

Moniroolisuus anestesiologin työvälteenä

Mika Mäenpää

Taitavan anestesiologin toiminta on yleensä niin sujuvaa ja tilanteeseen sopivaa, että varsinainen taito näkyy yleensä vain ongelmien ja komplikaatioiden vähyytenä. Tilanteenmukainen toiminta koostuu paitsi yksittäisistä taidoista, niin myös kyvystä orientoitua tilanteen vaatimalla tavalla ja ottaa vaistomaisesti toiminnan kannalta oikea rooli.

Tämän kirjoituksen tarkoituksena on kartoittaa anestesia­lääkärin työhön liittyviä rooleja ja myös ristiriitoja ja jännitteitä, joita niihin liittyy. Ajatuksena on myös kritisoida yksinkertaistuksia siitä, millainen anestesia­lääkärin tulee olla. Erikoisalamme tunnusomaisia piirteitä on työtehtävien laaja kirjo leikkaus- ja teho-osastoilla sekä ensi- ja kivunhoidossa. Varsinkin ammatti-identiteetin rakentumisvaiheessa on hyvä käydä roolikasauma läpi tietoisesti ja löytää ne roolit, joissa on omimmillaan. Aivan yhtä tärkeää on tunnistaa ne roolit, joissa on vielä varaa kehittyä. Näin voi osaltaan välttää kiusausta rajata hankaliksi, vaikeiksi tai tylsiksi kokemiaan rooleja kokonaan pois ammattikuvastaan.

Roolin käsite

Rooliteoreettinen ajattelu juontaa 1900-luvun sosiologiseen teorianmuodostukseen. Roolin käsite on sosiologiassa keskeinen kuten norminkin käsite, ja sillä tarkoitetaan ympäristön odotuksista rakentunutta toimintaorientaatiota. Voimakkaimmin rooli­ajattelun teoreettista pohjaa ovat rakentaneet 1900-luvulla sosiaalipsykologi G.H. Mead ja sosiologi Erving Goffman. Roolien omaksuminen alkaa varhaislapsuudessa ja värittää koko yksilönkehitystä.^{1, 2}

Roolikäyttäytymisessä on jotakin ihan ihmisluonnon ytimessä olevaa. Teatterinkin taidemuotona voi nähdä heijastavan roolikäyttäytymisen syvempää merkitystä ja oleellisuutta ihmiselle.

Roolien ottaminen on ihmiselle tyypillinen yhteisö­käyttäytymisen muoto, joka on mahdollistanut tehokkaan työnjaon yhteisön kesken. On esitetty, että ihminen olisikin kehittynyt muutaman kymmenen yksilön yhteisöissä vähän kuten simpanssikin,³ ja evoluutio olisi suosinut roolikäyttäytymisen mahdollistamaa työnjakoa. Roolien vaihtaminen ja tilan-

nekohtaisuus olisi siis palvellut yhteisön etua yhtenä keinona sopeutua uusiin tilanteisiin ja jäsenten vaihtumiseen, joten taipumus roolikäyttäytymiseen voi olla koodattu ihmisen genomiin. Yhteiskunnan organisaatiot ovat täynnä erilaisia rooleja, joista toiset ovat luonteeltaan pysyvämpiä ja toiset tilanteen mukaan vaihtuvia.

Nykyihmisen roolit

Vaikka ihmis­yhteisöjen koko on kasvanut huomattavasti, niin edelleen nykyihmisenkin välitön lähi­verkosto kattaa rajallisen määrän ihmisiä, yleensä muutaman kymmenen yksilön kokoisen ihmisjoukon. Tätä suuremmat joukot ja työyhteisötkin koetaan helposti ongelmallisen isoina. Roolit ovat saataneet olla aiemmin pysyvämpiä, mutta nykyään kotonana, työssä ja ystäväpiirissä vaihdetaan rooleja usein nopeallakin tempolla. Rooleihin liittyy sekä sisäisiä ja ulkoisia ristiriitaisuuksia, ja ajallemme tyypillisiä ovat ongelmat työroolien sovittamisessa yhteen puolison, vanhemman tai rakastajan roolien kanssa.

Ammatti-identiteetti

Pidän ammatti-identiteettiä yläkäsitteenä, joka koostuu neljästä osasta.

