



Tehohoito ja päivystyshoito muutoksessa

Sosiaali- ja terveysministeriö on ollut aktiivinen kahdessa keskeisessä erikoisalaamme liittyvässä seikassa: sen asettama työryhmä on laatinut hiljattain raportin koskien yhtenäisen päivystyshoidon perusteita. Sen lisäksi ensihoitoa koskevaa lainsäädäntöä valmistellaan ripeällä aikataululla, ja nykyisten näkymien mukaan jo ensi vuoden alusta erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien on perustettava alueelliset ensihoitokeskukset. Ensihoitokeskusten tehtävänä on vastata alueensa ensihoitopalvelun lääkäripäivystyksestä, suunnitella ja päättää lääkärihelikopteritoiminnasta erityisvastuualueellaan sekä hallinnoida suunniteltuja potilassiirtoja yhdessä sairaanhoitopiirien kanssa.

Päivystyshoidon yhtenäiset perusteet -raportti käsittelee myös tehoheidollisia näkökohtia, ja raportti on parhaillaan lausuntokierroksella. Kun raportin keskeistä sanomaa yrittää tulkita, on tehtävä johtopäätös, että uusi akuuttilääketieteen erikoisala aiotaan perustaa. Parantaako uusi erikoisala päivystyspotilaiden hoitoa? Oma käsitykseni on melkoisen skeptinen. En usko, että lääketieteelliseltä sisällöltään hajanainen erikoisala sinällään korjaa pääosin organisatorisista ja perinteistä johtuvia epäkohtia. Ehkä riittävän suurissa yksiköissä siihen päästään, mutta uskon että esimerkiksi Kuopiossa ongelmia voidaan paljolti ratkaista toimintatapoja kehittämällä.

STM:n raportissa oli paljon hyvää, ja erityisesti iskeemisen sydän- ja aivosairauksien viiveettömän hoidon tärkeys tuli hyvin esiin. Muiden akuuttien sairauksien ripeän hoidon tuloksellisuutta olisi mielestäni voinut käsitellä laajemmin; sama koskee tehoheidon ja tehovalvontahoidon osuutta päivystyshoidossa.

Näin periferian näkökulmasta muutama seikka antaa aiheen huomautukseen: raportissa oli aivan

oikein hyvin korostettu volyymin ja tuloksen suhdetta, ja oli päädytty esittämään teho-osaston minimikooksi 10 potilaspaikkaa. Suomen maantieteelliset olosuhteet huomioon ottaen tämä ei ole tarkoituksenmukaista, eikä tehoheidon vertaisarviointi mitenkään viittaa siihen, että tehoheidon suorituskyky olisi huonompi alle 10 potilaspaikan teho-osastoilla. Mitä luokitteluun teho-osaston ja tehovalvonnan välillä tulee, tuskin oloissamme voidaan edellyttää sitä, että kaikilla teho-osastoilla olisi 24/7 tehohoitoon perehtyneen lääkärin päivystysvelvoite. Tavoitteena se tietysti on aivan suotava, muttei realistinen ainakaan lähiaikoina. Rajanveto tehoheidon ja tehovalvonnan välillä on sikäli merkityksellinen, että hoitaja-potilassuhde on näissä erilainen samoin kuin hoitointerventiot. Eli Suomen oloissa tehohoito on toteutettu maantieteelliset olosuhteet huomioon ottaen hyvin. Alkupalven H1N1-kokemukset viittaavat myös siihen: hoidon tulokset olivat aivan erinomaiset kautta valtakunnan.

Sairaaloitten organisaatiota on tapana muuttaa määrääjain. Aina ei ole täysin selvää, miksi muutos on tehtävä ja joskus muutoksen sisältökin voi jäädä tavoitteiltaan hämäräksi. KYS:n toista vuosikymmentä voimassa ollut tulosalueorganisaatio on päätetty muuttaa organisaatioksi, joka tukee prosessia ja strategiaa. Tavoitteena on ollut alasta riippumaton yksijohtajajärjestelmä, joka voisi mahdollistaa johtajien vähentämisen ja organisaation madaltamisen. Mitähän tämä voi lopulta tarkoittaa? Tämän hetkisen, hallituksen 22.3.2010 hyväksymässä mallissa keskushallinnon alle syntyy neljä blokkia: kliiniset palvelut, kliiniset tukipalvelut, yleiset tukipalvelut ja perusterveydenhuollon liikelaitos. Tuleva organisaatiomalli on elänyt kaiken aikaa, ja irtisanoutumissuhkauksia on jo esitetty, kun kotipesä on löytynyt väärästä laatikosta.

Anestesiologia ja tehohoito + tehovalvonta tullevat olemaan ensi vuoden alusta lähtien eri yksiköissä. Tehohoito ja -valvonta ovat nykyisen, löysässä betonissa olevan organisaatiomallin mukaan yhdessä ensihoitopalvelun ja päivystyksen kanssa.

Pitkäaikainen kiinteä yhteistyösuhde leikkaus-salianestesiologian kanssa muuttuu siis ensi vuoden alussa. Tehohoitolääketieteen kannalta ratkaisu on hyvin kiinnostava ja uusia näkymiä avaava. Päivystystoiminnan kehittäminen on keskeisiä tavoitteitamme. Edelleenkin kriittisesti sairaan potilaan tunnistaminen ja hoidon ripeä aloittaminen ontuu. Puutetta on KYS:ssa lähdetty parantamaan MET- ja traumatiimitoiminnalla, mutta uskoakseni organisatoristen rajojen häviämisen jälkeen saamme uuden vaihteen päälle. Toiveissamme on lisäksi siirtää ensihoitolääkäripäivystys Kuopioon, jolloin ensihoidon osaajat voivat tuoda synergiaa kriittisesti sairaan potilaan hoitoketjuun sairaalan sisällä. Toiveissa on myös tehohoitotiimin osaami-

sen laajentaminen muiden kliinisten erikoisalojen suuntaan. Ylipäätään tavoitteemme on ulottaa toimintaamme enemmän ja systemaattisemmin tehohoidon osaston ulkopuolelle. On selvää, että riittävä osaaminen etulinjassa tuottaa parhaiten.

Uuden organisaation vaikutus erikoistumiskoulutukseen on hallittavissa kuten päivittäisen työnkin haasteet. Tehohoidon koulutusjakson pituus tulee olemaan 9 kk Itä-Suomen yliopistossa, josta ajasta 1 kk käytetään neonatologiseen tehohoitoon tutustumiseen (tämän lisäksi tulee vielä toinen kuukausi neonatologista tehohoitoon perehtymistä anestesiologian kiintiöstä). Osa koulutuksesta voidaan korvata keskussairaaloissa annettavalla täysipäiväisellä tehohoitojaksolla edellyttäen, että koulutettavalle on nimetty pätevä kouluttaja. □

Esko Ruokonen
professori
Itä-Suomen yliopisto



Arvi Yli-Hankala