

## Päätoimisena anestesia- lääkärinä yksityissektorilla

Yksityissektorin osuus niin erikoislääkäreiden vastaanotto toiminnassa kuin leikkaustoiminnassa on Turussa ollut jo vuosia valtakunnan kärkitasoa. Syyinä tähän ovat olleet tasokkaat yksityislääkäripalvelut, vireä paikallinen kilpailu kahden suuren lääkärikeskuksen välillä sekä toisaalta varsinkin ortopediassa vallinnut julkisen sektorin resurssipula, joka on ohjannut ihmisiä nopeampaan hoitoon yksityispuolelle. Yksityisten leikkauspalvelujen kysyntä kasvoi voimakkaasti vuosituhannen vaihteessa niin Turussa kuin muuallakin maassamme. Tämän kasvun myötä tarjoutui mahdollisuus valita yksityissektori päätoimiseksi työnantajaksi.

### Yksityissektorille siirtyminen

Lähtöni TYKS:sta vuonna 2001 ei ollut aivan niin helppoa kuin sivusta saattoi näyttää. Ehkä vaikeinta oli jättää taakseen ison yksikön anestesiakollegat ja siirtyä kirurgivaltaiseen kahden anestesia­lääkärin yksikköön. Myös jatkuvan kouluttautumisen kulttuuri, joka kuuluu yliopistosairaalaan viikkomeetingeeneen, jäi taakse. Aikaisemmin oli päässyt kotimaisiin ja ulkomaisiin kongresseihin työnantajan taloudellisella tuella ja täydellä palkalla säännöllisesti. Vaikka viimeisen 10 vuoden aikana minulla oli ollut paljon päivystystöitä, ja se tuntui välillä raskaalta, niin toisaalta päivystystyö ja sen tarjoamat haasteet olivat osasyy, miksi hakeuduin alun perin anestesia­lääkäriksi. Yksityissektorilla myös päiväaikaisen kliinisen työn haasteet pienenevät tai ainakin muuttuvat toisenlaisiksi.

### Nykyisen työn sisältö

Mehiläisen sairaala Turussa on erityisesti kevyen ortopedian ja urheilukirurgian sairaala, jossa leikattiin viime vuonna noin 2700 potilasta. Sairaalassa on 8 ortopedia, jotka ovat keskittyneet ennen kaikkea tä­hystyskirurgiaan. Seuraavaksi suurimmat alat ovat

korva-nenä-kurkkutau­dit ja käsikirurgia. Muut, kuten raskas ortopedia (endoproteesit), yleiskirurgia, plastiikkakirurgia, gastrokirurgia, gynekologinen kirurgia ja lastenkirurgia, tuovat sopivaa lisäväriä anestesia­lääkärien työviikkoon. Sairaalan vahvuuksia ovat kansainvälisestikin hyvä status urheilu- ja tähystyskirurgiassa, suuri sitoutuneiden lääkärien tiimi sekä vahva lääketieteellinen osaaminen. Päätoimiset lääkärit operoivat noin 85 % leikkauksista.

Kun kaikki operatöörit ovat kokeneita erikoislääkäreitä, on leikkausten kesto yleensä hyvin ennustettavissa. Päiväkirurginen prosessi on sujuva, ja sen hiomisessa anestesiologien rooli on ollut merkittävä. Turun anestesiologisen tradition mukaisesti puudutusten suhteellinen osuus anestesoissa on suuri. Kaikki alaraaja- ja käsitoimenpiteet tehdään puudutuksessa. Samoin olkapääleikkausten päänestesiamuoto on puudutus, jota tukee LMA ja sevofluraani spontaanihengityksellä. Puudutukset tehdään pääasiassa heräämössä, jolloin anestesiatoimenpiteet vaativat minimaalisesti saliaikaa. Toisaalta heräämöaika on myös lyhyt. PÄIKI-toiminnan ”ikuisuus­haasteet”: pahoinvoinnin minimointi ja postoperatiivinen kivunhoito sekä toisaalta puudutusten optimointi ovat meillä erityisiä anestesiologisia kiinnostuksen kohteita. Potilasmateriaalin ollessa suhteellisen homogeenista ja pääosin ASA I–II -luokkiin kuuluvaa pystymme soveltamaan uusia menetelmiä ja arvioimaan niiden sopivuutta suhteellisen nopeasti omassa toimintaympäristössämme.

