



Päivystysraportin katalat sudenkuopat

Takana pitkästä aikaa oikea, vanhan ajan talvi. Lunta ja paukkupakkasia, joita toivoin marraskuussa. Pääsiäisen lämpimässä, harmaassa tihkusateessa on jotain hyvääkin: nämä mahtikinokset näyttävät sittenkin sulavan ennen kesää! Nyt odotan aurinkoa vauhdittamaan kevään kulkua, mutta se taitaa olla liikaa vaadittu. Näillä leveysasteilla täytyy olla vähään tyytyväinen.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettaman työryhmän kunnianhimoinen raportti Yhtenäisen päivystyshoidon perusteet 2010 tuo esiin monia tärkeitä päivystyshoitoon liittyviä asioita. Päivystys on vihdoin noussut sille kuuluvaan asemaan, reuna-alueelta toiminnan keskiöön. Tuleehan nykyisin suurin osa erikoissairaanhoidon vuodeosastojen potilaista sisään päivystyspoliklinikan kautta. Päivystystoiminnalle on laadittu yhtenäiset laatuvaatimukset hoidon tarpeen arvioinnin, henkilöstön osaamisen ja toiminnan järjestämisen osalta. Päivystyshoidon tarpeen tunnistamista helpottamaan on laadittu odotetut, yhtenäiset päivystyshoidon kriteerit. Tervetullut tavoite on, että päivystyspoliklinikat keskittyvät tulevaisuudessa vain perustehtäväänsä eli päivystyspotilaiden hoitoon eivätkä toimi huonosti toimivien muiden terveyden- ja sosiaalihuollon yksiköiden varapaikkana.

Raportissa esitetään myös malli päivystysyksiköiden työnjaosta ja keskittämisestä. Operatiivisten erikoisalojen päivystykseen esitetään jakoa neljään tasoon, joista ensimmäisellä tasolla toimivat aluesairaalat ja pienet keskussairaalat. Näissä päivystysleikkaukset tulisi ajoittaa päivä- ja ilta-aikaan. Jos potilas tarvitsee välitöntä leikkaushoitoa, hänet siirretään tason II sairaalaan (iso keskussairaala tai harvaan asutun alueen keskussairaala), jossa on sekä sisäelin- että tukielinkirurgian takapäivystys. Vaativat kirurgiset päivystysleikkaukset

tehdään yliopistosairaaloissa (taso III). Erikoisala-kohtaisesta työnjaosta sovitaan erikseen kunkin yliopistosairaalan erityisvastuualueella. Kaikkein vaativimmat toimenpiteet keskitetään valtakunnallisesti yhteen yliopistosairaalaan (taso IV). Työryhmä haluaisi lopettaa synnytykset kokonaan yksiköissä, joissa niitä on alle 1000 vuodessa. Synnytysyksikössä tulee olla ympärivuorokautinen valmius hätäsektioon, mikä edellyttää leikkaustiimin, anestesiologin ja gynekologin sairaalapäivystystä. Sinänsä hyvä ja perusteltu tavoite, mutta tarkoittaa käytännössä synnytysten loppumista monissa nykyisissä keskussairaaloissa ja synnyttäjien välimatkojen huomattavaa pitenemistä. On muistettava, että Suomi on iso ja harvaan asuttu maa. Äkillisen komplikaation ilmaantuessa 200 km on pitkä matka!

Lähes 100-sivuisesta, huolella työstetystä ja paljon hyvää sisältävästä raportista paljastuu kuitenkin monta erikoisalaamme koskettavaa sudenkuoppaa, jotka voivat pahimmillaan uhata anestesiologian ja tehohoidon erikoisalan tulevaisuutta. Työryhmä on päättänyt esittämään uuden erikoisalan, akuuttilääketieteen, perustamista päivystysosaamisen vahvistamiseksi. Samalla esitetään vahvaa hallinnollista ja toiminnallista yhteistyötä päivystyksen ja ensihoidon välille. Tarkoittaako tämä sitä, että tähän asti anestesiologien osaamisalueena ollut ensihoito halutaan liittää osaksi uutta erikoisala ja anestesiologian ja tehohoidon erikoisala menettäisi näin yhden neljästä ”tukijalastaan”? Raportissa otetaan kantaa myös siirtokuljetuksiin, jotka tulevat lisääntymään päivystysten keskittämisen myötä. Tässäkään kohtaa ei mainita anestesiologeja, jotka sentään nykyisin vastaavat suurimmasta osasta vaativia siirtokuljetuksia. Sen sijaan todetaan: ”Ensihoitopalvelun riittävä resursointi,

koulutus ja organisointi tulee huomioida matkaan liittyvien riskien hallitsemiseksi”.

Viimeistään raportin tehohoidon järjestämistä käsittelevä osa vahvistaa käsityksen siitä, että työryhmän näkökulma on rajoittunut pääkaupunkiseutuun ja sen lähialueille. Työryhmä asettaa tehosaston vähimmäispaikkaluvuksi 10 ja edellyttää, että varsinaisia tehohoitotasoisia osastoja voisivat päivystää ainoastaan tehohoitoon perehtyneet lääkärit. Tehohoitoon perehtyneisyydellä tarkoitetaan tässä tehohoidon lisäkoulutusohjelman suorittamista ja toimimista päätoimisena tehohoitolääkärinä. Työryhmän ehdotus tarkoittaisi käytännössä kaikkien nykyisten keskussairaaloiden teho-osastojen lakkauttamista ja muuttamista tehovalvontayksiköiksi. Tämä ei ole realistinen tavoite eikä siihen löydy perusteita kotimaisten teho-osastojen vertaisarvioinnistakaan, kuten professori Esko Ruokonen kirjoittaa Proffan palstalla tässä lehdessä. Teho-osastojen osaamisvaatimusten näin radikaali nosto eriyttäisi tehohoitolääketieteen ennen pitkää kokonaan anestesiologiasta ja rampauttaisi erikoisalamme lopullisesti.

Anestesiologia ilman ensihoitoa ja tehohoitoa ei

ole yhtä houkutteleva erikoisala. Viime vuosina lisääntynyt kiinnostus alamme kohtaan liittyy nimenomaan ensihoidon ja tehohoidon roolien vahvistumiseen. Näiden osa-alueiden kiinteä yhteys anestesiologiaan hyödyttää kiistatta kaikkia osapuolia. Pelkästään ensihoidon parissa ja päivystyspoliklinikalla toimiessa on vaikea hankkia sellaista kokemusta erilaisista toimenpiteistä ja nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnasta, joka on jokaisella leikkaussalilyötyä tekevällä anestesiologilla. Suomalainen päivystyspoliklinikan todellisuus on kaukana televisiosarjojen maailmasta. Vaativia toimenpiteitä ja hektisiä tilanteita tulee harvakseltaan. Toisaalta taas leikkaussalianestesiologit hyötyvät tehohoito-osaamisesta potilaiden ollessa yhä sairaampia, iäkkäämpiä ja huonompikuntoisia.

Erikoisalamme tulevaisuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että pidämme kiinni sen neljästä osa-alueesta, anestesiologiasta, tehohoidosta, ensihoidosta ja kivunhoidosta. Vain monipuolinen ja riittävän laaja-alainen erikoisala voi houkuttaa tulevaisuuden osaajia ja huippuasiantuntijoita. □

Jyväskylässä 29.3.2010



Arvi Yli-Hankala