

Ulla-Maija Ruohoaho

Yhtenäinen kansallinen nimistö ja kriteerit puuttuvat

Nopean toipumisen mallit leikkaus-toiminnassa – LYHKI, HERKO, SEUKO?

Leikkaustoiminnan organisointi elää voimakkaan muutoksen vaihetta. Sairaaloitten säästötoimenpiteet ovat vähentäneet sairaansijojen määrää. Hoitojaksoja on tiivistetty, ja potilas saapuu leikkaukseen toimenpidepäivänä eikä enää edeltävästi vuodeosaston kautta. Säästötoimien sivutuotteena on syntynyt uudistunut potilaskeskeinen leikkaushoidon malli, jonka tavoitteena on lisätä hoidon turvallisuutta ja laatua (patient value). Potilaan näkökulmasta oleellista on sairaalassa vietetyn ajan väheneminen. Päiväkirurgisen hoitomuodon rinnalle onkin nousemassa vuodeosastohoitomuodon kaltainen, pidennetty toimenpiteen jälkeiseen seurantaan tähtäävä 23 tunnin hoitomuoto.

Leikkaustoiminnan seurannassa, raporteissa ja vertaisarvioinnissa tarkastellaan muun muassa elektiivisten ja päivystystoimenpiteiden sekä päiväkirurgian osuutta tai leikkaushoitokasojen kestoa. Päiväkirurginen hoito tarkoittaa toimenpidettä ja kotiutusta samana päivänä. Hieman päiväkirurgista pidempää, yön yli seuranta vaativaa kirurgista hoitoa ja leikkauksen jälkeistä seuranta-aikaa sairaalassa kuvaavat nimikkeet lyhytoiminen kirurgia (LYHKI), heräämöstä kotiin (HERKO) ja seurannasta kotiin (SEUKO).

Kansainvälisissä julkaisuissa ja suosituksissa lyhyiden, leikkauksen jälkeisten hoitokasojen terminologia on kuitenkin kirjava (1). Kansainvälisen päiväkirurgisen yhdistyksen (International Assosiation for Ambulatory Surgery) uusimman suosituksen mukaan toimenpide on päiväkirurginen, kun potilaan saapuminen, toimenpide ja kotiutuminen tapahtuvat saman työpäivän aikana (1,2). Jos potilas yöpyy sai-

raalassa mutta kotiutuu 24 tunnin kuluessa, kyse on pidennetyistä seurannasta (extended recovery) tai 23 tunnin leikkausprosessista (1,2,3). Lyhytkirurgisessa (short stay) leikkauksenhoidossa hoitokasojen pituus on 24–72 tuntia.

Leikkauksen jälkeisen hoidon nopeutetun (enhanced recovery ja fast track -kirurgia) toipumisen malleista on olemassa laajoja kansainvälisiä suosituksia (3,4,5,6). Leikkausprosessin hallinta, potilaan riskikartoitus ja leikkausta edeltävä sairauksien hoidon optimointi mahdollistavat yhä sairaampien ja iäkkäämpien potilaiden päivä- ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian (4,7,8). Kansainväliset suositukset ennakoivat päiväkirurgian osuuden kasvamista elektiivisessä kirurgiassa jopa 75 %:iin, kun tehostetut hoitostrategiat yhdistetään vähän kajoaviin kirurgisiin hoitomenetelmiin (4,8). Leikkaushoitokasot ovat Suomessakin lyhentyneet ja päiväkirurgia on lisääntynyt ilman, että potilastyytyväisyys on kärsinyt (9).

Nopeutetun toipumisen strategia voi toteutua erikoissairanhoidossa joko kirurgisella vuodeosastolla, tavanomaisen heräämön toimintaan yhdistetyssä 23 tunnin yksikössä tai erillisessä päiväkirurgisessa yksikössä. Leikkaustoiminnan ja potilaan jälkivalvonnan keskittäminen on mielekäästä ja taloudellisesti järkevää (3,10). Esimerkiksi päiväkirurgisen potilaan yllättävä pidennetyin seurannan tarve ja yöpyminen onnistuvat mainiosti 23 tunnin yksikössä ilman potilaan siirtoa eri osastolle. Samalla mahdolliset leikkauksen jälkeiset komplikaatiot voidaan todeta ja hoitaa tehokkaasti.

Periaatteessa kaikki leikkaukspotilaat voidaan hoitaa nopeutetuilla hoitostrategioilla. Päivä-



kirurgian tulisikin olla joustava standardiprosessi. Nopean toipumisen mallia on voitava tarvittaessa muuttaa ja tarjota potilaalle joko pidennetty jälkivalvonta tai jatkohoito vuodeosastolla. Potilaan varhainen mobilisaatio on varmin keino esimerkiksi laskimotromboosin ehkäisemisessä ja leikkauksenjälkeisen kivun lievityksessä. Tämän myötä myös potilaan kotiutuminen on muuttumassa. Uusissa toimintamalleissa kotiutuminen ei ole virka-aikaan sidottua. Edellytyksenä on yhä aikuinen saattaja kotimatkalta, mutta enää ei vaadita seuralaista yöksi. Tästä toimintatavasta on hyviä kokemuksia sekä Yhdysvalloista että Pohjoismaista (Sven Felsby, Aarhus University Hospital, henkilökohtainen tiedonanto) (11). Potilashotellien toiminnan kehittäminen on tässä yhteydessä tärkeää.

