Finnanest 4 / 76

”Kesä on kohta vain muisto. Joillekin se on ollut sateinen ja vähäluminen, mutta toivon kaikkien levänneen hyvin, irtautuneen arjen kierteistä ja katsovan luottavaisina siihen tuulettuneeseen ja virkistyneeseen olentoon, joka nyt kiirehtii kengissämme siunatun työn pariin valmiina inspiroimaan paitsi kaasusaasteita myös työtovereitaan – työ ja toverit ovat sittenkin iloinen asia”. Näin isällisesti, ehkäpä vähän herkistyneenäkin aloittaa yhdistyksen puheenjohtaja palstansa. Syy tähän löytyy: edessä on isoja muutoksia. Arno Hollmén jättää yhdistyksen puheenjohtajan tehtävät, joita hän on hoitanut syksystä 1974, siirtyäkseen vuodeksi Los Angelesiin. Hollmén toimi vuoden ajan vierailevana professorina UCLA:ssa (University of California, Los Angeles).

Puheenjohtajan tehtäviä ryhtyi hoitamaan silloinen varapuheenjohtaja Risto Collan, jonka hallussa puheenjohtajan nuija olikin seuraavat kuusi vuotta. Palsta päättyy kiitossanoihin, jotka kohdistuvat sekä johtokunnalle että yhdistyksen jäsenille. Yhdistyksen lehti on erityisen huomion kohteena: ” Toivotan menestystä FINNANESTille, se on meille tärkeämpi yhdysside kuin arvaammekaan”. Myös sihteeri Jouko Arranto käsittelee Finnanestia palstallaan. Hänen huolensa on kirjoitusten puute. ”Toivomme keskustelua palstoilla – kaiken tyyppiset kirjoitukset ovat tervetulleita”.

Kuten aikaisemmin referoiduista Finnanestin numeroista on jo – toivottavasti - käynyt ilmi, oli rakkaassa isänmaassamme 1970-luvulla jälleen kerran menossa erikoislääkärien koulutuksen ja koulutusvaatimusten perusteellinen uudistaminen. Tämä ns. valtakunnallinen erikoisalakohtainen suunnitteluprojekti oli, ainakin Finnanestin mukaan, edellisenä ja kuluvana vuonna aiheuttanut suurta huolta niin koulutuksen kuin erikoisalayhdistystenkin vastuuhenkilöille. Numero neljäkin kantaa oman kortensa tähän kekoon Matti A. K. Mattilan laatimalla kirjoituksella ”Apulaislääkärikoulutuksesta”. Koska suunnitteilla oli näinkin paljon kohua aiheuttaneita muutoksia, lienee aiheellista - ennen Mattilan mietteiden referointia - hieman yksityiskohtaisemmin tarkastella erikoistumiskoulutusta ja sen kehitystä maassamme. Ongelmana tosin on tarkasteluperiodin keston valinta, koska erikoistumiskoulutusjärjestelyt ovat ainakin kuluneena puolivuosisataiskautena olleet jatkuvien muutosten kohteena.

Tilaa säästääkseni aloitan nyt kuitenkin vasta keväästä 1974. Tällöin oli valmistunut, opetusministeriön vuonna 1972 asettaman, lääkärien jatko- ja täydennyskoulutusta prof. Erkki Kivalon johdolla pohtineen toimikunnan mietintö. Mietinnössä korostettiin mm. seuraavien seikkojen tärkeyttä: Koulutusjärjestelmien tulisi vastata terveydenhuoltopoliittisia tarpeita. Koordinaation tehostamiseksi tulisi perustaa koulutusneuvosto tai -neuvottelukunta. Koulutushallintoa ja -menetelmiä tulisi tehostaa. Korkeatasoisen koulutuksen turvaamiseksi on kehitettävä tavoitekeskeinen koulutusohjelma, johon sisältyy mm. ohjattua seminaari- ja kurssitoimintaa. On määriteltävä toimenpiteet, joihin vastuullisten viranomaisten tulisi välittömästi ryhtyä. Opetusministeriölle antamassaan lausunnossaan Lääkäriliitto puolestaan korosti mm., että koulutuksen kehittäminen ei saa jäädä suunnitelmien varaan, vaan toimenpiteisiin tason kohottamiseksi on todella ryhdyttävä, että opettajaresurssivajaus on korjattava ja että koulutus annetaan korkeakoulujen hoidettavaksi.

