

Tempuntekijöitä vai monialaosaajia?

Erikoistumisaikanani sain tuon tuostakin kuulla, että anesthesiologeiksi hakeutuvat lyhytjännitteiset henkilöt, mehän vastaamme leikkauspotilaan hoitoketjusta vain lyhyen osuuden. Tuolloin toiminta keskittyi leikkaussaleihin, teho-osastot eivät olleet anesthesiologijohtoisia, kipupoliklinikoita oltiin vasta perustamassa ja lääkärijohtoista sairaalan ulkopuolista ensihoitoa ei ollut.

Erikoislääkäreiden lukumäärä erikoisalallamme on sen jälkeen yli kaksinkertaistunut, erikoisalan nimi on nykyään anestesiologia ja tehohoito, ja toimenkuva on ajan myötä muuttunut.

Ruotsalaisessa tutkimuksessa osa anesthesiologeista koki olevansa tempuntekijöitä (professional artist), joka farmakologian ja fysiologian tietoja soveltaen huolehtii potilaan peruselintoinnista. Hän vastaa anestesian annosta ottaen huomioon mahdolliset ongelmat. Hänellä on valmius hoitaa mahdolliset akuutit hätätilanteet ja tehdä nopeita päätöksiä. Keskiössä on anestesia lääketieteellisenä tapahtumana, potilas on fysiologinen objekti. (1) Tässähän me olemme hyviä, leikkauspotilaan hoidon taso on meillä Euroopan huippua (2). Toisaalta, kuolleisuustilastojen vertaaminen antaa liian kapea-alaisen käsityksen leikkauspotilaan hoidon laadusta ja meidän tulisi lisäksi huomioida moniulotteisesti leikkauspotilaan nosiseptiivinen, emotionaalinen, kognitiivinen ja fysiologinen toipuminen useana ajankohtana. Mitä laaja-alaisempi henkilön käsitys omasta toimenkuvastaan on, sitä paremmin hän selviytyy työssään (1).

Anestesiologin hartiolle sovitaan perioperatiivisen lääkärin viittaa (3). Leikkausta edeltävä valmistelu, hoito leikkaussalissa ja postoperatiivinen vaihe ovat jo pääsääntöisesti hyvin hoideut. Perioperatiivinen lääketiede tuo lisänä koko tiimin koordinaation ja potilaan kokonaisvaltaisen hoidon, toimintaedellytysten ja voimavarojen tehokkaan käytön. Tiimillä tarkoitetaan laajasti kirurgin lisäksi geriatria, sisätautilääkäreitä, fysioterapeuttia, hoitajia ja myös yleislääkäreitä päiväkirurgian kyseessä ollen. Perioperatiivinen lääketiede parantaa potilasturvallisuutta ja pitkäaikäväl-

laatua. Myös potilas sitoutetaan osallistumaan omaan hoitoonsa ERAS-periaatteen mukaisesti (4). Tarkoitus ei ole laajentaa anestesiologin toimenkuvaa vuodeosastolle. Tarvetta lisäpanokseen kirurgisilla vuodeosastoilla tuntuu joka tapauksessa olevan, sillä Oulussa aloitetaan hospitalistien koulutus. Kirurgit ovat kuulemma liian pitkälle erikoistuneet ja vuodeosastoille tarvitaan lääkäri kantamaan vastuu potilaan kokonaishoidosta ja lääkityksestä. Tavoitteena on osastohoidon tehostaminen ja hoitoaikojen lyhentäminen. Ensimmäisenä kaksivuotisen koulutuksen aloittaa yleislääketieteen erikoislääkäri. Hospitalistiuskin tulee leikkaussaliin anestesiaa antamaan. Joka tapauksessa koulutuksen aloitus kertoo, että leikkauspotilaan hoitopolkuun haetaan koko ajan uusia ratkaisuja toimintaa tehostamaan.

Leikkauspotilaan hoitoon osallistuvista anesthesiologilla on kiistämättä parhaat lähtökohdat kehittää perioperatiivista lääketiedettä. Ottaakamme haaste vastaan. Tämä tulee huomioida erikoislääkärinkoulutuksessa ja SAY:n koulutusohjelmissä. SSAI on aloittanut *Perioperative Medicine and Management*-koulutuksen mutta kaikilla ei ole mahdollisuutta siihen osallistua. On parempi olla aktiivinen toiminnan kehittäjä kuin seurata passiivisesti kehitystä. Vain kuolleet kalat uivat myötävirtaan. ■

Myös potilas sitoutetaan osallistumaan hoitoonsa.

Viitteet

1. Larsson J, Holmström I, Rosenqvist U. Professional artist, good Samaritan, servant and co-ordinator: four ways of understanding the anaesthetist's work. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47: 787-93.
2. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Vallet B, Vincent JL, Hoefl A, Rhodes A. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 380:1059-65.
3. Hynynen M, Salmenperä M. Quo vadis anestesiologia? – Perioperatiiviselle lääkärille on nyt tilausta. *Finnanest* 2012; 45: 210-11.
4. Pere P. Standardoidut toimintatavat ja yhteistyö edistävät gastrokirurgisen potilaan toipumista. *Finnanest* 2017; 50: 8-12.