seuraavissa numeroissa. Myös muita aiheita koskevat kirjoitukset ovat mitä tervetulleimpia: lähettäkää seuraavaan numeroon tarkoitettu materiaali minulle 31.8 mennessä.

Iloista ja turvallista kesää

Salla

Fiale-palvelu tehostaa tiedonkulkua

Fujitsu Services Oy:n ja Itella Suomi Oy:n yhdessä kehittämän informaatiopalvelun Fialen avulla esimerkiksi erikoissairaanhoidon tiedot saadaan välittömästi perusterveydenhuollon käyttöön ja päinvastoin. Kullakin hoito-organisaatiolla on omat perustietojärjestelmänsä, jotka eivät vaihda tietoja suoraan keskenään. Järjestelmät yhdistää yli internetin ja avoimin rajapinnoin toimiva Fiale-palvelu, joka sisältää muun muassa viittaukset perusjärjestelmissä oleviin asiakastapahtumiin, kuten sairauskertomustietoihin ja laboratoriotuloksiin.

Tällä hetkellä viitetietokannassa on yli kuusi miljoonaa viitettä. Viitetiedon avulla lääkäri saa nähtäväkseen ne asiakastapahtumat, joiden katsomiseen hänellä on joko asiakkaan antama suostumus tai muutoin oikeus.

Käyttäjiltä saatu palaute on ollut myönteistä. Porin pääterveysasemalla apulaisylilääkärinä työskentelevä Jyrki Levola hakee Fialesta reaaliaikaista tietoa Satakunnan Keskussairaalassa potilailleen tehdyistä tutkimuksista ja toimenpiteistä.

Levola uskoo, että palvelusta on etua potilaalle, lääkärille ja yhteiskunnalle: hoidon epävarmuustekijät ja virhearvioinnit vähenevät ja lääkäreiden on entistä helpompi sopia yhdessä hoitolinjoista. Potilas puolestaan välttyy turhilta käynneiltä ja tutkimuksilta, mikä säästää myös yhteiskunnan kustannuksia.

Fiale-palvelussa toteutuu korkea tekninen tietoturva ja luotettava käyttöoikeuksien hallinta. Fiale edistää alueiden yhteisiä hoitokäytäntöjä tarjoamalla ratkaisun saumattomien palveluketjujen suunnitteluun ja lähtökohdat valtakunnallisiin malleihin.

Fiale-palvelun hyödyt lisääntyvät sen mukaan, kuinka paljon asiakaskohtaista tietoa sisältäviä perusjärjestelmiä palveluun on liitetty. Tämän vuoden loppuun mennessä järjestelmän piirissä lienevät kaikki Satakunnan ja Pirkanmaan alueen terveyskeskukset. Seuraava haaste on Fialen laajentaminen palveluketjussa siten, että mukana on myös sosiaalitoimen ja kehitysvammahuollon yksiköitä. Fiale-palvelua kehitetään jatkuvasti kuunnellen tarkkaan käyttäjien kokemuksia.

Fiale-palvelun käyttö laajenee koko ajan. Tavoitteena on, että Fiale palvelisi tulevaisuudessa yli sairaanhoitopiirien ja olisi valtakunnallisten toimijoiden käytettävissä.

Lisätietoa: Kehityspäällikkö Veijo Ruuskanen, Fujitsu Services Oy, 045 7880 1212, veijo.ruuskanen@fi.fujitsu.com

Business Manager Kirsti-Liisa Orasmaa, Itella Suomi Oy, 0205 388 758, kirsti-liisa.orasmaa@itella.com

Projektipäällikkö Terttu Luojukoski, Satakunnan sairaanhoitopiirin Salpahanke, 044 707 7665, terttu.luojukoski@satshp.fi

Lähde: www.waymaker.fi

Verensokerin omaseurannasta hyötyä

Tutkimustieto osoittaa, että verensokerin omaseuranta voi hyvin tukea diabeteksen vaikuttavaa hoitoa. Hoidon onnistumisen kannalta on keskeistä, että omaseurannan tuloksia todella käytetään hoidon osana. Hoitotasapainon paraneminen edellyttää motivaatiota, aktiivisuutta ja pitkäjänteisyyttä sekä diabeetikolta että häntä hoitavilta tahoilta.

Omaseurantatulosten ja koko hoidon laadun varmistaminen on tärkeää. Hoitohenkilökunnan ja lääkärien koulutus on keskeistä, sillä diabeteksen hoitokäytännöt ja työnjako ovat muuttuneet suuresti viimeisen 15 vuoden aikana.

Hoitokäytännöissä ja ammattilaisten antamissa ohjeissa on vaihtelua, mikä voi vaikeuttaa hoidon onnistumista. Markkinoilla olevien omaseurantalaitteiden kirjo on huomattava, mikä vaikeuttaa potilasohjauksen vakiointia. Toisaalta eri laitteiden saatavuus mahdollistaa käyttäjäkohtaiset valinnat.

Terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTAn kokoama asiantuntijaryhmä arvioi omaseurannan vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Sen lisäksi, että diabeetikot mittasivat tutkimuksissa verensokeriaan, he osallistuivat aina jonkinlaiseen koulutus- tai seurantaohjelmaan.

Lisätietoa: Viestintälääkäri Kristian Lampe, (09) 3967 2180, 040 513 3825, kristian.lampe@stakes.fi

Dosentti, Laadunvarmistusyksikön johtaja ja sairaalakemisti Linnea Linko, Turun yliopisto, (02) 333 7546, 040 523 7145, linnea.linko@utu.fi

Lähde: Linko L, Lampe K, Ihalainen K, Mäkelä M, Sintonen M ja työryhmä Verensokerin omaseuranta diabeteksen hoidossa FinOHTAn raportti 24, Stakes 2005

Mukava Terveyskeskus mahdollistaa aiemmin suusta suuhun kulkeneen tiedon kokoamisen kaikkien terveyskeskusektorilla työskentelevien saataville.

Suomen Mukavin Terveyskeskus vuonna 2005

Coronaria Oy toteutti Suomen Mukavin Terveyskeskus – kyselytutkimuksen, jonka voittajaksi tuli Forssan pääterveys- asema. Mukava Terveyskeskus -kyselyn tarkoituksena oli, että lääkäri saattoi antaa palautetta terveyskeskuksesta / terveys- keskuksista, joissa työskentelee tai on työskennellyt. Kyselyyn vastanneet lääkärit olivat mukana valitsemassa Mukavaa Terveyskeskusta ja samalla antamassa informaatiota kollegoille eri työpaikoista. Vuosittainen kysely toteutettiin nyt toista ker- taa ja siihen saatiin lähes 300 vastausta. Mukava Terveys- keskus on Coronaria Oy:n ja Lääketieteenkandidaattijulkaisu Spekulan yhteistyönä toteuttama projekti, joka käynnistyi Coronarian Lääkäriportaalissa toukokuussa 2004.

Työnhaun yhteydessä lääkärit ovat tyypillisesti kyselleet kollegoilta ko. työpaikasta lisätietoja: millaiset työskentelyolo- suhteet paikassa on, onko riittävästi resursseja tai millainen työilmapiiri oli. Mukava Terveyskeskus mahdollistaa aiemmin suusta suuhun kulkeneen tiedon kokoamisen kaikkien terveys- keskusektorilla työskentelevien saataville. Kyselyn avulla py- rittiin kiinnittämään huomiota terveyskeskusten työskentely- olosuhteisiin.

Tarkoituksena on edistää terveyskeskustoiminnan kehittä- mistä tuomalla esiin seikkoja, jotka tekevät terveyskeskuksessa työskentelyn mielekkääksi ja mielenkiintoiseksi. Tarkoituksena ei ollut löytää huonoimmin pärjääviä terveyskeskuksia. Kyselyn tuloksia voidaan käyttää työyhteisön kehittämiseen. Tarkoituk- sena on siis antaa positiivista palautetta mukavista työpaikois- ta ja saattaa tämä tieto kaikkien lääkäreiden ulottuville. Kehitys- tarpeita mietittäessä, voidaan niin ikään hyödyntää nyt kentältä tullutta, koostettua palautetta.

Tämänvuotisen kyselyn tulokset osoittavat, että vastaajien mielestä parhaiten hoidettuja asioita Suomen terveyskeskuksis- sa ovat sopiva päivystämisen määrä ja mahdollisuus neuvotella joustavista työajoista. Sen sijaan parantamisen varaa on lääkä- reiden potilasmäärissä, perehdytyksessä ja hoitohenkilökunnan määrässä.

Voittanut Forssan terveyskeskus palkittiin Pohjolan Lääkäri- päivillä Oulussa 23.2.2005 Mukava Terveyskeskus –kunnia- kirjalla.

TOP 5 terveyskeskukset

1. Forssan terveyskeskus 4.9
2. Muonion terveyskeskus 4.78
3. Kauhavan terveyskeskus 4.73
4. Sipoon terveyskeskus 4.65
5. Alavuden terveyskeskus 4.62

TOP 5 sairaanhoitopiirit

1. Kanta-Hämeen SHP 4.69
2. Lapin SHP 4.41
3. Pohjois-Karjalan SHP 4.29
4. Vaasan SHP 4.27
5. Etelä-Pohjanmaan SHP 4.23

Lähde: www.coronaria.fi

Sosiaaliset yritykset vanhuspalvelujen täydentäjinä

Stakesin koordinoimassa HOT-hankkeessa (Hoitoalan avusta- vat tehtävät työpaikoiksi) kehitetään sosiaalista yritystoimin- taa ja perustetaan uusia sosiaalisia yrityksiä, jotka tuottavat ikäihmisten kotona asumista tukevia palveluja. Helsingin, Es- poon, Turun ja Oulun sosiaaliin yrityksiin palkataan vajaa- kuntoisia ja heikossa työmarkkina- asemassa olevia. Hankkeen aikana kehitetään vanhuspalvelujen tuottamismalli, jossa sosi- aalisten yritysten henkilöstö tuottaa palvelut yhteistyössä kunnan kotipalvelujen kanssa.

Vanhusväestön määrän lisääntyminen kasvattaa ikäihmisten hoidon ja hoivan tarvetta ja kotona asumista tukevien palvelu- jen kysyntää. Kuntien kotipalveluilla ja kotihoidolla ei aina ole resursseja tuottaa ikäihmisille riittävästi heidän tarvitsemaansa arjen apua tai liikkumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvää tukea. Laadukkailla tukipalveluilla voidaan edistää vanhusten itsenäistä selviytymistä ja pidempää kotona asu- mista.

Lähde: www.hothanke.fi

Turun yliopistossa tarkastettiin 27.5.2005 **Päivi Tuulikki Ovaskaisen** kansanterveystieteen alaan kuuluva väitöskirja *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta*.

THM Päivi Ovaskaisen väitöstutkimuksessa tarkasteltiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöä kuntien – siis maksajan – näkökulmasta olemassa olevien tietokantojen ja rekisterien avulla. Tutkimustyö Paimion, Sauvon ja Turun kunnissa osoitti, että väestölle annettavat terveyspalvelut ovat analysoitavissa ja ennakoitavissa myös pienissä kunnissa rekisterien ja tietokantojen tietoja seuraamalla.

Terveydenhuollon suunnittelu on kunnissa puutteellista useasta syystä. Toiminnan suunnittelu pohjautuu perinteisesti takautuvien talouslukujen seurantaan. Toisaalta terveydenhuollon tulevaisuudensuunnitelmat ovat perustuneet olemassa oleviin palvelurakenteisiin ja rahoitusjärjestelmiin, jotka ovat ohjanneet palvelujen tarjontaa. Poliittiset päätöksentekijät saattavat ohjata toimintaa niukoin tiedoin. Päätöksenteon asiasisältöön ei ole paneuduttu tai päätöksenteon pohjana olevat asiantuntijoiden tekemät terveyspalveluiden tarvearviot eivät ole riittävän hyvin valmisteltuja.

Tutkimuksessa käytettyjen tietokantojen ja rekisterien hyödyntäminen edellyttää, että kunnat panostaisivat rekrytoinnissaan asiantunteviin terveydenhuollon suunnittelijoihin tai vähintään, että terveydenhuollon toiminnoista vastaavilla olisi ajanmukaiset tiedot rekisterien käytön mahdollisuuksista. Valtakunnallisella tasolla ja tutkimuksessa rekisterejä käytetään runsaasti, mutta paikallistasolla käyttö ja tiedon kerääminen on satunnaista.

