

Finnanest loppuvuonna 1979

Puheenjohtaja Risto Collan toivottaa obligatorisen retrospektiivisen sää tiedotuksen jälkeen jäseniä runsaslukuisena joukkona tervetulleeksi edessä olevaan vuosikokoukseen. Lisäksi hän kirjoittaa yhdistyksen valtuuskunnan käynnistä sosiaali- ja terveysministerin luona puhumassa synnytyksanalgesian vaatimista virkajärjestelyistä. Käynti oli Collanin mielestä aiheellinen, ”sillä ainakin puolet kansasta on ajatuksen takana”, ovathan naiskansanedustajatkin ajaneet asiaa oma-aloitteisesti eduskunnassa.

Finnanestin tieteellisten kirjoitusten siirtyminen korkeakoulujen vastuulle osoittautunut toimivaksi ratkaisuksi

Eroava sihteeri Olli Takkunen kiittää puolestaan kuluneiden kahden viimeisen vuoden järjestelyjä, joiden seurauksena kunkin korkeakoulun anestesiayksiköt ovat vuorollaan vastanneet lehden tieteellisistä kirjoituksista. Tämä on turvannut lehden ilmestymisen täysipainoisena ja osoittautunut muutenkin hyväksi käytännöksi. Asiantuntijoiden, kirjoittajille osoitettujen, erittäin kohteliaiden kiitosten jälkeen hän tiedottaa vuosikokousjärjestelyistä ja kertoo vuosikokouksen yhteydessä yhdistyksen johtokunnassa tapahtuvista muutoksista.

Eroava sihteeri päättää palstansa elegantisti ja opettavaisesti: ”Vaikka tehtävät ovatkin ajoittain työllistäneet aika lailla, ovat ne kuitenkin olleet antoisia ja mielenkiintoisia. Anestesiologia suhteellisen pienenä spesialiteettina tuppaa helposti jäämään suurempien erikoisalojen jalkoihin. Kuitenkin aktiivinen yhdistystoiminta on mielestäni eräs sangen hyvä tapa ajaa anestesiologian asiaa”.

Koulutuspalautetta ja uusia erikoistumisäädöksiä

Kolmantena ”palstanhaltijana” on jatko- ja täydennyskoulutustoimikunta, joka kertoo aluksi 7.9.1979

pidetystä kurssista ”Anestesia-aineet ja niiden haitat”. Loppukeskustelussa kurssilla olleet 22 apulaislääkärinä esittivät mm. seuraavaa kritiikkiä: ”Luentorungosta olisi hyötyä; se helpottaisi muistiinpanojen tekoa ja luentojen seuraamista, luennoitsijoiden tulisi esittää tärkeimmät kirjallisuuslähteet, ryhmäopetus kannatettavaa, mutta ryhmien pitäisi olla pienempiä kuin nyt, jolloin kussakin ryhmässä oli 15–19 kurssilaista”.

Kritiikin jälkeen palstalla seuraa tarkka selonteko erikoistumisesta uusien pätevyysvaatimusten mukaan. Ne käsittävät seuraavat pääkohdat: Erikoislääkärin tutkinto koostuu yleiskoulutuksesta, erikoiskoulutuksesta ja valtakunnallisesta kirjallisesta kuulustelusta. Yleiskoulutus koostuu yhden vuoden pakollisesta ja yhden vuoden vapaavalintaisesta yleiskoulutuksesta, joista pakollisen tulee olla kokonaan ja vapaavalintaisen pääosin suoritettu ennen erikoiskoulutusta. Pakollinen yleiskoulutus koostuu puolen vuoden avoterveydenhuollon ja puolen vuoden vuodeosastopalvelusta. Avopalveluun tulee sisältyä vähintään 10 vrk etupäivystystä. Vapaavalintainen palvelu voidaan suorittaa missä tahansa, kuitenkin yhteenlaskettua palvelua samalla erikoisalalla tulee olla vähintään kolme kuukautta, tai lääketieteellisessä tutkimustehtävässä puoli vuotta.

Erikoiskoulutuksen kesto on neljä vuotta, josta pääsääntöisesti kaksi vuotta samassa paikassa. Palvelut tulee suorittaa kahdeksan vuoden aikana.

Käytännön palveluun liittyy kouluttajan antama työnohjaus ja ohjelmoitu toimipaikkakoulutus. Koulutukseen tulee sisältyä 20 tuntia hallinnollista koulutusta ja 60 tuntia kurssimuotoista koulutusta. Viimeisen erikoistumisvuoden aikana suoritettavaan kuulusteluun saa osallistua enintään kolmeen neljästä järjestettävästä kuulustelusta. Erikoislääkärin oikeus haetaan lääkintöhallitukselta asiaankuuluvalla lomakkeella.