”Kivalon komitean” mietintö aiheutti jo seuraavana vuonna mielipiteiden ja kannanottojen tulvan, jonka käynnisti Lauri Aution Lääkärilehden tammikuun numeron pääkirjoitus ”Lääkärikoulutus valinkauhassa”. Sen keskeisimpinä tavoitteina olivat ehkä seuraavat kannanotot: Yliopistolliset keskussairaalat tulee säilyttää, tiedekunnan koulutusvastuu ei saa päättyä peruskoulutukseen ja tiedekuntien merkitystä erikoislääkärin oikeuksien myöntämisessä ei tulisi mitätöidä. Lisäksi samassa numerossa oli patologian professori Harald Teirin kirjoitus ”Murtuuko yhteispohjoismainen linja lääkärikoulutuksessa?”, joka korosti yliopistollisten keskussairaaloiden ja professorien ylilääkäryyden

tärkeyttä. Vuoden kuluessa ilmestyi lukuisia muitakin kirjoituksia ja spesialiteettineuvottelukunnan erilaisia tiedotuksia muutoksista, vaatimuksista, tenteistä yms. Näistä merkittävimpiä oli ehkä erikoisalan koulutukseen liittyvän kurssimuotoisen teoreettisen koulutuksen hyväksyttävyyden yksityiskohtainen esittely. Vuonna 1975 valmistui myös kauan odotettu ”Erikoistuvan lääkärin opinto-opas”, jota oli tarkoitus päivittää tarpeen niin vaatiessa.

Vuoden 1976 erikoistumiskoulutusta hallitsevana teemana olikin sitten kurssimuotoinen koulutus. Sen käynnisti koulutuspäällikkö Mauno Jääskeläinen Lääkärilehdessä 20.1. ilmestyneellä kirjoituksellaan ”Ns. kurssimuotoinen koulutus osana erikoistumista”. Kirjoituksessa todettiin ongelmina edelleen olevan kurssien hyväksyttävyys ja työnantajan olematon vastuu koulutuksesta. Työnantajan epäselvien vastuukysymysten osalta neuvottelukunta olikin päättänyt käynnistää asiaa koskevat neuvottelut työnantajapuolen kanssa. Lopuksi Jääskeläinen totesi, että sairaaloille koulutuksesta koituvat menot tulee huomioida suunnitelmissa ja budjetoinnissa sekä neuvoi koulutettavia anomaan koulutustilaisuuksia varten palkallista virkavapautta ja matkakorvauksia ja ottamaan yhteyttä liittoon, mikäli anomuksia ei hyväksytä. Muiden pätevyysvaatimuksia käsittelevien kirjoitusten lisäksi Lääkärilehdessä ilmestyi parikymmentä spesialiteettineuvottelukunnan tiedotetta, joissa ilmoitettiin, kuinka monta tuntia erilaisista kursseista hyväksyttiin eri aloille teoreettiseksi koulutukseksi. Niiden mukaan koulutuksen saatavuudessa ei ainakaan anestesiologiassa näyttänyt olevan vaikeuksia, koskapa tarjolla oli yli 200 tuntia. Tosin näistä viidellä, seitsemän tunnin arvoiseksi hyväksytyllä kurssilla, opetettiin akupunktuuria. Lisäksi ilmestyi tietysti myös kriittisiä kannanottoja, kuten R. V. Lindholmin kirjoituksessa esitetty toivomus, että ”progressiivinen ajattelu poliittisella taholla laantuisi sen verran, ettei syntyisi enää toteutuksen suhteen takeettomia päätöksiä”.