On selvää, että usean yksityissairaalaassa vietetyn työvuoden jälkeen päivystysvalmiudet ja monisairaiden potilaiden hoitotaidot heikkenevät. Toisaalta laadukas PÄIKI-toiminta on omalla tavallaan haasteellista, ja alan taitajia tarvittaneen Suomessa yhä



Tuula Muurinen

enemmän. Vaikka kahden lääkärin muodostamassa ”anestesiayksikössä” on selviä haittapuolia, on toisaalta lomien ja muiden vapaiden sopiminen ollut joustavaa. Joka toinen viikko osuu kohdalle 5 vuorokauden mittainen takapäivystys, mutta koska potilaista suurin osa on PÄIKI-potilaita, ei rasitus ole kohtuuton. Yksityislääkärin suhde lomaan on tietysti hieman erilainen kuin virkälääkärin, joka saa tietyn määrän palkallista lomaa vuodessa. Päätoimisilla lääkäreillä oma käytäntömme on 5–7 viikon vuosiloma. Myös jatkokoulutuksen kustannuksista yksityislääkäri saa vastata yleensä itse; sairaalassamme suositellaan jokaiselle vähintään viikon jatkokoulutusta vuosittain.

### Tulevaisuuden näkymiä

Suomen yksityiset sairaalat ovat viimeisen parin vuoden aikana alkaneet selkeästi polarisoitua kahteen leiriin, kahden valtakunnallisen ketjun alle. Tämä kehitys tulee näkemykseni mukaan johtamaan siihen, että ketjuihin kuuluvat sairaalat hakevat myös päätoimisia lääkäreitä keikkalääkärien tilalle. Yksityisen sairaalan kannalta organisaatioon sitoutunut anestesia- ja lääketieteellinen lääkäri on tärkeä voimavara, ei pelkästään anestesiapalvelujen tuottajana vaan myös laadun ja prosessin kehittäjänä. Näitä prosesseja pyritään terästäämään juuri nyt, kun yksityiset sairaalat käyvät neuvotteluja vakuutusyhtiöiden kanssa liikenne- ja työtaturmapotilaiden hoitoon liittyvissä asioissa. ”Laastariveron” poistumisen myötä näiden potilaiden hoito on tullut mahdolliseksi myös yksityissektorilla, joka luonnollisesti haluaa suuremman osuuden ko. potilaista. Kiihtyvässä kilpailutilanteessa anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriin rooli korostuu potilasturvallisuuden takuumiehenä yksityissairaaloitten hioessa prosessejaan yhä kannattavampaan suuntaan. Turvallisuus on tulevaisuudessakin yksittäisen leikkaukspotilaan vaatimuslistan kärjessä.

Henkilökohtaisen talouden kannalta siirtymisen julkiselta sektorilta yksityiselle on ollut toistaiseksi kannattavaa ahkerille ja osaaville operatiivisten alojen lääkäreille. Miten potilaita riittää tulevaisuudessa yksityispuolelle, ja miten yksityislääkärien VES:sta ainakin välittömästi riippumattomien ansioiden käy? Näihin vaikuttaa monta asiaa. Tällä hetkellä näyttää siltä, että vakuutusrahoitteen kysyntä kasvaa lähivuosina. Laastariveron muutos mainittiin jo. Myös yhä useammat yksityiset ihmiset ottavat sairauskulu- ja tapaturmavakuutuksia. Hoitotakuulainsäädäntö saattaa lisätä julkisen sektorin ostoja yksityisiltä palveluntuottajilta. Juuri nyt näyttää kuitenkin siltä, että monet sairaanhoitopiirit pyrkivät lyhentämään leikkausjonoja oman henkilö-

kunnan iltatöinä. Poliittiset muutokset saattavat tulevaisuudessa häiritä koko yksityisen terveydenhuollon toimintaa. Jotkut ryhmittyvät ajavat yksityislääkärikäyntien KELA-korvausten poistamista, ja toisaalta myös julkisen sektorin ostot yksityispuolelta ovat pitkälti poliittisten päätösten varassa. Yksityispuolen hintakilpailu näyttää kiristyvän tukkuostajien (vakuutusyhtiöiden ja julkisyhteisöjen) merkityksen kasvaessa, ja ”alennetut tukkuhinnat” saattavat heijastua hinnoitteluun yleisemminkin. Sitoutumisaan yhteen tiettyyn yksityissairaalaan anestesia- ja lääketieteellinen lääkäri ottaa myös tietoisesti riskin. Miten minun sairaalani (tai valtakunnallinen ketjuni) pärjää tulevassa kilpailutilanteessa? Yhden yksittäisen sairaalan potilasvirta voi olla kiinni parista kolmesta maineikkaasta operatööristä. Entä, jos heidät ostetaan kilpailijalle? Mistä anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriille riittää potilaita?