Palstalla julkaistiin myös syyskuussa 1979 pidetyn erikoislääkäritentien kysymykset, joiden aiheina olivat atropiinin käyttö ja merkitys anestesiassa, hengitysteiden tyhjennys, ilmaembolian ehkäisy, toteaminen ja hoito sekä anestesiakaasujen kustutus.

Puheenjohtaja Collanin Odensen kongressikuulumisten jälkeen seurasi neljä, runsaat 30 sivua kattavaa, tieteellistä kirjoitusta, joista kolme käsiteli pediatria anestesiaa: T. Suutarinen: *Pediatrisen anestesia Suomessa*, K. Lauritsalo: *Lasten anestesia keskussairaalassa* ja E-L. Lindfors: *Ventilation in children*. Neljännessä M. Paloheimo selvitti ”Kaasunpoistojärjestelmien käyttöä”. Koska 30 sivun tiivistäminen meille varattuun tilaan osoitautui mahdottomaksi, päädyimme keskittymään Paloheimon kirjoitukseen. Kirjoituksen mutkikkaan matemaattisuuden masentamina jouduimme kääntymään tekijän itsensä puoleen ja pyysimme kommenttikirjoitusta alkuperäiseltä kirjoittajalta, dosentti Markku Paloheimolta. □

KOMMENTTI

Kaasunpoistojärjestelmät käyttöön

1970-luvun lopussa olin Anestesiologian laitoksen palveluksessa apulaisopettajana ja yritin kehitellä II Kirurgian klinikan leikkausosaston laitteistoa. Skandinaaviselta taholta oli tullut vaatimuksia kaasunpoiston käyttöönotosta ja määräyksiä korkeimmista sallituista anestesiakaasupitoisuuksista leikkausaleissa (N₂O, höyrystyvät anesteetit). Hoitokeinoiksi tarjottiin kaasunpoistojärjestelmiä ja hyviä työtapoja etenkin maskiventilaation yhteydessä, jolloin maskin ja kasvojen välistä saattoi vuotaa suuriakin määriä anestesiakaasuja salin henkilökunnan hengitettäväksi. Konevalikoimamme oli laaja (Servoja, Engströmejä, Manleyn respiraattoreita ja muutama Drägerin kiertojärjestelmäkone). Kaikille näille oli yhteistä, että uloshengityskaasut purkautuivat ulos yhdestä putkesta ja yleensä suoraan huoneilmaan. Oli siis selvä haaste katsoa, miten uloshengityskaasu tai ylivirtauskaasu olisi kaapattavissa ja johdettavissa ulkoilmaan.

Ystäväni Simo Salanteen kanssa ryhdyimme ratkomaan uloshengityskaasun ja kaasunpoistovirtauksen dynamiikkaa ja saimmekin katsauksen hyväksytyä *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*an ensimmäisellä kerralla ilman kommentteja¹. Saman tien jouduin suomentamaan jutun Finnanestiin, mistä tämä yhteenveto:

Joissakin anestesiaventilaattoreissa (Engström)

oli sovellettu suljettua kaasunpoistojärjestelmää, joka oli varustettu yli- ja alipaineventtiileillä, mitkä muodostivat tietyn vaaratekijän, kun venttiilit liimautuivat kiinni eikä uloshengityskaasu päässyt vapaasti purkautumaan ulkoilmaan. Turvallisempi ja tuolloin kaikissa anestesiakoneissa ollut avoin kaasunpoistojärjestelmä perustui putkeen, jonka toiseen päähän uloshengitystilavuudet johdettiin ja joka tuuletettiin siten, että huoneilmaa imettiin tästä varaajasta jatkuvalla virtauksella salin kaasunpoistojärjestelmään tai tuuletuskanavaan ja sitä kautta ulkoilmaan.

Tarkastelimme erilaisia avoimia kaasunpoistojärjestelmiä sekä matemaattisesti että kokeellisesti ja laadimme taulukon, josta voi päätellä erisuuruisten uloshengitystilavuuksien (VT) vaatimaa kaasunpoistovirtausta (VS) tunnetusta varaajasta. Taulukko löytyy sekä Actasta että Finnanestista, jos jotakuta kiinnostaa oman leikkaussalinsa kaasunpoiston tehokkuus. Esitimme myös muutaman kotitekoisen kaasunpoistojärjestelmän.

Nykyaikaiset anestesiakoneet on varustettu tehokkailla kaasunpoistomenetelmillä ja niissä on myös indikaattori, josta näkee, että kaasunpoisto on päällä ja toimii. Jos on epäilyksiä, voi hiilidioksidimonitorin kaasunpoistovaraajan ulkosuulla käydä nuuskimassa, pääseekö uloshengityskaasu karuun.

Markku Paloheimo, anestesiologian dosentti, HY

Viite: 1. Paloheimo M, Salanne SO: Open scavenging systems, *Acat Anaesth Scand* 1979; 23: 596–602.