

Anita Saariaho

LT, erikoislääkäri, DTM&H
Raahen sairaala
anita.saariaho@gmail.com

Kliininen todellisuus vs. sosiaali- ja terveysministeriön keskittämisperiaatteet

ELI MONTAKO LASTA HEITETTIIN PESUVEDEN MUKANA?

► Helsingin Sanomien pääkirjoitus talvella 2019 myhäili tyytyväisenä uudistuksesta, joka lopettaa alue-sairaaloiden ”satunnaisen leikkaustoiminnan”. Ministeri vieraili alkutalvesta Pohjois-Pohjanmaalla ja kertoi, että ”ei huolta, jos aluesairaalan leikkaustoiminta loppuu, eihän kaikkia ihmisiä leikata kertaakaan elämänsä aikana”, ja samassa yhteydessä, että ”puolen tunnin sääntö ei perustu mihinkään”. Sosiaali- ja terveysministeriön loppuraportti ”Kirurgia Suomessa 2020-luvulla” (2016:56), johon keskittämislainsäädäntö käsitteäkseni nojaa, käyttää tieteellisenä ohjenuorana proteesi- ja syöpäleikkauksista kertynyttä materiaalia ja muutoin lähinnä sananhelinää keskittämisen eduista. Raportti keskittyy ”vaativan hoidon” järjestelyihin, ja Suomen Anestesiologit -alayhdistys esittää raportin liitteessä suppean ja edunvalvontaan liittyvän kannanoton, jossa aluesairaaloiden anestesiologeja ei oikeastaan huomioida lainkaan.

Spekulaatioita siitä, mitä oikeasti tapahtuu, kun keskussairaaloiden toiminta muuttuu / aluesairaaloiden leikkaustoiminta loppuu, ei sisälly mietintöön, eikä myöskään pohdintaa siitä, miten ongelmia voisi ratkaista nykyistä osaamista ja

resursseja hyödyntämällä. Sairaaloiden toimintaa on tarkasteltu toimenpiteiden määrinä ja niihin kuluvin euroina unohtaen, että erikoisaloihin ja kliiniseen lääketieteeseen kuuluu kokonaisvaltainen potilastyö. Tästä esimerkkinä vaikkapa osastokonsultaatio selkäkipupotilaasta, jossa kirurgi arvioi leikkaustarpeen, anestesiologi pätevän kivunhoidon ja fysioterapeutti kuntoutuksen, ja lopulta potilas ei ikinä päädykään leikkauspöydälle. Jos vaativalla hoidolla tarkoitetaan erityisosaamista ja harvinaisia leikkauksia, niin keskittäminen on järkevää. Sen sijaan, kuten opimme jo varhain lääkiksessä, tavalliset sairaudet ovat tavallisimpia, ja niiden nopea ja tehokas hoito säästää komplikaatioita ja kustannuksia.

Olen kesäkuuhun 2019 saakka töissä aluesairaalassa, jonka ”satunnainen” eli 2 500 toimenpidettä/vuosi loppuu lainsäätäjien toimesta. Julkisuudessa yleisöille on asia esitetty niin, että ”nukutusta vaativa leikkaustoiminta loppuu”. Valitettavasti tapahtuu muutakin. Kun leikkaustoiminta loppuu, lähtevät myös anestesiaa lääkärit. Silloin loppuu nukutusta ja laajaa puudutusta vaativien leikkausten lisäksi moni muukin toiminta. Ei vain esimerkiksi tyrien korjaus, lasten korvien putkitus, kehi-

tysvammaisten nukutushammashoidot, kaavinnat, rytminsiirrot, kaikki ne pienet ja keskiuuret tavalliset ja siksi yleiset toimenpiteet, vaan myös lukemattomat muut toimenpiteet ja aputehtävät, joita anestesiaa lääkärit tekevät. Anestesiaa lääkärien erityisosaamista tarvitaan akuuteissa hätätilanteissa: kun paikalla ei ole anestesiaa lääkäreitä (eikä myöskään osaavia anestesiahoitajia!), esimerkiksi elvytyksen, vaikeiden myrkytysten sekä hengityksen ja verenkierron vajauksen hoidon tason varmistaminen heikkenee. Pelastushelikopteri ei ennätä kaikkialle eikä lennä joka päivä. Anestesiaa lääkärit myös opettavat toimipaikoillaan akuuttitilanteiden hoitoa. Anestesiaa lääkäriä tarvitaan keskuslaskimokatetrien asentamiseen ja niiden ongelmien ratkaisemiseen tai kun ei saada suoniyttyä (vaikkapa kuivuneelle ripuloivalle vauvalle) tai punktoitua selkäydinnettä. Joskus mahalaukun tai suolen tähytys tarvitsee nukutuksen onnistuakseen tai radiologinen tutkimus anestesiaa lääkärin läsnäoloa. Akuutin, kroonisen ja syöpäkivun hoidossa tarvitaan anestesiaa lääkäreitä, samaten saattohoidossa. Kipupumput ja niiden ohjelmointi sekä invasiivinen kivunhoito kuuluvat anestesiaa lääkäreille.

