



Anestesiatoimintaa tulevaisuuden sairaalassa

Potilaat ikääntyvät, työvoimasta on pula ja julkisen talouden vaikeudet pakottavat säästöihin. Työntekijät vaativat joustavampia työaikoja, potilaat yksilöllisempää hoitoa ja teknologian ja lääketieteen kehittyminen tuo tarjolle yhä kalliimpia menetelmiä. Sairaalarakennukset ovat tulleet elinkaarensa päähän.

Toimintatapoihin tarvitaan muutoksia samalla kun suunnitellaan uutta työympäristöä. Tulevaa suunniteltaessa mietitään, miten vähemmällä voitaisiin tehdä enemmän. Päivän teema ovat hoitoprosessit, joiden avulla pyritään virtaviivaistamaan potilaiden kulkua. Eri puolella Suomea on käynnissä mittavia sairaalarakennushankkeita. Suunnitteluun kannattaa panostaa, sillä se maksaa vain murto-osan rakennuskustannuksista ja nämä vain murto-osan käyttökustannuksista.

Sairaalas suunnittelu ja uudet toiminnot koskettavat anestesia- ja lääkehoitoa. Vuodeosastot muuttuvat päiväsairaalaksi tai viikko-osastoiksi ja elektiiiviseen kirurgiaan tulevat potilaat saapuvat sairaalaan leikkauspäivän aamuna. Meidän on määriteltävä, millä kriteereillä potilas ohjataan lisätutkimuksiin ja preoperatiiviselle käynnille. Toimintatapojen ja ohjeiden tulisi olla yhtenevät ja sovellettavissa kaikille erikoisaloille. Emme enää tule tapaamaan henkilökohtaisesti läheskään kaikkia potilaita, vaan on luotettava kollegan arvioon. Esitietokaavakkeesta tulee sähköinen ja arvio välittyy eteenpäin tietojärjestelmien avulla. Tavoitteena on leikkaukseen valmis potilas ja peruttujen toimenpiteiden minimointi.

KYS:n uudisrakennuksessa kaikki leikkaus-, hybridi- ja synnytyssalit, teho ja -valvonta sekä vastasyntyneiden teho tulevat sijoittumaan lähelle toisiaan. Johtajatuksena on, että potilaat sijoitetaan valvonnan tarpeen eikä erikoisalojen mukaan. Potilaiden enemmistö, olivatpa sitten

päikejä, leikoja tai osastolle jatkohoitoon meneviä, tulevat samasta ovesta. Mahdollisimman moni kävelee itseilmoittautumisen jälkeen ilman esilääkettä omin jaloin leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen hajaannutaan prosessin eri haaroihin. Erillistä Päiki-yksikköä ei ole. Osa potilaista kotiutetaan heräämöstä yötarkkailun jälkeen. Vuodeosastohoito jatkuu yhden hengen huoneissa. Näin edistetään toipumista, kun sairaalainfektiot ja kaatumiset vähenevät ja omaisille löytyy tilaa.

Elektiivisen kirurgian istuttaminen prosesseihin on vielä melko selväpiirteistä. Ongelmana on se potilasryhmä, jonka hoito komplisoituu ja joka käyttää huomattavan osan resursseista. Päivystystoimintaa keskitetään ja se tulee suurissa sairaaloissa säilymään merkittävänä osana toimintaamme. Vaikka indikaatiot kiireellisille leikkauksille muuttuisivat, uudet hoidot lisäävät yötoimenpiteiden määrää. Tästä esimerkkinä stroke-potilaiden trombolyytit ja stenttaukset, joissa aikaikkuna on pieni ja potilaat kriittisesti sairaita. Uudet diagnostiikkaa palvelevat laitteet eri puolella sairaalaa lisäävät leikkaussalien ulkopuolella tehtävien toimenpiteiden määrää.

Anestesiapalvelujen kysyntä kasvaa kasvamisestaan. Yhä useammin tekee mieli kysyä, ovatko potilasvalinta ja hoitoindikaatiot varmasti kohdallaan. Työkaluja hoidon vaikuttavuuden mittaamisen on olemassa, toivottavasti niiden avulla tullaan tekemään myös päätöksiä. Rakentamisen huumassa tuntuu unohtuvan, että myös työntekijöiden hyvinvointiin on investoitava. Prosessien myötä perinteinen työnjako, toimenkuvat ja yksikökohtaiset rajat ovat murroksessa.

Tila- ja toimintasuunnittelusta kuullaan toukokuussa Seinäjoella SAY:n ja SKY:n yhteisessä kevätkokouksessa. Tapaamiseen Seinäjoella! ■