Ville Pettilä

Vire ja virheet

Ensimmäisen purjeveneeni (MP -25, s. 1976, hankittu 1989) moottorin tehtävää toimitti todellinen klassikko Vire, 7hv. Vire oli vahvassa vireessä hiljaisella ja keskituulella sekä kohtalaisilla kierroksilla koeteltuna eli tilanteissa, joissa sen palveluksia ei tarvittu. Kovaan vastatuuleen Vireeni vastasi pudottamalla tehonsa minimiin huutavista kierrosluvuista huolimatta ja pläkässä rantautuessa se rankaisi toivettani pienistä kierroksista irtisanomalla työsopimuksensa kokonaan. Erityisen varmasti seitsemän hevosen Vireeni kehräsi käsittämättömän pienestä sisämoottoritilasta gynekologisia tekniikoita mukaillen ja aikaa säästämättä irti otettuna venehallin pöydällä. Sinne se ansaitsemansa itäisen Suomenlahden pohjan sijasta lopulta päätyikin.

Viimeaikaiset tutkimukset tehohoidon virheistä (julkaistu mm. NEJM:ssä) ovat herättäneet vakavaa epäilyä, josko toimintamme teho-osastolla päivystysaikana väsyneenä muistuttaisi edellistä esimerkkiä. Mikä on vireemme hoitaa vaikeasti sairaita epästabiileja potilaita väsyneenä 18–24 h työrupeaman jälkeen? Pystymmekö reagoimaan potilaiden tilan pieniin muutoksiin ja hoitovasteisiin aktiivisen tarkkailun kautta tilannetta optimoiden vai teemmekö vain suuria linjamuutoksia myöhässä? Mikä on kahvin ja Red Bullin pönkittämä vireemme ottaa vastaan uusia potilaita tai toimia oikein monipotilastilanteessa yön pimeinä sudentunteina, kun aivomme ovat EEG:n mukaan unessa? Uskon, että olemme tässä kohtaa pikimmin pakotettuja välttämättömään lyhennykseen historiallisten päivystysjaksojen pituudessa. Lisäksi on todennäköistä, että itsemme ja liittomme toivottavasti pikapuoliin räätälöimä malli on parempi kuin työnantajan tuleva ratkaisuehdotus – olkaamme siis itsekin asiassa etupainotteisesti aktiivisia.

Erehtyminen on inhimillistä. Tehohoidossa tapahtuvien virheiden määrä on väsymättömälläkin teholääkärillä (= satuolento) merkittävä ja myös hoitohenkilökunnan lääkevirheet ovat päivittäisiä jokaisella potilaalla. Aiheesta kiinnostuneiden kannattaakin lukea äskettäinen Critical Care Clinicsin teemanumero. Viisas oppii kuitenkin virheistä. Tärkeätä tehohoidon kehityksen kannalta olisi määritellä normaali toiminta riittävin ohjeistuksin ja kirjata rutiininomaisesti ylös kaikki potentiaalisestikin potilasta haittaavat virheet ja poikkeamat normaalikäytännöstä. Tämän ns. poikkeamaraportoinnin ja osastoilla kuukausittain tapahtuvan käsittelyn perusteella voimme tunnistaa toiminnan järjestelmävirheitä ja estää virhetilanteiden toistumista. Oleellista on, ettei ilmoittajaa syyllistetä ja että kynnys ilmoitukselle on riittävän matala.

Poikkeamien tunnistamisen edellytyksenä on normaalin toiminnan kuvaus ohjein ja protokollin. Hoitoprotokollien tiedetään parantavan annetun hoidon laatua. Protokollat ja ohjeistus sinänsä eivät kuitenkaan ole riittävät, jollei niitä noudateta. Uskomme hoidon toteutumisesta ohjeen mukaisesti on aina korkeampi kuin todellinen tilanne. Tästä osoituksena ovat tarkasti seuratuissa kliinisissä satunnaistetuissa tutkimuksissakin tavalliset protollapoikkeamat. Lisäksi äskettäinen kansallinen FINNSEPSIS-tutkimus, joka julkaistiin alkuvuodesta Intensive Care Medicinessä, kertoi karua kieltä tavallistenkin vaikean sepsiksen hoitoon liittyvien asioiden, kuten veriviljelyiden oton unohtamisesta sekä antibioottihoidon ja nesteytyksen aloituksen viiveistä, puhumattakaan laktaatin, keskiverenpaineen, CVP:n tai laskimosaturaation puuttuneista mittauksista. Olen kuitenkin varma, että laatukonsortion myötä aiemmin kunnostautunut tehohoitoyhteisö ottaa tämänkin raportin mukaiset puutteet hoidossa välittömästi kehitettäviksi parantamalla yksikkökohtaisesti näiden oleellisten tavoitteiden seurantaa.

Tehohoidon kansallinen yhteistyö

Suomalainen tehoyhteisö on vahvassa yhteisiskussa. Kaikille osallistujille, erityisesti tutkimushoitajille – ja tutkijalääkäreille kuuluu suurkiitos FINNSEPSIS-projektin onnistuneesta läpiviennistä. Uskon, että tuleva huhti–kesäkuun FINNALI-projekti voidaan saaduin kokemuksin viedä läpi vieläkin paremmin – myös Aurajoen suistossa.

Tämä FINNANESTin tehohoitolääketieteen teemanumero kuvastaa samalla vallitsevaa hyvää kehityshenkeä alallamme, jolla kaikissa tiedekunnissamme hyväksyttiin ensimmäisenä anestesiologian erikoislääkäreiden lisäkoulutusohjelma ja jolle Ouluun saatiin äskettäin ensimmäiseksi tehohoitolääketieteen alan professoriksi dosentti Tero Ala-Kokko. Pystymme myös kansalliseen tutkimus- ja koulutusyhteistyöhön yliopisto- ja keskussairaalarajojen yli. Alajaoksen käynnistämille ja kaikille keskussairaaloiden lääkäreille suunnatuille Tehohoidon Tietoisku -koulutustapahtumille toivomme aktiivista palautetta ja jatkotapahtuma/-kehitysehdotuksia kentältä. Perehtykää myös Duodecimin tuoreisiin Käypä hoito -suosituksiin – Vaikea sepsis (pj. dosentti Esko Ruokonen) ja Akuutti hengitysvajaus (pj. LT Tero Varpula). Akuutti munuaisten vajaatoiminta ansaitsee myös jatkossa omansa hoitosuosituksensa.

Toivottavasti lukijoina koette tämän numeron asiantuntija-artikkelit käytännön työssä auttaviksi (dosentti Ilkka Parviainen, dosentti Anne Kuitunen, LL Minna Bäcklund ja LL Sari Karlsson), informatiivisiksi (tuleva dosentti Tero Varpula) ja uusia ajatuksia herättäviksi (dosentti Jyrki Tenhunen ja LL Marko Sallisalmi). Silloin olemme onnistuneet. Lämmin kiitos kaikille kirjoittajille panoksestanne! ❐

Keväisin yhteistyöterveisin & maantiepyöräilykelejä odotellen. SAY: n tehohoitolääketieteen alajaoksen puolesta
Ville Pettilä, dosentti, alajaoksen väistyvä pj.

Johanna Tuukkanen