1. Oma persoona on oleellinen ja kaikkein henkilökohtaisin työväline, jota voi itsetuntemuksella oppia tuntemaan ja ehkä kehittämäänkin.
2. Asenteet vaikuttavat jatkuvasti toiminnan taustalla. Ne syntyvät osin työelämän ulkopuolella elinympäristön ja kokemuksen myötä. Ammatillaisen voi odottaa pystyvän päivittämään omia asenteitaan ammattinsa eettisten vaatimusten ja työkuulttuurin kehittyessä.
3. Yksittäiset taidot ovat perinteisesti korostuneet anestesia- ja lääkäri-työssä ja niiden kehittyminen on kärsivällisyyttä ja motivaatiota vaativaa.⁴
4. Ammattiin kuuluvien roolien hallinta vaatii yleensä monipuolista harjaantumista erilaisissa rooleissa, joihin voi sitten tilanteen vaatiessa palata hetkeksi tai pidemmäksi aikaa.

Asiaan liittyvä käsitteistö on hajanaista ja päällekkäistä ja esittämäni jaottelu luonnollisesti vain yksi mahdollisista. Olen koettanut jäsentää ammatti-identiteettiin liittyviä käsitteitä kaavioon 1 yllä mainitsemieni osatekijöiden muodostamaan nelikenttään. Lääkäri-ammatti-identiteetin kehittymistä on tutkittu myös henkilökohtaisen kokemisen suunnasta mm. opiskelijoita haastatteleamalla.⁵ Sivuan tässä esityksessä asiaa kuitenkin lähinnä anestesiologin ammattiin liittyvien roolien suunnasta ja kuvaan lähinnä konkreettisia ja havaittavissa olevia rooleja.

Anestesia- ja lääkäri- rooleja

Osa rooleista on kiinteästi sidoksissa yksittäiseen työtehtävään ja osa pysyvämpiä rooleja ja luonteeltaan lähempänä perusorientaatiota ja asenteita.

Leikkaussalissa anestesiologilla on perinteisesti nukuttajan tai puuduttajan rooli, johon liittyy käden taitoja, riskien hallintaa, vastuunottoa, ennakoitua ja kykyä reagoida nopeasti vaihtuviin tilanteisiin. Tässäkin roolissa toimimisessa on yksilöllisiä vivahteita ja erilaisia orientaatioita on tutkittukin.⁶ Anestesia- ja lääkäri-työssä pysähtyy välillä reaaliaikaisen fysiologin rooliin pohtimaan elintoimintojen muutosten taustoja. Oleellisia ovat myös tiimin vetäjän ja joskus tunnelmanluojankin roolit.

Laajemmin leikkausosastolla toimiminen käsittää rutiinien ja tilanteenmukaisen toiminnan vuorotte- luan. Konsultin roolissa joutuu ottamaan kantaa mitä moninaisimpiin asioihin, kanyloijan roolissa puolestaan saa hetken keskittyä kädentaitojen ylläpitoon. Päivän töiden järjestyksestä vastaajan rooli puolestaan harjaannuttaa laajempaan vastuunkantoon.

Anestesiologin perioperatiivinen rooli vuodeosastoilla hakee muotoaan. Vuodeosastolla toimitaan yleensä ahtaissa ajallisissa puitteissa. Seuraavan päivän potilaiden katsomiselle on aikaa varattuna vaihtelevasti tai ei ollenkaan. Ehkä vielä vaikeampaa on potilaiden jälkiseuranta voinnin ja kivunhoidon suhteen. Tehtäviä osastolla olisi yleensä tarjolla vaikka kuinka: medisiinisiä kannanottoja lääkityksiin, nesteytyksiä, kipukonsultaatioita. Aikapulaa ja teh-

Kaavio 1.



tävien rajaamista on koettu ratkaista erilaisilla menetelmillä: vuoropäivinä tapahtuva anestesiakierto, anestesiahoitajien preoperatiivinen haastattelu ja kivunhoitoverkoston luominen. Yksi tapa koettaa hallita osastotyöskentelyä on osastosta vastaavan anestesia-
lääkärin nimeäminen. Tässäkään roolissaan anesthesiologi ei yleensä ehdi paneutua varsinaiseen osastolla toimimiseen vaan enemmänkin laatii ja ylläpitää kirjallisia ohjeita ja rutiineja, ja toimii osaston ja leikkausosaston välisenä kommunikaatiokanavana.

