

MIKSI AKUUTTILÄÄKETIEDE TARVITAAN?

Suomen Lääkäriliiton hallituksen 20.1. hyväksymässä lausunnossa Lääkäriliitto kannattaa akuuttilääketieteen koulutusohjelman perustamista kuusivuotisena ohjelmana.

► Erikoislääkäriskoulutus on Suomessa vuodesta 1986 asti ollut yliopistollinen jatkotutkinto. Tämä on kansainvälisesti varsin poikkeuksellinen malli. Yliopistollisuudessa on sinänsä hyvät tieteellisyyteen liittyvät perusteet. Mallista tekee melko raskaan se, että kaikki isommat erikoislääkäriskoulutusta koskevat uudistukset tulee säätää valtioneuvoston istunnossa hyväksyttävillä asetusmuutoksilla. Parhailaan on juuri loppunut lausuntokierros opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) ehdotuksesta uudistaa erikoislääkäriskoulutusasetusta. Tähän ehdotukseen sisältyy mm. akuuttilääketieteen erikoisalan perustaminen.

Kansainvälistä taustaa

Yhdysvalloissa akuuttilääketiede tai päivystyslääketiede eriytyi omaksi erikoistumisalueekseen jo kauan sitten (Emergency Room Physician) 1970-luvulla. EU:n lääkärikoulutusdirektiiviin lisättiin vuonna 1999 erikoisalana Emergency and accident medicine, joka tuolloin oli itsenäinen erikoisala Isossa-Britanniassa ja Irlannissa. Ruotsissa viimeksi erikoislääkäriskoulutusta uudistettaessa perustettiin lisäpätevyysien (tilläggsutbildning) järjestelmä. Akuutihoidon (akut sjukvård) lisäpätevyyden voi suorittaa useamman erikoisalan taustalta.

Sittemmin akuuttilääketiede on olemassa erikoisalana tai suunnitella sellaiseksi ainakin 11 Euroopan maassa. Tällä perusteella Euroopan erikoislääkäriliiton UEMS:n (European Union of Medical Specialists)

yhteyteen on hiljattain perustettu asiaan liittyvä eri erikoisaloja yhdistävä työryhmä, Multidisciplinary Joint Committee on Emergency Medicine. EUSEM (European Society for Emergency Medicine) on julkaissut yhteisen eurooppalaisen koulutussisällön (European Curriculum for Emergency Medicine), joka sisältää yksityiskohtaisen kuvauksen koulutuksen rungosta ja ne vaatimukset, jotka akuuttilääketieteen erikoislääkäreille on asetettu.

Suomalaista taustaa

Suomen Lääkäriliiton piirissä käynnistyi vuonna 2003 erityisesti liiton silloisen puheenjohtajan Heikki Pälven aloitteesta keskustelu päivystyslääketieteestä (1). Liitossa laadittiin keskustelumuistio aiheesta ja se lähetettiin laajalle lausuntokierrokselle. Keskustelualoitteen taustatekijöinä voidaan mainita esimerkiksi se, että päivystys oli keskittynyt entistä harvempiin yksiköihin, päivystysten keskittyessä kiire lisääntyi, ja toisaalta sairaaloissa päivystystoiminta oli hajautunut moniin pisteisiin eri erikoisaloille. Työaikalainsäädännön muutos EU:n työaikadirektiivin seurauksena oli johtamassa työaikojen rajoittamiseen. Kehitys oli myös johtanut siihen, että osa lääkärikuntaa oli aikaisempaa haluttomampaa osallistumaan päivystystyöhön. Parantuneet liikenneyhteydet ja nykyaikainen pelastuspalvelutoiminta olivat vähentäneet tarvetta päivystävien yksiköiden määrään. Lisäksi vuoden 1999 erikoislääkäriskoulutuksen uudistamisen seurauksena kirurgian

ja sisätautien suppeista erikoisaloista oli tullut itsenäisiä erikoisaloja, millä oli myös heijastuksia päivystystoimintaan.

Edelleen todettiin, että päivystys on hyvin vaativaa lääketiedettä, mutta useaan päivystyspisteeseen ohjataan nuorin erikoistuva lääkäri. Päivystykseen todettiin tarvittavan kokenutta lääkäriskuntaa arvioimaan potilaan hoidon kiireellisyyttä ja tarvittavat välittömät toimenpiteet. Edelleen todettiin, että päivystystoiminnasta puuttuu siihen perehtyneitä opettajia ja kehittäjiä.

Monet muutkin tahot ja yksittäiset henkilöt virittivät keskustelua erikoisalan tarpeellisuudesta samoihin aikoihin. Lääkäriliiton keskustelualoitteesta (Heikki Pälve, Markku Äärimala ja Hannu Halila) käydyn lausuntokierroksen perusteella sairaanhoitopiirien näkemykset asiasta olivat hyvin vaihtelevia. Erikoisalojen näkemyksissä useat pienet erikoisalat näkivät aloitteen kannatettavana, monet suuret alat puolestaan suhtautuivat siihen varauksellisesti. Lääkäriliiton valtuuskunnassa aiheesta keskusteltiin joulukuussa 2005. Tuolloin valtuuskunnan kannan mukaan jatkossa tulisi ensisijaisesti selvittää päivystyslääketiede osana Lääkäriliiton erityispätevyysjärjestelmää tai tiedekuntien lisäkoulutusohjelmia, ei kuitenkaan erillisenä erikoisalana. Merkittävä askel alan kehittämisessä oli Päivystyslääketieteen yhdistyksen perustaminen 9.12.2005.



Erikoislääkärikoulutuksen arviointi 2007

Peruspalveluministerin ja opetusministerin asettamat selvityshenkilöt professori Anja Tuulonen Oulun yliopistosta sekä dosentti, johtajayli­lääkäri Hannu Puolijoki Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä laativat perusteellisen arviointiraportin erikoislääkärikoulutuksesta vuonna 2007 (2). Siihen sisältyi lukuisia ehdotuksia erikoislääkärikoulutuksen rakenteen, rahoituksen ja erikoisala­valikoiman muuttamiseksi. Ehdotukset perustuivat mielipidekyselyihin, kuulemistilaisuuksiin ja lausuntoihin sekä taustaryhmän keskusteluihin. Kuulemistilaisuuksissa oli mukana myös päivystyksen- ja ensihoidon asiantuntijoita. Selvitystyönsä perusteella Tuulonen ja Puolijoki esittivät päivystys- (ja ensihoito) lääketieteen erikoisalan perustamista viiden vuoden koulutusta edellyttävänä erikoisalana, johon koulutaudutaan isoissa päivystyskeskuksissa. Koska vaikutukset uudesta erikoisalasta tulisivat näkyviin arviolta vasta noin 10 vuoden päästä, he nostivat rinnalle päivystyslääketieteen yliopistollisen lisäkoulutusohjelman perustamisen sisätautien, kirurgian, anestesiologian ja tehohoidon, geriatrian sekä yleislääketieteen erikoislääkäreille, ja soveltuvien erikoisaloille, joilla on yhteinen runkokoulutus sisätaudeissa ja kirurgiassa. Ehdotuksen mukaan siirtymäaikana vuoteen 2015 saakka lisäkoulutusohjelman voisi suorittaa kuitenkin myös lääkäri, jolla ei ole erikoislääkärin oikeuksia millään alalla. Perustelujen

mukaan tällä ehdotuksella haettiin helpotusta tilanteeseen nopeammin kuin erikoisalan tai erikoislääkärin tutkinnon jälkeisen lisäkoulutusohjelman perustamisella on mahdollista saavuttaa. Tuulosen ja Puolijoen mukaan päivystyslääketieteen osalta tulee päivystyksen ja ensihoidon asiantuntijoiden kanssa selvittää, onko erikoisalaan ja lisäkoulutusohjelmaan tarkoituksenmukaista liittää mukaan ensihoito.

