



# kirje

## Irma Jousela

Klinikkaylilääkäri, LKT, dosentti,  
tehohoidon erityispätevyys  
Hyks, Operatiivinen tulosyksikkö,  
ATEK, Anestesia- ja leikkausyksiköt

## LEIKKAUSSALITYÖ ON AIKATAULUTETTUA

► Finnanestin numerossa 2/2014 tehohoidon kollegat professori Esko Ruokonen (1) ja toisessa kirjoituksessa (2) dosentti Ari Uusaro ja professori Tero Ala-Kokko ottivat kantaa tehohoitolääketieteen koulutustarpeeseen sekä tehohoitolääkärien tarpeeseen ja määriin teho-osastoilla. Hyvien kirjoitusten ilmeisenä tarkoituksena on innostaa leikkaussalin puolella tekeviä kollegoita syventämään ja päivittämään tehohoidon osaamistaan.

Mielenkiintoinen on professori Ruokosen näkemys siitä, että perioperatiivisen hoidon onnistumiseksi pitää olla syvällistä tehohoidon osaamista. Kyllä meillä vielä tehdään ASA 1–2 potilaiden pintakirurgiaakin, mutta valtaosin työ on muuta. Salissa työskentely vaatii jatkuvaa potilaan tilan seurantaa ja siihen reagoimista, erityisesti kun kirurgia aiheuttaa olosuhteiden muutoksia, vaikka rintakehän avaamisen tai vatsaontelon paineen noston tai äkillisen verenvuodon vuoksi. Lähtökohtaisesti huonokuntoisia monisairaita potilaita löytyy erityisesti verisuoni- ja sydänkirurgien saleista ja päivystyspotilaista.

Maamme tehoilla on ihailtavasti saatu kuolleisuusluvut hyvälle tasolle. En kuitenkaan ymmärrä, miksi kirjoittajat vertaavat tehopotilaiden kuolleisuutta anestesiaan tai leikkaamiseen liittyvään kuoleman riskiin. Jos kaiken kirurgian jälkeinen kuolleisuus olisi samalla tasolla kuin tehohoidon (14%) ei kai kovin moni uskaltaisi tulla leikattavaksi (3)?

Uusaron ja Ala-Kokkon kirjoituksen (2) taulukoissa 1 ja 2 on lueteltu tehoolääkärien toimenkuvaan liittyviä töitä ja niihin kuluva aikaa. Kumpikin taulukko sopii hyvin myös salianestesiologien toimenkuvaksi, sillä salinkin puolella opetetaan, perehdytetään,

ylläpidetään omaa ammattitaitoa sekä tehdään tutkimus- ja kehittämistyötä. Salin puolen suuret volyymit houkuttelevat myös muita ryhmiä opetettaviksi, kuten intubaatiota harjoittelevat muiden erikoisalojen kollegat. Paperityöt ovat meillä vähäisempiä, vaikka preop/leiko tms. pkl viekin aikansa. Kuolintodistuksen kirjoittaminen salipotilaalle on yleensä kirurgin työtä.

Eri kysymys on missä määrin erikoistuvalla voi/pitää teettää potilastyötä salissa. Vaikka erikoistuvat teho-osastoilla oppisivat enemmän hemodynamiikan ja hengityksen hoitoa, pitää myös erilaiset anestesioteknikat ja anestesiologiset toimenpiteet hallita itsenäisesti ja lisäksi oppia itse kirurgian vaikutus potilaan vointiin sekä organisoimaan salin työt ja tiimien kustannustehokas hyödyntäminen.

Hämmästyttä herättää kummasakin kirjoituksessa oleva näkökanta salien ja tehohoidossa työskentelevien kollegoiden määrien jakokulmasta. Sali- ja tehotyö ovat rytmiltään erilaisia: salissa anestesiologi on osa tiimiä, jonka pitää saada päivälle suunnitellut toimenpiteet tehtyä ja päivät suunnitellaan täysiksi. Salitunnin hinta on niin korkea, ettei enää ole varaa odottaa ketään, vaan toiminnan on pyörittävä joka salissa viiveettä. Tämä muokkaa anestesiologin toimenkuvaa huomattavasti, sillä on pystyttävä nukuttamaan/puuduttamaan ja herättämään potilas viiveettä 1–2 tai edelleen jopa kolmessa salissa. Lisäksi työt ulkopisteissä (sedaatiot esim. endoskopioidessa, synnytysepiduraalit) ja heräämössä (CV/dialyysikatetrit ei-leikattaville potilaille) pitää saada tehtyä ajallaan. Teho-osastolla tehoolääkäriin mahdollisuus itsenäisesti aikatauluttaa tekemisiään on suurempi.

Salien Intensium-aineistosta voi päätellä, että salit pyörivät varsin hyvällä täyttöasteella, joten anestesiologeja tuskin löytyy siirrettäväksi teho-osastoille salin toiminnan kärsimättä. Tämä riippuu toki leikkauksmäärästä, ja mikäli ne laskevat, niin resurssia vapautuu saleista. Jos potilasmäärät eivät pienene, niin olisiko tässä kohdassa oikeampaa pohtia mistä saadaan uutta lisäresurssia tehoille kuin siirtää salien anestesiologeja pois saleista? Ihmetyksekseni kummassakaan kirjoituksessa ei mainittu tehohoitolääkärien mahdollisuudesta/tarpeesta siirtyä 24/7 kattavaan (vuoro)työhön, niin että jokaisella teholla olisi aina työvuoronsa ”oikea” tehohoitolääkäri? Tehon ulkopuolinen, osaavakaan kollega, ei millään yhden päivystysyön tai –viikonlopun aikana ehdi perehtyä tehon potilaisiin samoin kuin sinne jatkuvasti sijoitettu lääkäri. Missä määrin tehojen tulokset edelleen paranisivat tällaisella muutoksella?

Kirjoittajat vetoavat potilasturvallisuuteen ja lääkärien työhyvinvointiin, mutta eivät ole varmoja ovatko leikkaussalit yliresursoituja vai vain teho-osastot aliresursoituja. Auttaisiko laajamittainen työkierto leikkaussalien ja teho-osastojen kesken selvittämään tätä ongelmaa? Ja samalla parantamaan kaivattua osaamista yhteistyön hengessä? ■

### Viitteet

1. Ruokonen E. Tehohoitolääketieteen koulutusta on vaalittava. Finnanest 2014; 47: 117.
2. Uusaro A, Ala-Kokko T. Mikä on tehohoitolääkärien tarve teho-osastoilla. Finnanest 2014; 47: 132–6.
3. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, ym. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. Lancet 2012; 380: 1059–65.