Pääsääntöisesti työ yksityissairaalan anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriä on aivan samanlaista lääkärityötä iloineen ja suruineen kuin vastaavan tyyppisessä julkisessa yksikössä (esim. PÄIKI). Julkista puolta kevyempi organisaatorakenne yksityisissä yksiköissä tarjoaa innostuneelle anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriin klinisen työn lisäksi mahdollisuuksia myös muihin haasteisiin kuten liiketoiminnan kehittämiseen. Mehiläisessä urheiluklinikka-konseptin kehittäminen on tarjonnut minulle mielenkiintoisen lisän. Anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriin on oman työnsä luonteesta johtuen helppoa erottaa toisistaan business ja potilastyö. Lähitulevaisuudessa Suomen terveydenhuolto tarjonnee anestesia- ja lääketieteellisen lääkäriille monia työtilaisuuksia yksityissektorillakin. Miten paljon näitä töitä riittää niille, jotka haluavat pitää julkista virkaa päätyönään, onkin jo toinen kysymys. □

*Timo Miettinen, LL, vastaava anestesia- ja lääketieteellinen lääkäri, Sairaala Mehiläinen, Turku*

## Vakivirka kiinnostavaksi!

Meistä jokainen on huomannut, että kaikenlaisia kehittämistyötä riittää. On uusittava ohjeita, on tehtävä suunnitelmia uusien toimintojen aloittamiseksi ja viimeisimpien tutkimustenkin tulokset pitäisi soveltaa käytäntöön. Laajennusrakennukset tai remontit vaativat pitkäaikaista paneutumista. Päivä- ja lyhkikirurgian lisääntyessä kaikkien toimintojen on oltava hyvin suunniteltuja, jotta saliaika tulisi tarkkaan käytettyä.

Kehittämistyö vaatii sitoutumista ja pitkäjänteisyyttä. Keikkatyöntekijä ei halua eikä kykene suunnittelemaan sopivinta mallia. Tämän vuoksi on huo-

lestuttavaa, että yhä useampi erikoislääkärikin haluaa tehdä työtä freelancerina. Anestesiologiassa se soveltuu erinomaisesti päivätyöhön ja päivystykseen, mutta suunnittelu ja kehitystyö jäävät vakinaiselle väelle.

Jokin houkutin tai palkkio pitäisi saada siihen, että työntekijä sitoutuu työpaikkaansa ja sen kehittämiseen. En halua uskoa sitä KT:n ajatusta, että työntekijä ei kehity ja pätevyidy työtä tekemällä. Jokainen meistä pistää varmasti spinaalinkin nyt paremmin kuin vastavalmistuttuaan. Haluammehan me rakennuksellemmekin mieluummin kokeneen vaikkapa ammattikoulun käymättömän muurarin. Voisiko palkkiojärjestelmä olla sama kuin erällä teollisuuden aloilla, joilla saa määrävuosina ylimääräistä palkallista lomaa? Vaikka 1 kk viiden vuoden palvelun jälkeen, 2 kk kymmenestä vuodesta jne.

Alaosaston johtokunnassa pohdimme yllä olevaa ongelmaa, koska erikoislääkäreistä on pulaa sellaisissa sairaaloissa, joissa perinteisesti on ollut hyvä tilanne. Sitoutuminen ja siihen liittyvä kehittämisvastuu vaatii myös kouluttautumista. Lääketieteellisten tietojen lisäksi tarvitaan monia muita taitoja, joiden kehittämiseen myös pitäisi olla resursseja. Kollegoiden erilaiset taidot pitäisi saada käyttöön sillä se rikastuttaa myös työyhteisöä ja lisää työssä viihtymistä. □

*Lämmintä ja rentouttavaa kesää kaikille toivottaen,  
Tuula Rajaniemi, Suomen Anestesiologit  
– SLL:n alaosaston puheenjohtaja, tuula.rajaniemi@kpsph.fi*

