

## Työnjaon uudelleenarviointi – mahdollisuus anestesia­lääkärin toimenkuvan profilointiin

Minna Niskanen

**P**eriperatiivisella hoidolla voidaan vaikuttaa potilaan ennusteeseen ja hoidon kustannuksiin (1). Leikkaushoitoa tarvitsevat potilaat ovat tulevaisuudessa entistä iäkkäämpiä, heillä on enemmän toipumista komplisoivia perussairauksia ja heille tehtäneen myös kirurgisesti yhä vaativampia toimenpiteitä. Tämä potilasryhmä käyttää jo nyt huomattavan osan sairaalahoitopäivistä. Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäreillä voisi siis olla entistä enemmän sainsijaa potilasvalinnassa ja preoperatiivisen tilan arvioinnissa sekä perioperatiivisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Myös päivystysluonteisten leikkausten suhteellinen osuus on lisääntymässä. Voisimme omalla toiminnallamme entistä pontevammin vaikuttaa kiireellistä leikkausta tarvitsevien päivystyspotilaiden hoitopäiväsyyn. Velvollisuutemme on osaltamme kohdentaa voimavarat niin, ettei myöskään ns. hyväkuntoisten potilaiden pääsy pienempiin toimenpiteisiin viivästy. Meidän anestesiologien päätettävissä on, kuinka paljon haluamme antaa työpanoksestamme komplisoitumattomien toimenpiteitten anestesian eri vaiheiden suorittamiseen, ja toisaalta, pyrimmekö vahvistamaan asemaamme perioperatiivisen hoidon specialisteina. Anestesiologipula panee pohtimaan sekä työolosuhteita että työn sisältöä. Mielestäni anestesiologilla tulisi olla nykyistä enemmän mahdollisuuksia delegoida harkintansa mukaan koulutuksen saaneelle hoitajalle sellaisia työtehtäviä, joita aiemmin on pidetty lääkärille kuuluvina. Uskoin tämän lisäävän mahdollisuuksia vaikuttaa työtahtiin ja ajankäyttöön (2). Lisäisikö tämänsuuntainen kehitys anestesiatiön arvostusta tai nuorten lääkäreiden kiinnostusta erikoisalaamme kohtaan?

### Potilasturvallisuuden arviointi edellyttää komplikaatioiden dokumentointia

Kuinka potilasmateriaali jakautuu eri anestesiariikiryhmien suhteen? Kuinka paljon on ennalta odottamattomia vaikeita intubaatioita? Kuinka usein potilaalle on annettu epähuomiossa väärää lääkettä ja onko se aiheuttanut vaaratilanteita? Ovatko toimenpiteen aikana ilmenneet ongelmat pitkittäneet heräämöhoitoa tai johtaneet ennal­tasuunnittele­mattomaan tehohoitoon? Olemme KYS:ssä pystyttä­neet sertifioi­dun laatu­järjestel­män. Sen ylläpitäminen vaatii jatkuvaa panostusta, henkilökunnan koulutusta ja motivoimista. Sillä saavutettava hyöty on kuitenkin ilmeinen; vastaukset edellä esitettyihin kysymyksiin ovat saatavissa laatu­tu­kannastamme. Jos jokin uusi toimen­tatapa otetaan käyttöön, on sen mukanaan tuomia etuja ja haittoja pystyttävä vertaamaan aiemmin käytössä olleisiin menetelmiin. Tilastojen vertaaminen eri sairaaloiden kesken toisi asiaan uuden ulottuvuuden.

### Klinikamme panostaa erikoistuvien ja erikoislääkäreiden koulutukseen

FINNANESTin tämän vuoden Kuopion numero puhukoon puolestaan panoksestamme kollegakuntamme koulutuksessa. Klinikamme lääkäreille, niin erikoistuville kuin erikoislääkäreillekin on jo vuosikausia tarjoutunut mahdollisuus osallistua niin kotimaisiin koulutustilaisuuksiin kuin ulkomaisiin alan kongresseihin kokonaan klinikan kustannuksella. Lääkärivajauksesta huolimatta emme ole halunneet tinkiä näistä koulutusmahdollisuuksista. Olemme myös järjestäneet alueemme erikoistuville lääkäreille suunnattuja

koulutustilaisuuksia. Laajennamme kohderyhmää ja tänä keväänä ensihoitoa käsittelevä koulutus suunnataan sekä kirurgiaan että anestesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuville.

