

Heikki Wiik, Vesa Koivukangas ja Kirsi Laitakari

Hospitalistit tulevat suomalaisiin sairaaloihin

## Kuka tarvitsee hospitalistia?

**H**ospitalisti eli yhdyslääkäri on erikoislääkäri, joka vastaa potilaan kokonaihoitosta sairaalassa ja turvaa myös hoidon jatkuvuutta. Tämä 1990-luvulla Yhdysvalloissa kehittynyt toimintamalli on tehostanut potilaan hoitoa lyhentämällä sairaalassaoloaikoja ja vähentämällä hoitokustannuksia (1,2). Hoidon laatu ja potilastyytyväisyys ovat kuitenkin säilyneet ennallaan tai jopa parantuneet (3,4). Lisäksi kunkin erikoisan lääkärit ovat voineet paremmin keskittyä omiin tehtäviinsä (5).

Suomeen hospitalistitoiminta rantautui Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisessa yksikössä syksyllä 2016 aloitetun pilotin sekä Oulun yliopistoon vuonna 2017 perustetun hospitalistin lisäkoulutusohjelman myötä.

Hospitalistitoiminnan pilotti toteutettiin vatsaelinkirurgisella osastolla. Siinä moniammatillinen työryhmä rakensi tšekäläiseen terveydenhuoltojärjestelmään sopivan toimintamallin, jossa hospitalistin hoidettaviksi valikoituivat erityisesti moniongelmaiset, komplisoituneet tai muuten haastavat potilaat. Keskeistä hospitalistin toiminnassa oli potilaiden hoidon ja hoitosuunnitelman koordinoiminen.

Vuosien saatossa kirurgisen vuodeosaston potilasaine on muuttunut huomattavasti. Polikliiniset hoidot ja päiväkirurgian mahdollistavien mini-invasiivisten tekniikoiden kehittyminen on käytännössä poistanut kaiken ”kevyemmän” potilasmateriaalin vuodeosastoilta. Samaan aikaan anestesian ja tehohoidon kehittyminen ovat omalta osaltaan mahdollistaneet entistä vanhempien ja sairaampien potilaiden laajatin leikkaushoidot.

### Hospitalistimallista hyötyvät sekä potilaat että henkilökunta

Optimoidun toipumisen ohjelmat ovat lyhentäneet merkittävästi hoitoaikoja, ja kirurgisille osastoille ovat jääneet iäkkäät, monisairaat, monilääkityt potilaat, joille on tehty vaativia leikkauksia. Samalla kirurgian erikoisalat ovat pirstoutuneet yhä pienempiin osaamisalueisiin, joiden menestyksenkäs hoitaminen vaatii kirurgeilta paitsi jatkuvaa kirjallisuuden seuraamista, myös kouluttautumista ja runsaasti toistoja työn laadun takaamiseksi (6). Kaikki tämä kehitys on koitunut potilaiden parhaaksi mutta tuonut samalla merkittävän haasteen osastopotilaiden kokonaihoitoon.

Hospitalistin työnkuva koostui pilotissa osastopotilaiden hoidon ja hoitosuunnitelman koordinoinnista, perussairauksien ja muun lääkityksen optimoinnista sekä kuntoutuksen, jatkohoidon ja kotiutumisen järjestelystä.

Mallin pilotoijana toiminut yleislääketieteen erikoislääkäri tutki ja hoiti potilaat pääosin itsenäisesti potilaskierrolla ja joskus yhteiskierrolla kirurgin kanssa. Tiettyjä potilaita voitiin sovitusti kiertää vuoropäivinä tietyn kirurgin kanssa, jolloin yhteinen hoitosuunnitelma oli molemmilla tiedossa, mutta potilaan hoito tapahtui eri näkökulmista (co-management). Oysin kirurgian klinikassa onkin ollut omat infektiolääkärit vuodesta 1991 lähtien, ja vuodesta 2004 myös kaksi omaa sisätautilääkäreä. Konsultoivan lääkärin perehtyminen juuri kyseisen erikoisan tavanomaisiin konsultaatiokysymyksiin on havaittu hyödylliseksi. Sekä infektiolääkäreiden että sisätautilääkäreiden roolit ovat konsultioivia, toisin kuin hoidon kokonaisuutta koordinoivan hospitalistin.



Niin kirurgikunta, osaston hoitohenkilöstö kuin potilaatkin olivat pääosin tyytyväisiä hospitalistitoiminnan pilotin kokemuksiin. Sekä potilaiden kokonaihoidon että erityisesti lääke- ja jatkohoitojen suunnittelun havaittiin parantuneen. Myös lääkärin tavoitettavuus osastolla parani.