Osana lääkärien erityispätevyysjärjestelmää jo vuonna 2001 oli perustettu ensihoitolääketieteen erityispätevyys, jonka tähän mennessä on suorittanut 71 lääkäriä. Vuonna 2008 perustettiin lisäksi päivystyslääketieteen erityispätevyys, jonka vuoden 2012 alkuun mennessä on suorittanut 97 lääkäriä.

STM:n erikoislääkärikoulutustyöryhmä

Edellä mainituille Tuulosen ja Puolijoen ehdotuksille ei useampaan vuoteen tapahtunut mitään. Keskustelua niistä toki käytiin vilkkaasti eri ministeriöiden, tiedekuntien ja ammattikunnan välillä. Heinäkuussa 2010 sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän valmistelemaan erikoislääkärikoulutuksen valtakunnallista uudistamista. Tämän laajapohjaisen työryhmän työn alkuvaiheista valtaosa kului suomalaisen kumma­jaisen eli lääkärien kaksoislaillistusjärjestelmän purkamista koskevaan käsittelyyn. Tätä koskeva lainsäädäntö saatiinkin onneksi aikaan keväällä 2011 siten, että 1.5.2011 jälkeen

valmistuneet lääkärit laillistetaan suoraan perustutkinnon jälkeen.

Tämän jälkeen tämä STM:n ylijohtaja Päivi Sillanaukeen johdolla toiminut työryhmä keskittyi erikoislääkärikoulutuksen sisällölliseen kehittämiseen sekä kysymykseen uusien erikoisalojen tarpeesta. Työryhmä pohti uusien erikoisalojen tarvetta palvelujärjestelmän toimintaympäristön muutosten kautta, erityisesti 1.5.2011 voimaan tulevan terveydenhuoltolain edellyttämän ensihoito- ja päivystysjärjestelyjen kehittämisen perusteella. Työryhmä pohti erikoislääkärikoulutusta myös päivystyksen ja pienten erikoisalojen osaamisen tarpeen näkökulmasta. Työryhmä teki sairaanhoitopiireille kyselyn uusien erikoisalojen osaamisen tarpeesta.

Suurin osa vastaa­jista esitti päivystyslääketieteen erikoisalan perustamista palvelujärjestelmän tarpeen perusteella. Lisäkoulutusohjelma nähtiin myös tarpeelliseksi välivaiheen ratkaisuksi. Selvitysten mukaan päivystyksen osuus akuuttisairaanhoidon kokonaiskustannuksista on jopa 40%, ja noin 80% potilaista tulee sairaalaan päivystyspoliklinikoiden kautta.

Edelleen työryhmän muistion (3) mukaan lääketieteen kehitys ja osaaminen sekä eriytyminen suppeille erikoisaloille ovat johtaneet pulaan päivystykseen ja ensihoitoon soveltuvan koulutuksen omaavista

Lisäkoulutusohjelma nähtiin tarpeelliseksi välivaiheen ratkaisuksi

Päivystys on vaativaa lääketiedettä, mutta usein sitä hoitaa nuorin erikoistuva lääkäri

erikoislääkäreistä. Akuuttilääketieteeseen erikoistuneiden lääkärin merkitys pitkäjänteisessä päivystystoiminnan suunnittelussa, päivittäisessä ohjauksessa, koulutustoiminnan järjestämisessä,

tutkimustyössä ja talouden hallinnassa on ensiarvoisen tärkeää. Työryhmän muistion mukaan akuuttilääketieteen erikoislääkärin saaminen etulinjaan on myös potilasturvallisuuden kannalta ensiarvoisen tärkeää. Akuuttilääketieteen erikoislääkärit toimisivat alueellisen päivystystoiminnan koordinoijina päivystysyksiköiden johtamisroolin lisäksi. Heidän tehtävänään olisi asemasta riippuen ohjeistaa ja kouluttaa

terveyskeskukset, aluesairaalat ja päivystyspisteet sekä alueen yksityiset terveydenhuollon palveluntuottajat yhtenäisten alueellisesti sovittujen hoidon tarpeen kriteerien käyttöön ja tarkoituksenmukaiseen hoidon porrastukseen.

Työryhmä päätyi esittämään erikoisalan nimeksi akuuttilääketiedettä, joka korostaisi päivystyslääketiedettä laajempaa sisältöä ja tukisi uuden terveydenhuoltolain mukaista ensihoidon ja päivystyspalvelujen

järjestämistä. Työryhmä piti myös tärkeänä, että kaikkien päivystystoimintaan osallistuvien erikoisalojen päivystysosaamista lisätään koulutusohjelmia suunniteltaessa. Akuuttilääketieteen koulutusohjelman pituudeksi työryhmä esitti kuutta vuotta. Sen voisi suorittaa joko omana kokonaisuutenaan tai sisätautien, kirurgian, neurologian, yleislääketieteen, keuhkosairauksien sekä anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäritutkinnon jälkeen, jolloin näistä koulutuksista voisi olla yhteistä akuuttilääketieteen koulutuksen kanssa enintään kolme vuotta.

Ehdotus erikoislääkäritutkintoasetuksen muuttamisesta

Edellä kuvatun sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön erikoislääkärikoulutustyöryhmän ehdotusten pohjalta OKM lähetti 25.11.2011 laajalle lausuntokierrokselle ehdotuksen erikoislääkäritutkinnoista annetun asetuksen muuttamiseksi. Lausuntoja pyydettiin 27.1.2012 mennessä mm. yliopistoilta, sairaanhoitopiireiltä, lääkäreitä edustavilta eri järjestöiltä sekä työnantaja- ja viranomaispuolelta. Lääkäriliitto lähetti OKM:n toiveesta lausuntopyynnön edelleen erikoislääkäriyhdistyksille. Lausunolla olevaan asetusehdotukseen

sisältyy erikoislääkärikoulutustyöryhmän ehdotuksen mukaisesti uusi kuusivuotinen akuuttilääketieteen koulutusohjelma.

Tätä kirjoitettaessa lausuntokierros on juuri päätynyt. Sen tuloksia tullaan analysoimaan OKM:n ja STM:n yhteistyönä. Asetuksen on tarkoitus tulla voimaan 1.8.2012. Suomen Lääkäriliiton hallituksen 20.1. hyväksymässä lausunnossa Lääkäriliitto kannattaa akuuttilääketieteen koulutusohjelman perustamista kuusivuotisena ohjelmalla. Liiton lausunnon mukaan tämä edellyttää kuitenkin vielä jatkoneuvotteluja muiden erikoisalojen kanssa. Yhdessä palvelujärjestelmän kanssa tulee liiton mielestä vielä määrittää tulevien akuuttilääketieteen erikoislääkärin toimenkuva ja laatia koulutuksen sisältö tätä tukemaan. ■

Viitteet

1. Pälve H., Päivystysspesialiteetti. Suom Lääkäril 2003; 46: 4741.
2. Puolijoki H, Tuulonen A., Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2007:47.
3. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikoulutustyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2011:17.



