

Anestesiologiaa brittiarjessa: Southampton 2000-2001

Päivi Annila

Olemme saaneet viettää Iso-Britanniassa historiallisen syksyn: koskaan aikaisemmin ei ole satanut näin paljon sitten vuoden 1766, jolloin sademäärien mittaus alkoi. Läheisen pikkukaupungin pääkadulle olisi pahimpina tulvakausina voinut mennä vaikka kalaan. Sateiden suhteen hiukan vähemmän historiallinen syksykin olisi kelvannut aivan mainiosti...

Southampton sijaitsee keskellä Englannin etelä-rannikkoa, Isle of Wightin pohjoispuolella. Ilmaston leutoudesta johtuen palmut kasvavat täällä luonnostaan ja monet lehtipuut ja -pensaat eivät pudota lehtiään talvella. Kaupungin suurin sairaala, Southampton University Hospital, on alueensa iso keskus ja ollut viime vuosina uudistusten kohteena: kesällä 2000 avattiin 3 milj. puntaa maksanut lasten teho-osasto, syksyllä aikuisten postoperatiivinen sydänteho ja joulukuussa aikuisten sekateho. Anestesia- ja teho-osastojen ylilääkärin David Suttonin mukaan anestesiatoimenpiteitä tehdään n. 50 000/v. Ensimmäisenä päivänä käteen annettiin 50-sivuinen kirjanen, jossa oli tiivistetysti kaikki tarvittava tieto työntekoon liittyen: kartat, puhelinnumerot, henkilökunta, päivystysjärjestelyt, ohjeet preoperatiivisesta toiminnasta ja tavallisimpien anestesiologisten hätätilanteiden hoidosta ym. Tämän tyyppinen kirjanen olisi varmasti hyödyllinen Suomenkin sairaaloissa.

Anestesiaalääkäreitä klinikassa on n. 100 (puolet erikoistuvia). Suuri määrä selittyy anestesiahoitajien puutteella, yksi anestesiaalääkäri voi hoitaa vain yhtä anestesiasta kerrallaan siihen liittyvine kirjanpitoineen. Salista ei saa poistua kesken anestesian. Sääntö on niin ehdoton, että vaikka vierisessä salissa olisi hätätilanne ja apua tarvittai-

siin, ei omaa potilasta saa jättää. Päiväsaikaan avun saanti ei ole ongelma, sillä usein erikoistuva lääkäri hoitaa erikoislääkärin kanssa yhdessä anestesiasta. Jokaisella erikoislääkärillä on yksi päivä viikossa merkitty "study"-päiväksi. Tällainen opintopäivä-idea olisi tervetullut käyttöön myös meille Suomeen, jos se vain anestesiaalääkärimäärän riittävyyden osalta olisi mahdollista. Anestesiaalääkäreiden tietotaso vaikuttaa korkealta, ehkä juuri siksi, että heille on järjestetty aikaa lukemiseen. Päivystyksessä on ilta- ja yöaikaan seitsemän eritasoista erikoistuvaa lääkäriä sairaalassa ja takapäivystäjänä neljä erikoislääkäriä (sydän-neuropediatria-"yleis"takapäivystäjä) kotona. Erikoislääkäreillä ei siis ole lainkaan sairaalapäivystyksiä!

Erikoistumiskoulutusta aikaisemmin suunnitelleena olen ollut hyvin kiinnostunut ottamaan selvää Iso-Britannian koulutusratkaisuista. Koska mielestäni paikallisessa järjestelmässä on jotain opiksi otettavaakin, kuvailen erikoistumiskoulutusta hiukan laajemmin. Koulutus pitkä ja vaativa, mutta opetus on todellakin taattu. Koulutukseen kuuluu Senior House Officer (SHO) vaihe, kaksi vuotta, jonka jälkeen on valtakunnallinen kirjallinen tentti. Sen läpäistyään voi hakea Specialist Registrar (SpR) virkoja, jotka jaetaan viideksi vuodeksi. Tämä viisi vuotta jakautuu eri pituisiin jaksoihin eri tyyppisissä sairaaloissa ja siten erikoistujat joutuvat täällä matkustamaan paljon. Todellinen tulppa on päästä SHO-vaiheesta SpR-virkoihin: viimeisessä haussa 50 anestesiaan erikoistuvaa oli hakemassa kolmea virkaa, pediatriaan erikoistujia oli 100 hakemassa viittä virkaa (alueellisia eroavaisuuksia on ja olen ymmärtänyt, että valtakunnan reuna-alueilla etenemisongelmia ei välttämättä ole, mutta Etelä-Englan-

nissa kilpailu paikoista on kova, myös erikoislääkäriksi valmistuttua). Viran hakeminen edellyttää henkilökohtaista haastattelua, ja tässä heikosti menestyvät saavat odottaa SHO-vaiheessa pitkäänkin. Pisin palvelu ei siis automaattisesti takaa paikkaa eteenpäin ja SHO-ajasta annettu kouluttajan arvio myös vaikuttaa asiaan. Erikoistujaa seurataan tarkkaan koko ajan, mutta toisaalta apua ja opastusta saa aina tarvittaessa. Erikoistujien kierto on systemaattinen (7-8 vk) ja vaativakin, esim. sydänanestesiajaksolla ei saa olla lainkaan lomalla.

