

Anestesiologi – lääkäri vai tekniikko?

Moderni anestesiologia on suurin piirtein yhtä vanha kuin anestesiologian erikoisala. Suomessa tämä tarkoittaa noin 60 vuotta. Sinä aikana ala on kehittynyt alussa ulkomaisten vierailujen kautta ja myöhemmin oman alan tutkimuksen ja opetuksen kautta. Tämän kehityskauden alussa ja jo vuosikymmeniä sitä ennen anestesiaa antava lääkäri tai hoitaja oli kirurgin apulainen ja toimi yleensä työpaikkakoulutettuna tekniikon tapaan.

Anestesiologian kulta-aika oli nähdäkseen 1970–90-luvuilla, jolloin Suomessakin hyvin aktiivisesti tutkittiin yleisanestesian ja puudutusten farmakologisia ja fysiologisia vaikutusmekanismeja. Nämä tutkimukset loivat pohjan nykyaikaisten monitoreiden kehitystyölle yhdessä lääkintälaiteteollisuuden kanssa. Koska epävarmuustekijöitä oli alkuaikoina vielä paljon, potilaskontaktit, mm. esilääke- ja leikkauksen jälkeinen käynti olivat tärkeitä.

1990-luvun lopussa tapahtui käänne. Työvoiman määrällinen rajallisuus, taloudelliset paineet ja anestesian näennäinen turvallisuus johtivat siihen, että anestesiaerikoisista alkoi tulla pelkästään anestesian antaja (engl. anaesthetist vs. anaesthesiologist). Toinen anestesiaerikoisista tutkii potilaan etukäteen ja kolmas anestesiaerikoisista hoitaa potilasta leikkauksen jälkeen. Leikkaussali-anestesiologi tapaa potilaan usein esilääkittynä. Potilaalle ei jää kohtaamisesta mitään mielikuvaa eikä lääkärin nimi jää mieleen. Voi olla, että tällainen ”ihmiskontaktiton” toiminta sopii joillekin anestesiaerikoisille, ja stressiltä saatetaan välttyä kun lääkärikään ei muista potilaan nimeä työpäivän päättyessä.

Ongelmaa on pohdittu ennenkin. Haluaisin muistuttaa tärkeistä anestesiologien ammatillisen käyttäytymisen tutkimuksista, joita HYKS:n

Korvaklinikan anestesiaerikoislääkäri Ulla-Maija Klemola teki yhteistyössä VTT:n työpsykologin, Leena Norroksen kanssa 1990-luvulla (mm. Klemola U-M, Norros L. Analysis of the clinical behaviour of anaesthetists: recognition of uncertainty as a basis for practice. Medical Education 1997; 31: 449-56). Ainoastaan 5 anestesiaerikoisella kuudestatoista oli psykologisesti määritelty ”realistinen käyttäytyminen”, tulkitseva ja interaktiivinen lähestymistapa, jolla tiedostetaan anestesiatoimintaan sisällytetty epävarmuus. Muilla 11 anestesiaerikoisella oli ”objektivistinen käyttäytyminen”, jolloin potilasta pidetään yleisen tiedon mukaisena luonnollisena ja ennalta-arvattavalla tavalla käyttäytyvänä objektina. Ensiksi mainituilla viidellä anestesiologilla oli oikeanlainen ammatillinen ydinkäyttäytyminen. Tähän tutkimukseen viittaa mm. K. R. Myerson pääkirjoituksessaan British Journal of Anaesthesiassa (1998; 53: 1039-40) ja kysyy toimiiko suurin osa anestesiaerikoisista enemmän tekniikon kuin lääkärin tapaan. Luulen, että tilanne nyt 14 vuotta myöhemmin on yhtä huono, ellei pahempi.

Voidaanko ammatillista käyttäytymistä opettaa nykyisille ja tuleville anestesiaerikoisille? Varmasti voidaan. Erityisen tärkeäksi muodostuu oppimisen arviointi. Varsin helppoa on arvioida anestesiologiaan kuuluvia taitoja, joita opitaan ohjatuilla toistoilla. Sen sijaan koulutuksessa olevan anestesiologin ammatillinen arviointi on vaikeampaa. Jo varsinaisessa koulutuksessa pitäisi opettaa itsearviointia ja reflektointia, harkittua pohdiskelua. Arviointimenetelmien pitäisi myös kannustaa lääkäriä ylläpitämään korkeata ammatillisen käyttäytymisen tasoa. ■