



Yliluonnolliset kykymme

Jos nykyinen toimenpide- ja lääkevalikoimamme olisi ollut käytössä jo keskiajan hämärässä, olisi sitä varmasti epäilty noituudeksi. Onhan kyky tainnuttaa ihmisiä koomanomaiseen tilaan tai halvaannuttaa väliaikaisesti melkoisen kummallinen. Niin kirurgin kuin anestesia lääkärikin taitoihin kuuluu oraakkelimainen ennustuskyky. Selviääkö potilas leikkauksesta? Kuntoutuuko laparotomian jäljiltä vielä vuoteenoma vanhus tyttärentyttären kihlajaisiin? Tuleeko pareesi, jos puudutetaan?

Joskus pelkkä anestesia lääkäriällä kädessä oleva epiduraalineaula vaikuttaa käynnistävän synnytyksen ponnistusvaiheen. Meillä kuitenkin vaikuttaa olevan vielä mahtavampiakin ongelmanratkaisun paranormaaleja kykyjä kuin telepaattinen synnytyspuudutus: sellaista ongelmaa kun ei ilmeisesti olekaan, jonka ratkaisijaksi ei jollekin tulisi mieleen ehdottaa anestesia päivystäjää. ”*Lintu on päässyt vuodeosaston käytävälle!*”, ”*Potilas on lukittautunut vuodeosaston vessaan tupakoimaan!*” Viimeksi mainittu oli kuulemma anestesiologinen ongelma siksi, että potilaalla sattui olemaan epiduraalikaettri selässään.

Molemmat esimerkit ovat kollegoilta kuultuja anestesia päivystäjälle esitettyjä avunpyyntöjä. Itsekin olen päivystysaikana hyvää hyvyttäni hiljaisessa päivystysvuorossa metsästellyt kadonneita opiaattikortteja ja koittanut saada kahvinkeitintä toimimaan. Osa päivystyspuhelimeen saapuvista avunpyynnöistä vaatisi astumisen aivan muun erikoisan tontille - siihen ei toki pidä ryhtyä. Suutari pysyköön lestissään, neurologi liuotelkoon aivoinfarktit ja kirurgi tehköön ne leikkauspäätökset.

Meitä pyydetään joskus paikalle tilanteisiin, joissa *voisi* sattua jotakin haastavaa, mutta anestesia lääkäri voi tämän maagisella läsnäolollaan estää. Huonosuonisen potilaan laskimohan kun *ei* voi paukahtaa puhki kesken varjoaineen

ruiskituksen, eikä magneettikuvattavan potilaan tahdistin seota, jos nukkumatti haukottelee alle viiden metrin etäisyydellä. Tällaisia käytäntöjä on perusteltu lähinnä ensihoitotaitoisen henkilön tarpeella, mutta sairaaloissamme tehdään joka hetki toimenpiteitä, joissa jokin voi mennä vikaan, eikä joka vuoteen vierelle riitä anestesiologia. Esimerkiksi tahdistinongelman suhteen aivan muun erikoisan ekspertti on se, jota akuuteimmin kaivataan, ellei elvytystilanteeseen asti ajaututa. Ja tuleehan kaikkien hoitohenkilökuntaan kuuluvien osata ainakin aloittaa peruselvytys, kunnes elvytysryhmä saadaan paikalle. Duodecimissa 8/2015 julkaistu artikkeli, jossa kuvattiin toimintamallin luomista tahdistinpotilaiden MRI-kuvantamisessa, on hyvä esimerkki siitä miten yhteistyössä tapahtuvala suunnittelulla päästään vastaavissa asioissa parempaan tulokseen kuin pelkillä mystisillä olettamuksilla.

On hienoa, että osaamistamme arvostetaan. Emme kuitenkaan ole loputon resurssi. Taitojamme tulee käyttää oikeassa paikassa oikeaan aikaan, ei varmuuden vuoksi tai muun erikoisan ekspertin puutteessa. Asia on myös omalla vastuullamme: meidän tulee osata viestiä selkeästi niin kollegoille, muulle terveydenhuoltohenkilökunnalle kuin potilaillekin, mitkä asiat kuuluvat juuri meidän osaamisalueeseemme. ■

Sellaista ongelmaa ei olekaan, jonka ratkaisijaksi ei jollekin tulisi mieleen ehdottaa anestesia päivystäjää