Lähde: www.utu.fi/viestinta

Helsingin yliopistossa tarkastettiin 27.5.2005 **Manu Kitinojan** erityispedagogiikan alan väitöskirja *Kujan päässä koulukoti*. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Tutkimuksessa kuvaillaan useiden muuttujien avulla kaikkiin valtion koulukoteihin vuosina 1996 ja 2000 sijoitettuja lapsia ja sitä ”koulukotikujaa”, joka on johtanut heidät lopulta koulukotiin.

Koulukoteihin sijoitetuista lapsista, heidän perheistään, lastensuojeluasiakkuudestaan ja kouluhistoriastaan on valmistunut laajaan aineistoon perustuva väitöstutkimus. Valtion koulukoteihin vuosina 1996 ja 2000 sijoitetut lapset erosivat toisistaan siten, että vuonna 2000 sijoitetuilla lapsilla oli keskimäärin enemmän lapsen liitettyjä ongelmia kuin vuonna 1996. Tutkimuksen kohteena on ollut 200 lasta.

Lisätietoa: Kitinoja, Manu: Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Stakes, Tutkimuksia 150.

Lähde: www.stakes.fi/tiedotteet



Uutuuskirja, jonka avulla johdat ja mittaat strategian toteutumista!

Kai Laamanen

Johda suorituskykyä tiedon avulla – ilmiöistä tulkintaan

Tässä kirjassa Kai Laamanen käsittelee organisaation toimintaa sen keskeisistä kysymyksistä lähtien: mitä on saatava aikaan ja kuinka onnistumista parhaiten mitataan. Kirja antaa tukea mallien ja esimerkkien avulla tunnuslukujen ja tehokkaan mittausjärjestelmän rakentamiseen ja siihen, miten asiakkaiden mielipiteet saadaan luotettavasti selville.

Laamanen ei kuitenkaan tyydy perusasioihin, vaan ottaa mukaan uuden, syvällisen tason. Hän käy vuoropuhelua lukijan kanssa mittautiedon ytimestä ja auttaa siten ymmärtämään suorituskyvyn kehittämistä.

ISBN 952-5136-27-2

Sivumäärä: 300

Hinta 60,00 • (+ alv 8 %)

Tilaukset: www.laatuokeskus.fi/kirjat

Riskienhallinnassa tapahtuu

Riskienhallinta on ollut melko kehittymätön osa laadunhallintaa, mutta parempaan ollaan menossa. Monenlaista kehittämistyötä on vireillä niin meillä kuin muuallakin. Kirjoituksessa kuvataan riskienhallinnan maailmaa ja tarkastellaan erityisesti potilasturvallisuuden kehittämistä.

Riskienhallinnalla tarkoitetaan organisaation riskeihin keskittyvää johtamisen osa-aluetta ja sitä käytännön toimintaa, jonka avulla erilaisia riskejä tunnustetaan, niiden vaikutuksia arvioidaan ja ennen kaikkea käytännön tekoja, joilla riskit ja niiden haittavaikutukset (ml. kustannukset) pyritään poistamaan tai vähentämään. Tiivistäen riskienhallinnan jatkuvan syklin vaiheiksi voi määritellä: 1. riskien tunnistaminen ja arviointi, 2. riskienhallinnan keinojen valinta, 3. vahinkoihin varautuminen sekä 4. seuranta ja vahingoista oppiminen.

Tärkeintä on varmistaa, että toiminta jatkuu, vaikka jotain tapahtuisikin. Vaikka vastuu riskienhallinnasta on organisaation johdolla, se on parhaassa tapauksessa osa jokapäiväistä toimintaa ja johtamista jokaisen työyksikön ja työntekijän tasolla. Tunnistamalla oman toiminnan keskeiset riskit voidaan panostaa niiden ennalta ehkäisemiseen. Toisaalta jokainen toteutunut riski on analysoitava, jotta voidaan oppia jo tapahtuneesta.

Riski -sanalla tarkoitetaan jonkin sellaisen tapahtuman mahdollisuutta, joka aiheuttaa tai josta seuraa taloudellisia menetyksiä tai henkilövahinkoja. Tarkastelukulmaa vähän laajentamalla voidaan ajatella riskin olevan myös sellainen myönteinen asia, joka jää tapahtumatta. Riskit jaetaan usein kahteen pääryhmään, vahinkoriskeihin ja liikeriskeihin.

Vahinkoriskeille on tyypillistä, että ne syntyvät yleensä äkillisesti ja yllättävästi: asiakas kaatuu liukkaalla pihalla, hoitotoi-

menpiteen yhteydessä sattuu jokin erehdys, sähkökatkon seurauksena pakastimen sisältö sulaa jne. Vahinkotapauksissa on aina seurauksena tappio eikä voiton mahdollisuutta ole. Vahinkoriskit ovat sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden riskienhallinnan ydinaluetta.

Liikeriskeihin sisältyy menetyksen mahdollisuus, mutta myös mahdollisuus voittoon. Tyypillisiä tämän ryhmän riskejä syntyy tilanteissa, joissa esimerkiksi kunnan tai sen toimialan toimintoja yksityistetään, ulkoistetaan tai kilpailutetaan. Muita vastaavia tilanteita ovat käyttöomaisuuden muuttaminen rahoitusomaisuudeksi, yhtiöittäminen, ulkomaisten yhteistyö- ja sopimuskumppanien hankinta tai yhtiöiden myynti. Parhaimmillaan vaikkapa palvelutalon tai terveyskeskuksen siivouspalvelujen hankinta yksityiseltä yritykseltä tuo tavoitellun kustannussäästön ja siivouksen tulos pysyy ennallaan tai paranee, mutta riskinä on se, että käykin päinvastoin.

Riskit voidaan jaotella esimerkiksi seuraaviin ryhmiin: henkilöriskit, toimintariskit, omaisuusriskit, tietoriskit ja tuote(vastuu)-riskit. Näitä ryhmiä voidaan tarkastella erikseen. Toisaalta kaikki riskinäkökulmat liittyvät toisiinsa: esimerkiksi jonkin laitteen käytön riskit voivat olla henkilöriskejä (vaarakäyttäjälle; avainhenkilörisiki/käyttötaito), tietoriskejä (laitteen tai atk-ohjelman virhemahdollisuus), toimintariskejä (potilaan turvallisuus, mahdollinen vahinko) ja omaisuusriskejä (hankintariski/talous; varkaus-/murto-vahinko).

Potilasturvallisuutta voi parantaa

Potilasturvallisuuden riskit sisältyvät edellä mainitussa jaottelussa toimintariskeihin. Potilasturvallisuudesta puhuttaessa ja siihen liittyvään kirjallisuuteen tutustuesssa törmää väistämättä siihen, että käytetyt termit ja sanat eivät ole kovin vakiintuneita. Toisaalta potilasturvallisuudesta ja varsinkin sen puutteista puhuminen on arka ja herkkä aihe, koska siinä usein on kyseessä vahingot, virheet tai erheet, joita potilaiden hoitamisen yhteydessä tapahtuu. Virhe -sanalla on tässä yhteydessä hyvin kielteiseksi koettu sävy, joka johtunee osittain aiemmin valalla olleesta ajattelusta, että joku henkilö on aina syyllinen, kun virhe tapahtuu. Nykyinen ajattelu lähtee liikkeelle siitä, että virheiden synnyn takana ovat puutteellisuudet toimintajärjestelmässä ja toimintaprosesseissa. Huomio pitäisi kiinnittää järjestelmän analysointiin ja kysyä, mikä meidän toimintatavassamme teki virheen mahdolliseksi. Seuraavassa käytän termiä haittatapahtuma vastikkeena englanninkielisille sanoille medical error tai adverse event, jotka meillä usein käännetään hoitovirheeksi tai erheeksi.

Suomessa käytetään vakiintuneella tavalla potilasvahinkolain termistöä: potilasturvallisuus, potilasvahinko (hoito- infektio-, tapaturma-, laite-, palo-, lääkkeen toimittamisvahinko, kohtuuton vahinko). Potilasturvallisuus on kuitenkin laajempi kokonaisuus ja siksi tarvitaan yhteistä termistöä ja sanastoa. Termistön käyttö on muissakin kielissä hyvin vaihtelevaa. Parhaimmillaan onkin Lääkäriliiton aloitteesta käynnistynyt hanke, jonka yhteydessä pyritään laatimaan suomalainen termistö. Vastuu tästä työstä on Stakesin Palvelujen laatu -ryhmällä. Seuraamme aktiivisesti Euroopan neuvoston terveyskomitean työtä, jonka puheenjohtajana toimii yllä-

Huomio pitäisi kiinnittää järjestelmän analysointiin ja kysyä, mikä meidän toimintatavassamme teki virheen mahdolliseksi.

käri Pirjo Pennanen Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta. Tähän liittyvä sanastohanke painottuu lääkehoidon turvallisuuteen.

Vilkas kansainvälinen keskustelu potilasturvallisuudesta ja haittatapahtumista käynnistyi, kun Yhdysvalloissa Institute of Medicine (IOM) julkaisi raporttinsa To Err is Human vuonna 1999. IOM käytti hyväkseen Harvard Medical Practice Study -tutkimuksen kymmenen vuotta aikaisemmin julkaistuja lukuja haittatapahtumien yleisyydestä – yhtenä vertauksena se, että haittatapahtumiin kuolleiden ihmisten määrä vuodessa vastaa yhden jumbojetin putoamista päivittäin. Toisin sanoen raportissa arvioitiin Yhdysvalloissa vuosittaiseksi potilaskuolemien määräksi 44 000 – 98 000 henkeä. Sairaalaan sisäänotoissa 2,9 – 16,6 prosentissa tapahtuisi haittatapahtuma. Haittatapahtumista 5 – 13 % aiheuttaisi potilaan kuoleman ja puolet haittatapahtumista olisi vältettävissä olevia. Lääkitykseen liittyvät haittatapahtumat ovat varsin tavallisia ja niiden osuus saattaa nousta 20 prosenttiin vältettävissä olevasta haitasta. Nämä tosiasiat ja luvut olivat niin pysähdyttäviä, että vastaavanlaisia arvioita tehtiin tämän jälkeen useissa maissa, esimerkiksi Hollannissa tämä merkitsisi 1 400 – 6 225 potilaan ehkäistävissä olevaa kuolemaa vuosittain.

Mitä näiden tietojen julkistamisen jälkeen on tapahtunut? Ainakin tietoisuus haittatapahtumien mahdollisuudesta on lisääntynyt ja jo sillä on ollut tilannetta korjaava vaikutus. Tutkimuksia ja kehittämishankkeita on käynnistynyt erittäin paljon ja se näkyy esimerkiksi Stakesin Palvelujen laatu -ryhmän ylläpitämässä riskienhallinnan kirjallisuuskoonnoksessa hoitoon- ja lääkitykseen liittyviä haittatapahtumia käsittelevien koskevien lähteiden

määrän kasvuna. Nostan seuraavassa esille joitakin hankkeita eri puolelta Eurooppaa ja Suomesta.

Hollannissa oppia Shelliltä

Hollannissa on käynnistynyt erittäin laaja monivuotinen tutkimus- ja kehittämisohjelma. Sen alkusysäyksenä terveysministeriö kääntyi Shellin pääjohtajan Rein Willemsin puoleen ja pyysi häntä tekemään arvioinnin potilasturvallisuuden tilasta. Shellillä on 90-luvun alkupuolelta ollut käytössä prosessien turvallisuusjärjestelmä, jonka yhtenä mottona on ollut ”Täällä työskentelemme turvallisesti tai sitten ei ollenkaan”. Willems teki laajan keskustelukierroksen ja sen tuloksena julkaistiin edellämainittua mottoa kantava raportti marraskuussa 2004. Seuraavat toimet ovat hänen mukaansa tarpeen, jotta sairaaloissa päästäisiin Shellin ohjelmallaan saavuttamiin tuloksiin:

- Vuoteen 2008 mennessä kaikilla sairaaloilla pitää olla sertifioitu turvallisuusjohtamisjärjestelmä.
- Vastuu turvallisuudesta sairaaloissa kuuluu johdolle: lopullinen vastuu potilaiden ja henkilöstön turvallisuudesta on oltava johdolla.
- Hoitovakuutusyhtiöiden tulee ottaa turvallisuus ja laatu mukaan ostosopimuksien laadintakeskusteluihin.
- Viranomaisten toiminnassa pitää korostua sekä tekojen että vastuullisuuden: terveydenhuollon tarkastusviraston on vaadittava kaikilta palvelujen tuottajilta turvallisuusjohtamisjärjestelmää 1.1.2008 mennessä ja ministeriön tuettava tätä esimerkiksi Sairaalaliiton (nyt jo käynnistyneen) Sneller Beter -kehittämisohjelman rahoituksen avulla.

