

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 päivytytys 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 välttyttäisiin tilanteilta, joissa ensihoitaja joutuu

hälyttämään kesken siirtokuljetuksen ensihoitolääkärin 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 improvisoivata.

Omat sektorit

Ensihoitoasetuksen mukaan sairaanhoitopiirillä tulee olla ensihoito-palvelusta vastaava lääkäri, jolla on soveltuva lääketieteen erikoisalan koulutus sekä hyvä perehtyneisyys ensihoitolääketieteeseen ja kokemusta ensihoito-palvelun 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 ensihoito-palvelua koskevaa koulutusta. Tämä parantaa hoitoketjun toimivuutta ja lääkäreiden ensihoitovalmiutta eri portaissa. Ensihoito-palveluiden lääkäritasoinen päivytystyoiminta tulee kuitenkin säilyttää osana anestesiologian ja tehohoidon erikoisalaa. ■

Viitteet

1. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärinkoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikoulutustyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 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@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 päivytystoiminnan kalleus ja siihen liittyvät kustannuspaineet edellyttävät kiireellistä päivytystoiminnan uudelleen arviointia. Tästä ovat osoituksena mm.

pyrkimykset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoiton välisten rajoitusten madaltamiseen ja erikoissairaanhoiton alueellisen koordinaation lisäämiseen. Yksi keskeinen uudistus on akuuttilääketieteen erikoisalan perustaminen, jolla päivytystaposten 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, sairaat 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 riipeillä 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.

Oirelähtöinen ajattelu orjuuttaa päivystyspoliikklinikoiden toimintaa. Vatsakipu tekee potilaasta kirurgisen, vaikka oireen syynä oleva sairaus ei edellyttäisi leikkaushoitoa tai edes kirurgin kannanottoa sen tarpeeseen. Rintakipua tutkittaessa konsultoidaan herkästi sisätautilääkäreitä 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 runkokoulutustyöryhmä 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 leikkaustehtiikan 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. Finneemann 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 2009; 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