

Arkkiatrin puhe 22.11.2002

Risto Pelkonen

Untako vain? Ainakin unelmia kivuttomuudesta ja seikkailusta mielen maailmassa, tietoisuuden tuolla puolen ja elämän ja kuoleman rajamailla. Mutta miksi juuri anestesia siis tunnottomuus, melkein kuin tunteettomuus? Kaikella on syynsä ja lääketieteessä ne ovat yleensä antiikissa.

Kun kuuluisa Morton yritti patentoida menetelmänsä nimellä Letheon, se ei olisi ollut oikein reilua, sillä jo neljä vuotta aikaisemmin tuntematon maalaislääkäri oli merkinnyt muistiinpanoihinsa: ”James V. 1842, administration of ether and removal of tumour – 2 dollars”. Morton luopuikin patenttihakemuksesta ja samalla hyvin tuottavasta praktiikasta, ryhtyi tutkijaksi ja menetti kaikki rahansa. Hän ei kuitenkaan tehnyt itsemurhaa eetterin avulla, niin kuin opettajansa vaan vietti elämänsä ehtoon kansalaiskeräyksen tuottaman talouden turvin ja sai nimensä pysyvästi historian kirjan lehdille. Mutta keskustelu keinounen nimestä jatkui kunnes sitten maineikkaan yhdysvaltalaisen klinikon ehdotuksesta anestesiasta tuli käypä käsite.

Monelle varmaan tuttu tarina alkaa kahdesta miehestä, filosofista ja farmakologista, Platonista ja Dioskorideksesta ja yhdestä koisokasvista *Mandracium officinale*sta. Koska kasvilla oli ihmishahmoa muistuttava juurakko, sillä oli erityinen taikavoima. Kasvin keltaiset lemmenmarjat lisäsivät mieskuntoisuutta ja juurakko taas sisälsi vahvoja alkaloideja. Antiikin merkkimiehet keittivät mandraciumin juurakoista viinistä ja huumaavan seoksen. Sillä potilas turrutettiin leikkauksen ajaksi ja tätä he kutsuivat anestesiaksi. Siis lemmenmarjoja kasvustossa ja ihmishahmo juuressa. Huumaava alku vai mitä?

Kivun hoito ei kuitenkaan ollut itsestään selvä juttu. Kun Sir James Simson esitteli havaintojaan kloroformikokeista Edinburghin kirurgiyhdistyk-

sessä, hän sai kalvinistipappien vihat, sillä he vetosivat Mooseksen kirjaan. Syntiinlankeemuksen vuoksi Herra teki raskauden vaivat suureksi: ”Kivulla sinä olet synnyttävä lapsesi.” Simson puolustautui muistuttamalla vastustajiaan siitä, että Jumalakin vaivutti Aatamin uneen ennen kuin otti tältä kylkiluun. Mitä Jumala edellä, sitä anesthesiologit perässä. Ehkäpä siksi Suomessa piispa on anesthesiologiensa ykkösetikko.

Kivutonta ei siis ollut anesthesiologian alku suuressa maailmassa. Entä Suomessa? Tarinat nukutusopin käynnistymisestä täällä Pohjan perällä kertovat, että suomalaisten lääkäreiden kansainväliset yhteydet olivat hyvin tiiviit. Ei oltu syrjässä vaan tiedemaailman ytimessä ja siksi uudet menetelmät otettiin täällä käyttöön hyvin nopeasti. Sitä mukaa kun ne keksittiin. Ja ellei niitä keksitty muualla, se tehtiin täällä. Niin kuin tiedetään Ali Krogius käytti johtopuudutusta ensimmäisenä maailmassa. Keskeistä osaa näytteli niin ikään Carl Frans Gabriel v Haartman kloroforminarkoosin tunnetuksi tekemiseksi toimissaan suuren lontoolaisen sairaalan kirurgina. Oppinsa hän sai menetelmän keksijältä ja luvan käyttää kloroformia sairaalan johdolta ”on the condition that nobody died”. Eikä kukaan 25 synnytystapauksesta kuollutkaan. Myöhemmin kyllä, mutta se onkin sitten eri juttu.

Sama isäin henki elää myös siinä suomalaisen anesthesiologian jatkokertomuksessa, joka alkoi Kulosaaressa viisi vuosikymmentä sitten tai oikeastaan jo vähän aikaisemmin; kansainvälisyys ja kriittisyys, luovuus ja määrätietoisuus. Näistä aineksista on syntynyt menestystarina; korkeatasoista tutkimusta, mainio koulutusjärjestelmä ja ammatistaan ylpeä osaajajoukko. Arvokasta pioneerityötä on tehty ensi- ja tehohoidon, kivunhoidon ja etiikan sarjoilla. Te-



hoidon eettiset ohjeet lienevät ensimmäiset, jotka erikoislääkäriyhdistys on Suomessa laatinut. Onneksi olkoon.