## EML-tilanne

Pieni kertaus ja tilanne selvitys erikoismaksuluokasta: Erikoismaksuluokan poistuminen alkoi 1.3.2005. Nyt ei voi saada enää uusia eml-oikeuksia, ja vanhatkin oikeutensa menettää, jos vaihtaa työpaikkaa. Lopullisesti järjestelmä lakkaa 29.2.2008. Vuoden 2003 tilastojen mukaan on laskettu, että eml-palkkioita on saatu vuodessa 14,1 miljoonaa euroa. Anestesiaalääkäreiden osuus on ollut koko summasta noin neljäsosa. Eml-oikeuksia on noin puolella sairaaloiden erikoislääkäreistä eli noin 1800 lääkäriä, mutta vain noin 900 on oikeuttaan käyttänyt viime vuosina. Mutta anestesiaalääkäreistä 90 %:lla on eml-oikeus, ja 80 % heistä säännöllisesti eml-potilaita hoitaa. Joten silmälääkäreiden ohella eml-järjestelmän poistuminen vaikuttaa merkittävästi myös anestesiaalääkäreiden tulonmuodostukseen, jos ei korvaavaa järjestelmää saada sovittua.

Kun viime vuonna hyväksyttiin laki järjestelmän

poistumisesta, niin tuli kiire tehdä ehdotus korvaavasta järjestelmästä. SLL perusti viime kesänä työryhmän, joka sai liiton hallituksen hyväksymän ehdotuksen aikaiseksi viime syksynä. Sen ehdotuksen sisältö on jo niin monesti selitetty, että sitä ei ole syytä tässä kerrata. Eml on ollut jo 90-luvulta virkaehtosopimusasia, joten järjestelmän poistuessa on korvaavasta järjestelmästä sovittava KT:n kanssa. SLL:n ehdotusta ei KT kuitenkaan viime syksynä VES-neuvottelujen yhteydessä hyväksynyt. Asia pitää ratkaista KT:n kanssa käytävissä neuvotteluissa viimeistään vuoden 2007 loppuun mennessä. Tänä keväänä tapaamisia tämän asian suhteen KT:n kanssa on ollut kolme kertaa. Näissä neuvotteluissa ei ole vielä sovittu mitään konkreetista ja uusia ehdotuksia eml:n korvaavasta järjestelmästä ei ole tehty. □

*22.5.2005, Antti Tamminen, VES:n kehittämistyöryhmän jäsen*

## Finnanest 30 vuotta sitten

Tapani Tammisto ja Leena Janhunen lukivat Finnanestin 3/75 ja poimivat siitä otteita.

Lähestyvän pohjoismaisen kongressin aiheuttama odotus ja jännitys leimaavat ”*tihenevällä täpinällä*” Finnanestin kolmannen numeron puheenjohtajan ja sihteerin palstoja. Eikä ihme, sillä puheenjohtaja Arno Hollménin mukaan runsaan kuukauden kulluttua Oulussa alkava XII Pohjoismainen Anestesiologikongressi tulee olemaan tähänastisista suurin. Osanottajia arvellaan olevan yli 300, tuotteitaan esitteleviä firmoja noin 40 ja tieteellisiä esitelmää noin 100. Arnon mukaan kuitenkin ”*järjestelykoneisto pyörii täysillä kierroksilla ja kaikki sujuu muuten hyvin, kunhan ilmojen haltijat eivät innostu tekemään kesäkongressistamme ”arktista kongressia”*”. Se oli onneksi turha pelko! Ihailtavan diplomaattisesti Arno sitten pyrkii varmistamaan kotimaisten osanottajien riittävyden kertomalla, kuinka vastuu apulaislääkärikoulutuksesta siirtyy yliopistolle, kuinka vuoden 1977 aikana valmistuvilta apulaislääkäreiltä vaaditaan vähintään 30 tuntia valtakunnallisesti tai kansainvälisesti järjestettyä teoreettista koulutusta, ja että tulevan kongressin jatkokoulutuskurssit ovat ”*erittäin soveltuvia tähän*”. Sihteerin Pauli Ryhänen puolestaan puhaltua samaan hiileen kannustamalla palstallaan – pohjoismainen lehti ”porkkanana” – SAY:n 215 jäsentä liittymään myös NAF:iin.

