



YHDESSÄ ETEENPÄIN

► Kollegat Ari Uusaro ja Tero Ala-Kokko ottavat Finnanest-lehden viimeisimmässä numerossa kantaa erikoislääkäreiden tarpeeseen suomalaisessa tehohoidossa (1). Myös professori Esko Ruokonen käsittelee samaa asiaa proffan palstallaan (2).

Olen lähes täysin samaa mieltä kirjoittajien kanssa. Potilasturvallisuus paranee varmasti, kun lääkimäärä on riittävä. Myös päivystysaikainen resurssi on turvattava. Kansainväliset selvitykset, jotka osoittavat nykykäytäntömme mahdolliset puutteet, on tuotava julki terveydenhoidon päättäjille, ja resurssilisäykset on hoidettava kuntoon. Asiasta huolehtiminen on tietenkin kunkin erikoisalan asian tuntijoiden tehtävä. Tässä suhteessa Uusaron ja Ala-Kokon keskustelun avaus on hatunnoston arvoinen teko, sikäli kuin resurssivajetta esiintyy.

Kirjoitus oli keihäänheittotermein kaareltaan korkea, mutta jäi vähän lyhyeksi. Oulun yliopistosairaalan teho-osaston hoitamiseen tarvitaan kahdeksan erikoislääkärin virka-aikainen resurssi. Rivien välistä tulkitsen, että heillä ehkä ei tätä resurssia ole. Onko Suomen yliopistosairaaloissa siis pulaa tehohoitolääkäreistä? Yleisessä tiedossahan toki on, että keskussairaaloiden tilanne on vaikea. Kirjoitus olisi avautunut paremmin, jos eri sairaaloiden, tai ainakin Oys:n tämänhetkinen tehohoitolääkäri-resurssi olisi kuvattu. Vuoden 2011 ikääntymiskyselyä (3) taustoitteessamme selvisi, että tuolloin yliopistosairaaloista huonoin tilanne oli Turussa (4 tehohoitolääkäreitä; teho-/salianestesiologisuhdeluku 0,07) ja seuraavaksi huonoin tilanne oli Kuopiossa (6 lääkäriä; suhdeluku 0,24) ja Oulussa (7; sl. 0,14). Katsaus tämänhetkiseen tilanteeseen olisi kiintoisaa nähdä.

Tampereella ei ole varsinaista tehohoitolääkärivajetta. Tampereen yliopistosairaalan teho-osaston päivittäinen resurssi oli toistakymmentä erikoislääkäreitä jo kolme vuotta sitten, jolloin jouduimme leikkaussalianestesiologivajeen vuoksi sulkemaan yli puoleksi vuodeksi useita leikkaussaleja ja ostamaan toimintaa piirin ulkopuolelta. Paitsi turvallisuusnäkökohdin, riittävää salianestesiologimäärää on helppo perustella myös tuotannollisilla syillä. Anestesiassa tehtävän leikkauksen hinta lienee jo keskimäärin 2000 euroa, ja anestesiologi on tuotantokoneiston yksittäinen, joskin välttämätön ratas. Jos anestesiologivaje johtaa leikkausten peruuttamiseen tai ostopalveluihin, tappiot ja vaihtoehtokustannukset on nopeasti laskettu. On valitettavaa, jos henkeä pelastavan tehohoidon resurssiperusteluille ei kaikkialla Suomessa löydy samanlaista kaikupohjaa.

Uusaron ja Ala-Kokon listaus tehohoitolääkärin tehtävistä ja heidän laskelmansa virka-aikaisesta erikoislääkäritarpeesta vertautuu SAY:n leikkaussalianestesiologeja koskevaan suositukseen. Kirjoittajat kuitenkin ottavat, yhdessä koko SAY:n tehohoidon jaoksen kanssa, varsin tukevan asenteellisen etunojan leikkaussalianestesiologiaa kohti. Kirjoituksen voisi jopa nähdä vaatimuksena erikoisalan sisäisestä resurssin siirrosta leikkaussaleista teho-osastoille. Resurssikeskustelua on syytä käydä, mutta sitä ei ehkä kannata viedä tälle tasolle. Kuten professori Ruokonen toteaa, tehohoidon ja anestesiologian kumppanuus on ollut luonteva ratkaisu, ja erikoislääkäriskoulutusta kehitetään tältä pohjalta koko ajan. Riittävä salianestesiologiresurssi ei edelleenkään ole itsestäänselvyys suomalaisissa

sairaaloissa, vaikka SAY:n suositus täyttää tänä vuonna sentään jo 15 vuotta.

Keskinäisen nokittelun ja selkäänpuukottamisen sijasta ponnistelut tulee keskittää tarvittavan lisäresurssin hankkimiseen. Paikalliset ongelmat tulee hoitaa paikallisesti. Professorien ja SAY:n tehtävä on tukea erikoisalan tasapainoista kehittämistä. Viestinnässä ulos- ja ylöspäin painotuksen tulee olla kolmella sanalla: anestesiologia ja tehohoito. ■

Viitteet

1. Uusaro A, Ala-Kokko T. Mikä on tehohoitolääkäreiden tarve teho-osastoilla. Finnanest 2014; 47: 132-6.
2. Ruokonen E. Tehohoitolääketieteen koulutusta on vaalittava. Finnanest 2014; 47: 117.
3. Yli-Hankala A, Jokela R. Anestesiologien ikääntymiskysely 2011. Finnanest 2011; 44: 188-91.