Potilasturvallisuuden tutkimusohjelman toteutuksesta vastaavat tutkimuslaitokset

Nivel ja Amsterdamin Vapaan yliopiston EMGO-instituutti. Ohjelman avulla halutaan selvittää

- miten paljon haittatapahtumia tosiasias-
assa tapahtuu, millaisia ne ovat ja mitä
kustannuksia niistä aiheutuu
- mitkä näistä haittatapahtumista ilmoitetaan jo olemassa olevien menettelyjen kautta
- mistä nämä haittatapahtumat ja likipiti -tilanteet johtuvat
- miten parhaat muiden maiden käytännöt voitaisiin siirtää Hollantiin
- miten (kustannus)tehokkaita tehdyt kehittämishankkeet ovat.

Tanskassa laadittiin laki

Tanskassa yksi kehittämisen liikkeelle sysäävistä tekijöistä oli British Medical Journalin (BMJ) maaliskuun 2000 potilasturvallisuuden teemanumero ja Amsterdamissa pidetty laatukonferenssi. Tanska on ollut edelläkävijä kehittäessään potilasturvallisuutta virheistä oppimisen kautta ja siellä tuloksia alkoi syntyä nopeasti: Tanskan potilasturvallisuusyhdistys perustettiin vuoden 2001 lopulla, pilotti-projektin tulokset suosituksineen julkaistiin vuonna 2002 ja laki potilasturvallisuudesta tuli voimaan vuonna 2003. Laki velvoittaa

- terveydenhuollon työntekijät raportoimaan havaitsemistaan haittatapahtumista
- sairaalan johdon ryhtymään tarpeellisiin toimenpiteisiin
- terveysministeriön välittämään tietoa. Tapahtuneet haittatapahtumat raportoidaan nimettömänä Potilasturvallisuusyhdistykselle, joka ylläpitää niistä tietokantoja. Olennaisen tärkeä luodussa raportointikäytännössä on, ettei ilmoituksen tehnyt työntekijä joudu syytteeseen. Taustalla on ajatus, etteivät haitta-

tapahtumat ole kenenkään yksilön syytä, vaan johtuvat toimintajärjestelmässä ja sen työtavoissa olevista puutteista, jotka tekevät haittatapahtuman mahdolliseksi. Haittatapahtumista raportoidaan siksi, että niistä voisi oppia. Potilasturvallisuusyhdistys kehittää myös erilaisia parantamistyökaluja sairaaloiden käyttöön. Moniin sairaaloihin on nimetty riskienhallintapäälliköitä tai potilasturvallisuusjohtajia sen varmistamiseksi, että todettu haittatapahtuma johtaisi toimintatapojen kehittämiseen ja muuttamiseen. Lisätietoa (valitettavasti vain tanskankielellä) osoitteessa www.patientsikkerhed.dk

Riskienhallintaprojekti 2004 – 2005

Stakesin Palvelujen laatu -ryhmässä riskienhallinta on ollut yksi painopistealueista vuoden 2000 loppupuolelta alkaen.

Olemme muun muassa järjestäneet erilaisia seminaareja ja laadimme vuosittain täydentyvää riskienhallinnan kirjallisuuskoonnosta (Kts. sivun 13).

Vuonna 2004 käynnistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon riskienhallinnan kehittämisprojekti Riskit hallintaan – miten lähdet riskienhallinnan polulle? Kehittämisprojektissa on mukana erilaisia, isoja ja pieniä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioita niin yksityis- kuin julkiseltakin sektorilta. Kaikki osallistujat ovat selvittäneet riskienhallintansa nykytilannetta tekemällä riskienhallinnan yleiskartoituksen tarkoitusta varten laaditulla työkalulla. Kartoitus auttoi myös paikantamaan, missä selvimminkin kehittämistä vaativat osat alueet olivat. Jokainen organisaatio on edennyt valitsemansa kohteen kehittämässä ja saavutuksia on purettu yhteis-

sä työkokouksissa. Työkokouksissa on ollut mukana myös lukuisia asiantuntijoita, joilta olemme saaneet tietoa ja innostusta projektin läpiviemiseen. Vuoden lopulla laaditaan kokemuksista raportti, jonka avulla toivomme muidenkin pääsevän alkuun omalla riskienhallintapolullaan.

Lisätietoa:
Erikoisuunnittelija
Maarit Outinen
Stakes
Palvelujen laatu -ryhmä
puh. 0400 834 987
maarit.outinen@stakes.fi

Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahanke (START)

Hankkeen päätavoite on tapaturmien suunnitelmallinen ehkäisy niiden säännölliseen rekisteröintiin ja raportointiin kehitettävän järjestelmän avulla. Hankkeen toiminta-alue on Pohjois -Kymenlaakson seitsemän kunnan alue, josta on tarkoitus tehdä tapaturmatiedon anturialue ja jonka tapaturmalukuja ja -profileja voidaan soveltuvien osin yleistää koko väestöön. Hanketta hallinnoi Kouvolan seudun terveyskeskus.

Mukana olevat toimialat ovat terveydenhuolto (erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto) ja sosiaalitoimi (vanhustenhuolto ja päivähoito). Kullakin toimialalla suunniteltu työryhmätyönä tapaturmatietopohjat, jotka on koekäytetty tai testattu manuaaliversioin. It-ratkaisut tiedon sähköiseen keräämiseen ja tallentamiseen olemassa oleviin potilastietojärjestelmiin (esh ja pth) on kehitetty ja toteutettu. Erilliskäyttöön (verkkoversio) vanhusten ja päivähoitoon tapaturmiin on kehitteillä.

It-ratkaisujen yhteyteen kehitetään tapaturmatiedon poiminta- ja raportointijärjestelmät, joiden avulla seurataan tapaturmien ilmaantuvuutta ja esiintyvyyttä sekä tapaturmaprofileja. Tiedon avulla tunnistettaviin ongelmakohtiin suunnitellaan tapaturmien ehkäisyinterventioita, joiden vaikuttavuutta voidaan arvioida arvioimalla muutoksia ja niiden suuntaa tapaturmien esiintyvyydessä, ilmaantuvuudessa ja tapaturmaprofileissa.

Lisätietoa:
Projektipäällikkö Ilona Nurmi, START -projekti
ilona.nurmi@pp.inet.fi

Kouluissa paljon lieviä tapaturmia

Vain harva koulussa sattunut tapaturma on niin vakava, että se vaatii sairaalahoitoa. Kouluterveydenhoitajalla tapaturmapotilaat sen sijaan käyvät usein. Tämä selviää Stakesin koordinoimasta hankkeesta, jossa seurattiin yhdeksässä koulussa neljän kunnan alueella (Hyvinkää, Kouvola, Tampere ja Turku) sattuvia tapaturmia. Tietoja kertyi yli 700 koulutapaturmasta kahden lukuvuoden ajalta.

Tapaturmia sattuu vuosittain 10 - 15 prosentille oppilaista. Noin neljännes kaikista seurantaan kirjautuneista tapaturmista oli vakavuudeltaan sellaisia, että oppilas lähetettiin koulun ulkopuolelle hoitoon; terveyskeskukseen, sairaalaan tai hammashoitolaan. Kouluterveydenhoitajan toteamia murtumaepäilyjä oli tapaturmista noin 10 prosenttia. Vakavin seurannan aikainen tapaturma oli koulumatkalla sattunut pyöräilijän ja auton yhteentörmäys.

Välitunneilla sattui tapaturmista lähes puolet, liikuntatunneilla puolestaan lähes kolmannes. Koulumatkoilla tapaturmista sattui neljä prosenttia. Talviliukkaus osoittautui tärkeäksi tekijäksi etenkin välituntitapaturmissa. Koulujen välillä ilmeni eroja tapaturmien yleisyydessä, alimmiin tapaturmia sattui noin viisi prosentille oppilaista, enimmillään viidennekselle. Eroja selittää osittain koulujen erilainen aktiivisuus kirjata tapaturmia hankkeen aikana, mutta oletettavasti todellisia

erojakin koulujen välillä on. Alaluokkien ja yläluokkien välillä ei ole selvää eroa tapaturmien yleisyydessä, tapaturmien luonteessa eroja sitä vastoin on. Alaluokilla välituntitapaturmat ovat yleisempiä, yläluokilla liikuntatapaturmat nousevat suurimmaksi ryhmäksi.

Eroja on myös tyttöjen ja poikien välillä, tapaturmista 3/5 sattuu pojille, 2/5 tytöille. Toinen oppilas on mukana tapaturmista neljänneksessä, tahallaan aiheutettujen tapaturmien osuus on 10 prosenttia. Tässäkin poikien osuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin tyttöjen.

Kun lasten kuolemaan päättyvät tapaturmat ovat pitkällä aikavälillä vähentyneet merkittävästi, vastaavaa kehitystä ei ole tapahtunut vähemmän vakavien tapaturmien osalta. Koska koulu on keskeinen osa lasten arkielämää ja elämäntilaa, kouluilla on mahdollisuus toimia alueillaan turvallisuuden edistäjinä.

Tapaturmien vähentämiseksi koulujen tulisi kiinnittää erityistä huomiota talviliukkauden torjuntaan ja tapaturmien vähentämiseen liikuntatunneilla. Jäiset koulupihat osoittautuvat seurannassa riskipaikoiksi, liikuntatunneilla erityisesti pallopelit. Liikuntatapaturmien ehkäisyssä huomiota voisi kiinnittää siihen, että pelien säännöt ja pelivälineet on mukautettu oppilaiden taitoihin, tärkeää on liikkuminen, ei kilpapelien sääntöjen noudattaminen. Ryhmäkokojen suurentaminen liikunnassa merkitsee tapaturma riskin lisääntymistä.

Kouluympäristöllä on vaikutusta tapaturmiin. Noin 10 prosenttia tapauksista oli sellaisia, joissa ympäristöllä oli selvä vaikutus tapaturmaan ja noin 30 prosentissa taas parempi ympäristö olisi vähentänyt



Anne Lounamaa

Leikkitteliniä ei voi käyttää talvella.



Keskittynyt leikki – ja tilaa ympärillä

tapaturmariskiä. Koulujen pihasuunnitelmat – kuten kaikki muutkin pihasuunnitelmat – tehdään kesäolosuhteiden pohjalta vaikka koulutyö painottuu talviaikaan. Koulupihoja tulisikin suunnitella talviolosuhteiden mukaan. Erityisen vaarallista aikaa on kevättalvi, jolloin sulaneet lumet jäätyvät uudelleen.

Tapaturmavaaraa kouluissa ja kouluympäristöissä voidaan vähentää puuttamalla riskikartoitusten yhteydessä havaituihin vaaranpaikkoihin. Ympäristökävelynä toteutetut kouluympäristön tarkastukset osoittautuivat hyväksi työmuodoksi. Hankkeen aikana koulut toteuttivatkin riskikartoituksia, ja ehdotuksiin kouluympäristöjen turvallisuuden parantamiseksi suhtauduttiin kunnissa myönteisesti.

Tapaturmien varalta koulujen tulisi ylläpitää ensiapuvalmiutta ja vakavien onnettomuuksien varalta kriisisuunnitelmia. Ensiapuvalmius on useilla opettajilla ja terveydenhoitajilla peräisin opiskeluajalta.

Yhdeksi hankkeen jatkosuositukseksi kirjattiin: ”Koulun henkilökunnan ensiapuvalmiutta lähdetään systemaattisesti kartoittamaan ja nostamaan. Oppilaat kouluissa tulee rinnastaa työntekijöihin, ja säädökset koulujen ensiapuvalmiudesta tulee saattaa samalle tasolle kuin työpaikoilla”. Lisäksi suositeltiin, että Punainen Risti yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja opetushallituksen kanssa aloittavat erityisesti kouluhenkilökunnalle ja oppilaille tarkoitetun ensiapukoulutuksen suunnittelun.