Meeting-järjestelmä on esimerkillinen: joka perjantai-iltapäivä (klo 13.00-16.00) on varattu koulutukseen, joka alkaa pizzatarjoilulla. Eri erikoislääkärit vuorollaan vastaavat ohjelmasta (n. 4-5 lyhyttä luento) ja hankkivat luennoitsijat. Lisäksi eri koulutuspiisteet (esim. teho, neuro) järjestävät omia ohjelmiaan kesken päivän. Tällöin erikoislääkärit hoitavat työt, jotta erikoistujat pääsevät koulutukseen. Esitykset näytetään tietokoneelta, mitä koulutettavien on heti opeteltava käyttämään. Erikoistujille on myös annettu tietty, kohtuullinen rahasumma, jonka he saavat käyttää haluamaansa ulkopuoliseen koulutukseen. Erityisen modernina pidän myös mahdollisuutta puolipäivätyöhön erikoistumisaikana. Pienten lasten vanhemmille tämä on varmasti toivottu vaihtoehto rankalle erikoistumiskoulutusajalle.

Erikoistumisajan palvelu, 7 vuotta (joka usein venyy pitemmäksikin erilaisine jonotuksineen), on siis pelkkää anestesiapalvelua. Koska erikoistujien tietotaso monipuolisesta ja pitkästä koulutuksesta johtuen on erittäin hyvä, voisin jo kysenalaistaa Suomessa pakollisen, muun erikoisalan "yleiskoulutuksen". Se on usein ollut vain hankala toteutettava sellaisen erikoistujan näkökulmasta, joka on innostunut ja motivoitunut tekemään vain anestesiaa, mikä lienee kaikkein tärkeintä. Alan houkuttelevuutta voisi myös lisätä se, ettei erikoistumiskoulutuksesta tehdä liian monimutkaista.

Olen saanut mielenkiintoisen mahdollisuuden työskennellä lasten teho-osastolla, joka on 18-paikkainen, mutta hoitajapulan vuoksi nykyisin vain 10 paikkainen (hoitajapula lamauttaa sairaaloiden toimintaa jatkuvasti ympäri maata; tervetuloa suomalaiset hoitajat). Lasten avosydänleikkauksia tehdään n. 250/vuosi, käytännössä joka arkipäivä. Osastolla toimii kaksi pediatri-erikoislääkärinä ja vastikään uuteen virkaan tullut aneste-

siaerikoislääkäri. Erikoistuvat lääkärit (SHO&SpR) ovat sekä pediatreja että anestesiälääkäreitä. Tällainen yhdistelmä on järkevä, sillä molemmat opettavat toisiaan omilla erityisalueillaan. Osastolla tehdään nukutuksessa erilaisia pieniä toimenpiteitä, ja pediatrikin perehdytetään anestesian antoon. Monitorointilaitteet ja tilat ovat huippuluokkaa, joten epäilykseni Iso-Britannian sairaaloiden vanhanaikaisuudesta osoittautuivat ainakin tässä sairaalassa aiheettomiksi.

Osaston toiminnassa silmiinpistävää ovat eri spesialistien kierrot ja jatkuva konsultointi eri alojen kesken. Säännöllisesti joka päivä koko osaston läpi käyvät mikrobiologi ja farmakologi. Kardiologit ovat lähes jatkuvasti osastolla ultraäänitutkimusten runsauden vuoksi. Kerran viikossa on lasten ravitsemuserikoislääkärin kierto, rtg-lääkärin meeting, lastenkirurgin opetuskierto, lastenlääkärien tapausselostuskokous ja kahdesti viikossa opetuspalaverit ajankohtaisista aiheista. Ajoittain tuntuukin, että aika kuluu meetingistä toiseen kulkemalla. Näin taataan tehokas koulutus, mutta lääkäreitä on myös kokonaisuudessaan enemmän, mikä mahdollistaa koulutuksen. Toisaalta kiirekin on jatkuvaa, mistä seuraa yleinen tapa syödä missä tahansa; meetingin aikana, kävellessä, osastolla jne. Kahvimuki kädessä kulkeminen on arkipäivää täällä. Erikoista on myös omien vaatteiden käyttö teho-osastolla. Koska esim. kaikki miehet käyttävät kravattia, on se toimenpiteitä tehdessä, mm. intuboidessa ja kanyloidessa aina tiellä ja sullotaan yleensä paidan sisään. Ainoastaan lääketieteen kandidaatit käyttävät täällä valkoista takkia. Ilmeisesti, jotta taskuun mahtuisi paremmin tavaraa.