Mikael Äyräs
erikoislääkäri, ensihoito-
lääketieteen erityispätevyys
HYKS Ensihoito / FinnHEMS 10
mikael.ayras[a]hus.fi

AKUUTTILÄÄKETIETEEN ERIKOISALA – ENSIHOITOLÄÄKÄRIN NÄKÖKULMA

Akuuttilääketieteen erikoislääkärikoulutus ei poista tarvetta erikseen kouluttaa ensihoidon vastuulääkäreitä.

► Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama työryhmä on päättänyt esittämään akuuttilääketiedettä uudeksi erikoisalaksi osana erikoislääkärikoulutuksen uudistamista. Työryhmä luovutti raporttinsa

peruspalveluministeri Paula Risikolle 12.4.2011 (1). Lisäksi uusi terveydenhuoltolaki asettaa kehityspaineita ensihoidolle ja päivystyksille. Esitetyn uuden erikoisalan tavoitteena on turvata riittävän laaja osaaminen

kasvavissa yhteispäivestyksissä ja perehdyttää alan erikoislääkärit myös ensihoidon operatiiviseen toimintaan, toimintaympäristöön ja potilasmateriaaliin. Tässä kirjoituksessa käsitellään tulevaa erikoisalaa

ja sen koulutusta ensihoitolääkärin näkökulmasta.

Koulutustavoitteet

Tätä kirjoitettaessa akuuttilääketieteen erikoisalaa tai koulutusohjelmaa ei vielä ole. Kotimaisen koulutusohjelman puuttuessa olen käyttänyt tausta-aineistona European Society for Emergency Medicine:n (EuSEM) European Curriculum of Emergency Medicine:a (http://www.eusem.org/cms/assets/1/pdf/european_curriculum_for_em-aug09-djw.pdf) ja Suomen Lääkäriliiton Päivystyslääketieteen erityispätevyyskoulutuksen ohjelmaa (<http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyudet/paivystyslaaketiede.html>). EuSEM:n koulutusohjelma kuvaa koulutuksen tavoitteet ja vaatimukset hyvinkin tarkasti. Jo johdannossa sivutaan ensihoitoa, ja mainitaan, että erikoisalaan sisältyy myös sairaalan ulkopuolisen ensihoitojärjestelmän kehittäminen. Järjestelmän kehittäminen edellyttää sen tuntemista, ja tunteminen luonnollisesti vaatii työskentelyä ja riittävää kokemusta ko. järjestelmästä, eli työskentelyä ensihoidossa sairaalan ulkopuolella.

Päivystyslääketieteen erityispätevyysohjelma vaatii kolmen kuukauden työskentelyä ensihoidon vastuulääkärin tehtävissä tai lääkinnällisessä pelastustoimintaorganisaatiossa eli sairaalan ulkopuolella. Sekä EuSEM:n koulutusohjelmassa että päivystyslääketieteen erityispätevyysohjelmassa koulutettavilta siis vaaditaan käytännön ensihoitoosaamista.

Ensihoitokoulutus

Suomessa on tällä hetkellä seitsemän lääkärijohtoista ensihoitoyksikköä (Vantaa, Helsinki, Turku, Pori, Tampere, Varkaus ja Oulu). Näistä vain Vantaa ja Helsinki kouluttavat anesteologiaan ja tehohoitoon erikoistuvia lääkäreitä. Omassa yksikössäni HYKS Ensihoidon Lääkärihelikopterissa on jatkuvasti koulutuksessa yksi anesteologiaan ja tehohoitoon erikoistuva lääkäri. Tavoitteena on, että erikoistuminen olisi loppusuoralla ennen ensihoitajaksoa, jotta potilasryhmät

olisivat jo jollakin tasolla tuttuja, eikä perusanestesian opetukseen tarvitsisi käyttää aikaa. Erikoistuville lääkäreille rakennettua ohjelmaa räätälöidään tarpeen mukaan ja päivitetään vuosittain. Se sisältää ensihoidon organisaatioon perehtymistä ja siinä toimimista, viestintävälineiden käyttöä ja taktista ajattelua. Varsinaista lääketiedettä on noin viikon verran sisältäen yleisimmät tauti- ja vammaryhmät.

Perehdytys kestää 4–6 viikkoa ja tavoitteena on, että erikoistuva sen aikana kohtaisi useimmat tavallisisimmista tilanteista ja potilasryhmistä. Tarvittaessa jaksoa pidennetään. Itsenäinen työskentely ensihoitolääkärinä ilman kouluttajaa aloitetaan virka-ajalla vasta kun erikoistuva lääkäri ja kouluttaja uskovat sen onnistuvan, ja tällöinkin kouluttajaa voi kohteesta konsultoida. Myös ensimmäisissä päivystyksissä kouluttaja on tavoitettavissa. Ensihoitajakson keston tavoite on yksi vuosi, koska ilman aiempaa ensihoitokokemusta ensihoito-organisaation sisäistäminen ja siinä toimimisen oppiminen vie suunnilleen tämän ajan.

Valtaosa opetuksesta käsittelee asioita, joita ei oppikirjoista löydy. Opetus on henkilökohtaista, mikä sitoo voimavaroja huomattavasti. Erikoistuva lääkäri ja kouluttaja työskentelevät tiiviisti yhdessä toista kuukautta. Lisäksi helikopterilla liikkuminen asettaa omat koulutusvaatimuksensa ja rajoituksensa: päivystävään miehistöön kuuluu kolme jäsentä, mutta perehdytysvaiheessa neljä. Tämä tarkoittaa ahtaampia oloja ja lyhentynyttä toimintasädettä.

Koska molempiin edellä kuvatuista koulutusohjelmista kuuluu ensihoito-osio, oletan, että tulevaan akuuttilääketieteen erikoislääkärikoulutukseen se sisällytetään myös. Tämä tarkoittaa, että ensihoidon lääkäriyksiköihin tulee suuri joukko lisää koulutettavia. Akuuttilääketieteeseen erikoistuvien koulutus tuskin paljoakaan eroaisi anesteologiaan ja tehohoitoon erikoistuville annettavasta, mikäli akuuttilääketieteen erikoisalalla haetaan valmiutta

toimia myös ensihoidossa sairaalan ulkopuolella.

Nykyresursseilla lisääntyneeseen koulutustarpeeseen vastaaminen on haasteellista ellei mahdotonta, joten täytynee pohtia uusia tapoja antaa koulutusta. Erikoistujia voitaisiin sijoittaa ensihoitopalvelun kenttäjohtajien (ent. lääkintäesimiesten) koulutettaviksi ainakin osaksi aikaa. Lääkintäesimiehillä on laaja tietämys ensihoidon perusteista ja vankka johtamiskokemus operatiivisesta päivittäistoiminnasta ja siten paljon annettavaa alaa tuntemattomalle. Osan perehdytyksestä voisi toteuttaa myös hoitotason ensihoitoyksikössä, jossa näkisi paljon perustehtäviä ja päivittäistä potilastyöskentelyä, sekä saisi kuvaa siitä, missä olosuhteissa hoitotyötä tehdään, ja millaisilla tiedoilla hoitopäätöksiä joudutaan tekemään.

