

## Anestesiologin työn sisällöstä, statuksesta ja tutkimuksesta

Seppo Alahuhta

**A**cta Anaesthesiologica Scandinavica on julkaissut tänä vuonna useita suomalaisia anestesiologia koskettavaa ja mairittelevaa artikkelia.

Tohmo työryhmineen suoritti Lounais-Hämeen aluesairaalaan ja Turun yliopistolliseen keskussairaalaan elektiiviseen leikkaukseen kutsuttujen potilaiden (n = 160) keskuudessa kyselytutkimuksen anestesiologi-sanatunnettavuudesta<sup>1</sup>. Yhdeksänkymmentä prosenttia piti anestesiologia lääkärinä. Vaikka 87 % potilaista oli tavannut anestesiologin preoperatiivisesti, vain 6 % muisti anestesiologin nimen. Leikkaavan lääkärin tavanneista 62 % tunsi tämän nimeltä. Anestesiologin tehtäväkenttä oli vastaajille osittain epäselvä. Suurin osa sijoitti anestesiologin leikkaussaliin (87 % vastaajista), mutta toimintamme teho-osastoilla (65 %) ja kipupoliklinikoilla (22 %) oli huonommin tiedossa. Kirurgi (75 %) ja sisätautilääkäri (70 %) miellettiin useammin tehohuolteen edustajiksi. Kun potilaita pyydettiin asettamaan kymmenen terveydenhuoltoalan työntekijäryhmää tärkeysjärjestykseen akateemisen pätevyyden ja koulutuksen pituuden suhteen, anestesiologi rankattiin kunniakkaalle kolmannelle sijalle kirurgin ja gynekologin jälkeen. Maineemme (prestige) potilaiden keskuudessa on hyvä; olimme toisella sijalla kirurgin jälkeen.

Lääkärien arvostus on Suomessa perinteisesti ollut korkealla. Suomen Kuvalehden pari vuotta sitten julkistaman tutkimuksen mukaan suomalaiset arvostavat kirurgin ammattia eniten. Seuraaville sijoille sijoittuivat lääkäri, silmälääkäri ja ylilääkäri. Viidentenä listalla oli hammaslääkäri, kuudentena psykiatri ja yhdentenätoista gynekologi. Anestesiologin sijoituksesta ei ole tietoa.

Tohmon tutkimuksessa leikkaussalin ulkopuolella tapahtuva toimintamme oli huonosti tunnettu huolimatta siitä, että teho-osastot, lääkärijohtoinen ensihoito ja vaikeista kiputiloista kärsivien potilaiden hoito on valtaosaltaan anestesiologien vastuulla. Esittäytyminen potilaille ei varmaankaan ole vähäisempää näillä erityisosaamisen alueilla, mutta ehkä anestesia-alkuosa jää herkemmin pois lääkäri-sanasta esittäytymisen yhteydessä muussa kuin operatiiviseen toimintaan liittyvässä työssä. Lisäksi kontakti potilaan kanssa voi olla lyhytaikainen. Koska erikoisalamme edustajien keskeinen osuus erikoissairaanhoidon potilaiden hoidossa ei ole selvästikään yleisesti tiedossa, jokaisella anestesiologilla on mahdollisuus ja velvollisuus tilanteen korjaamiseen. Meidän tulee enenevässä määrin personalisoida työmme. Olkaamme selvästi anestesiologeja tai anestesia-alkuosa missä tahansa potilaan kohtaammekin, vaikka sana ei kuulukaan suomalaisen perussanastoon. Tohmon tutkimuksen potilaita 87 % oli tavannut anestesiologin esilääkekierrolla, vaikka potilaista vajaat 20 % oli päiväkirurgisia. Tämä on hieno saavutus. Esilääkekierron merkitystä potilasturvallisuuden, potilaan oikeusturvan ja erikoisalamme profiilin kannalta ei voi liiaksi korostaa. Tutkimusten mukaan suurin osa potilaiden leikkauksista edeltävistä peloista liittyy tilanteisiin, jotka ovat anestesiologin vastuulla, vain runsas viidesosa pelkää itse leikkausta<sup>2</sup>.

Onko tällaisilla kyselytutkimuksilla arvoa? Mielestäni on. Työstä saatava positiivinen palaute arvostuksen muodossa lisää työssä jaksamista ja viihtyvyyttä. Vaatimukset erikoisalaamme liittyvien rasitteiden korjaamiseksi – raskaat päivystykset ja yleensä työstressi – saavat paremmin vastakaikua suuren yleisön keskuudessa, kun vastuualueemme ja työm-

me sisältö on paremmin tunnettu. Jos viranomaiset tulevaisuudessa saavat ajatuksen pyrkiä muuttamaan nykyisin hyvin toimivaa anestesiologin ja anestesiahoitajan toimenkuvaa, selkeä ja korkea erikoisalamme profiili ei ole haitaksi. Ja mikä tärkeintä, arvostettu ja mielenkiintoiseksi mielletty erikoisala vetää puoleensa uravaihtoehtoja harkitsevia lääketieteen kandidaatteja ja nuoria lääkäreitä.

Suomi on aikaisemmin selvinnyt hyvin kansainvälisessä erikoisalamme tutkimuksen määrää ja laatua vertailevissa kartoituksissa<sup>3</sup>. Tuorein analyysi julkaistiin Actan huhtikuun numerossa<sup>4</sup>. Siinä 10 anestesiologin keskeisimmän julkaisun vuosina 1997–2001 ilmestyneet artikkelit huomioitiin maittain. Kun julkaisujen absoluuttista lukumäärää käytettiin vertailun perustana, Yhdysvallat oli kaikista tuotteliain maa: 2373 julkaisua, joista laskettu impaktilukujen summa oli 5069. Yhdistynyt kuningaskunta oli toisena (1362 julkaisua, impaktilukujen summa 2253) ja Japani kolmantena (1099 julkaisua, impaktilukujen summa 1958). Suomen sijoitus oli yhdestoista (230 julkaisua, impaktilukujen summa 327). Kun julkaisujen määrä suhteutettiin maan asukaslukuun, Suomen yhdestoista sija muuttui ykkössijaksi: 8,88 vuosittaista julkaisua miljoo-

naa asukasta kohden. Toisena oli Ruotsi (7,23) ja kolmantena Tanska (6,01). Huolestuttavaa analyysissä oli havainto, että vuosittaista tuotteliaisuutta tarkasteltaessa Suomen prosentuaalinen osuus oli tippunut viidessä vuodessa 3,2:sta 1,3:een. Itsetyytyväisyyteen ei siis ole varaa tuudittautua, ei ainakaan pitkäksi aikaa. Korkeatasoisen tutkimuksen tekeminen on osa sitä erikoisalan profiilin nostoa. □

#### Kirjallisuusviitteet

1. Tohmo H, Pälve H, Illman H. The work, duties and prestige of Finnish anesthesiologists: patients' view. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 664–666.
2. Hume MA, Kennedy B, Asbury AJ. Patient knowledge of anaesthesia and peri-operative care. *Anaesthesia* 1994; 49: 715–718.
3. Hynynen M. Mitalisade Suomeen lääketieteen olympialaisista! *Finnanest* 2000; 33: 15–16.
4. Figueredo E, Sánchez Perales G, Muñoz Blanco F. International publishing in anaesthesia – how do different countries contribute? *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 378–382.

Seppo Alahuhta

professori

Anestesiologian klinikka

Oulun yliopisto

seppo.alahuhta@oulu.fi

Timo Salomäki