Leikkaustoiminnan vertaisarviossa ongelmaksi nousevat uudistuneiden toimintamallien hoitopäivien ja -jaksojen kirjaus, toiminnan raportointi sekä potilasmäärien sekä uusintäkäyntien seuranta. Tietoja sairaaloista lähetetään HILMO-rekisteriin (sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus), Kuntaliiton tilastoihin, sairaaloiden vertaisarviointiportaalihin ja kansainvälisiin tietokantoihin, kuten OECD:n vuositilastoihin (12). Vuodeosastohoito on edelleen potilaalle päiväkirurgiaa edullisempää, ja hinnoittelu on osoittautunutkin haasteelliseksi erityisesti hoitomuutoksissa. Terveydenhuollon tuottavuusseminaarissa (BM-päivät Oulu 2015) korostui laa-

THL:n uudistumis- lupauksessa on täh- täimessä asiakkaiden parempi palvelu ja tiedon reaaliaikainen hyödynnettävyys.

dukkaan ja yhtenäisen sote-tietopohjan tarve (13). THL:n uudistumis-
lupauksessa on täh-
täimessä asiakkaiden parempi palvelu ja tiedon reaaliaikainen hyödynnettävyys (13). Kansallisesti sovitut hoitokasojen aikarajat, nimikkeistö, hinta ja raportointi eivät tällä hetkellä vastaa todellista toimintaa.

Koko leikkausprosessin yhdistyminen saman yksikön sisälle avaa näkymiä erikoisala-kohtaiseen arviointiin, hoitokäytäntöjen muutokseen ja yhtenäistämiseen. Keskitetyssä valvontayksikössä tarjoutuu mahdollisuus tarkastella kriittisesti hoitomuotojen eroja ja toisaalta

samankaltaisuutta. Kirjavat hoitokäytännöt ja kotiutuksen esteet (tavallisimmin leikkauksenjälkeinen kipu ja pahoinvointi) pakottavat miettimään hoitosuosituksia ja toimintatapoja. Heräämön tai seuranta- ja valvontayksikön kokopäiväinen toiminta mahdollistaa leikkaussali-ajan tehokkaamman käytön.

Nykyisten toimintatapojen uudistaminen tavalla, joka tuo kustannussäästöjä, ei välttämättä tarkoita laadun heikkenemistä. Hoito ja palvelun laatu parantuvat, kun hoitokulttuuria ja toimintatapoja muutetaan pitämällä potilaan näkökulma keskiössä. ■



ULLA-MAIJA RUOHOAHO, anesteziologian ja tehohoidon erikoislääkäri
KYS, kliiniset tukipalvelut, anestesia- ja leikkaustoiminnan palveluyksikkö

SIDONNAISUUDET
Ei sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Ambulatory surgery handbook. 2. painos. International Association for Ambulatory Surgery 2014. <http://www.iaas-med.com/index.php/iaas-initiatives>.
2. Ambulatory (day) surgery: suggested international terminology and definitions. International Association for Ambulatory Surgery 2003. http://www.iaas-med.com/files/historical/IAAS_definitions.pdf.
3. IAAS recommendations: extended recovery facilities. International Association for Ambulatory Surgery 2013. <http://www.iaas-med.com/index.php/iaas-recommendations/extended-recovery-facilities>.
4. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. Anaesthesia 2011;66:417–34.
5. ERAS® Society guidelines. Tukholma: Enhanced Recovery After Surgery Society 2016. <http://www.erassociety.org/index.php/eras-guidelines/eras-society-guidelines>.
6. Extended day surgery. Guidelines for the implementation and evaluation of 23-hour service models in Victoria. Victoria: Victorian Government Department of Human Services 2007. <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7B3494DD17-EDB9-4C12-BC0F-724BFDAAB6A2%7D>.
7. Leikkausta edeltävä arviointi [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014 [päivitetty 23.06.2014]. www.kaypahoito.fi.
8. Enhanced Recovery Partnership Programme – report. Department of Health; National Transformation Lead 2011. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215511/dh_128707.pdf.
9. Mattila K, Hynynen M. Päiväkirurgiaa voidaan lisätä. Duodecim 2012;128:1423–4.
10. Kurkela T. Visio tulevaisuuden terveydenhuollosta: työkaluna konseptuaalinen suunnittelu. Terveys- ja talouspäivät 23.8.2012. <http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/teemu%20kurkela,%20visio%20tulevaisuuden%20terveydenhuollosta.pdf>.
11. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, ym. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology 2013;118:291–307.
12. OECD Indicators. Health at a glance 2015. Pariisi: OECD 2015. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
13. Kahri P. SOTE tietopohja. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen seminaari. Oulu: BM-päivät 16.10.2015. http://www.thl.fi/tilastoliite/BM2014/ESITYKSET_BM_SEMINAARI_OULU_2015_SUOJATTU.pdf.