Aluesairaaloitten anestesioitajat hoitavat laajaa tehtäväkenttää. Kukaan ei tällä hetkellä tiedä kuka ottaa nämä tehtävät haltuunsa ja missä. Leikkaustoiminnan loppuessa myös sairaalan kirurginen toiminta suppenee, ja lopulta kirurgitkin lähtevät. Samalla myös katoaa nopea ja helppo konsultaatiomahdollisuus, kuten pitääkö tämä nilkka levyttää tai onko selässä akuuttia operoitavaa: jatkoissa kaikki joudutaan lähettämään jo ennestään ruuhkautuneeseen keskussairaalan päivystykseen. Mitä vähemmän sairaalassa voidaan tehdä, mitä vähemmän on erikoisaloja, sen vähäisemmäksi käy kokemus ja kyky reagoida erilaisiin tilanteisiin. Tämä vaarantaa potilaiden hoitoa ja on ristiriidassa sosiaali- ja terveysministeriön mainostaman valinnanvapauden kanssa, jossa potilas saa valita ”oikea-aikaisesti, vaikuttavasti ja tehokkaasti toimivan lähipalvelun”.

Kaikkien keskittämismuutosten mantrana on hoettu fraaseja ”potilasturvallisuus” ja ”suuremmissa yksiköissä on laadukkaampi hoito”. Ei löydy pätevää tutkimustietoa siitä, että potilasturvallisuus olisi vaarantunut aluesairaaloissa tai että olisi erityistä etua yleisten tavallisten toimenpiteiden siirtämisestä suureen yksikköön. Terveydenhuollon

ammattilainen on koulunsa käynyt ja kokemuksensa hankkinut. Jos on huoli hoidon laadusta ja potilasturvallisuudesta, niin silloin olisi kai syytä kiinnittää huomioita koulutukseen. Onko koulutus niin huonoa, että kun lääkäri, erikoislääkäri tai hoitajakoulutuksen saanut henkilö siirtyy opetussairaalaan periferiaan, hän samalla tyhmenee ja menettää ammattitaitonsa? Päätöksentekijöillä ei liene tietoa siitä, miten leikkaustoimintaa harjoitetaan, kuinka potilaan leikkaus- ja anestesia-riskit kartoitetaan ja mikä on ollut sairaaloitten työnjako erilaisissa operatiivisissa hoidoissa.

Yliopistollisen keskussairaalan kuormittaminen alue- ja keskussairaaloille kuuluneella potilastyöllä tekee niistä yleissairaaloita. Yliopistosairaaloille kuuluu erityisosaaminen (esimerkiksi neurokirurgia, vaativa syöpäkirurgia), vaativaa hoitoa tarvitsevat potilaat, tutkimus ja opettaminen sekä näihin keskittyminen. Alueellinen ja sairaaloitten välinen työnjako on ollut riittävän toimivaa, ja vuosia on tehty työtä erilaisten hoitoketjujen ja yhteistyön kehittämisessä potilaiden hoidon parantamiseksi.

On ollut surullista nähdä, kuinka vuosien aikana tehty monien sairaaloitten leikkaustoiminnan laadun

kehittämistyö, tiedolliset ja taidolliset resurssit sekä kokemus tulevat mitätöidyksi lainsäädännöllä, jonka tarkoitus kuitenkin ilmeisesti on ajaa alas olemassa olevaa julkista terveydenhuoltoa. On huolestuttavaa, että tärkeitä terveydenhuollon päätöksiä tehdään tietämättä, mitä sairaaloissa oikeastaan tehdään ja millä perusteilla. Kysymys siitä, missä ja miten aluesairaaloitten anestesiologiain ja kohta myös kirurgien tekemät tuhannet toimenpiteet sekä potilaskonsultaatiot oikein hoidetaan, on jäänyt huomioimatta keskittämisuudistuksessa. ■

Kirjoittaja on työskennellyt kolmessa suomalaisessa yliopistollisessa sairaalassa, kolmessa suomalaisessa keskussairaalassa, kolmessa suomalaisessa aluesairaalassa, kahdessa kehitysmaan maaseutusairaalassa sekä yhdessä kehitysmaan lääninsairaalassa.