

Onko koolla väliä tehohoidossa?

Mitä enemmän on toistoja, sitä paremmat ovat tulokset. Tämä on osoitettu toimivaksi konseptiksi monissa terveydenhuollon toiminnoissa. Esimerkiksi kirurgian keskittämisen tuloksia parantavasta vaikutuksesta on näyttöä. Selittääkö keskittäminen kuitenkin kaikkea seurannutta hyvää (Duodecim 2011;127:1637)? Esimerkiksi vaativan tai erityistason kirurgian tuloksiin on saattanut vaikuttaa parantunut tehohoito. Vai selittääkö kenties samaan aikaan keskitetty tehohoito osaltaan parempia tuloksia kirurgiassa? Tuoreen suomalaisen väitöskirjan mukaan vaikeaan sepsikseen sairastuneiden kirurgisten potilaiden kuolleisuus oli suurempi pienillä tehohoito-osastoilla kuin

suuremmilla (http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0719-6/urn_isbn_978-952-61-0719-6.pdf).

Onko tämä suomalainen havainto hoitojen keskittämisen vaikutuksesta tehohoidossa yleistettävissä globaallimminkin?

Isossa-Britanniassa selvitettiin asiaa 170 tehohoito-osaston yli 30000 aikuispotilaan takautuvasta aineistosta kahden vuoden ajalta (Shahin J ym. BMJ 2012;344:e3394 doi: 10.1136/bmj.e3394). Mitään yhteyttä ei havaittu vaikeasta sepsiksestä aiheutuneiden hoitokojen määrän (volyymin) ja sairaalakuolleisuuden välillä. Yhteyttä volyymin ja sairauden vaikeusasteen tai annetun hengityskonehoidon välillä ei liioin havaittu.

Hoitojen keskittäminen on Suomessakin, harvaan asutussa ja pitkien etäisyyksien maassa, mitä ajankohtaisin pohdintojen aihe. Tutkimuksen tulos laittanee jäitä keskitämisen innokkaimpien kannattajien hattuun. Keskittäminen sinänsä ei paranna tuloksia. Oleellista on, että hoitoyksiköissä, olivatpa ne suuria tai pieniä, osataan tehdä oikeita asioita oikein. Tämä alkaa siitä, että tiedetään omat tulokset. Vertaisarviointi on yksi keino selvittää, miten oma yksikkö pärjää muiden joukossa. Suomalaiset tehohoidon osaajat ovat siinä onnellisessa asemassa, että heillä on ollut mahdollisuus kansalliseen vertaisarviointiin jo kauan. ■ MHy