

# TAYS:n teho-osaston jälkipoliklinikkaprojekti

Antti Majapuro

Tehohoidon jälkipoliklinikalla saa arvokasta tietoa potilaiden toipumisesta ja paluusta normaaliin elämään. Tehohoitoon satsataan paljon resursseja, joten tieto potilaiden toipumisesta on myös osa tehohoidon laadunvalvontaa. Tampereen yliopistollinen sairaala on aloittanut jälkipoliklinikkatoiminnan projektirahoituksen turvin ja kokemukset ovat olleet kannustavia. Erityisesti pidettiin tärkeänä sitä, että poliklinikkatoiminnan myötä yksittäisellä lääkäriellä on mahdollisuus saada eturivin paikalta palautetta tehdystä työstä potilaalta itseltään.

**T**ampereen yliopistollisen sairaalan teho-osastolla polkaistiin tänä syksynä käyntiin teho-osaston jälkipoliklinikkatoiminta. Projektiryhmän vastuuhenkilönä on toiminut sh Minna Peltomaa. Ryhmän muina jäseninä ovat toimineet sh Iris Nieminen, suunnittelijat Auli Palmu, Jani Heinilä ja allekirjoittanut. Syksyn mittaan toiminnan käynnistyttyä potilaiden poliklinikkakäynnit keskitettiin allekirjoittaneelle. Toiminnan suunnitteluvaiheessa tutustuimme kirjallisuuteen ja olimme yhteydessä HYKS:n ja OYS:n teho-osastojen jo pitkään toimineisiin jälkipoliklinikoihin. Hyvistä ajatuksista kiitokset kuuluvat kollegoille Jaana Pikkupeura ja Marja Hynninen.

Tehohoidon jälkipoliklinikka on arvokas tapa saada tietoa potilaiden toipumisesta ja paluusta normaaliin elämään. Tehohoitoon satsataan paljon rahaa ja resursseja, joten tieto potilaiden toipumisesta on yksikön toiminnan kannaltakin katsottuna tärkeää. Voidaan tietysti mielessä puhua teho-osaston laadunvalvonnasta. Poliklinikalla saamme myös tärkeää palautetta potilailta heidän kokemuksistaan teho-osastohoidosta ja selviytymisestä takaisin normaaliin elämään.

Tähän saakka on ollut käytössä toki tilastoja potilaiden toipumisesta, mutta pelkillä numeerisilla luvuilla saa huonosti käsityksen potilaan elämän-

laadusta ja toimintakyvystä. Elämänlaatukselyiden avulla saamme myös laskettua laatu painotteisten elinvuosien hinnat ja voimme paremmin verrata omaa toimintaamme muiden yksiköiden toimintaan. Ajatuksenamme oli, että voisimme ehkä löytää ja puuttua poliklinikkakäyntien perusteella muutettavissa oleviin asioihin toipumisvaiheessa (kuntoutus, mieliala-ongelmat, ravitsemustila ym.). Lisäksi voisimme ehkä ehkäistä osan potilasvalituksista sillä, että kävisimme potilaiden kanssa rauhallisesti läpi heidän sairauden ja kokemukset tehohoidon aikana.

## Potilasvalinta

Kirjallisuuden perusteella havaitsimme, että jälkipoliklinikoilla vallitsee hyvin kirjava käytäntö siitä, millaisia potilaita ja kuinka pitkän ajan kuluu teuhoidosta heidät jälkipoliklinikoilla kutsutaan<sup>1</sup>. Itse otimme virikkeitä Oulun ja Helsingin malleista, joihin teimme muutamia muutoksia. Kriteerimme pilottijaksolle hyväksytyistä potilaita olivat alle 75 vuoden ikä, koska kirjallisuuden mukaan suurin teuhoidoa tarvitseva ikäryhmä on 60–75-vuotiaat potilaat<sup>2</sup>. Lisäksi potilaiden tulisi olla kotikuntoisia ja teuhoidojakson pituuden yli 6 vuorokautta. Pysyvästi laitoshoidon joutuneet po-

tilaat eivät ole toipuneet toivotulla tavalla ja heidän toimintakykynsä vaikuttaminen tehohoidon jälkipoliklinikan mahdollisilla interventioilla vaikuttaa turhalta. Aloitusvaiheen aikana pyrimme ottamaan potilaita mahdollisimman monista eri potilasryhmistä ja joustimme myös omista kriteereistämme tämän takia. Jatkossa pyrimme kutsumaan potilaat 3–5 kuukauden kuluttua tehohoitojaksosta, mutta alkuvaiheessa kutsuimme poliklinikalle sellaisiakin potilaita, joiden tehohoidosta oli kulu-  
nut yli vuosi.