Yhtä kaikki juuri kolmen suuren A:n antiseptiikan, aseptiikan ja anestesian ansiosta kirurgia kehittyi nopeasti ja saavutti ensimmäisen kultakautensa vuosisadan taitteessa. Anestesian vuoksi nopeus ei enää ollut ainoa keino vähentää kipua eikä kirurgin tärkein ominaisuus, niin kuin Napoleonin armeijan pääkirurgilla, joka teki yhdenlaisen maailmanennätyksen amputoimalla kaksisataa raajaa yhden vuorokauden aikana.

On sanottu, että nykyaikaisessa lääketieteessä on meneillään kolmas vallankumous. Ensimmäinen oli luonnontieteiden vallankumous, toinen oli teknologian läpimurto viime vuosisadan puolivälissä. Kustannustietoista näyttöön perustuvaa toimintatapaa on kutsuttu lääketieteen kolmanneksi kulttuurivallankumoukseksi. Entä neljäs, kuka sen tekee? Voisiko se olla humanistisen ja holistisen lääketieteen vastavallankumous teknologian ylivaltaa vastaan? Voisi hyvinkin, sillä virityksiä siihen suuntaan on olemassa, mutta tuskin sittenkään. Juuri nyt kannetaan huolta lääketieteen välineellistymisestä, teknistymisestä ja ekonomisoitumisesta.

Siksi on kysytty, uhkaako menetelmäkeskeinen välinekulttuuri ongelmälähtöistä toimintatapaa,

teknologian valtavirta inhimillisyyttä ja taloudelliset tavoitteet terveydenhuollon arvopohjaa. Teknologia on olennainen osa länsimaisen lääketieteen kulttuuriperintöä ja suuri mahdollisuus. Sillä on vain taipumus aiheuttaa riippuvuutta ja sokaista sen käyttäjät sekä luoda tarpeita, joita on vaikea perustella. Kaikki riippuu sairauskäsityksestä; ymmärretäänkö sairaudet osana ihmisen kokonaisuutta eikä irrallisena asiana, erillisenä teknisenä ongelmana, jota hoidetaan teknologian keinoin.

Tieto, tiede ja sitä soveltavat taidot ovat kehityksen ensiehto ja lääkärin työn rationaalinen perusta, mutta ne ovat vain välineitä. Niin kuin on talouskin. Päämäärät ovat aivan muualla. Tieteen käsitykset muuttuvat tiedon karttumisen myötä ja menetelmät kehittyvät, mutta lääkintätaidon ydin – hyvän tavoittelu ja vahingon välttäminen – kulkee punaisena lankana läpi koko sen historian primitiivisestä alusta uuteen uljaaseen lääketieteeseen. Toisesta välittäminen on se eettinen lähtökohta, josta kaikki muu seuraa. Juuri niin kuin Thomas Moore kirjoitti utopiassaan jo viisisataa vuotta sitten. Sairaita he hoitavat hyvin huomaavaisesti, eivätkä lääkkeiden ja ravinnon kohdalla lyö laimin mitään, mikä voisi auttaa näiden tervehtymistä. Parantumattomasti sairaita he lohduttivat istumalla heidän luonaan, keskustelemalla ja käyttämällä kaikkia mahdollisia lievityskeinoja.

Eikö tämä moorelainen näkemys lääketieteestä toteudu juuri anesthesiologien työssä? Anestesiologiassa minua viehättää ajatus, että siinä hyvin konkreettisella tavalla yhdistyvät ikivanha ja aivan uusi, humanistinen perinne ja nykyaikainen teknologia. Kivun lievitys ikiaikaisena lääkärin tehtävänä, tajunnan ja tietoisuuden mestaroiminen huippumodernien laitteiden avulla, elämän voittaminen ensi- ja tehohoidossa, mutta myös ymmärrys luopua taistelemasta kuolemaa vastaan, silloin kun on sen aika. Ja mitä muuta anesthesiologin työ on kuin välittämistä; kuuntelua ja rohkaisua ennen leikkausta, valvontaa valvureiden ja mittareiden parissa leikkauksen aikana ja kahden ihmisen kohtaamista leikkauksen jälkeen. Viimeiset sanat ennen nukahtamista ja ensimmäiset katseet heräämisen hetkellä. Eija Nilssonin sanoin anesthesiologin työ on välittömästi palkitsevaa luovuutta ja käsityötä, fortissimotempoista sähkökyttä sekä sukkulointia team-työssä. Siis naislääkärin ihanneammatti. Minusta nuo ominaisuudet sopivat miehellekin. On suuri onni olla anesthesiologi ja yhtä suuri ilo olla hänen hellässä hoidossaan.

