

## Proffan palsta

Leena Lindgren

**A**kisti päättynyt ennätyspitkä kesä jätti ke-sivää marrasketta ja paljon pohjavesiin uponnutta sinilevää Suomenlahteen ja tuhansiin järviimme. Lohtuna tässä on se, että jotkut asiat eivät vajoa pohjamutiin. Nimittäin terveydenhuollon ongelmat, kasvavat leikkausjono- ja anestesia- ja leikkauksien puute pysyvät aina pinnalla. Leikkausjonojen purkuun vilautetut euromiljoonat valtiolta taitavat jäädä nuolaisun päähän. Terveystuotto on silti eräs parhaimpia ja halvimpia maailmassa ja lääkäreitäkin on tarpeeksi. Näin meille on opetettu.

Yhä iäkkäämpiä potilaita hoidetaan aktiivisesti. Yhä kalliimpia syövän hoitoja on kehitetty. Vain alle 50 % koronaaritauteista on pallolaajennettu tai koronaariohitettu. Kaihileikkattavien vanhus-ten määrä lisääntyy eksponentiaalisesti. Tosin kaihin leikkaustarve vaihtelee suuresti eri kuntien alueella. Vielä laman aikana Suomessa syntyi n. 60 000 lasta vuodessa. Nyt tuo luku on 51 000. Aikuisiän diabetes tuottaa dialyysihoitoisia potilaita jyrkästi noususuuntaisella käyrällä. Lapset ja nuoret voivat huonosti vanhempiensa työn oravanpyörässä. Psykiatrisista hoidoista on vielä suurempi puute kuin anestesiologisista. Luuydin-siirto tai tehohoitoa vaativa pankreatiitti pienen kunnan asukille saattaa romuttaa kunnan budjetin. Sairaanhoidajien, ennen kaikkea anestesiahoitajien koulutus on kriisissä. Mistä mättää?

Älkää odottako, että pystyisin vastaamaan tähän kysymykseen kaikilta osin. Kalliit hoidot on tietenkin suunnattava niille potilaille, jotka niistä varmasti hyötyvät. Tämähän tietysti tarkoittaa sitä, että hoitoa on priorisoitava. Priorisointia on harrastettu aina, vaikka mitään konsensusohjeita ei ole pystytty luomaan tähänkään asti, tuskinpa

sitten tulevaisuudessakaan. Vaatii todella kokemusta ennen kuin on kättä pidempää pidättyä parhaasta mahdollisesta hoidosta. Saattaa jopa käydä niin, että lääkärikunnan ollessa kykenemättömiä priorisointiin, sen tekee joku muu. Näinhän ei saa käydä. Ainakin leikkaushoidon osalta peräänkuuluttaisin viisaan anestesiologin näkemystä potilaan kokonaisselviytymisestä. Avainasemassa ovat kirurgin ja anestesiologin preoperatiiviset yhteisarviot. Tästä taitamme peistä tulevilla Operatiivisilla päivillä.

Lasten syntyvyyden kasvuun tarvitaan ilmeisesti uusi lamakausi, joka sekin varmasti tulee. Diabeettisen nefropatian kehittymistä voidaan hidastaa verenpainetaudin tehokkaalla hoidolla ja tupakoimattomuudella. Psykiatrien määrää on lisättävä. Siis tähän saakka kaikki helppoa.

Paljon vaikeampi tehtävä on anestesiaerikoislääkäreiden määrän lisääminen. Näyttäisi siltä, että tulevat anestesiaerikoiset olisi rekrytoitava jo opiskelun alkutaipaleilta. Ensihoito näyttää olevan suuressa suosiossa. Anestesiologien paljon puhuttu päivystysrasitus vaikuttaa pelottavan opiskelijoita eniten. Nyt meidän olisi korkea aika luoda sellaiset päivystysolosuhteet, joiden puitteissa voi harrastaa, viettää perhe-elämää tai vaikkapa tehdä tutkimusta. Oulun kokeilu 12-tuntisesta päivystysrupeamasta tuntuu hyvältä.