Anestesiapäivystäjän roolissa jatketaan toisaalta päiväsaikaista toimintaa, mutta toisaalta päivystysolosuhteet vaativat ehkä enemmän priorisointia ja järjestelyjä. Päivystäjänä keskittyy myös menetelmiin jotka varmimmin osaa yksin, kiireessä ja väsyneenäkin.

Ensihoidossa tärkeää on tilannejohtajan rooli ja nopea tärkeysjärjestysten määrittely kädentaitoja ja medisiinistä silmää unohtamatta. Ensihoidon roolien ja asenteiden tuominen sairaalan seinien sisäpuolelle ensiapupoliklinikalle ja siitä eteenpäin lisää toiminnan sujuvuutta ja päämäärätietoisuutta.

Tiedonhallinta on yksi oleellisimmista asioista anesthesiologin työssä. Näyttöön perustuva lääketiede asettaa tiukat vaatimukset toiminnalle, joka on yhä useammin pystyttävä perustelemaan sekä lääketieteellisesti että juridisesti. Tieteellisen tiedon luotettavuuden arvioinnissa korvaamatonta on toimiminen tutkijan roolissa jossain vaiheessa. Tiedettä tehdään mm. teoreetikon, pragmatikon, perustutkijan ja kliinisen tutkijan rooleissa, joista kaikista on hyötyä tiedonhallinnassa. Sekä oppijan että opettajan rooleissa joutuu toimimaan tieteellisen tiedon tulkitsijana. Jokainen anesthesiologi joutuu kehittämään itseään myös tiedon jakajana: luennoitsijana seminaareissa ja kokouksissa.

Teho-osasto on luonnollisesti oma maailmansa, mutta tiukasti sidoksissa operatiiviseen toimintaan ja ensihoitoon. Taloudellisesti ja lääketieteellisesti merkittävimpiä anesthesiologin rooleja on tehohoito-tarpeen arvioitsijan rooli. Kriittisesti sairaan potilaan tunnistamisen lisäksi on osattava arvioida kokonaisuus: tulokseton tehohoito ei ole inhimillisesti eikä lääketieteellisesti oikeutettua, ja voi lisäksi viedä paikan sitä todella tarvitsevalta.⁷ Teho-osastolla toimiminen antaa anesthesiologin roolikasaumaan tärkeän lisän, vaikkei elämäntyötään varsinaisella teho-osastolla suunnittelisi tekevänsäkään. Hoitavan lääkärin roolissa toimiminen tuo tärkeän laajennuksen ajattelutapaan ja asenteeseen. Potilastietojen kirjaajan roolissa voi puolestaan harjaannuttaa tarkkuuttaan ja valmiuksiaan mahdollisia seuraamuksia varten.

Kivunhoitolääkärin roolissa toimiminen vaa-

tii laajaa näkemystä ja myös runsaasti yleismedisiinisiä taitoja. Kipupoliklinikalla toiminnan voikin nähdä eräänlaisena generalistin ja specialistin roolien vuorotteluna. Kivunhoitoon kuuluu moniammatillisuuden myötä vahvasti yhteistyö ja tiimin jäsenen roolissa toimiminen. Kivunhoidossa anesthesiologeilla on ollut perinteisesti myös toimenpiteiden tekijän rooli ja monet potilaat yhä vieläkin odottavat jonkinlaista operaatiota tai temppeä, joka vie kivun pois. Ja vaikka näihin odotuksiin on usein mahdollonta vastata, kuuluu kivunhoitotyöhön toki oleellisesti mahdollisuus kehittyä operatiivisessakin roolissa.

Anesthesiologiseen kenttään liittyy runsaasti eritasoista organisointia ja hallinnointia. Anesthesiologin rolikasaumaan kuuluuakin oleellisena osana organisoinnin rooli. Tähän rooliin harjaannutaan pikkuhiljaa erilaisten vastuiden ja myös mallioppimisen kautta, tavoitteena potilaiden optimaalinen hoitaminen, töiden sujuminen, priorisointi ja hyvin toimiva työyhteisö.

