

**Ari Uusaro**

Dosentti, apulaisylilääkäri, MSc (epidemiologia)
KYS, Tehohoidon osasto
ari.uusaro@kuh.fi

**Tero Ala-Kokko**

professori (oa., ma.), osastonylilääkäri
OYS, Anestesia ja tehohoito, Tehohoidon toimialue
tero.ala-kokko@ppshp.fi

ERIKOISALAMME ON ANESTESIOLOGIA JA TEHOHOITO

► Kiitämme klinikaylilääkäri Irma Jouselaa ja professori Arvi Yli-Hankalaa mielenkiinnosta ja kannanotoista Finnanestin tämän vuoden toisessa numerossa ilmestyneisiin kolumniin ja artikkeliimme. Artikkelin kirjoitettiin SAY:n tehohoidon jaoksen pyynnöstä lähinnä keskustelun avaajaksi eikä virallisesti kannanotoksi. Kirjoitusten pääsanomana olivat tehohoidon palvelujakson (vähintään yhdeksän kuukautta) varmistaminen erikoisalallamme ja suositusten antaminen yksiköille riittävän tehohoitolääkärimiehityksen suunnitteluun. Työssä tarvittava henkilöstömäärä on mitoitettu oikein silloin, kun työn laadulliset ja määrälliset tavoitteet saavutetaan työajan puitteissa. Teho-osaston lääkäritarve tulisi arvioida huomioiden työtehtävien määrä ja laatu pelkän potilaspaikamäärän sijasta.

Erikoistumiskoulutuksen tehopalvelun pituudessa Suomi on Euroopan häntäpäässä. Useimmat maat, joissa on kuuden vuoden erikoistumiskoulutus, vaativat 24 kuukauden teho-osastotyöskentelyn. Pohjoismaistakin Ruotsi ja Tanska edellyttävät 12 kuukauden teho-osastotyöskentelyä viiden vuoden koulutusaikana. Erikoisalamme

kouluttajat ovat päättäneet, että nykyisestä yhdeksästä kuukaudesta tehohoidon palvelun kesto pidennetään 12 kuukauteen. Tämä asettaa haasteen allokoitaessa resursseja klinikoissa. Kuten pääkirjoituksessa todettiin, jo tällä hetkellä esteenä nykyiseen palvelun toteutumiseen ovat leikkaussalien tuotannolliset näkökohdat. Olemme yhtä mieltä kollegoiden Jousela ja Yli-Hankala kanssa siitä, että riittävästä leikkaussalianestesiologiain määrästään huolehdittava sekä tuotannollistaloudellisin että potilasturvallisuuskohdin. On kuitenkin vaikea hyväksyä tilannetta, jossa leikkaustoiminnan ylläpitäminen on riippuvainen erikoistuvien lääkäreiden työmäärästä niin, että leikkaustoimintaa jouduttaisiin rajoittamaan tehopalvelun varmistamiseksi. Nykyisessä taloudellisessa tilanteessa on vaikea nähdä uusia vakansseja saatavan ainakaan helposti. Ennen kuin uusia vakansseja vaaditaan, tulisi selkeästi osoittaa nykyisten vakanssien riittämättömyys esimerkiksi työn mitoitus arvioiden. Siinä huomioidaan lääkärimäärän ja rakenteen lisäksi työtehtävät ja hoidettavien potilaiden case-mix. Anestesiatoiminnan järjestämisestä

ja sen vaikutuksesta toiminnan tuloksiin potilasnäkökulmasta ei ole juurikaan julkaisuja.

Toisin kuin professori Yli-Hankala on tulkinnut artikkelimme, tarkoituksena ei ollut ohjeistaa resurssisiirtoja leikkaussaleista teho-osastoille. Työn mitoitus yksikkökohtaisesti, huomioiden tehtävien määrä ja laatu, voi olla lähtökohtana arvioitaessa yksiköissä ja klinikoissa tarvittavaa lääkäri-vakanssimäärää tai miehityksen allokointia niin teholla kuin leikkaussaleissa. Tehohoidossa pelkkä paikkalukuun sidottu lääkärimäärä ei kerro koko totuutta lääkäritarpeesta. Keskeisesti tähän vaikuttavat myös yksiköiden potilasmateriaali, toimintaympäristö ja lääkarilla mahdollisesti olevat muut teho-osaston ulkopuoliset tehtävät sekä tehtäviin tarvittava osaaminen. Nämä ovat sairaalakohtaisia. Artikkelissamme esitettyä mallia lääkäritarpeen arviosta voitaisiin hyvinkin käyttää myös leikkaussaliyksikön lääkäritarpeen arviointiin. Mitoitusmittari avaisi mahdollisuuden vertaisarvioon niin leikkaustoiminnan kuin tehohoidon laatutietokannan kautta.

Anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkärin hyvin laajan



koulutuksen yhtenä tavoitteena on taata, että lääkäri koulutuksen jälkeen hallitsee yleisteho-osaston potilasvalinnan ja hoidon periaatteet sekä kykenee toimimaan yleisteho-osaston lääkärimäisesti. Tehohoidon koulutuksen aikana tulee saada riittävä kokemus mm. elintoimintojen häiriötilojen tunnistamisesta ja hoidosta sekä tehohoidon mahdollisuuksista ja rajoista. Näitä taitoja tarvitsevat myös päätoimisesti leikkaussali-anestesiologiaa tekevät kollegat riippumatta siitä, minkä ASA-luokan potilaita he hoitavat. Lähes kaikki keskussairaaloissa toimivat kollegat osallistuvat teho-osaston päivystykseen ja yliopistosairaaloissa leikkaussaleissa päivystävät kollegat vastaavat myös kriittisesti sairaiden potilaiden perioperatiivisesta

hoidosta ja usein kirurgisten vuodeosastojen akuuttipotilaiden konsultaatioista. Taitojen ylläpitäminen edellyttää säännöllistä työkiertoa teho-osastoilla niin, että työskentely tapahtuu yhdessä vakituisten teho-osaston lääkäreiden kanssa. Keskeistä on myös, että teho-osaston ulkopuolelta tulevilla päivystävillä kollegoilla on käytettävissään riittävä ohjeistus tukemaan mahdollisesti harvoin kohdalle sattuvaa päivystystyötä teholla. Olemme kollega Jouselan kanssa yhtä mieltä siitä, että teho-osastolla päivystävällä lääkärillä tulisi olla mahdollisuus välittömään tehohoitolääkärin konsultaatioon. Tällä hetkellä kaikissa yliopistosairaaloissakaan ei tätä mahdollisuutta ole.

Erikoisalamme lääkäreiden tarve tulee sairaaloissa entisestään

kasvamaan anestesiologin roolin muuttuessa entistä enemmän perioperatiivisen lääketieteen asiantuntijaksi. MET-toiminta, tehovalvontatyyppinen hoito sekä potilaan seuranta tehohoitojakson jälkeen puolestaan lisääntyy varmasti tulevaisuudessa. Tarvitaan entistä tiiviimpää yhteistyötä leikkaussali-anestesiologiaan ja tehohoitoon suuntautuneiden kollegoiden kesken. Klinikayliopistolääkäreiden ja koulutusvastaavien haasteena nyt ja tulevaisuudessa tulee olemaan laaja-alaisen erikoisalamme osien yhteensovittaminen. Sitä ei voi katsoa yksipuolisesti leikkaustoiminnan tai tehohoidon toiminnan järjestämisen näkökulmasta, erikoisalammehan on anestesiologia JA tehohoito. ■