Ensihoidon tukeminen

Edellä mainituissa koulutusohjelmissä on kattavasti kuvattu myös akuuttilääketieteen erikoislääkärin pätevyysvaatimukset ja toimenkuva. Hoidettavia potilasryhmiä on lukuisia, ja lista osattavista toimenpiteistä on pitkä. Ensihoidossa toimittuaan akuuttilääkäri tuntee sairaalan ulkopuolista toimintaa. Tästä on hyötyä sairaalassa, kun otetaan vastaan ensihoitajien saattamaa kriittisesti sairasta potilasta. Tämä varmistaa hoitoketjun ja tiedonkulun katkeamattomuuden.

Vaikka akuuttilääketieteen erikoislääkärin työ onkin sairaalapäivystystä, niin ensihoitoperehdytyksensä pohjalta hän pystyisi tukemaan myös sairaalan ulkopuolista ensihoitoa. Akuuttilääkäri pystyisi toimimaan ensihoitajien konsulttina, esimerkkinä hoito-ohjeiden antaminen tai päätös kuljettamatta jättämisestä. Työnjosta päivystävän ensihoitolääkärin kanssa pitäisi tällöin sopia. Tämä helpottaisi ainakin oman yksikkömme päivystäjiä, koska vuositasolla

Akuuttilääkäri pystyisi toimimaan ensihoitajien konsulttina

hoidamme noin 6000 ensihoitajien konsultaatiopuhelua hälytystehtävien lisäksi.

Hallitessaan laajalti eri erikoisalojen akutologiaa ja omatessaan näkemystä myös ensihoidosta olisi akuuttilääketieteen erikoislääkärillä erinomaiset valmiudet ensihoitajien kouluttamiseen, varsinkin jos päivitys ja ensihoito kuuluisivat samaan organisaatioon. Myös hätäkeskuspäivystäjien kouluttamisessa akuuttilääkärin työpanos olisi tarpeellinen.

Potilaan tilan vaatiessa kuljetusta toiseen sairaalaan olisi akuuttilääkärillä kattavat tiedot ja taidot stabiloida potilas mahdollisimman hyvin ennen siirtoa. Olisi helpompi arvioida siirtoon liittyvien komplikaatioiden riskiä ja niiden hoitomahdollisuuksia ahtaassa liikkuvassa autossa. Tähän liittyy myös arvio lääkerisaattajan tarpeesta. Akuuttilääkärin koulutus mahdollistaisi hoitavan lääkärin lähdön itse saattamaan vastuullaan olevaa potilasta. Näin vältyttäisiin tilanteilta, joissa ensihoitaja joutuu

hälyttämään kesken siirtokuljetuksen ensihoitollääkärin mukaan.

Saatuun ensihoitojaksolla koulutusta suuronnettomuuksista, osallistuttuaan suuronnettomuusharjoitukseen, ja perehdyttyään niihin varautumiseen olisi akuuttilääkärillä hyvät pohjatiedot sairaalan toiminnan suunnitteluun suuronnettomuuden varalle. Lisäksi hänelle olisi kertynyt arvokasta kokemusta siitä, että hyvätkään suunnitelmat eivät aina toimi vaikeissa ja muuttuvissa olosuhteissa, vaan niistä on kyettävä poikkeamaan ja improvisoitava.

Omat sektorit

Ensihoitoasetuksen mukaan sairaanhoitopiirillä tulee olla ensihoitopalvelusta vastaava lääkäri, jolla on soveltuva lääketieteen erikoisalan koulutus sekä hyvä perehtyneisyys ensihoitolääketieteeseen ja kokemusta ensihoitopalvelun toiminnasta (<http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110340.pdf>). Akuuttilääketieteen erikoislääkärinkoulutus ei

poista tarvetta erikseen kouluttaa ensihoidon vastuulääkäreitä. Ratkaisu tähän voisi olla ensihoitolääketieteen erityispätevyysohjelman (<http://www.laakariliitto.fi/koulutus/erityispatevyudet/ensihoito.html>) sisällön suunnittelu uudelleen vastaamaan tätä koulutustarvetta.

Edellä esitetyn perusteella on mielekäästä, että akuuttilääketieteen erikoisalaan liitetään ensihoitoa ja ensihoitopalvelua koskevaa koulutusta. Tämä parantaa hoitoketjun toimivuutta ja lääkäreiden ensihoitovalmiutta eri portaissa. Ensihoitopalveluiden lääkäritasoinen päivitystyoiminta tulee kuitenkin säilyttää osana anestesiologian ja tehohoidon erikoisalaa. ■

Viitteet

1. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärinkoulutustyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus STM:n selvityksiä 2011:17. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15442.pdf



Ari Leppäniemi,
LKT, dosentti, Päivystyskirurgian ylilääkäri
HYKS, Meilahden sairaala,
Vatsaelinkirurgian klinikka
ari.leppaniemi[at]hus.fi

AKUUTTILÄÄKETIETEEN ERIKOISALA – KIRURGIN NÄKÖKULMA

Äkillisesti sairastuneen tai loukkaantuneen potilaan hoito on osa yhteiskunnan turvaverkkoa ja hyvin toimivana yksi sivistysvaltion tunnusmerkeistä.

► Väestön ikääntyminen, monisairaiden potilaiden määrän lisääntyminen, lääketieteen kehitys ja siihen kohdistuvien odotusten kasvaminen, lääketieteen erikoisalojen pirstoutuminen entistä suppeampiin erikoisaloihin sekä päivistystoiminnan kalleus ja siihen liittyvät kustannuspaineet edellyttävät kiireellistä päivistystoiminnan uudelleen arviointia. Tästä ovat osoituksena mm.

pyrkimykset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisten rajainten madaltamiseen ja erikoissairaanhoidon alueellisen koordinaation lisäämiseen. Yksi keskeinen uudistus on akuuttilääketieteen erikoisalan perustaminen, jolla päivistystoiminnan toiminta tulisi tehokkaammaksi, turvallisemmaksi ja ne tulisivat työpaikkoina halutummiksi. Tämä olisi myös kirurgien etu. Kirurgit voisivat

keskittyä siihen, mihin heidän on koulutettakin: kirurgista hoitoa vaativien potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen.

Alan J. Pakulan ohjaamassa klassikkoelokuvassa Presidentin miehet, jossa Washington Postin toimittajakaksikko (joita esittävät Dustin Hoffman ja Robert Redford) paljastaa Watergate-skandaalin tekijöitä, heidän lähteenään toimiva ”syväkurkku”

kehottaa heitä seuraamaan rahavirtoja, ”follow the money”, joka johtaa heidät todellisten syyllisten jäljille. Kun päivystystoiminnan kehittämistä pohditaan, hyvä lähtökohta on potilas, ”follow the patient” (kyllä, tämän kirjoittaja kieltäytyy käyttämästä sairaista ihmisistä nimitystä asiakas; asiakkaita on rautakaupassa ja parturissa, sairaut ihmiset ovat potilaita).

Mikä on päivystyksen tarkoitus?