Viestintätaidot

Anestesia-
lääkärin työ on luonteeltaan myös konsulttoivaa ja toimiminen erilaisten tiimien jäsenenä alleviivaa taitojen ja roolien hallinnan lisäksi viestintätaitojen tärkeyttä. Siinä missä vastaanottavan lääkärin viestintä on suurelta osalta puheen käyttämisestä työvälineenä potilaan kanssa,⁸ niin anestesia-
lääkärin viestintätaidot joutuvat koetukselle useampaan suuntaan: keskusteluja eri alojen kollegoiden, leikkaussalin tiimin, toisten anesthesiologien ja omaisten kanssa, potilastakaan unohtamatta. Tällaisia vaihtuvia viestintätilanteita tukee asettuminen oikein valittuun tilannerooliin.

Erilaisissa tilanteissa viestitään eri tavalla. Operatöörin kanssa pyrkii usein viestimään yhteisymmärrystä diplomaattisesti tavoitellen ja tietoa jakuen. Anestesiahoitajan kanssa leikkaussalissa on helppo hakea avointa kanssakäymistä, jonka puitteissa voi tuoda pienimmätkin havainnot potilaan tilasta esille kumpaankin suuntaan. Potilaalle puolestaan tietoa joutuu antamaan ymmärrettävässä muodossa medisiinistä slangia välttäen ja luottamusta herättäen. Tehohoitopotilaan omaisen kanssa keskustellessa on syytä toimia harkiten ja antaa tietoa sen verran kun arvelee toisen sitä pystyvän kerralla ottamaan vastaan. Samalla on syytä välttää liiallista tai katteetonta optimismia.

Oppijan roolissa kokeneemman kollegan toimia seurattaessa on hyvä pyrkiä kysymään oleellisia asioita, ja samalla yritettävä kuitenkin välttää toiminnan liiallista häirintää. Opettajan roolissa puolestaan on

luonnollista selittää oman toiminnan perusteita normaalia enemmän ja käydä ikään kuin teorian ja käytännön vuoropuhelua. Usein opastajan rooliin kuuluu vastuun antaminen oppijalle, kuitenkin niin että toimii samalla taustatukena. Organisoijan rooliin taas kuuluvat työnjaon perustelu ja vastuunkannon ilmapiirin luominen toiminnan sujumisen suhteen.

Rooleihin liittyviä ongelmia

Roolikäyttäytymiseen liittyy taipumus rajata omaa rooliaan alaspäin. Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisellä on taipumus rajata vähemmän arvostettuja tehtäviä pois roolistaan työurallaan etenemisen myötä. Usein myös jonkin hyvin vaativan roolin omaksumisvaiheessa joutuu keskittymään niin voimakkaasti, että vaistomaisesti sulkee muita työ- ja kotiroolejaan ikään kuin pois päältä siksi aikaa kunnes uusi rooli on omaksuttu. Anestesiologin työ ei ole roolien rajaamisen suhteen poikkeus.

Esimerkkeinä vähemmän arvostetuista tehtävistä tai rooleista ovat tipanlittäjän rooli, potilasta saattavan lääkärin rooli, kuvantamisanestesian antajan rooli, muutamia mainitakseni. Alaspäin rajaaminen ei välttämättä liity niinkään tehtävän tärkeyteen tai vaativuuteen, vaan ehkä enemmänkin joihinkin inhimillisesti katsoen yksitoikkoisiin piirteisiin mainituissa rooleissa ja vallitsevan työ- kulttuurin arvostuksiin. Vaikeaksi tai itselle vieraiksi koettujen roolien rajaaminen on luonnollista puolestaan siitä syystä, ettei kaikkea kuitenkaan voi hallita. Mikä toisaalta on koko erikoistumisjärjestelmämmekin perusasioita.

Kaikenlaisessa yhteistyössä on oleellista osatunnusta välillä toisen asemaan. Joutuminen potilaan rooliin on avannut monelle pitkäänkin alalla työskennelleelle uuden näkökulman. Yhtä lailla avartavaa on olla potilaan omaisen roolissa ja koettaa tasapainoilla passiivisen seuraajan ja aktiivisen toimijan roolien välillä. Yhteistyön kannalta voi olla hedelmällistä tutustua lähemmin myös anestesiahoitajan rooliin. Vierailu kirurgin tai sisätautilääkärin rooleissa antaa myös näkökulmaa, vaikkei se enää erikoistumisen kannalta olekaan fyysisesti pakollista.