Tutkimustyön ongelmana on täällä(kin) ollut anestesiologian professorin puute. Aikaisempi professori jäi eläkkeelle muutamia vuosia sitten eikä paikkaa ole vielä saatu täytettyä, toiveissa eletään v. 2001. Tutkimustyötä tehdään, mutta se ei ole kovin hyvin koordinoitua tai systemaattista. Vaikutelmaksi on jäänyt, että sairaala on ainakin toistaiseksi enemmän paneutunut korkeatasoiseen kliiniseen työhön kuin tutkimustyöhön, koska jälkimmäisestä ei erityisempää lisähyötyä saa (rahaa tai urakehitystä). Lasten teho-osaston ylilääkäri järjestee pienempiä projekteja, jotta jokainen erikoistuva saisi käsityksen tutkimustyön tekemisestä. Erityisen mielenkiintoista on ollut tutustua TEG-laitteeseen (Tromboelastographä), jonka avulla on tarkoitus myös tutkia vastasynty-

neiden hyytymisjärjestelmää. Laite piirtää 30 min:ssa käyrän potilaan hyytymisstatuksesta. Käyrän muodosta ja sen kulmasta saadaan selville, mistä osatekijästä hyytymishäiriö johtuu (trombosyyttien toiminta, fibrinogeeni, hyytymistekijät). Laite antaa lukuarvot käyrän eri kohdille. Myös avosydänleikkauksissa menetelmää voi käyttää, koska hepariini vaikutus pystytään eliminoimaan. Tällä laitteella tehtyjä tutkimuksia on ollut hiljattain sekä *Acta Anesthesiologica Scandinavica* (1) että *Anesthesiology*ssa (2). Molemmissa artikkeleissa vertailtiin hydroksietyyliä tarkkelyliuosten molekyylikoon vaikutusta hyytymiseen. Laitteen antama informaatio on kriittisesti sairailta ja vuotavilla potilailla mielestäni ollut todella hyödyllistä.

Brittiläistä elämäntyyliä on sinänsä ollut viihdyttävää seurata. Ihmiset ovat kohteliaita ja ystävällisiä, iloisia ja huumorintajuisia, usein vanhaa aikaisia ja perinteisiä ajatuksissaan. Naurua ja leikinlaskua riittää (missä ei valitettavasti pysy aina mukana) työpaikallakin, hyväntuulisuuden tärkeys koetaan yhteiseksi asiaksi. Varmaankin tällainen käyttäytyminen tuo mukanaan tiettyä pinnallisuutta, mutta työoloihin se sopii kyllä. Brittiläisillä on myös liikuttavan voimakas kansallistunne. Tämä ei varmaankaan ole huono asia, sillä filosofisesti ajatellen lienee helpompi elää luullen asioiden olevan hyvin, vaikka objektiivisesti ajateltuna näin ei olisikaan asia, kuin päinvastoin. Potilaat kuitenkin hoidetaan, ainakin tässä sairaa-

lassa, erinomaisella huolellisuudella, välillä pitkiäkin päiviä tehden ja ylityöstä palkkaakaan saamatta. Onkin ollut vaikea käsittää sitä lukuisten skandaalien määrää, mikä brittiläisessä terveydenhuollossa tänä syksynä on tullut ilmi. Maan terveydenhuolto on todennäköisesti ollut huonosti valvottua ja tasoltaan alueellisesti vaihtelevaa ja siksi ylilyönnit ovat mahdollisia.

Vuosi jatkuu edelleen mielenkiintoisena, hyödyllisenä ja virkistävänä kokemuksena. Asuinmaana Suomi ei kuitenkaan ole löytänyt läheskään vertaistaan.

Kiitän lämpimästi Suomen Anestesiologiyhdistystä saamastani apurahasta.

Kirjallisuusviitteet

1. Entholzner EK, Mielke LL, Calatzis AN, ym. Coagulation effects of a recently developed hydroxyethyl starch (HES 130/0.4) compared to hydroxyethyl starches with higher molecular weight. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 1116-1121.
2. Jannicki M, Bombeli T, Seifert B ym. Low-and medium-molecular-weight hydroxyethyl starches. Comparison of their effect on blood coagulation. *Anesthesiology* 2000; 93: 1231-1237.

Päivi Annila, dosentti, anestesiologian erikoislääkäri
Department of Anaesthetics and Intensive Care
Southampton University Hospital
UK