Hankkeen toteuttamiseen osallistunut ydinjoukko koostuu koulujen yhdyshenkilöistä: rehtoreista, opettajista ja terveydenhoitajista sekä kuntien opetus- ja terveystoimen ja turvallisuushankkeiden yhdyshenkilöistä. Valtakunnallisina toimijoina hankkeessa olivat mukana Stakes, Kansanterveyslaitos, Työterveyslaitos, Liikenneturva ja Punainen Risti.

Koulutapaturmien ehkäisemiseksi hankkeen loppuraporttiin kerättiin joukko

suosituksia jatkotyöksi. Näistä mainittakoon edellä esitetyn lisäksi seurannan kehittäminen kattamaan kaikki koulut, vakavien tapaturmien onnettomuustutkinta, koulutapaturmien kustannusten selvittäminen sekä yhteistyö niin vanhempien kuin muiden toimijoiden kanssa.

Kirjallisuutta

Lounamaa A, Huhtanen P, Kurenniemi M, Salminen S, Heikkilä M-L, Virtanen J (toim.)

Koulutapaturmien ehkäisy -raportti
Raportti on luettavissa osoitteessa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulk/>

Lisätietoja:

Yksikön päällikkö
Anne Lounamaa
Kansanterveyslaitos
puh. (09) 4744 8436, 040 514 9411
anne.lounamaa@ktl.fi

Erikoissuunnittelija

Marja Kurenniemi
Stakes
puh. (09) 3967 2322, 040 539 3917
marja.kurenniemi@stakes.fi

Farman DJ, Honeyman A, Kinirons MT
Risk reduction in general practice: the impact of technology

International Journal of Health Care Quality Assurance 2003; 16;5

Leonard M, Frankel A, Simmonds T, Vega K
Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions

Healthcare Administrative Press 2004

Mossberg T
Hur analyseras riskhändelser i vården och vilken information får patienten?

Läkartidningen 2003;100(47):3856-385

Pohjonen T, Murtonen M, Toikka T, Tamminen A
Työhyvinvointia hoiva- ja hoitotyöhön –työprosessien kuvaaminen ja vaarojen arviointi työn kehittämisen välineenä

VTT Tuotteet ja tuotanto. 2003

Bakken S, Cimino J, Hripcsak G
Promoting Patient Safety and Enabling Evidence-Based Practice Through Informatics

Medical Care. 2004;42(2) Suppl:II-49-II-56.

Battles JB, Lilford RJ
Organizing patient safety research to identify risks and hazards

Qual Saf Health Care 2003; 12 (suppl 2): ii2-7

Devers KJ, Pham HH, Liu G
What Is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts?

Health Affairs 2004;23:103-115

Gottlieb S
Patients are at risk because of nurses' long hours, says report

BMJ 2003;327:1128

Hansen A
Ökad patientsäkerhet ska rädda 100 000 amerikanska liv

Läkartidningen 2005;102;16:1221

Hellstén S (toim)
Infektioiden torjunta sairaalassa. 5. uudistettu painos
Suomen Kuntaliitto 2005

Lehtola S
Ikäihmisen asuinympäristö turvalliseksi. Hyvien käytäntöjen opas kaatumisen ehkäisyyn. Verkkokirja

Oppaita 50, Stakes 2002: www.stakes.fi/verkkokjulk/kirja/opas50/sivut/index.html

Mikkola J, Mikkonen M, Suhonen I, Kallio P
Potilasvahinko. Lain sisältö ja soveltamiskäytäntö

Suomen Vakuutusalan koulutus ja kustannus Oy, Helsinki 2004

Mitchell ARJ, Myerson SG
Mobile phones in hospitals. Editorials

BMJ 2003;326:460-461

Nieva VF, Sorra J
Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations

Quality&Safety 2003;12(2):ii17-1123

Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, Miller M, Rubin H
How can clinicians measure safety and quality in acute care?

Lancet. 2004;363(9414):1061-1067

Smith, PC, Araya-Guerra R, Bublitz C, Parnes B, Dickinson LM, Van Vorst R, Westfall JM, Pace, M
Missing Clinical Information During Primary Care Visits

JAMA. 2005;293:565-571

Eaton L
Hand washing is more important than cleaner wards in controlling MRSA

News roundup, BMJ 2005;330:922

Laine J
Miten torjua MRSA:ta pitkäaikaishoidon laitoksissa

Suomen Sairaalahygienialehti 2004;22;6:285-289

Lyytikäinen O, Ruutu P
Tehoa MRSA:n torjuntaan

Sairaalaviesti 4/2003, ss.20-21

Lyytikäinen O, Jalkanen M, Ratia M, Hellstém S, Kujala P, Rantala A, Ruutu P

Sairaalainfektioiden torjunta Suomen sairaaloissa

Sairaalaviesti 3/2003, ss.12-15

Nashef S.A.M
What is a near miss ?

Lancet, 2003, Vol.361, p.180-18

Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V, Schadowitz S, Juurlink DN, Etchells EE

Unintended Medication Discrepancies at the Time of Hospital Admission

Arch Intern Med 2005;165:424-429

Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, Schroll M, Onder G, Wergeland Sørbye L, Wagner C, Reissigová J, Bernabei R

for the AdHOC Project Research Group: Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe.

JAMA. 2005;293:1348-1358

Pronovost P, Weast B, Schwarz M, et al

Medication reconciliation: A practical tool to reduce the risk of medication errors

Journal of Critical Care. 2003;18(4):201-205

Weingart SN, Toth M, Eneman J, Aronson MD, Sands DZ, Ship AN, Davis RB, Phillips RS

Lessons from a patient partnership intervention to prevent adverse drug events

International Journal for Quality in Health Care Volume 16, Number 6 December 2004, pp. 499-508

Lehestö M, Koivunen O, Jaakkola H

Hoitajan turva

Edita 2004

Aarnikka T, Pommelin P

Potilaiden sidontajärjestelmien turvallinen käyttö

TABU 2.2005, s. 17

Ash JS, Berg M, Coiera E

Some unintended Consequences of Information Technology in Health CARE: The Nature of Patient Care Information System-related Errors

Journal of the American Informatics Association 2004;11;2:1045-112

Kirjallisuuskoonnos riskienhallinnasta 2005 on päivitetty!

Kirjallisuuskoonnos riskienhallinnasta on monipuolinen vuosittain jatkuvasti täydentyvä riskienhallinnan eri näkökulmat huomioiva, sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtoa ja työntekijöitä palveleva tiedonhaun apuväline.

Mukana koonnoksessa on vaatimuksiltaan hyvin eritasoisia kirjoituksia. Lyhyimmät ovat uutisluontoisina alle sivun mittaisia mutta ne voivat olla kuitenkin tärkeitä ajatusten siivittäjiä.

Tilaa päivitetty koonnos

Aila Teinilä, Stakes, PL 220, 00531 Helsinki, aila.teinila@stakes.fi

www.stakes.fi/palvelut/palvelujen_laatu/lary/riskikirj2005.pdf

Kongresseja

Koulutusta

KvalitetsMässan 2005

Svenska Mässan i Göteborg den 8 – 10 november 2005.

www.kvalitetsmassan.se

Mielenterveyden keskusliitto järjestää

Mielenterveysmessut 2005

Hyvää mieltä hoidosta

22. – 23. 11.2005 Wanha Satama, Pikku Satamakatu 3–5, Helsinki

Mielenterveysmessut on mielenterveysalan suurin koulutus- ja näyttelytapahtuma. Aihepiiriin kuuluu myös päihteet. Tule päivittämään tietosi ja tapaamaan kollegoja. Saat eväitä työhösi ajankohtaisista seminaareista.

Lisätietoa: www.mtkl.fi

Kehitysvammaliitto Kotu valmentaa

Bertta-valmennus: laatua palveluihin vertailukehittämisen avulla

Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö Kotu käynnistää ensi syksynä vertailukehittämiseksi eli benchmarking-menetelmälle perustuvan valmennuksen. Bertta-valmennus on tarkoitettu palvelujen laadun kehittämiseksi ja uuden kehittämismenetelmän oppimisesta kiinnostuneille organisaatioille.

Valmennuksen tavoitteena on vuorovaikutteisen kehittämismallin oppiminen ja oman organisaation aktivoiminen muutosprosessiin. Osallistujat oppivat kuvaamaan omaa toimintaansa prosessina ja kehittämään sitä valmennuksessa opittavan menetelmän avulla. Valmennuksessa etsitään vertailuorganisaatiosta hyviä käytäntöjä ja toimintamalleja, joita soveltamalla ja hyödyntämällä voidaan parantaa omaa toimintaa. Valmennuksen vaihtoehtoiset teemat ovat palvelujen kilpailuttaminen ja asiakaspalautteijärjestelmä.

Lisätietoa:

<http://www.kehitysvammaliitto.fi/bertta-1>

Erikoisuunnittelija Marika Hyvärinen, puh. (09) 3480 9306

Projektisihteeri Ilona Ainali, puh. (09) 3480 9263

etunimi.sukunimi@famr.fi

Viisas oppii virheistä

Potilasturvallisuuden edistäminen poikkeamia analysoimalla

Monissa maissa tehdyt selvitykset ovat osoittaneet, että sairaalahoidossa tapahtuu paljon virheitä, jotka aiheuttavat haittoja potilaille. Noin yksi kymmenestä sairaalaan otetusta potilaasta kokee hoitoon liittyvän virheen. Virheistä 10 – 20 % johtaa selviin haittoihin ja enemmän kuin yksi tuhannesta potilaasta kuolee niiden vuoksi.

Hoitoon liittyvien virheiden vuoksi monissa maissa on kehitetty keinoja niiden ehkäisemiseksi. Kaikissa ulkomaisissa järjestelmissä toimintaan kuuluu todetuista virheistä ja erehdyksistä ilmoittaminen. Ilmoituksia analysoimalla toimintaa voidaan kehittää turvallisemmaksi. Virheiden ja poikkeamien ilmoittaminen edellyttää syyllistämätöntä ilmapiiriä, jossa syyllisten sijasta etsitään tapahtumien syitä.

Projektin tavoitteena oli kehittää menetelytapoja, joilla päivittäisessä potilashoidossa pyritään vähentämään hoitoon liittyviä poikkeamia. Projektissa testattiin, miten hoitoon liittyvien poikkeamien, virheiden ja erehdyksen ilmoittaminen ja analysointi toimii kliinisissä yksiköissä.

Projektityksiköistä liikkeelle

Projektityksiköiksi valittiin Peijaksen sairaalasta yksiköitä, jotka edustivat erilaista toimintaa sairaalassa. Yksi ehto oli, että yksikkö oli halukas tulemaan projektiin mukaan. Mukana oli vuodeosastoja, ajanvarauspoliklinikoita, päivystyspoliklinikoita ja leikkausosasto.

Kenttävaihe kesti 4 kuukautta, se alkoi 1.4.2004 ja päättyi 31.7.2004. Jos yksikkö oli kesällä suljettu, toiminta-aikaa jatkettiin kunnes 4 kuukautta oli täynnä. Yksiköt palauttivat projektiin kuuluvat lomakkeet viimeistään syyskuun alkuun mennessä.

Koko sairaalan henkilökunnalle projektista tiedotettiin henkilökuntalehti Peijak-

kaassa, osastonhoitajien kokouksessa ja lääkäreiden kokouksissa. Erillinen tiedote jaettiin projektityksiköihin ja lääkäreille. Lisäksi projektipäällikkö kävi jokaisessa yksikössä kertomassa projektista henkilökunnalle.

Projektiryhmässä oli mukana jokaisen mukana olevan yksikön osastonhoitaja, joka koulutti henkilökuntaa. Projektin alussa yksiköihin toimitettiin monistettavaksi kolmisivuinen ohje, jossa ohjeistettiin poikkeamien ilmoittamista ja muuta projektiin liittyvää toimintaa. Tiedottamisessa korostettiin erityisesti, että erehtyminen on inhimillistä ja että kaikki tekevät virheitä. Painotettiin, että projektin avulla ei etsitä syyllisiä eikä ketään tulla syyttämään ilmi tulleesta tapahtumasta. Huomio kiinnitetään toimintatapoihin, joita muuttamalla virheiden mahdollisuus vähenee.