On erittäin vaikeaa puuttua anestesiahoitajien peruskoulutukseen, mutta siinä soisi painotettavan enemmän käytännön työssä tarvittavia konkreettisia taitoja ja tietoja. Suomen Anestesia- ja leikkauksien yhdistys on kantanut huolta tästä asiasta jo pitkään ja heidän asiantuntemusta tulisi hyödyntää koulutuksen kehittämisessä. Sitä keski-ikäisten kokoneitten anestesiahoitajien kaar-

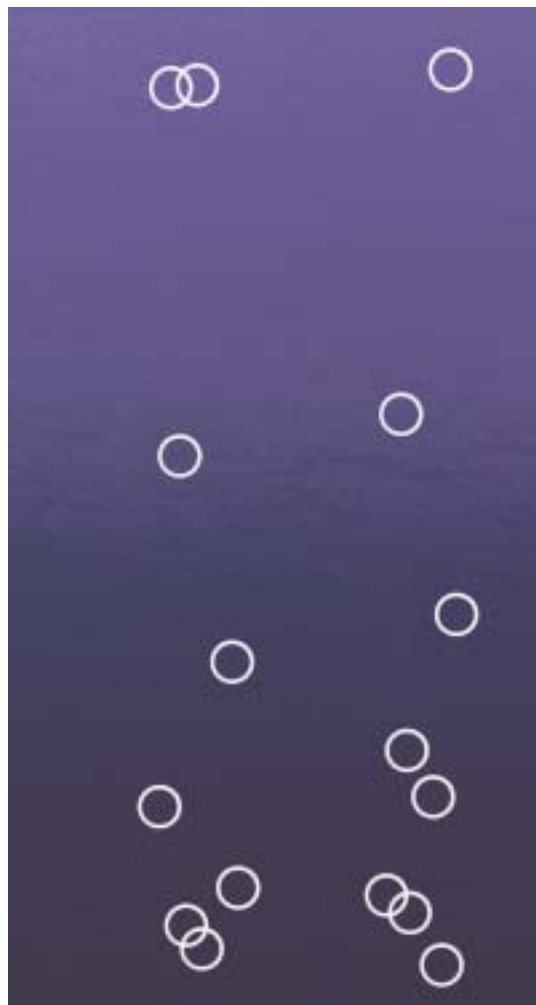
tia, joka on kohta siirtymässä eläkkeelle, tulee todella ikävä. Hekin ovat saaneet lopullisen ammattitaitonsa kokemuksen kautta. Nykyisellään aloittelevien anestesiahoitajien koulutus on järjestettävä suurelta osin työelämässä. Tähän tietysti tarvitaan rahaa, virkapohjia ja paljon aikaa.

Paljon on vettä virrannut Tammerkossessa sen jälkeen kun aloitin nykyisessä toimessani Tampereella. Kaupunki on virkeä ja sen tunnelma kiinnostava. Olenkin tehon kieroilla ihmetellyt, miten Glasgowin kooma pisteytys voi toimia täällä. Tamperelaispotilas ei pysty alittamaan kolmea pistettä, koska "moro" tulee spinaalirefleksinä, ainakin aamuisin. Anestesiologiporukka on monissa liemissä keitettyä ja valmis uudistuksiin. Ammattitaitoa ei puutu. Erikoistuvien hauskoissa sanailussa pääsen usein avaamaan omankin naisen arkkuni. Leikkaussalien ja heräämöjen anestesiologisen varustuksen taso oli musertaa minut.

Kun nyt kirjoitan kuudetta laitehankinta-anomusta, olen jo paljon viisastunut. Punakynähenkselit pystyn jo ennakoimaan. Kuntien sopimusohjausneuvottelut, kuntatilaukset, työpanokset ja budjetin ylityshka (tietenkin) kuuluvat nyt arkipäivääni. Suuri ilon aihe on ollut tiedekunnan perusopetuksen taso. Työtä on tehty selkänahasta repimällä ja hyvässä yhteishengessä (ks. Lääketieteen opetusta tamperelaisittain, tässä numerossa). Opettajakuntaa on nyt tarpeeksi ja se on hyvässä järjestyksessä. Edellisestä yhdeksän kandidaatin ryhmästä kolme päätti ryhtyä anestesiälääkäriksi. Tampere on hyvä ahjo! Moro!

---

Leena Lindgren  
anestesiologian professori  
tulosjohtaja/anestesiayksikkö  
TAYS



Kuva: "Ihmiskohtaloita", Mika Mäenpää