Päivystystoiminnassa on kaksi keskeistä elementtiä. Pieni joukko potilaita tarvitsee välitöntä ensiapua henkeä uhkaavan fysiologisen tilan korjaamiseksi, oli sen syy mikä tahansa. Puhutaan sitten vaikeista vammoista, nopeasti etenevistä tai välittömästi henkeä uhkaavista sairauksista, yhteisenä tekijänä on aina kriittisten elinten solujen hapensaannin turvaaminen ja niiden elinkyvyn säilyttäminen. Potilaat ajautuvat ikään kuin suppiloon, jonka loppupäässä hämmöttää aivosolujen, sydänlihassolujen tai vaikkapa maksasolujen kuolema ja siihen liittyvä palautumaton elinvaurio. Mikäli tätä ”kuoleman kehää” ei ripeillä ensihoitotoimilla katkaista, seuraukset ovat potilaan kannalta katastrofaalisia ja johtavat pahimmassa tapauksessa potilaan menehtymiseen tai vaikeaan invaliditeettiin. Ensihoito- ja päivystyspoliikkatoiminta pyrkii tunnistamaan nämä potilaat ajoissa, tukemaan vintaaleja elintoimintoja siihen asti, kunnes definitiivinen hoito voidaan toteuttaa, oli se sitten esimerkiksi sepelvaltimoiden pallolaajennus, aivoinfarktin liuotus tai vaikeasta maksavammasta peräsin olevan verenvuodon tyrehtytys leikkaussalissa.

Valtaosa päivystyspotilaista ei tarvitse kiireellisiä henkeä pelastavia toimia. Potilailla on joku oire tai tapahtuma (esimerkiksi kaatuminen), minkä vuoksi he hakeutuvat päivystysvastaanotolle. Lääkärin tehtävänä on potilaan haastattelun, kliinisen tutkimuksen ja niitä tukevien laboratorio- ja röntgentutkimusten avulla muuttaa potilaan oire

työdiagnosiksi, joka määrää miten ja missä potilasta hoidetaan.

Päivystysvastaanotolle eivät kuulu kiireettömän vaivan vuoksi sinne hakeutuvat potilaat. Hyvin toimiva virka-aikainen vastaanotto toiminta on paras keino näiden potilaiden vähentämiseksi päivystysvastaanotolta.

Päivystyksen nykyongelmat

Perusterveydenhuollon päivystys on perinteisesti suodattanut suuresta potilasjoukosta kiireellisiä erikoissairaanhoidon palveluja tarvitsevat ja lähettänyt heidät erikoissairaanhoidon päivystyspisteeseen, yleensä sairaalan päivystyspoliiklinikalle. Sairaalan koosta ja erikoisalatarjonnasta riippuen potilaat ensiksi tutkiva lääkäri on yleensä erikoistumisensa alussa oleva jonkin erikoisalalan sairaalalääkäri, jolla on tukena erikoislääkäritakapäivystäjii. Etenkin virka-ajan ulkopuolella ja kesäaikaan takapäivystysmiehitys voi olla varsin ohutta.

Oirelähäinen ajattelu orjuuttaa päivystyspoliikkien toimintaa. Vatsakipu tekee potilaasta kirurgisen, vaikka oireen syynä oleva sairaus ei edellyttäisi leikkaushoitoa tai edes kirurgin kannanottoa sen tarpeeseen. Rintakipua tutkittaessa konsultoidaan herkästi sisätautilääkäriä ja fertiili-ikäisen naisen alavatsakivuissa gynekologia.

Kuten muillakin suurilla erikoisaloilla, koulutusajan lyheneminen, kirurgisten erikoisalojen eriytyminen ja potilaiden vaatimustason kasvu ovat kirurgiassa johtaneet siihen, että ei ole enää yhtä konsultoitavaa ”kirurgia”. Yleisosaaminen on romahtanut elektiivisen toiminnan muututtua lähes yksielinkirurgiaksi. Potilaita hoitavat selkäortopedit, rintarauhaskirurgit, sydänkirurgit, maksakirurgit jne. Vaikka elektiivisen toiminnan laatu epäilemättä tällä super-erikoistumisella voidaan pitää korkealla tasolla, päivystystä ei voida järjestää sen pohjalta. Sairaaloissa ei voi olla edes pelkästään kirurgisilla aloilla toistakymmentä eri takapäivystäjää vuoden jokaisena päivänä, kesät talvet...

Päivystyskirurgisen palvelujärjestelmän ja koulutuksen uudistaminen

Yhtenä ratkaisuna kirurgisten alojen eriytymiseen ja siitä seuraaviin päivystyskirurgisiin palveluongelmiin on nähty päivystyskirurgian entistä suurempi alueellinen koordinointi ja työnjaosta sopiminen, jossa mm. Suomen Kirurgiyhdistys on ollut aloitteentekijänä, ja jonka synergiahyödyn myös muut erikoisalot, etenkin gynekologia ja anestesiologia ovat sittemmin tunnistaneet (1,2).

Toisena ongelman ratkaisua tukevana tekijänä on nähty päivystyskirurgisen yleisosaamisen lisääminen etenkin runkokoulutusvaiheessa. Parhaillaan lausuntokierroksella oleva valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnosta antaa oivan mahdollisuuden tämän koulutusvajeen poistamiseksi. Myös Suomen Kirurgiyhdistyksen asettama runkokoulutusryhmä on esittänyt päivystysosaamisen lisäämistä runkokoulutusvaiheeseen.

Päivystyspisteet tulisivat tehokkaammiksi, turvallisemmiksi ja työpaikkoina halutummiksi

Miten päivystyspisteen pitäisi toimia?

Miten tämä kaikki sitten liittyy suunniteltuun akuuttilääketieteen erikoisalaan? Parhaassa mahdollisessa maailmassa (tai toiseksi parhaassa, sillä parhaassa ei tietenkään olisi sairauksia tai vammoja) äkillisesti sairastunut tai loukkaantunut potilas hakeutuisi tai hänet tuotaisiin hyvin toimivan ensihoitojärjestelmän toimesta yhteen, alueellisesti määrättyyn (yhteis)päivystyspisteeseen, jossa hänen ongelmansa tunnistettaisiin ripeästi, ja sen tarvitsema hoito aloitettaisiin viipymättä asiantuntevan lääkärin johdolla. Potilaat saisivat tasa-arvoisen kohtelun, mutta kuitenkin niin, että kiireellistä huomiota tarvitsevat potilaat hoidettaisiin ennen niitä, joiden oireen taustalla oleva tauti ei tovin

odottelulla muutu vaarallisemmaksi. Eli potilaslajittelu (triage) toimisi (3). Vaikka potilaalla olisi monia muita sairauksia tai hänen oireensa syy ei olisi ensi näkemältä ilmiselvä, asiansa osaava, päivystyspoliklinikatoimintaan erikoistunut ja siitä innostunut lääkäri tekisi työdiagnoosin potilaan muut sairaudet ja kokonaistilanteen samalla huomioiden, ja ohjaisi esimerkiksi puhjennutta mahahaavaa sairastavan potilaan vatsaelinkirurgin hoitoon. Tämä ottaisi sitten potilaan hoitovastuun itselleen.

Utopiaako? Ei suinkaan. Yhteis-päivystyspisteet ovat jo todellisuutta monella paikkakunnalla, ja ne toimivat yleensä erinomaisesti, etenkin, jos niitä pyörittävät vakinaiset, julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevat, pitkäjänteiseen vastuunkantoon sitoutuneet lääkärit (4, 5). Tiedetään myös, että päivystyspoliklinikoiden erikoislääkärityövoima ja -osaaminen parantaa potilaiden ennustetta ja tehostaa potilasvirtojen läpikulkua (6).