### **“Helena Jäntille ja Jouni Kurolalle suurkiitokset hyvistä luennoista!”**

Otsikko on suora lainaus lääketieteen opiskelijoiden viime syksynä antamasta anestesiologian ja tehohoidon opintojakson kirjallisesta palautteesta. Kuopiossa on maan suurin lääketieteellinen tiedekunta. Sisäänottoa on viime syksynä paisutettu 125:een opiskelijaan. Anestesiologian ja tehohoidon klinikkaan on anottu toista apulaisopettajan virkaa, ja päätöstä tästä parhaillaan odotamme. Opettajan persoona ja opiskelijan erikoisalastamme saama kuva vaikuttavat uravalintaan. Apulaisopettajan tehtävissä toimineet erikoislääkärimme ovat tehneet ansiokasta työtä lääkäreiden peruskoulutuksessa. Toki parannettavaa on, ja aiommekin sisällyttää anestesiologian ja tehohoidon kurssin alkuun erikoisalamme kokonaisvaltaisen esittelyn. Anestesiologian ja tehohoidon perusopetus alkaa nykyisellään kolmannen vuosikurssin keväällä ja jatkuu neljännen vuosikurssin syksyllä. Kahdeksaan aihekokonaisuuteen pureutuvat pienryhmäopetukset sijoittuvat samalle jaksolle. Maininnan arvoisena pidän apulaisopettajamme jokaiselle opiskelijalle henkilökohtaisesti järjestämää elvytystenttiä. Klinikallamme on myös keskeinen panos viimeisenä opiskeluvuonna järjestettävässä akuuttilääketieteen seminaarissa. Erikoisalamme ensimmäinen kontakti lääketieteen opiskelijoihin tulee tänä vuonna olemaan jo ensimmäisen opiskeluvuoden syksynä, kun ryhdymme järjestämään ensimmäisen vuosikurssin opiskelijoille ensiapukurssia yhdessä valtion pelastusopiston kanssa. Suunnitelmissa on myös rekrytointi-ilta valmistuville lääkäreille. Uskoisin panostuksemme perusopetukseen näkyvän lähivuosina alalle hakeutuvien nuorten lääkäreiden määrän lisääntymisenä. Koska kontaktit lääketieteen opiskelijoihin ovat rekrytointimielessä tärkeitä, kannustan eri tiedekuntien anestesiologian ja tehohoidon oppiaineen apulaisopettajia yhteisiin tapaamisiin.

### **Helsinkiläiskolleega ylireagoi**

Toivottavasti edellä esittämäni asiat ovat lievittäneet helsinkiläisen virkaveljeni tämän lehden edellisessä numerossa tällä palstalla julkituomaa “pa-

niikinomaista” huolta siitä, 1) ettemme Kuopiossa olisi pohtineet anestesiatiön arvostukseen liittyviä kysymyksiä, 2) haluaisimme vaarantaa potilasturvallisuutta, 3) olisimme laiminlyöneet velvollisuutemme huolehtia oman tiedekuntamme kasvattien koulutuksesta ja rekrytoinnista erikoisalallemme tai että olisimme unohtaneet lisääntyneen lääketieteen opiskelijoiden sisäänoton tuomat mahdollisuudet (3). Haluan vielä kerran tähdentää: 1) emme missään yhteydessä ole otaksuneet, että anestesiahoitaja voisi korvata anestesia-lääkärin, 2) emme ole aloittaneet emmekä myöskään ole aikeissa aloittaa anestesiahoitajien paikallista täydennyskoulutusta, joka tähtäisi anestesiahoitajien täysin itsenäisesti antamiin anestesiahoihin.

Pidimme 11.1.2002 Kuopiossa aiheellisen ja käsittääkseni kaikkia osapuolia tyydyttävän kokouksen, jossa mm. oiottiin edellä mainittuja väärinkäsityksiä (4). Ihmettelen, miksi professori Rosenberg ei tämän jälkeen ottanut yhteyttä FINNANESTin toimitukseen ja pyrkinyt korjaamaan tekstiään, mikä lehden päätoimittajalta saadun suullisen tiedon mukaan olisi todennäköisesti vielä ollut mahdollista. En ymmärrä tuontasaisen julkisen syyttelyn tarkoituspäätä. Sano mattakin on selvää, ettei se edistä erikoisalamme kehitystä Kuopiossa tai muuallakaan Suomessa.

### **Lopuksi**

Anestesia-lääkärin ja -hoitajan välisen työnjaon uudelleenarviointi on tullut ajankohtaiseksi osin meidän ansiostamme. Klinikassamme on tehty anestesiahoitajan toimenkuvan laajentamiseen tähtäävää selvitystä. Työ jatkukoon valtakunnallisessa yhteistyötoimikunnassa, jolle olemme tarjonneet kokemustamme ja tietämystämme, ja jolle pyydettyäessä luovutamme omaa materiaaliamme. Yhdyn tämän lehden päätoimittajan kantaan siinä, että työnjaon uudelleenarvioinnissa on kysymys paljon laajemmasta asiasta kuin “pohjoissavolaisesta anestesiologipulan ratkaisurytyksestä” (5). Näen työnjaon uudelleenarvioinnin mahdollisuutena anestesia-lääkärin toimenkuvan profilointiin.

### **Kirjallisuusviitteet**

1. Ruokonen E. Miksi tehohoidon tulokset vaihtelevat? FINNANEST 2002; 35: 107-110.
2. Halonen S. Työssä viihtyminen on tärkeä asia. FINNANEST 2002; 35:119-120.

