

Erikoistumisen edunvalvontaa helsinkiläisestä näkökulmasta?

Janne Aaltonen ja Petri Loikas

Viime aikoina anestesia- ja lääkäri-erikoistumisen edunvalvontaa on tiukentunut usealla rintamalla. Turkulaisten kollegojen esimerkki osoittaa, että työnantajakin kuuntelee, kun riittävän ponnekkaasti ja vakaumuksellisesti asioita laitetaan uuteen järjestykseen. Palkka- ja työehtosopimuksissa on korjattavaa varmasti muuallakin kuin Turussa. Erikoistuvien anestesia- ja lääkäri-erikoistumisen järjestäytyminen (SATEL) lienee taas osoitus siitä, että tälläkin saralla on kenties jotakin, joka voitaisiin tehdä toisin. Kirjoitukset (1,2) uhkaavasta tai jo olemassaolevasta anestesia- ja lääkäri-erikoistumisen tarpeista muutoksiin itse työympäristössä, työssä tai koulutuksessa.

Kun anestesia- ja lääkäri-erikoistumista on pula tilanteessa, jossa lääkäreitä on absoluuttisesti enemmän kuin koskaan aiemmin ja kun joillekin erikoisaloille on huomattavaa tunkua (esim. kardiologia ja pediatria), on mietittävä keinoja, joilla nykyistä suurempi osa erikoistumistaan aloittelevista saataisiin suuntautumaan anestesiologian ja tehohoidon pariin. Osa näistä keinoista koskettaa koko työmme luonnetta (kuten päivystyssidonnaisuus), osa koulutusvaihetta. Jatkuva toiminnan kehittäminen, niin koulutuksen kuin muunkin, tulisi tuki olla tavoitteena muutoinkin.

Teoreettinen koulutus

Lääkärin peruskoulutus on hyvin strukturoitua. Siinä edetään tarkasti suunnitellun opetusstrategian mukaisesti, joka sinänsä on pysynyt samana siitä lähtien, kun lääkäreitä on koulutettu (anatomia -> muut prekliiniset aineet -> patologia -> kliiniset aineet alkaen sisätaudeista, jne.). Järjestelmän pysyvyydestä lienee vedettävissä sellainen johtopäätös, että se on hyväksi koettu. Olisiko

syitä miettiä tällaista erikoistumisvaiheenkin teoreettisen opetuksen suhteen? Eikö anestesiologian ja etenkin tehohoidon osaamisen perusta ole hyvä (soveltavin osin) anatomian ja fysiologian tunteminen? Anestesiologisia sairauksia ei ehkä ole, mutta anestesiologikin tarvitsee radiologian ja kliinisen farmakologian osaamista, puhumattakaan kardiologiasta ja keuhkotaudeista... Ehkä teoreettinen koulutus voitaisiin strukturoida nykyistä selkeämpiin aihekokonaisuuksiin, joka jakaantuisi 3-4 vuodelle?

Teoreettisen koulutuksen mahdollisen strukturoinnin lisäksi tulisi vakavasti pohtia, miten siihen annetaan riittävät resurssit. Helsingin Yliopistossa anestesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuvat saavat teoreettista koulutusta yhtenä päivänä kuukaudessa klo 14-18. Tästä ajasta 2.5 tuntia on normaalin työajan ulkopuolella ilman, että tätä olisi käytännössä koskaan mahdollista "ottaa takaisin". Lienee lisäksi helppo kuvitella sitä kaaosta ja syyllisyysmyrskyä, mikä odottaa koulutustilaisuuteen haluavia erikoistujia teho- ja leikkausosastoilla klo 13.45, kun koulutustapahtumaa ei yleensä huomioida työjärjestyksessä tai leikkauslistassa. Jos teoreettinen koulutus ajoitettaisiin aamupäiviin, sairaalalääkäreiden poissaolo olisi pakko huomioida osastojen työjärjestyksessä.

Kirjallisuuteen perehtyminen on usein mahdollista hyvin satunnaisesti. Erikoistuvan lääkärin kannalta mielenkiintoisimpia Current Opinion -lehtiä ei juuri ole tilattu (Current Opinion in Anesthesiology, Current Opinion in Critical Care). Tärkeimpiä ensihoitoalan lehtiä ei ole saatavissa edes terveystieteiden keskuskirjastosta. Kuukausittaisen koulutustilaisuuden lisäksi työajan varaaminen kirjallisuuteen perehtymistä var-

ten, vaikkapa muutama tunti kuukaudessa, tuntuisi vielä koulutusfunktio huomioiden erittäin kohtuulliselta. Pitäisikö miettiä myös, miten mahdollistettaisiin myös erikoistuvien osallistuminen kansainvälisiin kongresseihin ja ulkopuolisiin kotimaisiin koulutustilaisuuksiin?