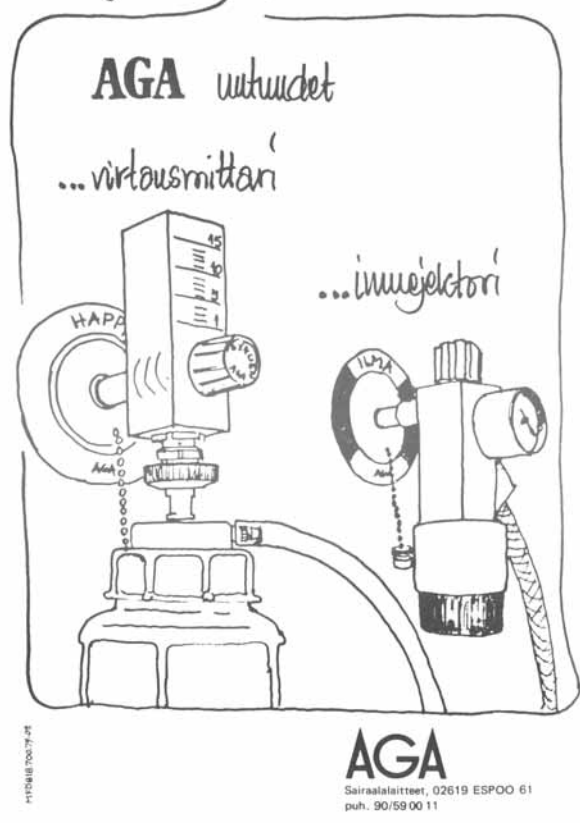
Edellisen numeron seitsemästä neljään ilmoitukseen supistuneen kokouskalenterin jälkeen

onkin sitten ”Anestesiologi metsässä”, ainakin mikäli M.A.K. Mattilaa on uskominen. Matti viittaa Lääkintöhallituksen yleiskirjeeseen (N:o 1585/74), jonka mukaan lääkinnällisen ensiavun antaminen onnettomuuspaikalla velvoittaa sairaalat varustautumaan lääkäri-sairaanhoitaja-lääkintävahtimestari-ryhmän lähettämiseen suuronnettomuuden tapahtumapaikalle. Se velvoittaa myös sairaalat hankkimaan tarvittavat ensiapuvälineet sekä harjoittelemaan toimintaa ”kenttäolosuhteissa”. Seuraavalla kahdella sivulla Matti analysoikin niitä ongelmia, joita tähän asti sairaalaolosuhteissa toiminut ammattilainen kohtaa ensiaputoiminnassa kentällä ja arvioi varsin kriittisesti anestesiologiensa ja ryhmän muiden jäsenten nykyisiä toimintaedellytyksiä ”metsässä”. Pohdintansa päätteeksi hän ilmoittaa olevansa ”innostunut toteuttamaan yleiskirjeen henkeä, ei pelkästään kirjainta”, mutta toteaa lisäksi: ”Muutamat harjoitukset ovat kuitenkin nöyryyttäneet siinä määrin, että usko omiin kykyihin metsäanestesiologina on kovin vähäinen. Kykyjen parantamiseksi on jatkoharjoittelun tarve aivan ilmeinen”. Matin loppuponsi on todella ollut paikallaan ja langennut hedelmälliseen maahan, mistä myös Finnanest 2/05 30 vuotta myöhemmin raportoi.

Jorma Karipohja esittelee kuudella seuraavalla sivulla raskaustoksemiaa, sen aiheuttamia muutoksia verenkierrossa ja munuaisten patofysiologiassa sekä toksemiaopotilaiden oireita ja hoitoa, lähinnä vuonna 1974 julkaistujen saksalaisten aineistojen perusteella. Hoidossa tähdätään elimistön homeostaasin normalisointiin mahdollisuuksien mukaan, siis verenkierron parantamiseen ja kouristusten estämiseen. Verenpaineen alentamiseen suositellaan hydralatsiinia tai veratrum- tai rauwolfia-alkaloideja ja mikrosirkulaation parantamiseen hydergiiniä tai dehydrobentsperidolia. Sedaatioon ja kouristusten estoon diatsepaamia, barbituraatteja tai klometiasolia, magnesiumiakaan unohtamatta. ”Tehohoitoa tarvitaan jo pre-eklampsiaa, jos verenpaine nousee tai esiintyy takykardiaa, oligo-anuriaa, kerebraalisia häiriöitä, syanoosia (interstitiellinen keuhkoödeema), kouristukset”. Esityksen päättää göttingeniläisten aineistonsa perusteella Madridin kongressissa 1974 esittämä seuraava hoitotaulukko: 1) Kohtausten estäminen 2) Ventilaatio ja hapetus 3) Turvotusten ja aivoödemian hoito 4) Verenpaineen normalisointi 5) Happo-emäs-, elektrolyytti- ja vesitasapainohäiriöiden korjaus 6) Munuaisinsuffiensiin hoito. Tällä hoidolla aineiston yhdeksästä potilaasta kuusi oli selvinnyt hengissä.

