



## Anestesia­lääkärit osaamiskeskuksiin

– tarvitaanko Suomessa anestesiologian, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon klinikoita?

**O**man erikoisalamme palvelutuotanto on järjestetty eri sairaaloissa monin eri tavoin sekä hallinnollisesti että aivan käytännön tasolla. Kun ympäröivä maailma muuttuu, on myös meidän muututtava vastaamaan paremmin sairaanhoitojärjestelmän tarpeita.

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on parhaillaan käynnissä suuria rakennushankkeita. TYKS:n T-sairaalan jatkorakennusprojektin seurauksena syntyy rakennus, jossa hoidetaan valtaosa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin akuuttia sairaanhoitoa saavista aikuispotilaista. Somaattisista erikoisaloista ainoastaan naistentautien ja synnytysten, silmätautien ja korva-, nenä- ja kurkkutautien päivystys on näillä näkymin jäämässä T-sairaalan ulkopuolelle. T-sairaalassa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito toimivat läheisessä yhteistyössä, mikä toivottavasti parantaa potilaiden hoitoa ja pienentää hoidon kustannuksia.

Uuden sairaalan toiminta on tarkoitus järjestää hoitolinjoittain. Parhaillaan suunnitellaan esimerkiksi traumaprosessin ja sydänprosessin toimintaa. Minkään klinikan olemassaolo nykyisessä muodossaan ei ole välttämättä itsestään selvää, mikäli se ei tarjoa etuja kokonaisuuden kannalta. Jää nähtäväksi, onko TYKS:ssa muutaman vuoden kuluttua olemassa vaikkapa sydänsairauksien klinikka tai vatsasairauksien klinikka. Samalla joudutaan pohtimaan, millä tavoin hoitolinjoiden tarvitsemat erilaiset sairaanhoidolliset palvelut tuotetaan. Leikkaushoitoa käyttävät hoitolinjathan tarvitsevat muun muassa leikkaus- ja anestesiapalveluita sekä laboratorio- ja kuvantamispalveluita.

Monet Suomen anestesia­lääkärit ovat olleet ainakin jossain vaiheessa sijoitettuina sairaaloiden

hallinnossa suoraan eri operatiivisten erikoisalojen alaisuuteen. Toisaalta esimerkiksi Turussa ja Helsingissä on ollut varsin pitkään käytössä järjestely, jossa kaikki anestesia­lääkärit ovat yhdessä yksikössä. Suuremmat yksiköt mahdollistavat ainakin periaatteessa anestesia­lääkäreiden joustavan sijoittamisen sinne, missä heitä kulloinkin eniten tarvitaan.

Hoitolinja-ajattelun mukaan palvelut tulisi monien mielestä tuottaa osaamiskeskuksissa. Osaamiskeskusten kannattajien mukaan tieto-aidon keskittäminen johtaa parempaan ammattitaitoon, parempiin hoitotuloksiin, vähäisempiin komplikaatioihin ja nopeampiin läpäisyaikoihin. Näin varmaan suurelta osin onkin, mikäli toiminnan volyyymi on riittävä. Osaamiskeskusten perustamiseen varauksellisesti suhtautuvat anestesiologit ovat olleet puolestaan huolestuneita muun muassa anestesia­lääkäreiden itsenäisyyden vähentymisestä, erikoislääkärikoulutuksen ja tutkimustyön vaikeutumisesta sekä päivystysten lisääntymisestä.

Mikä on sitten totuus? Mitä tapahtuisi, jos kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa toiminta perustuisi hoitolinjoihin ja osaamiskeskuksiin ja anestesia­lääkärit sijoitettaisiin suoraan osaamiskeskusten johtajien alaisuuteen ja anestesiologian, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon klinikoista luovuttaisiin kokonaan? Luultavasti asiaan ei ole olemassa yksiselitteistä vastausta. Uskon, että toiminnan järjestely on aina räätälöitävä kunkin sairaalan oloihin. On erittäin todennäköistä, että todellisissa suurkaupungeissa on järkevää perustaa osaamiskeskuksia. Todellisia suurkaupunkeja ovat minun mielestäni esimerkiksi Lontoo, New York ja Tokio – niissä väestöpohja on huomattavasti Suo-

men väestöpohjaa suurempi. Kun keskittyy vain yhteen lääketieteen suppeaan erikoisalaan, on helpompaa saavuttaa osaamisessa huipputaso kuin jos pitää osata enemmän tai vähemmän kaikkea. Edellä kuvatuissa osaamiskeskuksissa voi olla tarkoituksenmukaista tuottaa myös anestesiapalvelut itsenäisesti. Riittävän suurissa yksiköissä kyetään kuormitushuiput ja loma-aikojen aiheuttamat ongelmat hoitamaan tehokkaasti. Turun kokoisessa suhteellisen pienessä yliopistosairaalassa tilanne on nähdäkseni aivan toisenlainen. Mikäli kukin hoitolinja ”omistaa” omat anestesia- ja lääkärintoimintansa, joudutaan anestesia- ja lääkärintoimintaa nykyisestä väistämättä lisäämään. Kun toimitaan pienemmissä (= liian pienissä yksiköissä), joutuu kukin yksikkö pitämään yllä kohtalaista ylikapasiteettia, jotta tehokas toiminta ja muun muassa päivystykset ovat ylipäättään mahdollisia. Pienissä yksiköissä jo yhdenkin osaajan sairastuminen voi sulkea yhden leikkauspöydän. Suuremmassa yksikössä tältä todennäköisesti vältyttäisiin.