Keskustelua herätti se, voiko uusi toimintatapa johtaa siihen, että specialistit etäännyvät hiljalleen potilaan kokonaihoidosta ja ulkoistavat itsensä pelkiksi konsulteiksi. Tällaisessa mallissa onkin välttämätöntä kirjata tarkoin työnjako, tehtävät ja vastuut. Mahdollisesti keskenään ristiriitaiset määräykset täytyy käsitellä välittömästi. Luottamus kaikkien osapuolten välillä on olennaisen tärkeää. Varsinaisesta lääkärityden katoamisesta ei mielestämme kannata olla huolissaan. Hospitalisti tekee osan aiemmin kirurgien tekemistä asioista paremmalla asiantuntemuksella ja hoitaa lisäksi asioita, jotka aiemmin jäivät kokonaan hoitamatta. Myös potilaan kotiuttaminen ja siirtäminen perusterveydenhuoltoon jatkohoitoon helpottuu, kun moniin kysymyksiin on otettu valmiiksi kantaa jo erikoissairaanhoidossa.

Alustavasti näyttäisi siltä, että hospitalistimallissa pärjätään hieman vähäisemmällä kirurgimäärällä, eikä tarkoituksena olekaan lisätä lääkäreiden kokonaismäärää sairaalassa. Suomessa tulevaisuudessa tarvittavan hospitalistimäärän arvioiminen on vielä vaikeaa.

Keskeistä on sekin, kuinka hospitalisti säilyttää ammattitaitonsa. Kuinka hän pysyy perillä lääketieteen ja erityisesti lääkehoidon kehityksestä? Miten täydennyskoulutus saadaan järjestymään mahdollisimman hyvin? Myös jaksamisesta on huolehdittava, koska toimenkuva on poikkeuksellisen laaja ja potilaat usein osaston huonokuntoisimpia.

Hospitalistin lisäkoulutus, kuten muutkin lisäkoulutusohjelmat, on palvelujärjestelmä- ja työnantajälähtöinen. Perustettu kaksivuotinen koulutusohjelma rakennettiin yhdysvaltalaisen esimerkin ja edellä mainitun pilottihankkeen pohjalta. Koulutusaikana tulee työskennellä vähintään 4–8 kk sisätautien osastoilla, 4–8 kk kirurgisilla osastoilla, 2–4 kk tehohoidon tai tehostetun valvonnan osastoilla sekä 2–4 kk palliatiivisen hoidon yksikössä. Lisäksi koulu-

tukseen voidaan hyväksyä 1–3 kk työskentelyä psykiatrian, geriatrian tai kuntoutuksen osastoilla. Hospitalistikoulutusohjelmaan hyväksytään yleislääketieteen, sisätautien, anestesiologian ja tehohoidon tai muun soveltuvan alan erikoislääkäri.

Mikä sitten voisi olla vaihtoehtoinen tapa hallita syntynyttä tilannetta? Pieniin osaamisalueisiin keskittymisen lopettaminen ja jo tahtuneen muutoksen kääntäminen takaisin? Erikoislääkäreiden palauttaminen takaisin ruotuun lisäämällä yleistietämyksen osuutta koulutuksessa? Sairaalaorganisaatioiden konsultaatio- ja yhteistyöjärjestelmien hiominen saumattomiksi niin, että kokonaiskuva potilaan hoidosta kirkastuu?

Emme usko näiden ehdotusten onnistuvan. Varmasti muitakin vaihtoehtoja on, mutta oma käsityksemme on se, että nyt rakennetun hospitalistimallin edelleen kehittäminen tarjoaa mahdollisuuden, josta hyötyvät sekä potilaat että henkilökunta. ■



**HEIKKI WIIK, LT, vastuualueen johtaja**  
Pehmytkudoskirurgian vastuualue,  
operatiivinen tulosalue, OYS

**VESA KOIVUKANGAS, dosentti, apulaisylilääkäri**  
**KIRSI LAITAKARI, LL, erikoislääkäri**

Gastro- ja yleiskirurgian vastuuyksikkö, operatiivinen tulosalue, OYS

### SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

### KIRJALLISUUTTA

1. Rohatgi N, Loftus P, Grujic O, ym. Surgical comanagement by hospitalists improves patient outcomes: a propensity score analysis. *Ann Surg* 2016;264:275–82.
2. Peterson MC. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared for by hospitalists vs nonhospitalists. *Mayo Clin Proc* 2009;84:248–54.
3. Huddlestone JM, Long KH, Naessens JM, ym. Medical and surgical comanagement after elective hip and knee arthroplasty: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2004;141:28–38.
4. Iberti CT, Briones A, Gabriel E, ym. Hospitalist-vascular surgery comanagement: effects on complications and mortality. *Hosp Pract* 2016;44:233–6.
5. Auerbach AD, Wachter RM, Cheng HQ, ym. Comanagement of surgical patients between neurosurgeons and hospitalists. *Arch Intern Med* 2010;170:2004–10.
6. Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A, ym. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2013;369:1434–42.