Poikkeamien ilmoittaminen

Projekti keskittyi virheisiin, erehdyksiin ja hoidon poikkeamiin, joista aiheutuu haittaa potilaille. Myös likipititilanteet (virheet, jotka havaitaan ajoissa, mutta joista olisi voinut koitua potilaalle haittaa) oli tarkoitus ilmoittaa. Projektin ulkopuolelle rajattiin leikkauksiin liittyvät komplikaatiot ja sairaalainfektiot, jos niiden syyksi ei voitu osoittaa erillistä virhettä. Projektiohjelmassa annettiin seuraavat esimerkit virheistä ja erehdyksistä, joista oli tarkoitus ilmoittaa:

- lääkityksessä tapahtuvat virheet, joiden vuoksi potilaan saama lääke, lääkeannos, antotapa yms. on väärä tai hän on saanut oikeaa lääkettä liian pitkään tai liian lyhyen ajan. Likipititilanteet ilmoitetaan silloin, jos seurauksena olisi voinut tulla selvä haitta potilaalle
 - patologin tai röntgenlääkärin lausunto tai laboratoriovastaus on virheellinen tai jää huomiotta
 - kliininen diagnoosi viivästyy haitallisesti jonkin todettavan erehdyksen vuoksi, esimerkiksi tärkeä röntgenlausunto tai laboratoriotutkimus on virheellinen tai jää huomioimatta. (Tässä ei etsitä vääriä diagnooseja sinänsä, sellaisia tapahtuu väistämättä harhaanjohtavien oireiden yms. vuoksi. Kyseessä on ilmoitettava poikkeama silloin, jos syynä on jokin erehdys tai vastaava.)
 - kiireisen potilaan hoitoon pääsy viivästyy erehdyksessä liikaa (esimerkiksi lähete jäänyt erehdyksessä huomiotta)
 - hoitotoimenpiteisiin liittyvät virheet
 - laitteisiin liittyvät vahingot (joista tehdään ilmoitus myös Lääkelaitokseen)
- Yleissääntönä oli, että jos on epävarma pitääkö ilmoittaa, on syytä täyttää poikkeamailmoitus. Hoitoon liittyvien poikkeamien ilmoittaminen koski koko henkilökuntaa. Poikkeamien ilmoittamiseen käytettiin kolmenlaisia lomakkeita: yleislomake, jolla ilmoitettiin muu kuin lääkevahinko tai tapaturma, lääkevahinkolomake ja tapaturmalomake. Lomakkeet pyrittiin laatimaan mahdollisimman yksinkertaisiksi. Kukin lomake monistettiin eriväriselle paperille ja niitä oli yksiköissä saatavana useassa eri paikassa. Lomake oli myös saatavana tietoverkon kaikille avoimessa Word-tiedostossa. Lomakkeet olivat ni-

mettömiä ja ne palautettiin yksikössä so-
vittuun paikkaan.

Tuloksellinen projekti

Poikkeamailmoituksia täytettiin yhteensä 210. Ne jakaantuivat taulukon 1 osoittamalla tavalla. Yksiköiden välinen vaihtelu johtui osaksi erilaisesta toiminnasta, esimerkiksi kiireisellä vuodeosastolla on enemmän toimintaa ja virheitä kuin ajanvarauspoliklinikalla. Turvallisuusajattelun mukaan kahdesta samanlaisesta yksiköstä on turvallisempi se, joka tekee paljon poikkeamailmoituksia, sillä siellä kiinnittää aktiivisemmin huomiota virheiden ehkäisyyn.

Virheistä 81,2 % oli tapahtunut omassa

yksikössä, 18,8 % muussa yksikössä, mutta huomattiin projektiyksikössä. Suurin osa (74 %) ilmoitetuista virheistä tapahtui viikon arkipäivänä (ma – pe), 26 % viikonloppuna (la – su) tai pyhäpäivänä. Virheistä 49 % tapahtui päivävuoron aikaan, 30 % iltavuorossa ja 21 % yöllä.

Poikkeamailmoituksen tekijöistä oli sairaanhoitajia 87,4 %, lääkäreitä 6,8 % ja muita 5,8 %. Ilmoituksen tekijät vaihtelivat yksiköittäin. Ajanvarauspoliklinikoilla lähes puolet ilmoittaneista oli lääkäreitä. Ilmoitetut hoitoon liittyvät poikkeamat on esitetty taulukossa 2.

Lääkitysvirhelomakkeista 58 % täytettiin sisätautien osastolla, 23 % päivystysosastolla, kahdeksan % psykiatrisella

osastolla, seitsemän % kirurgisella osastolla ja neljä % päivystyspoliklinikalla. Muissa yksiköissä ei ilmoitettu lääkitysvirheistä. Lääkitysvirheet luokiteltiin neljään kategoriaan: määräys-, kirjaamis-, jako- ja antovirheet (Taulukko 3).

Tapaturmailmoituksia projektiyksiköissä täytettiin 19. Vain yhden kohdalla arvioitiin, että kaatumisen syy oli päihteen käyttö. Viidessä tapauksessa arvioitiin, että potilaan lääkityksellä oli osuutta tapaturmaan. Tapaturmat olivat kaikki lieviä, pääasiassa mustelmia tai pienehköjä haavoja.

Poikkeamailmoitusten käsittelystä oli annettu ohje, jonka mukaan kullakin projektiin osallistuvalla osastolla ja poliklini-

Taulukko 1.

Yksikkö	Yleis- lomake	Lääke- vahinko	Tapa- turma	Yht.
Sisätautien osasto	18	75	17	110
Kirurgian osasto	3	9	0	12
Psykiatrian osasto	2	10	1	13
Kirurgian poliklinikka + skopiat	7	0	0	7
Sisäpoliklinikka	9	0	0	9
Silmäpoliklinikka	6	0	0	6
Lastentautien poliklinikka	0	0	0	0
Leikkausosasto	1	0	1	2
Päivystys- poliklinikka	8	5	2	15
Päivystysosasto/ valvonta	4	30	2	36
Yhteensä	58	129	23	210

Taulukko 2.

Ilmoitettujen poikkeamien luokitus	Määrä	%
Lääkevirhe	129	61,4
Hoidon/tutkimuksen viivästyminen	27	12,9
Tapaturma	19	9,0
Röntgen-, laboratorio- tutkimus	9	4,3
Hoito-ohjeen toteutumisen	8	3,8
Muu hoitotoimenpide	7	3,3
Laitteeseen liittyvä	2	1,0
Kirurginen toimenpide	1	0,5
Muu	8	3,8

Lääkitysvirheiden jakautuma	Määrä	%
Määräysvirhe	25	19,5
Kirjaamisvirhe	43	33,6
Jakeluvirhe	19	14,8
Antovirhe	40	

Taulukko 3.

kalla osastonhoitajan ja nimetyn lääkärin tuli yhdessä analysoida poikkeamailmoitukset. Tämä toteutui vain osittain, joissakin yksiköissä osastonhoitaja teki työn pääasiassa yksin. Analyysin yhteydessä täytettiin poikkeamien käsittelylomake, joka toimitettiin projektipäällikölle. Lomake täytettiin kaikista poikkeamailmoituksista.

Käsittelylomakkeesta arvioitiin poikkeamasta johtuvat haitat potilaalle. Tässä käytettiin kolmen kohdan asteikkoa: haittaluokka 1. poikkeama ei aiheuttanut ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä, haittaluokka 2. poikkeama aiheutti ylimääräisiä hoitotoimenpiteitä sekä haittaluokka 3. kuolema, pysyvä haitta tai poikkeaman vuoksi

tarvittiin tehohoitoa tai ylimääräinen leikkaus. Ilmoitetut poikkeamat jakaantuivat haittaluokkiin taulukon 4 mukaisesti.

Käsittelylomakkeesta sen täyttäjää pyydettiin ilmoittamaan kymmenestä vaihtoehdosta, mitä syitä arveltiin poikkeamaan olevan. Syitä poikkeamaan saattoi olla useampi kuin yksi. Syiden jakauma kuvataan taulukossa 5. ”Muu syy” -kohdasta oli usein merkitty huolimattomuus, tiedon puute tai tarkkuuden puute. Muita merkintöjä olivat muun muassa: arviointivirhe, yhteensattumien summa, unohdus, päivittäin vaihtuneet varahenkilöt, luottaminen aiempiin merkintöihin.

Ohjeen mukaan potilaalle tuli kertoa sel-

laisista poikkeamista, joista oli haittaa. Käsittelylomakkeesta oli kohta, jossa kysyttiin oliko kerrottu ja kuka kertoi. Tämä kysymys ei toiminut hyvin. Monissa tilanteissa potilas itse huomasi virheen, ja usein oli vaikea analyysivaiheessa selvittää, oliko ilmoitettu ja kuka ilmoitti. Sen vuoksi kysymys jäi usein vastausta vaille. Kysymyksen ”Johtiko poikkeama yhteiseen käsitteelyyn” vastaukset taulukossa 6.

Kysymykseen ”Käsiteltiinkö osastokokouksessa”, vastattiin seuraavasti: ei käsitelty 88 (46,8 %), kyllä käsiteltiin 100 (53,2 %) ja tieto puuttui 22 lomakkeelta. Luvut osoittavat, että havaittuja poikkeamia käsiteltiin usein yhdessä osastoilla. Johtoryhmissä käsiteltiin kuusi esiintynyttä poikkeamaa. Poikkeamailmoitusten käynnistämiä toimenpiteitä kartoitettiin käsittelylomakkeen kysymyksellä ”Päätettiinkö poikkeaman vuoksi toimintaan kohdistuvista toimenpiteistä”. Vastaukset esitetty taulukossa 7.

Tämä kysymys ei toiminut toivotulla tavalla. Tarkoitus oli saada tietoa siitä, johtiko poikkeaman esille tulo konkreettisiin muutoksiin, esimerkiksi ohjeiden tarkentamiseen tai toimintatapojen muutoksiin. Sen sijaan kyllä-vastausten kohdalla oli usein ”oman toiminnan arviointia ja kehittämistä” tai muuta vastaavaa.

Projektiyksiköitä pyydettiin kirjoittamaan raportti projektin toteutumisesta ja sen perusteella tehdyistä toimenpiteistä. Raporttien mukaan esille tulleet virheet ja haittatapahtumat johtivat seuraaviin toimenpiteisiin:

Lääkkeisiin liittyviä

- lääkkeiden jako tarjottimille siirrettiin yövuorosta aamuvuoroon
- kotilääkkeiden kirjaaminen ohjeistettiin uudestaan
- ”piippuhylly” -käytäntö lopetettiin
- käynnistettiin lääkkeiden kirjaamisen

Taulukko 4.

	Määrä	%
Haittaluokka 1	186	88
Haittaluokka 2	22	11
Haittaluokka 3	2	1

Taulukko 5.

Arvio poikkeaman syystä	Määrä
Toimintaprosessin heikkous	91
Inhimillinen erehdys	74
Ruuhkatilanne	53
Puutteellinen informaatio	27
Rauhaton työympäristö	22
Puutteellinen perehdytys	17
Puutteellinen/puuttuva ohje	14
Väsymys	9
Koulutus ei vastaa työtä	2
Muu syy	80

Taulukko 6.

	Määrä	%
Ei	70	34,3
Kyllä	134	65,7
Puuttuu	6	

Taulukko 7.

	Määrä	%
Ei	115	61,8
Kyllä	71	38,2
Puuttuu	24	

Erittäin myönteistä oli, että monet projektin aikana esiin tulleet poikkeamat johtivat yksiköissä spontaanisti toiminnan muutoksiin tai henkilökunnan kouluttamiseen.

- kehitysprojekti
- I.V. -lääkityksen ohjeet uusittiin useissa yksiköissä
- Koulututusta ja ohjeita potilashoidosta
- koulutustilaisuudet päihdepotilaiden seurannasta
- ohje henkilökunnalle olkapään sijoittamiseen menosta
- Kystofix-koulutusta
- perehdytys tibia-vedon kokoamisesta
- Laitteisiin liittyvä
- happi- ja ilmaletkujen yhdistämiskäytäntöä muutettiin
- Toimintatapoihin liittyviä
- tiedote sisäänkirjoittamisen ja toimenpidejonon merkitsemisestä
- sisäisten läheteiden käsittelyä tarkennettiin

Mielipidekyselyjä henkilökunnalle

Projektin alussa ja sen päätyttyä tehtiin projektiyksiköiden henkilökunnalle kysely, jossa tiedusteltiin virheiden ilmoittamiseen liittyviä mielipiteitä. Projektin alussa kyselyyn vastasi 261 henkilöä (36 lääkäriä, 180 sairaanhoitajaa ja 45 muuhun henkilökuntaan kuuluvaa). Lopussa vastaajia oli 162 (13, 131 ja 18). Alkukyselyn perusteella henkilökunta suhtautuu virheiden ja poikkeamien ilmoittamiseen enimmäkseen myönteisesti. Suurin osa lääkäreistä oli sitä mieltä, että heidän tekemänsä virheen voi ilmoittaa sairaanhoitaja tai muu henkilökuntaan kuuluva. Vastavasti suurin osa sairaanhoitajista ilmoitti, että heidän tekemänsä virheen voi ilmoittaa lääkäri tai muu henkilökuntaan kuuluva. Suuri enemmistö vastaajista ajatteli, että tapahtuneista virheistä on aina kerrottava potilaille. Sen sijaan likipititilanteiden ilmoittamista potilaille useimmat vastaajista eivät pitäneet tarpeellisena.