Mitkä sitten olivat ”MAK-Mattilan” mietteet apulaislääkärikoulutuksesta edellä hahmotellussa tilanteessa? Todettuaan aluksi koulutuksen olleen ”satunnaista, kirjavaa” ja toteutuneen ”vanhaa yritys ja erehdys menetelmää käyttäen”, Mattila tervehtii ilolla suunniteltuja ”järjestäytyneitä muotoja” ja lisättyjä vaatimuksia. Mattilan mukaan koulutus voidaan jakaa ”perehdyttämiseen ja ohjattuun opetukseen, valvottuun käytännön kokemuksen hankkimiseen, asioitten teoreettisen taustan opiskeluun sekä oman alan tutkimustyöhön”. Hänen mielestään varsinkin perehdyttämiseen olisi kiinnitettävä enemmän huomiota. ”Uusi apulaislääkäri olisi kädestä pitäen ohjattava oikealle metodiselle tielle ja pidettävä sillä”. Liian ”hienotunteisesti” annetaan ”juniorin kulkea omia erheellisiä polkujaan”. Oikealle tielle ohjaaminen edellyttää luonnollisesti, että oikeat metodit perustellaan ja esitetään ne syyt, ”miksi jokin seikka tehdään juuri näin eikä toisin”. Tällainen rakentava ohjattu opetus on kuitenkin ollut satunnaista, koska opettajat ovat olleet ”joko liian kiireisiä tai haluttomia ohjattuun opetukseen”. Koulutus kaipaisikin ”kunnon suunnitelman, jota toteutettaisiin systemaattisesti”. Myös päivystyskoulutus – anestesialääkärin vaativimpana työaikana – kaipaisi kohennusta.

Alan kirjallisuuteen olisi perehdyttävä systemaattisesti; ”hajanaisesta lueskelusta ja lehtien selailusta pitäisi ehdottomasti päästä”. (Ymmärrän kyllä Mattilan tarkoituksen ja kannatan sitä, mutta silti pidän myös hajanaista selailua tärkeänä virikkeiden antajana!) Opettajan ja apulaislääkärin välisiin keskusteluihin on varattava riittävästi aikaa. Meeting-toiminta on tärkeä osa koulutusta. ”Ratkaisevaa on laatu ei pituus”. Lopuksi Mattila peräänkin monisanaisesti – ja ehkä hieman epätoivoisena – apulaislääkärin aktivoimista ja aktivoitumista, passiivisesta, väkisin hereillä pysyttelevästä kuulijasta, aktiiviseksi osallistujaksi.

Numeron päättää Pekka Monosen (OYKS) kolmentoista sivun mittainen, kattava ja ansiokas katsaus ”Katetrisepsis”. Mononen esittelee aluksi suurten laskimoiden (vena subclavia, jugularis ext., axillaris, umbilicalis, cephalica/basilica/brachialis, thoracoepigastrica, saphena magna/femoralis) käytön indikaatiot ja toteutustekniikat nesteytyksessä. Seuraavaksi hän tarkastelee hyvän, neljään taulukkoon tiivistetyn kirjallisuuskatsauksen perusteella katetrisepsiksen esiintyvyyttä ja toteaa sen kovin vaihtelevaksi, 6–27 %. Yhteistä on kuitenkin Candida-sepsisten yleisyys. Sepsiksen syyt kirjoittaja on jakanut kuuteen ryhmään (annettavan nesteen tai laitteiston kontaminaatio, manipuloinnista johtuva tai iholta tapahtuva kontaminaatio, potilaasta itsestään sekä katetrista johtuvat tekijät), jotka käsitellään erikseen. Parhaana hoitona suositetaan preventiota, johon ehdotetaan kahdeksan estotoimen ohjelmaa ja tiivistetään hoito lopuksi seuraavasti: 1) Katetri pois/vaihdetaan paikkaa. 2) Veriviljelyn/katetrin kärjen mukaiset antibiootit. 3) Mahd. muiden fokusten saneeraus. 4) Septisten maksa-munuais-keuhkokomplikaatioiden esto. ❐

Leena Janhunen ja Tapani Tammisto