Anestesiologin työn yhtenä ongelmana on tehtäväkentän laajuus. Joka paikkaan ei ehdi ja kaikkien ei voi sataprosenttisesti paneutua. Epävarmuuksien sietäminen ja jopa omien taitojen rajojen löytäminen on kuluttavaa, mutta toisaalta työ- lemme ominaista. Juuri ympäristön ajoittain koh- tuuttomista ja joka suuntaan repivistä odotuksista saattaa syntyä väsymistä aiheuttavia ristiriitoja.

Synergia

Anestesiologin rooleilla vaikuttaisi olevan selkeä synergia keskenään. Kokemus tehohoitolääkärin roolista auttaa leikkausosastolla ja ensihoidossa toiminnan tärkeysjärjestystä arvioidessa ja yhä oleellisemmaksi käyvässä priorisoinnissa. Samalla lailla tutkijakokemus auttaa tiedon luotettavuuden arvioinnissa silloin, kun pitää valita yksittäinen hoitolinja tai laatia perehdytysohjeita koko leikkausosastolle.

Kivunhoitolääkärinä toimiminen alleviivaa luonnollisesti perioperatiiviseenkin kivunhoitoon paneutumista ja kivun kroonistumisen ennaltaehkäisy- syn tärkeyttä. Mutta myös yhteistyön ja tiedon jakamisen tärkeyttä, koska koko valtavaa kivunhoidon kenttää ei kuitenkaan voida anestesia- lääkäreillä miehittää. Ensihoitolääkärin rooli puolestaan auttaa tilannejohtajan roolin ottamisessa ja tuo parhaimmillaan ensihoidosta tuttua nopeaa tärkeysjärjestyksien pohtimista ja toimintaa sairaalan seinien sisäpuolel- le.

Aina synergia ei tarvitse erillistä roolin muuttamista kesken toiminnan, vaan toisessa roolissa opittuja taitoja voi usein suoraan käyttää toisessa- kin roolissa. Ongelmia synergian suhteen sitä vastoin voi tulla silloin, kun ammattirooleissa opitut toimintamallit jäävät vallitseviksi myös koti- ja vapaa-ajan rooleissa. Toisaalta lienee hyväksyttävä, että ammatti-identiteetti saattaa osaltaan vaikuttaa myös oman persoonallisuuden kehitykseen, vaikkei kai- kista anestesiologeista tulisikaan neurootikkoja ja kirurgeista psykopaatteja, kuten tunnettu hokema en- nustaa.

Tulevaisuudessa korostuvia rooleja

Tulevaisuudessa viestintätaidot korostuvat. Ajatus anestesia- lääkärityöstä ilman paperitöitä jää historiaan, kun kaiken tekemisen pitää olla yhä läpinä- kyvämpää ja toiminnan ja perustelujen jälke- n päin osoitettavissa. Viestinnän rinnalla myös yhteistyö- taidot painottuvat entistä enemmän.

Toisaalta voisi odottaa kokoavien roolien, joissa tarvitaan organisointi- ja johtamistaitoja, nousevan keskeisiksi lisääntyvän priorisoinnin tarpeen vuoksi. Monin tavoin raskaammaksi käyvä potilasmateriaali vaikeuttaa toiminnan rakentamista rutiinien va- raan. Pieniriskiset potilaat osataan kuitenkin erottaa pa- remmin ja hoitaa yhtenäisin hoitokäytäntein. Ope- ratiiviseen toimintaan liittyy tuotteistamisen painei- ta ja eri muodoissa järjestettyä tarjouskilpailua, jo- ten mahdoton ajatus ei ole jopa yrittäjän tai amma- tinharjoittajan roolin korostuminen.

Tiedonhallinnasta tulee järjestelmällisempää sekä

lääketieteellisen tiedon että yksilöllisen potilastiedon suhteen. Tätä kehitystä tukevat näyttöön perustuvan lääketieteen yleinen kehitys ja potilastietojärjestelmien kehittyminen. Tietotekniikan hallinta helpottuu järjestelmien käyttäjäystävällisyyden myötä ja päästään viimein vaiheeseen, jossa tekniikan sijasta voidaan kehittyä sisältöön.