Erilaisten kiputilojen hoito alkoi Suomessakin yhä enemmän askarruttaa anestesiologiensa mieltä.

Kehityksen huipulla...



Teknologisen kehityksen huipulle pääsi 30 vuotta sitten hieman nykyistä helpommin.

Niin synnytyskivun kuin kroonisen kivunkin hoito oli vielä 30 vuotta sitten olematonta, eihän se voinut olla mahdollistakaan anestesiologiensa vähäisen lukumäärän takia, pieni ryhmä tuskin riitti kattamaan edes leikkaussalien tarpeen.

Aktiiviset osallistumiset kongresseihin ulkomailla kuitenkin pitivät suomalaiset anestesiologit ajan tasalla niin synnytyskivun lievityksen kuin muidenkin kiputilojen hoidon suhteen.

Finnanestin numerossa 3/75 professori Arno Hollmén'in artikkelin otsikkona on Blokaadihoito. Hän kirjoittaa: ”Sensoristen säikeitten salpaaminen poistaa mm. kipuaistimuksen ja katkaisee häiritsevän periferisen ärsytyspesäkkeen keskushermostoon lähettämät stimulutukset jo ennen selkäydintason. Mitä kauemmin krooninen stimulaatio jatkuu, johtuipa se sitten alunperin vammasta, sairaudesta tai infektiosta, sen vaikeampi häiriötila kehittyy selkäydintason välittäjä neuroniverkostossa. Mainitun neuroniverkoston tasapainotila voi pysyvästikin häiriintyä kroonisten, intensiivisten näitä neuroneja pommittavien periferisten stimulusten vuoksi, joten hermoblokaadi tai terapeuttinen blokaadisarja, joka katkaisee kerran tai

toistuvasti periferisiä stimuluksia välittävän hermoyhteyden palauttaa tasapainotilan neurooniverkostoon antaen mahdollisuuden spontaanille parantumiselle. Tärkeätä on suorittaa asianomaisen hermon salpaaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.” Hollmén ryhmittelee blokaadit diagnostisiin, prognostisiin ja terapeuttisiin. Diskussio-osassa hän korostaa: ”Blokaadeja ei pidä käyttää vain jotain yrittääkseen ilman selviä indikaatioita. Eräs tärkeimmistä blokaadihoitoon liittyvistä periaatteista on, että blokaadeja suoritettavan lääkärin olkoon hän konsultoiva, kuten usein on anesteziologin laita, on otettava täysi vastuu potilaastaan ja tutustuttava hänen sairauteensa ja siihen liittyviin seikkoihin henkilökohtaisesti erittäin huolellisesti. Pelkkä teknikon osa ei missään nimessä tule kysymykseen. Kiinnostus ei saa kohdistua lähinnä jonkin hermoradan blokeeraamiseen, vaan nimenomaan potilaaseen ja hänen sairauteensa kokonaisuudessaan.” Arnon huoli, että anesteziologeista kipulääkärinä tulisi vain ”temppujen tekijöitä” oli aiheellinen, niin herkästi

kirurgit potilaiden kivunhoitoon erilaisia puudutuksia ehdottivat. Onneksi 70-luvun loppupuolella perustettiin ensimmäiset kipupoliklinikat Suomeen ja kroonisen kivun hoito pääsi maassamme käyntiin, tosin monien vastuksien kautta.

Viimeisenä artikkelina lehdessä on Riitta Joupilan perusteellinen selvitys epiduraaliblokaadista. Oulussahan tämä synnytyskivun lievitysmuoto otettiin ensimmäisenä Suomessa rutiinikäyttöön ja Riitta kulki ympäri maata siitä luennoimassa. Artikkelissaan hän selvittää epiduraali-analgesian korkeuteen vaikuttavia tekijöitä, epiduraalipuudutuksen vaikutuksia verenkiertoon ja hengitykseen sekä gastrointestinaalikanavaan. Puudutustekniikka käydään niinikään läpi, sekä epiduraaliblokaadin indikaatiot että terapeuttiset sovellutukset. Lopuksi käsitellään seikkaperäisesti komplikaatiot, jotka tänäkin päivänä pitävät paikkansa. □

Leena Janhunen ja Tapani Tammisto

Riitta Heino