Kukapa muu päivystyspotilaiden ongelmia parhaiten osaisi arvioida ja hoitaa kuin siihen erikoistunut lääkäri! Asianmukaisesti koulutettuna hän kykenee tunnistamaan potilaiden joskus hyvinkin samankaltaisten oireiden takana olevat taudit, huomioimaan potilaan muut sairaudet ja niiden vaikutukset nykyongelmaan ja ohjaamaan potilaan tarvittaessa sellaiselle erikoislääkärille, joka osaa juuri sen taudin hoidon parhaiten.

Akuuttilääketieteen erikoisala – jostain on aloitettava

On selvää, että akuuttilääketieteen erikoislääkäreitä ei riitä (vielä) jokaiseen päivystyspisteeseen ja työvuoroon. On kuitenkin selvää, että päivystysten keskittyessä niihin tarvitaan nimenomaan siitä kiinnostuneita ja innostuneita lääkäreitä suunnittelemaan ja koordinoimaan

toimintaa, ja kouluttamaan tulevia akuuttilääketieteen lääkäreitä. Ehkä joskus tulevaisuudessa meillä on sama tilanne kuin aikanaan ”ER”-televisiosarjassa, jossa päivystyspoliklinikan lääkärit (George Clooneyn johdolla) hoitavat suvereenisti potilaita yli perinteisten erikoisalojen...

Mihin kirurgia tarvitaan?

Missä sitten on se kirurgin näkökulma? Jos kirurgeilta kysytään, mitä he mieluiten tekevät, vastaus on aina sama: leikata. Siihen meidät on koulutettu ja siitä saamme ammatillisesti suurimman tyydytyksen. Eikä kyse ole vain leikkausteekniikan yksityiskohtien hiomisesta ja sulavasta suorittamisesta. Suurimman tyydytyksen kirurgi saa nähdessään, miten potilas paranee hänen tekemänsä intervention (oikea päätös, oikea ajankohta, oikea toimenpide) avulla. Ei voi myöskään kieltää, että joskus leikkaaminen saa kirurgit nirvanaan tai psykologien kielellä ”flow”-tilaan ([http://en.wikipedia.org/wiki/Flow_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Flow_(psychology))), jossa ajan ja paikan taju hämärtyy eikä väsymys tai muu ruumiillinen tarve paina...

Jotkut vanhemmat kirurgikollegat ovat esittäneet huolensa siitä, että akuuttilääketieteen erikoisala vie kirurgeilta mahdollisuuden ”hoitaa koko potilasta alusta loppuun”. Näinhän asia ei ole. Ennen kuin potilas tulee kirurgin hoidettavaksi, on jo tapahtunut valikoitumista ja seulontaa. Ensiksi potilaan omasta toimesta (lähteäkö päivystykseen vai ei?), ja sen jälkeen potilaan oiretta selvittäneen lääkärin (ensihoitolääkäri, terveyskeskuslääkäri, työterveyslääkäri jne.) toimesta. Ei vatsakirurgi nykyäänkään näe kaikkia vatsakirurgisia potilaita. Kyse on siitä, mihin seulonnan rajapinta vedetään.

Ei ole tarkoituksenmukaista, että esimerkiksi vatsaelinkirurgiaan erikoistunut lääkäri käyttää pääosan ajastaan vatsakipuisten potilaiden seulontaan, kun tiedetään, että valtaosassa tapauksista oireen syynä olevan taudin hoito ei vaadi kirurgin asiantuntemusta tai leikkaushoitoa. Kirurgi voi keskittyä niiden potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen, jotka

eniten hyötyvät hänen ammattitaidostaan (7).

On luonnollisesti selvää, että akuuttilääketieteen lääkärin tulee luotettavasti tunnistaa ne potilaat, jotka tarvitsevat esimerkiksi kiireellistä vatsaelinkirurgista arviota, mutta se on koulutuskysymys. En jaksais uskoa siihen, ettei asianmukaisesti koulutettu akuuttilääketieteen erikoislääkäri kykenisi paremmin tunnistamaan ja ohjaamaan oikeaan paikkaan vaikkapa peritoniittipotilasta kuin jonkun kirurgisen alan runkokoulutusvaiheen alussa oleva sairaalalääkäri, keikkalääkäri tai sinänsä monitaitoinen ja arvokasta työtä tekevä terveyskeskuslääkäri. Todella sairaan potilaan fysiologisen häiriötilan alkuvaiheen hoito, jos mikä, sopii akuuttilääketieteen erikoislääkärille kuin nyrkki silmään... ■

Viitteet

1. Lepäntalo M, Leppäniemi A, Raatikainen T, ym. Kirurgian työnjako parantaa hoitotuloksia. Yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt. Suom Lääkäril 2007; 62: 3209-13
2. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti
3. Finnemann Rudolph S, Bak Skousen M, Loulsbye D. The use of physiological scoring system in the emergency department. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2007; 15: 163-6
4. Vaula E, Kantonen J. Ensivasta päivystyspoliklinikaksi. Päivystyspalvelus 2007 tuloksia. Suom Lääkäril 2008; 63: 1856-8
5. Honkanen J-P. Yhteinen päivystys, yhteiset potilaat. Suom Lääkäril 2009; 64: 463-4
6. Hallas P. The effect of specialist treatment in Emergency medicine. A survey of current experiences. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2006; 14: 5-8
7. Sorelli PG, El-Masry NS, Dawson PM, Theodorou NA. The dedicated emergency surgeon: towards consultant-based acute surgical admissions. Ann R Coll Surg Engl 2008; 90: 104-8

Kukapa muu päivystyspotilaiden ongelmia parhaiten osaisi arvioida ja hoitaa kuin siihen erikoistunut lääkäri



AKUUTTILÄÄKETIETEEN ERIKOISALA – UHKA VAI MAHDOLLISUUS?

Päivystyksessä tehdyt ratkaisut ovat merkittäviä paitsi potilaan, myös talouden kannalta.

► "Emergency Medicine":stä tuli oma erikoisalansa USA:ssa 1970-luvulla ja Englannissa 1986. Maailmalla erikoisala on n. 45 maassa, Euroopassa n. 11 maassa. Useimmissa Euroopan maissa, joissa erikoisalaa ei vielä ole, se pyritään perustamaan. Miksi Suomessa on tarve havaittu vasta 2000-luvulla?

Ensiapupoliklinikka on perinteisesti ollut jonkun muun toiminnon, esimerkiksi kirurgian poliklinikan jatke, jota on hoidettu muiden töiden ohessa. 2000-luvulla ryhdyttiin keskittämään perusterveydenhuollon yöpäivystyksiä sairaalapäivystysten yhteyteen. Pontimet eivät aina olleet lääketieteellisiä, vaan usein lääkäripulan siivittämiä. Vähitellen on oivallettu päivystyksen kehittämisen ja etulinjan osaamisen merkitys. Sairaalapotilaista jopa 80% tulee sisään päivystyksen kautta. Päivystyksessä tehdyt ratkaisut ovat merkittäviä paitsi potilaan, myös talouden kannalta.

Päivystisyhteisö, ts. kollegat, jotka toimivat päätoimisesti päivystyksen eturintamassa, esitti vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriölle (STM) selvitystyötä ensihoito- ja päivystyslääketieteen erikoisalan perustamiseksi. Samana vuonna kollegat Tuulonen ja Puolijoki esittivät erikoisalaa tekemässään erikoislääkärinkoulutus selvityksessä.