Mielipidekyselystä ilmestyy myöhemmin opinnäytetyö, jossa tulokset esite-

tään yksityiskohtaisesti. Projektin lopussa projektiyksiköiden henkilökunnalta kysyttiin projektin päätyttyä mielipiteitä projektin toteuttamisesta. Vastanneista 71 (44 %) ilmoitti täyttäneensä poikkeamailmoituksen projektin aikana. Luku osoittaa, että ilmoituksia eivät tehneet vain harvat innostuneet, vaan henkilökunta oli laajasti mukana. Lomakkeen täyttäneiltä kysyttiin mielipiteitä lomakkeista: 94 % ilmoitti lomakkeiden olleen helposti saatavilla ja 79 %:n mielestä ne oli helppo täyttää.

Johtopäätöksiä projektista

Projektista saatiin riittävästi kokemusta poikkeamien ilmoittamisesta ja analysoinnista. Projekti paljasti, että sairaalan toiminnassa tapahtuu paljon virheitä ja poikkeamia, jotka eivät rutiinotoiminnassa tule esille.

Henkilökunta suhtautui toimintaan pääosin myönteisesti ja piti sitä tärkeänä. Projektin aikana ilmeni ”turnausväsymystä”, poikkeamailmoitusten määrä väheni kuukausi kuukaudelta. Jatkossa tulee kiinnittää erityistä huomiota siihen, miten henkilökunnan kiinnostus toimintaan säilyy. Tämä edellyttää, että henkilökunta kokee toiminnan hyödylliseksi ja näkee sen johtavan parannuksiin.

Lääkärit ilmoittivat poikkeamia suhteellisen vähän. Tämä johtunee osaksi siitä, että erikoistuvat lääkärit vaihtuivat yksiköissä projektin aikana. Se ei kuitenkaan selittäne ilmiötä kokonaan. Mielipidekyselyn perusteella lääkärit suhtautuvat toimintaan myönteisesti, joten asia korjaantunee paremmalla tiedottamisella. Eniten ongelmia aiheutti se, että henkilökunta ei aina osannut hahmottaa, millaisia asioita on tarkoitus ilmoittaa poikkeamalomakkeilla. Projektin avulla tästä saatiin kokemusta ja esimerkkejä todetuista poikkeamista voitiin levittää yksiköihin.

Käytössä olleet lomakkeet toimivat tyydyttävästi, mutta projektin kokemusten mukaan ilmoituslomakkeita kannattaa vielä yksinkertaistaa ja käsittelylomaketta kehittää. Erillinen tapaturmalomake oli tarpeeton, sillä tapaturmat voi ilmoittaa yleislomakkeella. Projektissa käytetty organisaatio toimi hyvin. Osastonhoitaja oli luonteva johtamaan toimintaa yksikössä ja analysoimaan poikkeamailmoituksia. Analysointiin tulisi saada säännöllisemmin lääkäri mukaan. Poikkeamien yhteinen käsittely sujui enimmäkseen luontevasti ja rakentavassa hengessä.

Erittäin myönteistä oli, että monet projektin aikana esiin tulleet poikkeamat johtivat yksiköissä spontaanisti toiminnan muutoksiin tai henkilökunnan kouluttamiseen. Niiden käynnistimenä olivat poikkeamien yhteiset käsittelyt, jolloin yhdessä todettiin tarve tehdä asialle jotain. Projektista saatujen myönteisten kokemusten perusteella virheiden ja poikkeamien ilmoittaminen ja analysointi on tarkoitus ottaa käyttöön Peijaksen sairaalan kaikissa klinisissä yksiköissä.

Projektiin liittyvät opinnäytetyöt

Koivunen Eila
Lääkäreiden ja sairaanhoitajien käsityksiä hoitovirheistä
Pro gradu. Kuopion yliopisto, 2005

Kinnunen Tuula
Lääke- ja tapaturmapoikkeamat osana potilasturvallisuuden kehittämistä
Erikoistumisopinnojen loppuraportti. Stadia – Helsingin ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala

Lisätietoa:
Projektipäällikkö,
ylilääkäri
Pertti Mustajoki
HUS
pertti.mustajoki@hus.fi

Turvallinen hoitoyksikkö

Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan

Terveystieteiden hoitoyksikön toimintaan sisältyy erilaisia riskejä. Riskit voivat liittyä potilaan tilaan ja sen muutoksiin, laitteiden toimivuuteen ja niiden käyttöön, työtapoihin, hoitoyksikön organisaatioon, tiedon kulkuun tai toimintaympäristöön.

Mitä vaativampaa hoitoyksikön toiminta on, sitä enemmän edellytetään hoitohenkilöstön toiminnassa ammattitaitoa. Potilaan tutkimuksissa ja hoidossa käytettävien laitteiden ja tarvikkeiden toimivuuden ja suorituskyvyn varmistaminen on yksi turvallisuuden avaintekijöistä. Hoitoyksikön toiminnan kehittämisessä tulee ottaa huomioon myös muita tekijöitä, sillä suuri osa riskeistä kohdistuu myös henkilökuntaan. Laitteiden toimintahäiriöiden, työympäristön ja ulkoisten tekijöiden lisäksi hoitohenkilökunnan työterveyteen ja –turvallisuuteen vaikuttavat henkilökunnan osaaminen, töiden organisointi, sosiaaliset suhteet ja työyhteisön toimivuus. Hoitohenkilökuntaan kohdistuu työn sisällöstä aiheu-

tuvia ja ulkoisia paineita, jotka lisäävät ihmisten virheiden mahdollisuutta. Seurauksena voi olla vaaratilanne tai läheltä piti –tilanne.

Turvallisuuden varmistamiseksi sekä potilaan että hoitohenkilökunnan kannalta on hoitoyksikön riskejä käsiteltävä kokonaisuutena. Kaikki osatekijät vaikuttavat toisiinsa ja toiminnan turvallisuuteen.

Tavoitteet ja toteutus

Lääkelaitos, VTT ja Työsuojelurahasto käynnistivät vuonna 2003 hankkeen, jonka tavoitteena oli tunnistaa ja arvioida tehohoitoyksikössä potilaaseen ja henkilökuntaan kohdistuvat turvallisuusriskit. Hanke päättyi kesäkuussa 2004. Hankkeessa laadittiin helposti sovellettava mal-

li terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan. Case-kohteina hankkeessa olivat Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloitten teho- ja anestesiaosastot. Tutkimuksen toteutti VTT Tuotteet ja tuotanto.

Hankkeen aikana case-yksiköiden toiminta mallinnettiin sekä potilaiden että hoitohenkilöstön kannalta. Mallinnuksen avulla rajattiin analysoitavat kohteet ja valittiin sopivat riskianalysimenetelmät. Tämän jälkeen tunnistettiin, arvioitiin ja priorisoitiin henkilöstöön ja potilaaseen kohdistuvat riskit, jotka liittyivät

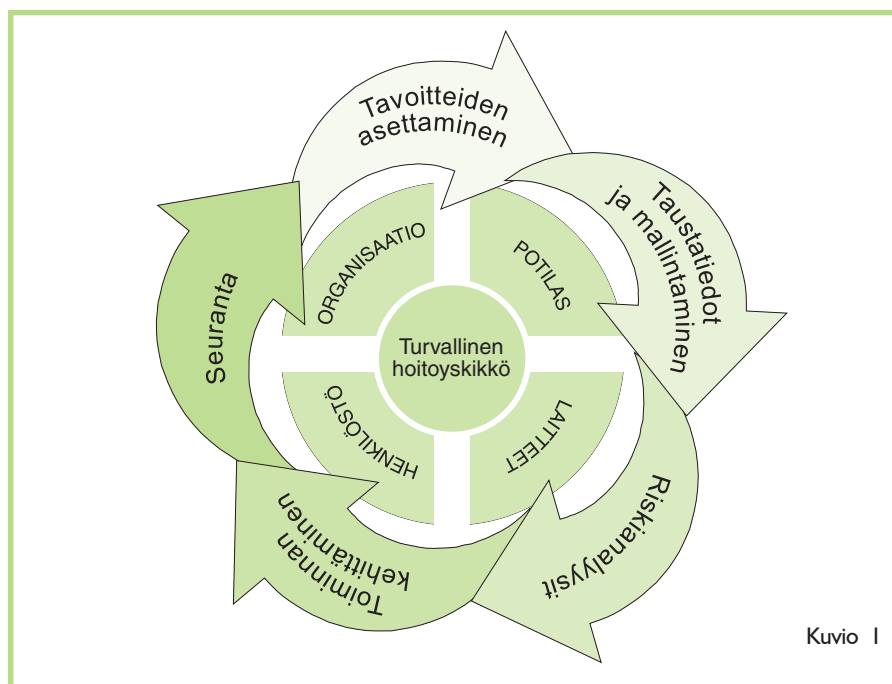
- laitteiden toimintaan
- laitteiden käyttöön ja kunnossapitoon
- toimintatapoihin
- organisaatioon ja tiedonkulkuun.

Case-yksiköt arvioivat ja luokittelivat mallin avulla 200–300 erilaista riskiä. Havaittuja ongelmia olivat mm. laitteiden käyttökoulutuksen puutteellisuus, vähäiset henkilöstöresurssit, terävien esineiden hävittäminen, infektiotaara ja osastojen ahtaat tilat. Riskin arvioinnin jälkeen valittiin tarvittavat toimenpiteet turvallisuustason ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Kehityskohteita löytyi mm. perehdytyksestä, tiedottamisesta ja johtamisesta.

Toimintamalli riskienhallintaan

Hankkeessa kehitetty uusi toimintamalli tukee riskienhallintaa osana hoito- ja hoivayksiköiden päivittäistä työtä. Malli ohjaa kunkin yksikön analysoimaan itse riskejään oman toiminnan lähtökohdista ja näkökulmasta. Hoitoyksikön riskien hallinnassa tärkeintä on johdon ja työntekijöiden sitoutuminen kehittämistyöhön. Riskienhallinta ei ole vain ohimenevä prosessi vaan osa päivittäistä työtä, johon Turvallinen hoitoyksikkö –riskienhallintamalli on oivallinen käytännön työkalu.

Turvallinen hoitoyksikkö –menettelytapa on jaettu toiminnallisesti viiteen osakokonaisuuteen. Liikkeelle lähdetään ta-



Kuvio 1

Vertailten paremmaksi

voitteiden asettamisella. Tämän jälkeen kootaan taustatietoa hoitoyksiköstä ja mallinnetaan sen nykyinen toiminta. Toiminnan kuvauksen perusteella valitaan ne osa-alueet, joista laaditaan riskianalyytit. Ensi sijaisten kohteiden valinnassa tulisi ottaa huomioon toimintojen kriittisyys potilaan ja henkilöstön turvallisuutta ajatellen. Riskianalyytin tulosten perusteella suunnitellaan kehittämistoimenpiteet, joiden toteutumista seurataan tiiviisti. Koko kehittämisprosessin ajan otetaan huomioon neljä näkökulmaa: potilas, henkilöstö, laitteet ja organisaatio. Tavoitteena on ympyrän keskipisteeseen fokuoitunut turvallinen hoitoyksikkö (Kuvio 1).

Riskienhallintamalli on julkaistu marraskuussa 2004 Lääkelaitoksen julkaisusarjassa (2/2004). Sen tavoitteena on luoda edellytykset omaehtoiseen riskien arviointiin ja toiminnan kehittämiseen. Julkaisussa esitetty malli on toteutukseltaan yksinkertainen ja helposti ymmärrettävissä. Julkaisun liitteenä on prosessin eri vaiheissa apuna käytettäviä lomakkeita. Tarkoituksena on kannustaa hoitoyksiköitä mallin käyttöön, vaikka riskien arviointia ei olisi aiemmin tehtykään.