Erikoissairaanhoidon järjestämistä hoitolinjoitain osaamiskeskuksissa on kokeiltu muun muassa Kööpenhaminassa, jossa reilu 10 vuotta sitten siihen asti yhtenäinen anestesiologian ja tehohoidon klinikka pilkottiin viiteen osaan (tiedot perustuvat professori Jørgen Viby-Mogensenin viime vuoden kesäkuun Euroanaesthesia-kokouksessa pitämään esitelmään). Kööpenhaminan yliopistolliseen sairaalaan perustettiin sydänsairauksien, vatsatauti- ja keuhkosairauksien, neurotieteiden, pään alueen, ortopedian, lasten ja naisten keskuskeskukset. Kuhunkin keskuskeskukseen perustettiin sen jälkeen omat anestesiologian ja tehohoidon yksiköt. Nyt 10 vuoden jälkeen voidaan tarkastella, oliko muutoksella toivottuja vaikutuksia vai oliko siitä enemmän haittaa kuin hyötyä. Viby-Mogensenin mukaan monet uudistuksen vastustajien pelot ovat osoittautuneet aiheettomiksi. Anestesia- ja lääkärintoimintansa itsenäisyyden vähentymistä ei ole koettu ongelmaksi, vaan muun muassa anestesia- ja lääkärintoimintansa vaikutusvalta on muutoksen seurauksena jopa lisääntynyt. Yhteistyö operatiivisen puolen kanssa on parantunut ja sekä anestesia- ja lääkärintoimintansa että leikkaavien lääkärintoimintansa tyytyväisyys on lisääntynyt. Myös erikoislääkärikoulutuk-

seen ja tutkimustyöhön liittyneet ongelmat on saatu ratkaistuksi.

Oliko muutoksesta sitten mitään haittaa? Toiminnan maksajan kannalta muutokseen liittyi ainakin yksi erittäin suuri haitta. Osaamiskeskusten perustamisen seurauksena anestesiologian ja tehohoidon palveluiden järjestämiseen on jouduttu satsaamaan huomattavasti enemmän varoja kuin aikaisemmin. Esimerkiksi anestesia- ja lääkärintoimintansa määrä on 10 vuoden aikana kaksinkertaistunut. Laitehankintoja on jouduttu lisäämään toiminnan jakautuessa useisiin itsenäisiin yksiköihin. Myös päivystystä on jouduttu lisäämään.

Jos rahaa ja työvoimaa on tarjolla, ei mitään edellä mainituista asioista voitane pitää meidän kannaltamme haittana. Kun taloudelliset realiteetit ja toiminnan laajuus on kuitenkin pakko ottaa huomioon, en usko, että ainakaan Turun kokoisessa paikassa Kööpenhaminan kaltainen muutos on mahdollinen. Vaikka rahaa olisikin, ei nykyisellä palkkatasolla ainakaan Suomesta löydy sitä anestesia- ja lääkärintoimintansa määrää, mikä tarvittaisiin, jos kaikki toiminta organisoitaisiin uudelleen samaan tapaan kuin Kööpenhaminassa. Osajia ei Suomessa ole yksinkertaisesti tarjolla. Anestesia- ja lääkärintoimintansa siirtyminen suoraan osaamiskeskusten työntekijöiksi johtaisi myös päivystyskustannusten huomattavaan lisääntymiseen, koska muutoksen jälkeen päivystäminen ”oman alueen” ulkopuolella ei lie- ne enää itsestäänselvyys kenellekään.

Tämän kirjoituksen tarkoituksena ei ole vähimmässäkään määrin vastustaa hoitolinja-ajattelun käyttöönottoa esimerkiksi TYKS:ssa. Paikallisesti on kuitenkin välttämätöntä miettiä, millä tavoin palvelut saadaan tuotetuksi tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Se mikä sopii noin 10 miljoonan asukkaan Lontooseen ei välttämättä sovi alle 200 000 asukkaan Turkuun. □

*Klaus Olkkola*

Professori

Anestesiologian, tehohoidon,  
ensihoidon ja kivunhoidon klinikka

Turun yliopisto ja  
Turun yliopistollinen keskussairaala