## Poliklinikalla selvitettäviä asioita

Potilaan ruokahalu on usein huono toipumisvaiheessa ja tämän vuoksi ravitsemustilan arvioiminen on keskeistä kriittisen sairauden jälkeen. Trakeostomia-arpi saattaa aiheuttaa nielemisvaikeuksia ja joihinkin neurologisiin tai neurokirurgisiin tiloihin voi liittyä nielupareesi. Punnitsemme potilaat poliklinikalla ja kartoitamme aliravitsemukseen altistavia riskitekijöitä. Lihashäikkouden selvittäminen on myös keskeistä toipumisvaiheessa, sillä CIP (critical illness neuropathy) liittyy pitkittyneeseen tehohoitoon. Usein tämä on helposti selvitettävissä anamnestisesti tiedustelemalla potilaan suorituskykyä ja liikuntaharrastuksia. Hengenahdistusta esiintyy tehohoidon jälkeen varsin paljon. Syynä voi olla lihashäikkous, ARDS:n (adult respiratory distress syndrome) jälkitila tai sydänsairaus. Hengenahdistuksen vaikeutta arvioidaan keskustelun lisäksi spirometrialla, keuhkoku-  
valla ja joissakin tapauksissa valtimon verikaasuanalyysin avulla. Pystyasennossa tuleva huimaus saattaa joillakin potilailla olla hankala oire ja usein sitä on kysyttävä erikseen.

Masennus ja ahdistuneisuus ovat kohtuullisen tavallisia vakavan sairauden jälkeen. Nämä tulevat varsin hyvin esiin elämänlaatukartoituksissa ja potilaan kanssa keskusteltaessa. Omaisilta saa myös arvokasta perspektiiviä asiaan. Posttraumaattinen stressioireilu on myös mahdollista ja se on kenties alidiagnostisoitua. Kognitiivisina häiriöinä voi esiintyä muistihäiriöitä, tarkkaavaisuus- ja keskittymishäiriöitä. Nämä voivat liittyä hengitysvajauspotilailla globaaliin iskemiaan ja neurologisilla tai neurokirurgisilla potilailla primääri- sekä sekundaarivaurioon.

Vaikutukset perheeseen ja muihin sosiaalisiin suhteisiin ovat myös merkittäviä. Jatkossa pyrimme saamaan aina potilaan lähiomaisen mukaan polikäynnille.<sup>3</sup>

## Kokemukset

Tehohoidon jälkipoliklinikan pilottiprojektin aikana tavattiin potilaita kuutena päivänä. Potilaita oli yhteensä 23. Muutama potilas peruutti aikansa tai ei tullut sovitusti paikalle. Kaiken kaikkiaan jäi vaikutelma, että kotikuntoisiksi toipuneet potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Toimintakyky saattoi olla vakavan sairauden jäljiltä pahastikin rajoittunut, mutta silti tulevaisuuteen suhtauduttiin positiivisesti. Toki aineisto oli jo lähtökohtaisesti valikoitunutta, poliklinikalle kutsuttiin vain alle 75-vuotiaita ja kotona asuvia potilaita. Iso osa tehopotilaista kuolee jo teholla tai sairaalassa ja osalla toipuminen ei etene koskaan niin hyvin, että potilas pääsisi kotiutumaan sairaalasta tai terveyskeskuksen vuodeosastolta.