Moniroolisuuden edellytysten huomioiminen

Moniroolisuus asettaa suuren haasteen anestesiayksikön johtamiselle. Tarvittavat henkilöresurssit tulisi arvioida siten, että tilaa ja aikaa jää useammassa rooleissa toimimiselle. Jos resursointi on kovin kireää tai anestesia-ikäreistä on pulaa, niin silloin resurssit riittävät vain ydintoiminnan ylläpitämiseen ja monet kehittymisen kannalta oleelliset roolit kuten oppijan, opettajan, tutkijan ja osastokonsultin roolit jäävät jalkoihin. Aidosti useammassa roolissa toimiminen pääsee kehittymään vasta, kun työkuultuurimme ja ammattikuntamme asenteet kasvavat arvostamaan potilastyön vastapainona myös muita anestesiayksikön muotoja ja niille varataan suunnitelmallisesti aikaa ja resursseja.

Moniroolisuuden omaksuminen ja ylläpitäminen asettaa vaatimuksia myös työkierrolle. Yksitoikkoisuutta sisältäviä rooleja on hyvä pitää kiertossa, ettei työmotivaatio tule uhatuksi. Sama pätee kääntäen myös arvostettuihin ja taitoa vaativiin rooleihin: niiden kierrättäminen lisää uuden oppimisen mahdollisuuksia ja monipuolistaa roolikasaamaa. Erikoisosaamistakaan ei ole järkevää jättää kovin harvoille hartioille, sillä se tekee puolestaan itse organisaatiosta haavoittuvan.

Liiallinen ja jatkuva roolien vaihtaminen voi olla myös raskasta, kuten jokainen erilaisissa päivystyspäästäjän rooleissa toiminut muistaa. Jopa erikoistumisvaiheessa on tärkeää saada omaksua kukin rooli rauhassa, eikä päivittäisen tai viikoittaisen paikasta toiseen singahtelun lomassa.

Moniroolisuuden mukanaan tuoma laajahko näkemys operatiivisen toiminnan järjestämisestä suosii anestesiologioiden toimimista leikkausosaston toiminnasta vastaavina organisoijina ja johtajina.

Yksittäisen leikkausosaston koko ja organisaatio puolestaan olisi hyvä optimoida niin, että moniroolisuudelle jäisi sopivasti tilaa, aikaa ja mahdollisuuksia kasvattamatta osastoa kuitenkaan niin suureksi, että työyhteisön viihtyvyys kärsii.

Moniroolisuus on yksi anestesiayksikön rikkauksia, joskin roolien moninaisuuden tuomat ristipaineet saavat helposti aikaan myös riittämättömyyden tunteita. Yhtä oleellista kuin uusien roolien ennakoluuloton omaksuminen, on tunnistaa itselle ominaisimmat roolit ja huolehtia myös omasta jaksamisestaan roolien ristipaineissa. Kaikkea kun ei voi eikä tarvitse osata täydellisesti.

Aika näyttää pysyvätkö anestesiologia, kivunhoito, ensihoito ja tehohoito saman sateenvarjon alla vai valtaako aika ajoin päätään nostava eriytymiskehitys jälleen alaa. Anestesiologin roolien synergia ainakin osaltaan tukee erikoisalamme moninaisuutta. Nykyisen kaltainen tilanne, jossa kukin voi spesiaLiteetin sisällä ainakin joltain osin painottaa ja rajatakin ammatti-identiteettiään itselleen hyvältä tuntuviin rooleihin, voi hyvinkin olla lähellä optimaalista. Varsinkin jos samalla pystyy säilyttämään kyvyn pistäytyä repertuaarinsa muissakin rooleissa. □

Kirjallisuusviitteet

1. Sulkunen P. Johdatus sosiologiaan. WSOY 1987.
2. Allart E. Sosiologia I. WSOY 1987.
3. Adler-Karlsson G. 90-luvun oppikirja. Gummerus 1990.
4. Mäenpää M. Novisista ekspertiksi. *Finnanest* 2001; 34: 237–239.
5. Rynänen K. Constructing physicians' professional identity – Explorations of students' critical experiences in medical education. Väitöskirja, Oulun yliopisto, 2001.
6. Klemola UM, Norros L. Practice-based criteria for assessing anaesthetists' habits of action: outline for a reflexive turn in practice. *Med Educ* 2001; 35(5): 455–464.
7. Takkunen O, Pettilä V. Tehohoidon tarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 58: 1161–1164.
8. Engeström R, Ruusuvoori J. Puhe lääkärin työvälineenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Duodecim* 2003; 119: 303–311.

Mika Mäenpää
erikoistuva lääkäri, TYKS
mika.maenpaa@tyks.fi