Kouluttajien suunnasta on kuultu ajatuksia tavoitteesta syventää suomalaisten anestesiologien tietotasoa teoriapuolella. Tavoite samanaikaisesta anestesiologian medisiinisen kentän laajentamisesta (mm. tehohoito ja ensihoito kattavaksi) ja teoreettisen tietotason syventämisestä on vaikea tavoite, jonka haasteellisuus näkyy mm. viimeisten erikoistumiskoulustelujen korkeissa (50-70 %) hylkäysmäärissä. Voidaan kuitenkin kysyä myös, mittaako väitetty ja arvosteluinkin todettu huono osaaminen enemmän erikoistuvien lääkärin tasoa vai heille annettavan opetuksen ja oppimisresurssien tasoa — vai kysymys- ja arvostelukriteeristöä? Ei voida toki ajatella niinkään, että koska anestesiaalääkäreistä on pulaa, erikoistuminen tulisi saavuttaa huonommalla osaamisella, mutta toisaalta ei ehkä voida kulkea kovin kaukana muiden erikoisalojen tenttivaatimuksista.

Viime keväänä Helsingissä erikoistuville anestesiaalääkäreiden keskuudessa tehtiin kirjallinen kysely mielipiteistä erikoistumistentin rakenteessa. Tenttisisällön suhteen kyselyn vastauksissa korostui toivomus nykyistä selvästi kliinisemmästä painopisteestä. Mitä tentti mittaa ja mitä sen halutaan mittaavan?

Jos teoreettisessa koulutuksessa päästäisiin strukturoituu rakenteeseen, kenties myös erikoistumiskoulustelu voitaisiin toteuttaa nykyistä suppeampina osatentteinä nykyisen “kaiken kattavan” yhden loppulentin sijaan. Suppeimmat tentitävät aihekokonaisuudet saattaisivat kannustaa perehtymään alueen kirjallisuuteen nykyistäkin intensiivisemmin. Myös mallivastausten antaminen tenttien jälkeen auttaisi oppimistapahtumassa, periaatteessahan yliopiston kuulusteluohjelmien määrää arvosteluperusteet kerrottavaksi reputanteille.

Kliininen koulutus

Työ tekijäänsä opettaa, sanotaan, ja lääkärin — etenkin anestesiaalääkärin — työssä tämä varmasti pitää paikkaansa. Työ ei kuitenkaan itsessään opeta kaikkea. Perehdytystä ja aikaa tarvitaan. Sisätautilääkäri kiertää vuosien ajan kokeneemman kollegan kanssa, kirurgi avustaa useita leikkauk-

sia ennen kuin itse pääsee veitsen varteen. Ainakin Helsingissä vähänkään anestesiatyötä tehneelle sairaalalääkärille jaetaan klinikkaa vaihtaessa oma sali jo 1. päiväksi riippumatta siitä, onko hän ollut ko. potilasryhmän kanssa (esim. lapset) kenties koskaan tekemisissä. Eikä perehdytys teho-osastoilla ole välttämättä tämän syvällisempää tai eksplisiittisemmin konstruoitu. Tämä ei tarkoita, että erikoistuvien lääkärin haasteisuustasoa tulisi alentaa, useimmille varmaankin haastavimmat tapaukset ovat niitä mielenkiintoisimpia, mutta tulisi ehkä harkita, kuinka suuri osa työvolyymista ja -rasitteesta kaadetaan erikoistuvien lääkärin päälle ja minkälaista perehdytystä *koulutus*pisteessä annetaan. Löytyykö käytännössä “bed side” -opetusta?

Olisiko syytä harkita myös kliinistä koulutusta teoreettisen koulutuksen oheen? Ainakaan Helsingissä ei tällaista ole varsinaisen aamueeningtoiminnan ulkopuolella. Olisiko syytä käydä läpi ko. toimipisteen toimintatapoja ja tehtäväkenttää kuitenkin laajemminkin, kuin mitä tulee erikoistuvan mieleen kysyä — ja päivystysaikana sitten kenties kantapään kautta oppia?