Julkaistu ja lomakkeet ovat saatavilla Lääkelaitoksen verkkosivuilla pdf-muodossa (ks. alla oleva linkki). Painettua julkaisua (maksuton) voi tilata Lääkelaitoksen verkkosivuilta osoitteesta <http://www.laakelaitos.fi/palaute/index.html>

Kirjallisuutta

Turvallinen hoitoyksikkö – Malli terveydenhuollon hoitoyksikön riskienhallintaan

Lääkelaitoksen julkaisusarja 2/2004

<http://www.nam.fi/julkaisut/laitteet/laadunhallinta/index.html>

Turvallinen hoitoyksikkö

VTT:n tutkimusraportti BTUO46-041255 (<http://www.vtt.fi/tuo/46/projektit/thy>)

Lisätietoa:

Osastopäällikkö Petri Pommelin
Lääkelaitos
puh. (09) 4733 4241,
petri.pommelin@nam.fi

Viime marraskuussa Stakes ja Kuntaliitto järjestivät yhteisen Vertailten paremmaksi -päivän, jonka aikana pohdittiin vertailua keinona arvioida ja kehittää toiminnan laatua. Laadun kehittämisen ensi vaiheiden jälkeen organisaatiot alkavat kaivata ”peiliä”: Mitä muut ovat tehneet? Mitä me voisimme oppia toisilta? Miten olemme onnistuneet? Päivän kuluessa esiteltiin erilaisia vertailun menetelmiä, kuten benchmarking -toimintaa, tunnuslukuvertailuja ja kehittävän vertaiskäynnin sovelluksia.

Päivän ohjelmassa oli myös Stakesin Kehittävä vertaiskäynti -projektin tuloksena syntyneen oppaan julkistaminen. Opa Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan on julkaistu sekä paperiversiona että verkkokirjana.

Lisätietoa: Erikoissuunnittelija Maarit Outinen, Stakes
puh. 0400 834 987, maarit.outinen@stakes.fi

Erikoissuunnittelija Kristiina Hellsten, Stakes
puh. 040 536 3217, kristiina.hellsten@stakes.fi

Erytisasiantuntija Tupu Holma, Suomen Kuntaliitto
puh. 050 2235, tupu.holma@kuntaliitto.fi

Hellsten K, Outinen M, Holma T

Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan

Aiheita 31/2004, Stakes 2004

Tilausnumero A431, hinta 10,00 euroa. Tilaukset www.stakes.fi/julkaisut tai Stakes/Julkaisut, PL 220 00532 Helsinki, puh. (09) 3967 2308

Verkkokirjan tulostus osoitteesta www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/Aiheita31-2004



Kuvassa tyytyväiset ja innostuneet oppaan tekijät Tupu Holma (vas.), Maarit Outinen ja Kristiina Hellsten.

Virheistä vaari

Terveydenhuollon riskienhallinnan toimintariskeistä hoidossa tapahtuneet virhetilanteet aiheuttavat inhimillisesti katsoen ikäviä seurauksia. Lääkäriliiton laatuneuvoston järjestämällä Lääkäripäivien Virheistä vaari –kurssilla herätettiin keskustelua virhetilanteiden käsittelystä, niistä oppimisesta sekä toimenpiteistä asian edistämiseksi.

Professori Pertti Mustajoki kertoi Peijaksen sairaalassa viime vuonna toteutetusta Viisas oppii virheistä -projektista. Neljän kuukauden pilottiprojektissa oli mukana 10 toimintayksikköä: vuodeosastoja, poliklinikoita, päivystyksen yksiköitä ja leikkausosasto. Henkilökunta suhtautui virheiden ja poikkeamien ilmoittamiseen pääasiassa myönteisesti. Projektin aikana ilmoitettiin 210 virhettä ja poikkeamaa. Esille tulleet virheet ja poikkeamat johtivat spontaanisti moniin parannuksiin. Virheestä ilmoittaminen on hyveellinen teko ja keskeinen viesti henkilökunnalle oli, että projektissa etsitään syitä ei syyllisiä. Peijaksen sairaalassa ei projekti jää kokeiluksi vaan raportointijärjestelmä otetaan käyttöön sairaalan kaikissa kliinisissä yksiköissä (Kts. Pertti Mustajoen artikkeli sivuilla 14-17).

Johtajaylilääkäri Ermo Haavisto Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä kertoi, että sairaanhoitopiiri on mukana Stakesin riskienhallinnan kehittämisprojektissa. Projektin painopistealueena ovat potilasturvavahingot. Tavoitteena on kerätä kaikki

Top Seven –näkökulmat

- 1 Hoitoon liittyvien virheiden asiantunteva käsittely kuuluu laadukkaaseen prosessijohtamiseen. Hoitoon liittyvät virhetilanteet on ensisijaisesti käsiteltävä systeemitasolla. Virheiden sattuessa tulee tarkastella koko tiimiä ja organisaatiota sekä miettiä, miten virheitä voidaan karsia esim. toimintatapoja muuttamalla, toimintaohjeilla tai koulutuksella.
- 2 Virhetilanteista oppiminen on osa ammatillista kehittymistä eikä sitä tule liittää sanktiojärjestelmään. Virhetilanteiden käsittelyn opettaminen tulee paremmin huomioida lääkäreiden perus-, jatko- ja täydennuskoulutuksessa. Asioita tulisi käsitellä rakentavalla ja ammatillista kehittymistä tukevalla tavalla, ilman tarpeetonta syyllistämistä
- 3 Terminologia tulee sopia valtakunnallisesti. Potilasturvallisuuden terminologia tulee sopia valtakunnallisesti, jolloin niitä käytetään yhtenäisesti.
- 4 Virhetilanteiden käsittelyyn tulee saada valtakunnalliset toimintaohjeet. Toimintayksiköiden käytössä tulee olla valtakunnallisesti sovitut ohjeet siitä, miten menetellään virhetilanteen sattuessa.
- 5 Piloteista pysyviin käytäntöihin. Peijaksen sairaalassa on jo aloitettu poikkeamien ilmoittamiskäytäntö, joka on tarkoitus ottaa pysyväksi käytännöksi. Pyörää ei tule keksiä monta kertaa uudelleen vaan alkaa koordinoita yhteistyötä laajemmin pilottiyksiköiden kokemuksesta oppien ja viisastuen.
- 6 Potilasturvallisuus tulee saattaa myös osaksi toimintaprosessien arviointia ja uusien teknologioiden käyttöä. Uuden teknologian kehittämisen keskeisenä tavoitteena tulee olla potilasturvallisuuden edistäminen hoidon teknisiä virheitä vähentämällä.
- 7 Potilasturvallisuuden edistämisen tulee kattaa kaikki terveydenhuollon sektorit. Virheistä oppiminen ja virhetilanteiden käsittelyä koskevat ohjeet olisi alusta alkaen luotava palvelemaan ja koskemaan koko terveystalouden järjestelmää: erikoissairaanhoitoa, perusterveydenhuoltoa ja yksityissektoria.

Lähde: Lääkäriliiton laatuneuvoston muistio: Riskienhallinta, virhetilanteiden käsittely ja virheistä oppiminen terveydenhuollossa

www.laakariliitto.fi/files/potilasturvallisuus.pdf

Virheestä ilmoittaminen on hyveellinen teko ja keskeinen viesti henkilökunnalle oli, että projektissa etsitään syitä ei syyllisiä.

Vammaisten apuvälineet

SF eKäsikirjaan 506 on koottu aihepiiriin tärkeimmät standardit ja niihin liittyvä kansallinen lainsäädäntö helposti hallittavaksi kokonaisuudeksi.

Tämä sähköinen käsikirja sisältää mm. yhdenmukaistettuja eurooppalaisia standardeja, joita terveydenhuollon laitteiksi ja tarvikkeiksi luokiteltavien apuvälineiden valmistajat voivat käyttää osana tuotteidensa vaatimustenmukaisuuden arviointimenettelyä. Myös apuvälineiden ostajat ja käyttäjät voivat käyttää standardeja apuna arvioitaessa apuvälineiden turvallisuutta ja laatua.

Terveydenhuollon laitteille ja tarvikkeille annettu kansainvälinen lainsäädäntö sisältää apuvälineiden turvallisuutta, niiden suunnittelua, valmistusta, markkinointia ja ammattimaista käyttöä koskevia vaatimuksia. Valvovana viranomaisena toimii Lääkelaitos.

CD-ROM yhdelle käyttäjälle, 2.versio 2003

SFS-EN ISO 9999
Vammaisten apuvälineet. Luokitus ja terminologia

SFS-EN 980:en
Graphical symbols for use in the labelling of medical devices

Tilaukset:
SFS-Standardisointi/Asiakaspalvelu
puh. (09) 149 9331
sales@sfs.fi

potilasvahinkoihin ja niihin liittyviin riskitilanteisiin liittyvä tieto, analysoida se, tehdä tarvittavat johtopäätökset ja suunnitella toimenpiteet riskien hallitsemiseksi. Tavoitteina ovat yhtenäinen käytäntö sairaanhoitopiirissä potilasvahinkojen käsittelyn kohdalla sekä kerätyn tiedon analysointi päätöksentekoa ja toimintaa tukevaksi.

Johtaja, tutkija Petri Parvinen Teknillisen korkeakoulun tuotantotalouden osastolta käsitteli terveydenhuollon laatua ja prosessia tuotantotalouden näkökulmasta. Terveydenhuollon kliinisten suoritteiden laatu jaetaan poikkeamiin (deviation), virhevalinta (error) ja laiminlyönteihin (failure). Laatuvirheiden tyypit ovat eri ilmiöitä ja ne tulisi pystyä erottelamaan. Terveydenhuollossa virhevalinnat ovat isoin alue.

Lentoturvallisuuspäällikkö, everstiluutnantti Ilkka Koho Ilmavoimien esikunnasta kertoi ilmavoimien häiriöilmoitusten raportointijärjestelmästä. Ilmavoimien lentoturvallisuustyö käsittää ennalta ehkäisevän lentoturvallisuustyön ja lentoturvallisuustutkiminnan. Liikenteellä on muista ammattialoista eniten yhtäläisyyksiä terveydenhuollon kanssa inhimillisistä tekijöistä johtuvissa virhetilanteissa. Ilmavoimien raportointijärjestelmä on ollut käytössä jo 25 vuotta. Ilmoituksia tehdään 300 ohjaajan toimesta noin 5 500 vuodessa. Avoin raportointikulttuuri on ennakoivan lentoturvallisuustyön tärkein kulmakivi ja oikea asenne luodaan jo varusmiesvaiheessa.

Kurssin lopuksi luennoitsijat sekä lisäksi kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara ja Potilasvakuutuskeskuksen ylilääkäri Eero Hirvensalo osallistuivat paneelikeskusteluun. Maassamme on muitakin hankkeita potilasturvallisuuden edistämiseen liittyen. Tärkeää olisi, että

potilasturvallisuuden terminologia sovitaisiin valtakunnallisesti. Olisi aika alkaa koordinoida yhteistyötä laajemmin hankkeiden ja toimintayksiköiden kokemuksista oppien ja viisastuen.

Suomen Lääkäriliiton lautupalkinto 2004

Lääkäripäivien kurssilla luovutettiin kuudennen kerran Suomen Lääkäriliiton lautupalkinto 2004. Lautupalkinto myönnetään lääkiriryhmälle, lääkärin johtamalle moniammatilliselle ryhmälle tai yksittäiselle lääkärille. Perusteluissa tulee tuoda esiin jo ainakin osittain toteutunut kehittämissanke, josta on osoitettua hyötyä terveydenhuollon toimivuudelle ja potilaiden hoitamiselle, ja joka on merkittävällä tavalla parantanut terveydenhuollon palvelujen laatua ja tuottavuutta.

Lääkäriliiton lautupalkinto 2004 myönnettiin Suomen tehohoidon laatukonsortiolle. Tehohoidon laatukonsortio on tehnyt kymmenen vuoden ajan pitkäjänteistä ja moniammatillista jatkuvaa laatutyötä. Konsortio on hyvä esimerkki valtakunnallisesta yhteistyöstä, joka pyrkii uusien tehohoidon toimintamallien etsimiseen ja optimoimaan voimavarojen käyttöä lääketieteellisestä tasosta tinkimättä. Laatutyöstä on osoitettua hyötyä potilaiden hoitamiselle.

