

Suomen tehohoidon tulokset ovat hyvät – vieläkö olisi varaa parantaa?

Tehohoidon vertaisarvioinnin tulosten perusteella on ollut selvää, että maassamme annettava tehohoito on kansainvälisesti arvioiden korkeatasoista. Viimeistään Finnsepsis-tutkimus vakuutti suomalaisen osaamisen tasosta, olivathan tuloksemme vaikean sepsiksen hoidossa kansainvälisesti hyvin kilpailukykyisiä ja esimerkiksi huomattavasti parempia kuin Saksan lähes vastaavan tutkimuksen tulokset (Karlsson S ja Varpula M). Vaikka tuloksemme ovat kelvollisia, tutkimuksemme ja ylipäätään vertaisarviointi paljasti joitakin kehittämiskohteita.

Tehohoidon tulosta on perinteisesti mitattu erilaisten ennustemallien mukaan laskettujen mitarien avulla ja näiden mallien pohjalta on määritetty vakioitu kuolleisuussuhde (SMR, standardized mortality ratio). Jo pitkään käytössä ollut eurooppalaista mittausmenetelmää käyttäen kaikkien tehohoidon osastojemme suorituskyky vaikuttaa erinomaiselta. Mikäli teemme sisäisen vertailun, alkaa osastojen välisiä eroja tulla esiin. Suorituskyvyn eron syytä analysoitaessa tulee tietysti ottaa huomioon tehohoidon toteuttamisen tapa: resurssit (lääkärit, hoitajat ja aineelliset materiaalit), organisaatiomalli (avoin vai suljettu), päivystysjärjestelyt, hoidon systematisointi ja protokollien käyttö sekä tehohoidon volyymi. Käsitykseni mukaan maassamme tehohoidon toteuttaminen potilaan päädyttyä lopulta tehohoitoon on varsin korkeatasoista. Tämä ei anna kuitenkaan oikeutusta jäädä lepäämään laakereillaan, koska parannettavaa on aina ja koska tehohoito on vain yksi, tosin hyvin merkityksellinen osa hoitoketjua.

Vaikkakin Finnsepsis-tutkimuksen tulokset olivat pääosin miellyttävää luettavaa, paljastui kuitenkin muutamia selkeitä hoidollisia epäkohtia,

joiden olemassaolon ei ole syytä uskoa rajoittuvan vaikeaan sepsikseen. Potilaiden alkuhoito ei lähtenyt käyntiin riittävän ripeästi ja aivan perustavaa laatua olevien toimien toteuttaminen oli liian verkkaista tai ne ylipäätään jäivät toteutumatta; tällaisia olivat mikrobilääkehoidon aloittaminen ja mikrobiologinen diagnostiikka. Oli mielenkiintoista havaita, että tässä kliinisesti selkeässä entiteetissä yksittäisten potilaiden kuoleman riski tehohoitoon otettaessa oli huomattavan erilainen. Kuoleman riski heijastelee sairauden vaikeusasteen lisäksi ennen tehohoitoa annetun hoidon onnistumista ja onkin itsestään selvää, että sairaalan päivystysalueella ilmaantuvat viiveet pahentavat sepsiksen vaikeusastetta ja ennuste edelleen huononee. Ei ole syytä olettaa, että muissa vitaalinelintoimintoja järkyttävissä sairauksissa tai tiloissa asia olisi toisin.

Jos pidämme potilaan kuoleman riskiä hoitoketjun alkupään laatuindikaattorina, saamme mielenkiintoista tietoa tarkastelemalla kuoleman riskin käyttäytymistä eri ajankohtina. Ei liene mikään yllätys, että viikonloppuisin tehoille otetaan huonokuntoisimmat potilaat. Tämä on jo vanha havainto maailmalta ja Suomessakin asia näyttää olevan samoin. Jo aiemmin tehdyn tutkimuksen mukaan viikonlopun admissioihin liittyy noin 20% ylimääräinen mortaliteetti sairauden vaikeusastekin huomioon ottaen (Uusaro 2002). Kun sitten tarkastelemme vuorokauden eri aikoja, käy ilmi, että päivystyspotilaiden kuoleman riski on suurin niillä potilailla, jotka otetaan tehohoidon osastolle aamulla virka-ajan alettua. Tämä viittaa siihen, että toimintamme ei ole terävimmillään aamuyön tunteina ja yhtenä vakavasti harkittavana osaratkaisuna tähän on esitetty työvuorojen lyhentämistä.

KYSissä onkin viikonloppuisin päivystysvuoron pituus 12 tuntia, ja mielestäni tämän tulisi olla työrupeaman maksimipituus myös arkisin.

Jotta tehohoidon tulosten seuranta johtaisi muuhunkin kuin osaoptimointiin, tulee meidän lisätä panostamme potilaiden hoitoon ennen ja jälkeen tehohoitojakson. Useissa sairaaloissamme teho-osaston lääkärit ja hoitajat ovat osallistuneet teholla hoidettujen potilaiden hoitoon vuodeosastolle siirron jälkeen.

Hoidon intensiteettiero tehon ja vuodeosaston välillä on usein liian suuri. Yksi ratkaisumahdollisuus tämän kuilun pienentämiseksi on tehostetun valvonnan osastojen perustaminen, ja tämän tyyppistä toimintaa onkin aloitettu useissa sairaaloissamme. KYS:ssä tehostetun valvonnan osaston perustaminen on nyt valitettavasti vastatulessa sairaalan sisäilmaongelmien takia. Hoitoketjun toiminnan tehostamiseksi olemme aloittamassa yksinkertaisten MET-kriteerien käyttöönoton vuodeosastopotilaiden seurannassa ja tämän odotamme lisäävän melkoisesti tehtäviä teho-osaston ulkopuolella.

Tulevaisuudessa anestesiologian ja tehohoi-

don erikoislääkärien tehtäväkenttä tulee olemaan melkoisen laaja vaikeasti sairaiden potilaiden hoidossa jo ensihoidosta alkaen. Vaikuttaa myös siltä, että joudumme tai pääsemme ottamaan kantaa potilaan hoitoratkaisuihin lisääntyvästi koko hoitojakson ajan. Tehtäväkentän laajeneminen asettaa vaatimuksia erikoislääkäriskoulutuksellemme: tehohoitokoulutusta onkin lisätty ja tavoitteena on haasteellinen 12 kk tehohoitokoulutusjakso. Myös koulutuksen sisältö on laajentunut melkoisesti, kuten käy ilmi Euroopan tehohoitoyhdistyksen CoBaTrICE-hankkeen tuloksista (www.cobatrice.org). Vaikka määrittely koskee tehohoitolääkärien pätevyyskiä, käy siitä ilmi tehohoitolääketieteen monialaisuus ja se, että tehohoitoon kouluttautuminen on hyvin mahdollista myös muilta erikoisaloilta. Anestesiologia on kuitenkin maassamme edelleen luontevin 'taustaerikoisala' tiellä tehohoitolääkäriksi. □

Esko Ruokonen

esko.ruokonen@kuh.fi

Ma. tehohoidon professori, ylilääkäri

Kuopion yliopisto, Kuopion yliopistollinen sairaala



Johanna Luukkanen