Lähteitä muille erikoissairaanhoidon poliklinikoille tehtiin kolme kappaletta. Yksi jälkipoliklinikan vakavasti vammautunut ja selkeästi masentunut potilas ohjattiin läheteellä psykiatrian poliklinikalle. Yhdeltä potilaalta löytyi systolinen sivuääni, josta ei ollut mainintaa aiemmissa papereissa ja hänestä tehtiin lähete kardiologian poliklinikalle. Yhdellä potilaalla oli kroonista vatsakipuongelmaa, ja hänestä konsultoitui vatsanelin-  
kirurgia.

Yleistä terveysneuvontaa annettiin useammallekin potilaalle. Verenpaine seurantaan työterveyspuolelle tai terveyskeskukseen ohjattiin pari potilasta ja yksi potilas ohjattiin astmaselvittelyihin. Tehon jälkipoliklinikkatoiminta on kertaluonteista eikä kontrollikäyntejä sovittu. Tarkoituksena ei näin ollen ollutkaan pyrkiä hoitamaan ajankohtaisia terveysongelmia, vaan tarvittaessa potilaat ohjataan muualle jatkohoitoon.

Jatkossa jää mietittäväksi, olemmeko potilaissimme puhelimitse yhteydessä vielä muutama kuukausi poliklinikkakäynnin jälkeenkin. Helsinkiläisten kokemusten mukaan varsinkin psyykinen toimintakyky voi toipua tehohoidon jälkeen vielä pitkän ajan kuluessa<sup>4</sup>. Lyhyen pilottijakson perusteella vaikutelmaksi jäi, että potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa hoitoon, eikä ikäviä muistiku-  
via juuri ollut. Suurimmalle osalle näyttää riittävän, että vakavasta sairaudesta on selvitty ja toivuttu normaaliin elämään tai ainakin kotikuntoiseksi. Muita interventioita tarvitaan harvoin.

## Tulevaisuus

Ensi vuonna aloitamme vakinaisen poliklinikkatoiminnan. Tapaamme potilaita pari kertaa kuu-

kaudessa. Toistaiseksi toimimme vielä projektirahoituksen turvin, mutta jatkossa toiminta on tarkoitus saada osaksi normaalia tehohoitotyötä. Piilottijakson aikana emme pyytäneet mitään laboratoriotutkimuksia tai muita tutkimuksia potilaistamme. Tulevaisuudessa katsomme muutamia peruslaboratoriotutkimuksia ja harkinnan mukaan myös spirometriian sekä thorax-kuvan. Kävelytesti ja lihasvoimamittaukset (käsiin puristusvoima) ovat harkinnassa. Joillakin poliklinikalla käyneillä potilaille oli puoliso mukanaan. Jatkossa pyrimme saamaan aina puolison tai jonkun omaisen mukaan, sillä siten saamme paremman kuvan kotona selviytymisestä.

## Lopuksi

Koin erittäin mielenkiintoiseksi nähdä teho-osastolla pitkään hoidettuja potilaita, jotka olivat palanneet jo takaisin työelämään. Ennen tätä projektia tällaista palautetta olin saanut vain harvoin satunnaisten tapaamisten kautta. Työ tuntuu paljon palkitsevammalta ja entisenä terveyskeskuslääkä-

rinä pääsin taas harjoittamaan lääkärintyötä erilaisesta näkökulmasta. Arkipäiväisten askareiden sujumisen ja elämää rajoittavien terveysongelmien selvittäminen eivät ole teholla jokapäiväistä. Suuri kiitos jälkipoliklinikan toiminnan käynnistymisestä kuuluu osaavalle tiimillemme, joka teki suuren työn potilasvalinnassa ja elämänlaatukartoituksissa. □

### Viitteet

1. Williams TA, Leslie GD: Beyond the walls: a review of ICU clinics and their impact on patient outcomes after leaving hospital, *Aust Crit Care* 2008; 21: 6–17.
2. Reinikainen M, Uusaro A, Niskanen M, Ruokonen E. Intensive care of the elderly in Finland. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007; 51: 522–9.
3. Broomhead LR, Brett SJ. Clinical review: Intensive care follow-up – what has it told us? *Crit Care* 2002; 6: 411–7.
4. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Quality of life six years after intensive care, *Intensive Care Med* 2003; 29: 1294–9.

*Antti Majapuro*  
LL, erikoislääkäri  
TAYS, Tehohoito  
antti.majapuro[a]pshp.fi