Lisätietoa:
Koulutussihteeri Ulla Anttila
Suomen Lääkäriliitto
puh. (09) 3939 830
ulla.anttila@fimnet.fi

www.laakariliitto.fi

Virheiden välttäminen ei käy helposti terveydenhuollossa

Vaikka inhimillisyyden merkitys terveydenhuollon tuloksiin, menetelmien arviointiin ja palvelujen laadun varmistukseen tiedetään, ei virheiden välttäminen käy helposti. Virheet tulevat kalliiksi ja erehdykset aiheuttavat vältettävissä olevaa kärsimystä, sairautta ja jopa kuolemaa. Professori Alan Maynardin mukaan terveystaloustieteen tehtävänä onkin suojata yksittäisiä kansalaisia kuolemalta ja veroilta.

Kansalaisten verotustaakkaa voidaan keventää esimerkiksi karsimalla vanhoja käytäntöjä sekä estämällä tarpeettomia ja vaikutuksiltaan heikkoja uusia toimenpidemuotoja pääsemästä terveydenhuollon toimialalle. Rajallisten resurssien tehokas kohdentaminen terveyden tuottamiseen, eli elämän pituuden ja laadun lisäämiseen, suojaa taas osaltaan yksilöitä tarpeettomilta kuolemilta, professori Maynard luennoi Helsingissä.

Yorkin yliopiston terveystaloustieteen professori Alan Maynard oli yksi elokuun alussa Finlandia-talolla pidetyn Yrjö Jahnssonin Säätiön terveystaloustieteen *Incentives and Finance of the Health Care System* -juhlaseminaarin luennoitsijoista. *Health Economics in the Past, the Present and the Future* -esitelmässään Maynard tarkasteli erityisesti inhimillisen erehdyksen vaaraa ja merkitystä terveydenhuollon alueella.

Ainakin kolme asiaa on vuosikymmeni-
en tiedostuksesta huolimatta jäänyt May-

nardin mukaan kuoleman ja verotuksen haastajiksi: 1) terveydenhuollon aktiivisuuden ja käytännön toimintatapojen vaihtelun runsaus ja erityisesti niiden suhde tehokkuuteen, 2) terveydenhuollon piirissä tapahtuvat virheet ja riskien hallinta, ja 3) terveydenhuollon menestyminen ja sen mittaaminen. Kaikki nämä tutkimuksellisesti hankalat ilmiöt vaikuttavat terveystalouden laatuun.

Inhimilliselle tekijälle sattuu

On inhimillistä tehdä virheitä, mutta terveydenhuollossa tehdyt virheet voivat aiheuttaa vältettävissä olevaa kärsimystä, sairautta ja jopa kuolemaa. Vältettävissä olevia virheitä on huomattu esimerkiksi lääkkeiden määräämisessä, annostelussa ja jakamisessa, kirurgiassa ja varsinkin käsihygieniassa.

Eräistä USA:ssa tehdyistä ja päätelmiltään rajatuista tutkimuksista on arvioitu, että sairaalaan otossa tapahtuviin virheisiin (3–5 %) kuolisi liki satatuhatta amerikkalaista vuosittain. Toisaalta Englannissa tehty tutkimus viittaa vielä korkeampiin virheprosentteihin (10 %).

– Terveydenhuollon piirissä tapahtuvien virheiden kustannusvaikuttavuuden mittaaminen ja arviointi on kuitenkin heikkoa lähes kaikissa terveydenhuollon järjestelmissä. Virheiden tutkiminen ja vähentäminen ei ole helppoa, koska yksittäisten toimintatapojen lisäksi myös terveydenhuollon organisointitapoja ja koulutusrakenteita voi olla tarpeen muuttaa, totesi Maynard.

Lääkärien kanssa toimivan hoitohenkilöstön suhteellisella määrällä ja koulutuksen laadulla on tutkimusten mukaan varsin suuri merkitys kuolleisuuden estossa ja potilaiden elämänlaadun tukemisessa. Toisaalta myös automaatioon panostaminen esimerkiksi lääkkeiden valmistuksessa ja jakamisessa voisi olla kannattavaa,

jolloin pohdinnan kohteeksi nousisivat myös työvoiman ja pääoman suhteet. On kuitenkin muistettava, että terveydenhuollon toiminnan virheetömyyden vaikutus yksilön elämän pituuteen voi olla eniten terveystaloutta käyttävän väestöosuuden osalla varsin vähäinen, kuten eräässä amerikkalaisessa tutkimuksessa on arvioitu.

Onko optimaalista virhetasoa?

Mielenkiintoisen luennon pohjalta kumpusi monta kysymystä. Mikä on tehokkuuden kannalta optimaalinen virhetaso? Mikä on hyväksyttävissä oleva virhetaso? Miten haluttuun virhetasoon tulisi pyrkiä?

Virheiden hallinnoinnissa, ja myös palvelujen laadun johtamisessa, lienevät kyseessä vahvasti poliittiseen päätöksentekoon liittyvät arvovalinnat. Näyttöön perustuvaa kustannusvaikuttavuustietoa tarvitaan päätöksenteon tueksi, kun arvioidaan sekä virheiden määrää ja laatua että niiden vähentämiseen tähtäviä keinoja. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota myös hoitoketjujen sekä muiden kokonaisuuksien arviointiin ja kehittämiseen yksittäisten virheiden osoittelun sijaan.

Täysi nollatoleranssi virheille on tuskin vaihtoehtokustannuksia ajatellen järkevää tai todellisen epävarmuuden vaaniessa edes mahdollista. Terveystaloudelliselle tutkimukselle on yhtäkaikki tarvetta myös virheitä arvioitaessa ja vältettäessä.

Kirjallisuutta

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mouroug P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger T

Effectiveness of a Hospital-Wide Programme to Improve Compliance with Hand Hygiene

Lancet. 2000;9238:1307–12

Käsihygienian merkitys tiedetään ja unohdetaan

Vincent C, Neagle G, Woloshynowych M
Adverse events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review

BMJ 2001;322:517-9

Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D, Silber J

Education Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality

JAMA 2003;12:1617-23

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K

Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals

NEJM 2002;22:1715-22.

Hayward R, Hofer T

Estimating Hospital Deaths. Due to Medical Errors – Preventability is in the Eye of the Reviewer

JAMA 2001;4:415-20.

Lisätietoa:

Tutkija, Tty Erkki Soini

Kuopion yliopisto

Sosiaalifarmasian laitos

Terveystalouden ja -talouden laitos

puh. (017) 162 507

erkki.soini@uku.fi

Aukeaman artikkelit on julkaistu Impakti -lehdessä 4/04 / Tietoa terveydenhuollon menetelmien arvioinnista / Stakes, FinOHTA

Jo vuonna 1847 unkarilainen Ignaz Semmelweis todisti käsihygienian merkityksen aikalaisilleen, kun hän pystyi kehittämällänsä käsien puhdistustekniikalla vähentämään lapsivuodekuolemia huomattavasti. Tehokkain yksittäinen infektioiden leviämisen estäjä onkin terveydenhuollon henkilöstön käsihygienia.

Käytännössä käsien desinfiointihieronta alkoholihuuhteella on saippuapesua parempi vaihtoehto vertailutekniikoita vähäisemmän ihoärsytyksen, tehokkuuden, nopeuden ja saatavuuden tähden. Erilaisten menetelmien pitkstä historiasta, saatavilla olevasta tiedosta ja yleisestä tietämyksestä huolimatta professori Alan Maynard oli esitelmässään *Health Economics in the Past, the Present and the Future* yhä erityisen huolissaan käsihygienian unohtumisesta.

Tiedonhakuja ja itse käsihygieniasta tehtäviä tutkimuksia varten on olemassa hyviä tietolähteitä, kuten iso-britannialaisen The National Institute for Clinical Excellence NICE:n julkaisema *Infection Control* sekä yhdysvaltalaisen The Centers for Disease Control and Prevention CDC:n laatimat ohjeistukset. NICE:n mukaan alkoholikäsihuuhteen käyttö voi auttaa välttämään 10–12 infektiotapausta 1000 potilasta kohden ja sen optimaalinen käyttö voi myös puolittaa yleisimmän sairaalabakteerin MRSA:n (metisilliinille resistentti *Stafylococcus aureus*) läpäisevyyden (2,16:sta 0,93 tapaukseen 10000 potilaspäivää kohden).

Sairaalaperäisen infektion aiheuttamaksi keskimääräiseksi kustannukseksi on arvioitu noin 5000 euroa, ja tällöin jopa pieni alkoholihuuhteen avulla aikaan saatu vähennys infektioissa olisi kustannuksia säästävää. Antimikrobisille aineille resistenttien kantojen eli sairaalabakteereiden jatkaessa kasvuaan myös Suomessa erityisesti MRSA:n osalta, ei käsihygienian arvioinnin tarpeen merkitystä voine liiaksi korostaa.

Kirjallisuutta

Noskin G, Peterson L

Engineering Infection Control through Facility Design

CDC. Emerging Infectious Diseases 2001;2:354-7

Boyce J. & Pittet D

Guideline for Hand-Hygiene in Health-Care Settings

CDC. MMWR RR 16/2002

Internetissä osoitteessa

<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>.

Tartuntatautirekisteri. KTL. 2004

Internetissä osoitteessa

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/ktl_tutkii/tilastot_ja_rekisterit/tartuntatautirekisteri_-_ttr/.

Infection Control. NICE. 2003

Internetissä osoitteessa

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=71774>.

Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger T

Effectiveness of a Hospital-Wide Programme to Improve Compliance with Hand Hygiene

Lancet 2000;9238:1307-12

Lisätietoa:

Erkki Soini

KIRJOITA LAATUPALAAAN!

Iloksemme iso osa LaatuPalan kirjoituksista tulee spontaanisti teiltä lukijoilta. Jotta kirjoittaminen olisi helppoa, tässä muutama huomioitava asia:

* Kirjoita pitkästi tai lyhyesti.

LaatuPalassa on tilaa sekä pidemmille kirjoituksille (max noin 10 000 merkkiä) että lyhyemmille kirjoituksille, myös ihan uutisille ja informaatiolle. Lehden taittoa helpottaa mahdollisimman muotoilematon teksti, mielellään Word-asiakirjana. Lähetä mielellään mustavalkoiset taulukot, kaaviot yms. erillisinä Excel-tiedostoina.

* Otsikoi lyhyesti ja lukijan mielenkiinnon herättävästi.

Tee myös ingressi eli muutaman lauseen pituinen teksti kirjoituksen alkuun, jonka tarkoitus on kertoa lukijalle ydinasiat ja toisaalta innostaa lukemaan koko kirjoitus. Voimme halutessasi auttaa otsikon ja ingressin muotoilussa.

* Liitä kirjoitukseen yhteystiedot, keneltä lukija halutessaan saa lisätietoja.

Lähetä meille myös kaikkien kirjoittajien yhteystiedot. Julkaisemme mielellään sekä kirjoittajan valokuvan että mahdollisesti kirjoitukseen liittyviä valokuviasi. Valokuvien lähettämisestä saat yksityiskohtaiset ohjeet meiltä.

* Lähetä kirjoitus osoitteella:

salla.sainio@stakes.fi

Kysy lisää kirjoitusasioista Sallalta tai Ailalta!

Haluan liittyä Sosiaali- ja terveydenhuollon laatuverkoston jäseneksi ja haluan verkoston tiedotuslehden LaatuPalan

lehtitilajaksi verkkolukijaksi*

* LaatuPalan verkkolukijana saat lehden verkko-osoitteen sähköpostiisi lehden ilmestyttyä

Henkilön nimi

Toimipaikka

Ammattinimike

Jakeluosoite

Rastita, onko kyseessä työpaikan osoite kotiosoite

Postinumero

Postitoimipaikka

Puhelin

Telefax

Sähköposti

Lehti on maksuton.

Osoitteen muutos

Fakkaa tai postita koko sivu:

Aila Teinilä, Stakes / Palvelujen laatu -ryhmä, PL 220, 00530 HELSINKI
p. (09) 3967 2294, faksi (09) 3967 2155 sähköposti aila.teinila@stakes.fi