Vuonna 2008 perustettiin päivystyslääketieteen erityispätevyys, jonka on kolmen vuoden siirtymävaiheen aikana saanut 97 kollegaa. Erityispätevyys on kuitenkin vain välivaihe kohti erikoisalaa. Päivystäminen kiinnostaa ja haastaa, mutta erikoisalan puuttuessa nuoret kollegat lähtevät kouluttautumaan muille erikoisaloille.

Yhtenäisiä päivystyshoidon perusteita pohtimaan perusti STM vuonna 2009 työryhmän, jonka

raportti julkaistiin 2010. Työryhmä esitti, että akuuttilääketieteen erikoisala perustettaisiin mahdollisimman pian. Samalla muotoutui käsite "akuuttilääketieteen" erikoisala, joka yhdistää entisen ensihoito- ja päivystyslääketieteen erikoisalaesityksen. Terveys- ja elämäntieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusohjelmassa 50. §:ään kirjattiin, että kiireelliseen hoitoon tulee panostaa riittävät voimavarat ja osaaminen. Lain 39. §:ssä painotetaan ensihoitopalvelun ja päivystystoiminnan toiminnallista kokonaisuutta.

Syksyllä 2010 perustettiin ministeriövetoinen työryhmä pohtimaan erikoislääkärinkoulutuksen uudistamistarpeita. Päivystyslääkärit tukivat työtä omalla esityksellään. Tänä vuonna julkistetussa raportissa esitetään akuuttilääketieteen erikoisalaa, 6 vuoden koulutusohjelmaa. Uusi erikoisala edellyttää muutosta erikoislääkäritutkintoasetukseen, josta opetus- ja kulttuuriministerön antama lausunto- ja esityspyyntö on parhaillaan laajalla kierroksella. Lausuntoja pyydetään 27.1.2012 mennessä. Akuuttilääketieteen erikoisalakoulutuksen aloittamisen lisäksi asetus painottaa yleistä päivystysosaamisen lisäämistä. Asetuksen ehdotetaan tulevan voimaan 1.8.2012.

Akuuttilääkärin työnkuvaan kuuluu ensihoito- ja/tai päivystystyön ohessa alueellisen toiminnan suunnittelu, koordinointi sekä yksikön johtaminen ja kouluttaminen. Etulinjan osaamisen vahvistaminen on myös potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Tulevaisuuden päivystyksessä työskentelee akuuttilääkäreiden ohella myös muiden erikoisalojen päivystäjiä ja koulutettavia. On arvioitu, että akuuttilääkäri kykenee hoitamaan n. 80% päivystyksen potilaista. Erikoislääkärinkoulutuksen käynnistyminen tuo alalle osaajia vasta vähitellen.

Vähintään yhden yliopiston olisi hyvä sitoutua erikoisalakoulutuksen käynnistämiseen. Alan profiloitumisen, koulutuksen käynnistämisen ja tutkimustoiminnan aktivoimisen kannalta on tärkeää perustaa akuuttilääketieteen professuuri. Asetus ei vaikuta valtiolta saatuun perusrahoitukseen, joten koulutus joudutaan toteuttamaan yliopistojen oman kokonaisrahoituksen puitteissa.

Tärkeä työkalu koulutusohjelman sisällön ja tavoitteiden laatimisessa on European curriculum for Emergency Medicine (www.eusem.org). Koulutuspaikkoja tulisi olla sekä yliopisto- että keskussairaaloitten yhteydessä olevissa päivystyksyksiköissä, ja siihen pitäisi ottaa mukaan sekä ensihoito- että päivystyslääketiede. Nykyiset ensihoitolääkärit ovat usein anestesiologeja, kun jatkossa ensihoitouralle voi hakeutua akuuttilääketieteen, anestesiologian tai muun erikoisalan kautta. Lääkäriosaamista tarvitaan ensihoidossa hätätilanteiden hoidon lisäksi ensihoitopalvelujen suunnitteluun ja ohjaukseen.

Päivystystoiminta vaikuttaa laatuun kaikilla terveydenhuollon tasoilla. Laadun parantamisen yksi osatekijä on akuuttilääketieteen erikoisala, jonka tulee hankkia kannuksensa hyvän koulutusohjelman ja tutkimustyön kautta. Tarve erikoisalalle on. Kuten muuallakin maailmassa, matka on ollut pitkä ja rosoinen. Muuallakin on ollut tyypillistä muiden erikoisalojen ajan ja tietämyksen myötä vähenevä vastustus. Keskustelun käynnistyttyä on yleensä kestänyt kymmenkunta vuotta erikoisalan perustamiseen. Nyt on oikea hetki jonkun yliopiston ryhtyä valmistelemaan koulutusohjelmaa. Mahdollisuus kouluttautua akuuttilääketieteen erikoislääkäriksi tulee olemaan rekrytointivaltti. ■

SUOMEN ANESTESIOLOGIYHDISTYKSEN JOHTOKUNNAN LAUSUNTO VALTIONEUVOSTON ASETUKSEEN ERIKOISLÄÄKÄRIN JA ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIN TUTKINNOSTA

► Suomen Anestesiologiyhdistys ry SAY kiittää mahdollisuudesta lausua asetusluonnoksesta näkemyksensä. Lausunnon alkuun on tiivistetty SAY:n keskeiset näkemykset koskien akuuttilääketieteen koulutusohjelmaa. Lausunnon lopussa on kommentit asetusluonnoksen yksityiskohdista.

Asetusluonnoksessa on yhteensä 49 erikoislääkärin tutkintoon johtavaa koulutusohjelmaa (erikoisalaa), joista uutena koulutusohjelmana akuuttilääketiede. Tämän koulutusohjelman pituus on kuusi vuotta. OKM pyytää yliopistoilta tässä yhteydessä myös esityksiä uusista koulutusohjelmista ja niiden koulutusvastuista.

Lausuntopyynnön liitteenä on OKM:n muistio ”Ehdotus valtioneuvoston asetukseksi erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista” 21.11.2011. Muistiossa viitataan Sosiaali- ja terveysministeriön 2010 asetettaman työryhmän loppuraporttiin 12.4.2011. Tämä työryhmä on puolestaan ottanut raportissaan huomioon selvityshenkilöiden Tuulosen ja Puolijoen raportin erikoislääkärikoulutuksen ja palvelujärjestelmätarpeiden vastaavuudesta 2006–2007. Tuulosen ja Puolijoen raportissa esitettiin, että päivystysvalmiuksien turvaamiseksi tulisi perustaa uusi päivystys- ja ensihoitolääketieteen erikoisala ja lisäkoulutusohjelma. STM:n työryhmän raportissa uuden erikoisalan nimi vaihdettiin päivystyslääketieteestä akuuttilääketieteeseen, koska se korostaa päivystyslääketiedettä laajempaa sisältöä ja tukee uuden terveydenhuoltolain mukaista ensihoidon ja päivystyspalvelujen järjestämistä (kansainvälinen erikoisala ”emergency medicine”).