Miten työstä annetaan palautetta, arvioidaanko sitä millään tavoin? Huomiodaanko anestesiahoitajien kokemuksia ja näkemyksiä koulutuksessa olevasta, harvoinhan anestesiaalääkärit tekevät keskenään töitä. Annetaanko erikoistuvalla mahdollisuus kehittyä annetun palautteen perusteella, vai onko kehittyminen jokaisen itsensä varassa, sikäli kun osaamistaan itse ymmärtää kyseenalaistaa?

Myös erikoistuvan lääkärin palautetta ja kommentteja kerätään ja käytetään kovin vähän toiminnan kehittämiseksi. Tämähän on opetuksen kehittämisenä yleistynt ja vakiintunut peruskoulutuksen osalta. Yhtä lailla kaiketi myös erikoistumiskoulutuksessa voitaisiin kerätä palautetta sekä kliinisen koulutuksen että teoreettisen koulutuksen osalta. Palautteen tulisi toki tarvittaessa johtaa harkittuihin muutoksiinkin, muuten sitä on turha kerätä.

Työn jakaminen ja anestesiaalääkärin rooli

Erikoistumisaika kestää vain vähän aikaa ja papeiden saannin jälkeen homma helpottuu kommentoidaan, kun kesällä ei apulaislääkärille lohkea lomaa tai uudenvuoden päivystys on tiedossa vappu-, juhannus- ja joulupäivystysten lisäksi.

Mutta tieto esimerkiksi lomien saannin ja koulutukseen pääsyn nihkeydestä ja kenties aika ajoin kohtuuttomasta työtaakasta saavuttaa nopeasti erikoistumista harkitsevienkin korvat. Lisäksi tulee muistaa, että juuri erikoistumisvaiheessa siitä jokaiselle annetusta 24 tunnista vuorokaudessa kilpailee kovin monta muutakin tekijää.

Jos työtä on paljon ja tekijöitä vähän, on yhtä-lö vaikea. Tässä kohtaa pitäisi ehkä kuitenkin pysähtyä miettimään, mitä tehdään ja millä resursseilla. Kolme ihmistä ei voi tehdä viiden ihmisen töitä. Useimmat lienevät nähneet tilanteita, joissa esim. sairaanhoitajien sairastumisen takia yksi leikkaussali (tai tehopaikka) suljetaan. Jos potilasta hoitanut leikkaava lääkäri sairastuu, niin leikkausta harvoin tekee kukaan muukaan. Mutta koska on peruttu jokin toimenpide, tai kieltäytytty ottamasta teholla potilasta sen vuoksi, että anestesiaa lääkäreitä on riittämättömästi? Olemmeko me heittopusseja, jotka teemme kaiken, mitä muut käskevät, vai harkitsemmeko ja priorisoimme asioita ja tilanteita indikaatioiden ja olemassa olevien resurssien valossa?

Alasta riippumatta työntekijät kokevat työn pakkotahtisuuden suurimmaksi ongelmaksi ja

epäkohdaksi. Olisiko anestesiatoiminnan pakkotahtisuudelle tehtävissä jotakin? Kuinka paljon työntekijät pääsevät vaikuttamaan siihen, mitä tekevät (esim. salijako)?

Lopuksi

Asioista on edellä annettu varmasti tietoisestikin kärjistetty ja todellista lohduttomampi kuva, sillä kaiketi pääsääntöisesti työ on mielenkiintoista ja asiat järjestetty hyvin. Mutta aina ne voivat olla vähän paremmin. Ja suurin osa näistä tekijöistä on sellaisia, joihin voimme itse vaikuttaa, jos katsomme että ne ovat sen arvoisia. Ovatko ne?

Kirjallisuusviitteet:

1. Alahuhta S. Proffan palsta. *Finnanest* 2000; 33: 371-372
2. Hynynen M. Kansallinen hätätila uhkaa? Ehkäisy parempi kuin hoito? *Finnanest* 2000; 33: 443-444

Janne Aaltonen, sairaalalääkäri
HYKS, email: janne.aaltonen@hus.fi
Petri Loikas, sairaalalääkäreiden vanhin
HYKS, email: petri.loikas@pp.fimnet.fi



Kuva: Bodo Wagner