OKM:n muistion yksityiskohtaisissa perusteluissa todetaan, että akuuttilääketieteen koulutusohjelman tarkoituksena on vastata terveyspalvelujärjestelmän tarpeisiin päivystysosaamisen lisäämisestä toukokuun 2011 alusta voimaan tulleen terveydenhuoltolain mukaisesti. Muistio hahmottelee akuuttilääketieteen erikoislääkäreiden toimenkuvaa seuraavasti: ”Lääketieteen kehitys ja osaamisen eriytyminen suppeille erikoisaloille ovat johtaneet pulaan päivystykseen ja ensihoitoon soveltuvan koulutuksen omaavista erikoislääkäreistä. Akuuttilääketieteeseen erikoistuneiden lääkärien merkitys pitkäjänteisessä päivystystoiminnan suunnittelussa, päivittäisessä ohjauksessa, koulustoiminnan järjestämisessä, tutkimustyössä, talouden hallinnassa ja potilasturvallisuuden varmistamisessa on ensiarvoisen tärkeä. Akuuttilääketieteen erikoislääkärit toimisivat alueellisen päivystystoiminnan koordinoijina päivystysyksiköiden johtamisroolin lisäksi. Heidän tehtävänään olisi asemasta riippuen ohjeistaa ja kouluttaa terveyskeskukset, aluesairaalat ja päivystyspisteet sekä alueen yksityiset terveydenhuollon palvelujen tuottajat yhtenäisten alueellisesti sovitun hoidon tarpeen kriteereiden käyttöön ja tarkoituksenmukaiseen hoidon porrastukseen”.

SAY pitää edellä kuvatun kaltaista päivystystoimintaa koordinoivaa erikoisalaa tarpeellisena ja nykyisen terveydenhuoltolainsäädännön tarkoituksena vahvasti tukevana.

OKM:n muistiossa todetaan, että akuuttilääketieteen koulutusohjelma olisi mahdollista suorittaa paitsi omalla kokonaisuutenaan, myös tiettyjen koulutusohjelmien jälkeen, jolloin osa

näistä voidaan lukea hyväksi akuuttilääketieteen koulutusohjelmassa. Kustannuksista todetaan, ettei asetus vaikuta yliopistojen valtiolta saamaan perusrahoitukseen. STM:n työryhmän raportissa esitetään tarkemmin, että akuuttilääketieteen koulutusohjelman voisi suorittaa mm. anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäritutkinnon jälkeen, jolloin koulutuksista voi olla yhteistä akuuttilääketieteen kanssa enintään kolme vuotta.

Asiaa koskevissa muistioissa ja raporteissa tulee selvästi ilmi se, että uusi akuuttilääketieteen erikoisala pitää sisällään sekä päivystyksen että ensihoidon. Ensihoito on viime vuosina ollut yksi anestesiologian ja tehohoidon neljästä tukipilarista anestesiologian, tehohoidon ja kivunhoidon lisäksi. Useassa sairaalassa nämä neljä osa-alueita ovat myös hallinnollisesti nivottu yhteen.

Ensihoidon sisällyttäminen akuuttilääketieteen erikoisalaan herättää anestesiologiaan ja tehohoitoa koskevia avoimia kysymyksiä:

1. Millaiseksi muodostuu työnjako anestesiologian ja tehohoidon sekä akuuttilääketieteen erikoislääkäreiden välillä akuuttilähtöisten, traumapotilaiden ja muiden kriittisesti sairaiden potilaiden tunnistamisessa ja hoidossa päivystysalueella ja potilaskuljetusten aikana? Kertyykö akuuttilääketieteen erikoislääkäreille riittävästä kokemuksesta kriittisesti sairaiden potilaiden ensihoitoon? Ainoastaan murto-osa päivystyspotilaista päätyy teho-osastolle, jossa akuuttilähtöiset ovat jokapäiväisiä.

2. Mitkä ovat akuuttilääketieteen erikoisalan vaikutukset sairaaloiden

hallintorakenteisiin? Mikä erikoisala hallitsee tulevaisuudessa ambulanssi- ja pelastushelikopteritoimintaa?

3. Otetaanko opetusresurssit akuuttilääketieteen koulutusohjelmaan muilta erikoisaloilta? Millaiseksi muodostuu työnjako anestesiologian ja tehohoidon sekä akuuttilääketieteen väliillä lääketieteen opetuksessa, erikoislääkärikoulutuksessa ja ammatillisessa jatkokoulutuksessa? Voidaanko osa aiemmin suoritettua anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkärin tutkinnosta laskea hyväksi akuuttilääketieteeseen ja edellyttääkö akuuttilääketieteen erikoisala reunapalveluja anestesiologian ja tehohoidon erikoisalalla? Kuinka uusi koulutus aiotaan rahoittaa?

SAY toivoo edellä esitettyihin erityisesti koulutusta koskeviin kysymyksiin pikaisia ratkaisuja.

Asetusluonnoksesta toteamme lisäksi seuraavaa:

SAY pitää tarkoituksenmukaisena erikoislääkärikoulutusvastuun säilyttämistä yliopistoilla. Terveystieteiden suunnittelun, hallinnon, johtamisen ja moniammatillisen yhteistyön sisällyttäminen erikoislääkärikoulutuksen tavoitteisiin on kannatettavaa.

Asetusluonnoksessa on edelleen maininta, että koulutusajasta pitää vähintään puolet suorittaa yliopistolaisen sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta vähintään yhdeksän kuukautta terveyskeskuksessa. Tähän sääntöön voidaan hakea poikkeusta enintään kolmen vuoden ajaksi ja ennen poikkeuksen myöntämistä yliopiston on pyydettävä lausunto alueelliselta neuvottelukunnalta. Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäreiden saavuudessa on suuria valtakunnallisia eroja. Tämä ns. 50/50 sääntö voi vähentää joissakin yliopistosairaaloissa nuorten lääkäreiden hakeutumista anestesiologian ja tehohoidon

erikoisalalle eivätkä yliopistosairaalat ole maantieteellisistä seikoista johtuen tässä suhteessa tasavertaisia. Poikkeuslupamenettelyä pidämme tämän vuoksi erittäin tarpeellisena.

Yhteenveto:

SAY näkee akuuttilääketieteen aseman lähinnä hallinnollisena ja koordinoivana. Kriittisesti sairaan potilaan hoidon tulee tapahtua anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkärin johdolla. Akuutit hätätilanteet, vaativa ensihoito ja peruselintointojen turvaaminen hoitoketjun eri vaiheissa ovat olennainen osa anestesiologian ja tehohoidon erikoisalaa. ■

Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n johtokunnan puolesta

Minna Niskanen
puheenjohtaja

Mirka Soinikoski
sihteeri

ERIKOISTUVAN KANNUSTUSAPURAHA

Erikoistuvan kannustusapuraha (500 €) myönnetään hakemuksesta yhdistyksen jäsenelle, joka läpäisee Anestesiologia ja tehohoito –erikoislääkärikuulustelun ensi yrittämällä. Apurahaa on haettava kuuden kuukauden kuluessa hyväksymiskirjeen saamisesta.

Apurahaa haetaan vapaamuotoisella hakemuksella, joka sisältää

- Hakijan yhteystiedot (osoite, sähköpostiosoite, puhelinnumero ja pankkiyhteys)
- Kahden kollegan allekirjoittaman vakuutuksen siitä, että hakija ei aiemmin ole osallistunut erikoistumistenttiin. Allekirjoittajista toisen täytyy olla hakijan esimies.
- Todistusjäljennöksen hyväksytysti suoritettusta erikoistumistentistä.

Dokumentit toimitetaan kirjeenä SAY:n rahastonhoitajalle: Eero Pesonen, HYKS, Meilahden sairaala, Leikkausosasto, PL 340, 00029 HUS.