Mutta anestesiologia ei ole vain uneen saattamista, vaan myös paljon muuta; ensi- ja tehohoitoa sekä kroonisen kivun hoitoa. Kurssitoverini Tapani Tam-

misto kuvaa anesthesiologiaa mykerökukkaisena päivänkakkarana, jonka mykerö vastaa anestesian antoa ja terälehdet muita tehtäviä. Ja kantoi aikanaan huolta siitä, ettei näitä rönnyjä kasvatettaisi ydin-tehtävän kustannuksella vain oman itsenäisen profiilin kohottamiseksi. Paljon ovat siten asiat muuttuneet siitä kun leikkausta avustaneesta puutarhurista on kehkeytynyt pitkälle erikoistunut spesialisti ja iso harppaus on tehty viidenkymmenen vuoden mittaisella matkalla kulosaarelaisesta kodista Internetin kotisivuille. Ennakkoluulottomien entusiastien muodostamasta kvartetista on kasvanut aito professio.

Mitä siis professionaalisuus tarkoittaa? George Bernard Shawn mukaan kysymyksessä on maallikoihin kohdistuva salaliitto, salaseura, joka luo omat sääntönsä. Minun mielestäni professionaalisuus on ammatillinen ideaali, koulutuksen avulla hankittuja tietoja ja ymmärtämystä toisen auttamiseksi, sitoutumista yhteisesti hyväksytyihin arvoihin ja kykyä itse huolehtia jäsentensä ammattitaidosta. Avoimessa yhteiskunnassa autonomiaa ei voi omia tai vaatia, vaan se on ansaittava luottamuksen kautta. Kysymyksessä on kaikkien osapuolten keskinäinen sopimus. Sopimukseen kuuluu, että yhteiskuntaa kuunnellaan, mitä se odottaa ja odotuksiin vastata aina kun se on mahdollista, mutta tietty jännite ja riittävä etäisyys ovat tarpeen omien ammattieettisten arvojen varjelemiseksi. Vallanpitäjien sokeasta kuuliaisuudesta on lääketieteenkin historiassa surullisia kokemuksia. Juuri nyt tuntuu siltä, että kovin helposti professio on antanut periksi ja ohjat ulkopuolisten vallankäyttäjien käsiin. Lääkäri on suhteessa yhteiskuntaan potilaan etujen valvoja ja suhteessa potilaaseen yhteistyökumppani, oman tonttinsa vastuullinen vartija ja alansa asiantuntija. Asiantuntemuksen suoma valta ja ammatin luoma arvovalta merkitsevät suurta vastuuta. Asiantuntija käyttää valtaansa suhteessaan potilaaseen ja ympäröivään yhteiskuntaan, mutta myös ammattikuntansa sisällä. Siksi ammattietiikka on hyvin paljon vallankäytön etiikkaa.

Yhtä tärkeitä on keskinäinen luottamus ammattikunnan sisällä. Luottamus on avoimuutta ja reilun pelin sääntöjä ja vastuuta yhteisten asioiden hoitamisesta. Saatan kuvitella, että tämä luottamus kirurgin ja anestesiologin herkässä suhteessa joutuu joskus lujille etenkin tiukan paikan tullen niin kuin käy ilmi Leena Lindgrenin ja Krister Höckerstedtin mainiosta katsauksesta. ”Mikään hoito tai lääke ei pelasta potilasta huonolta kirurgilta”, sanoo anesthesiologi. ”Menikö se narkkari taas piiloon tippatelineen taakse?”, vastaa kirurgi. Leena Lindgren tuo mieleen musiikin maailman. Kun ennen vanhaan sooloviui-

listia avusti säestäjä, nyt he ovat tasavertaisia taiteilijoita, yhteisen musiikin tulkkeja. Eikö näin ole käynyt anesthesiologiassakin; alisteisesta avustajasta on tullut kirurgin tasavertainen kumppani. Kun nukumatista on nyt kasvanut monitaitoinen ammatilainen, kysyn: Eikö olisi jo aika, että anesthesiologia olisi sairaalan itsenäinen palveluyksikkö? Semminkin kun sen tehtävät ovat paljon muutakin kuin uneen saattamista. Tämä ei ole ehdotus syntymäpäivälahjaksi, ei palkinto eikä tunnustus vaan oman vastuualueen rationaalista hoitoa.

Lancetin millenium-numerossa pohdittiin pari vuotta sitten anesthesiologian asemaa ja tulevaisuutta. Kun kirurgia on tullut yhä turvallisemmaksi, se on myös käynyt yhä rohkeammaksi ja vaativammaksi. Samalla riskit ovat kasvaneet. Siksi kysytään, mikä on anestesiologin asema tässä kirurgian rajoja jatkuvasti koettelevassa kehityksessä. Riittääkö, että anesthesiologi osallistuu vain potilaan leikkauskelpoisuuden arviointiin vai kuuluuko hänelle myös leikkausaiheiden arviointi? Tai kun anesthesiologi istuu leikkaussalissa teatterin ensiparvella ja seuraa leikkaustapahtumia, onko hän siinä tehtävässä veljensä vartija ja velvollinen arvioimaan kirurgin taitoja, ja missä kulkevat hänen ilmoitusvelvollisuutensa rajat? Sama asia tietysti toisin päin. Juuri tässä koetellaan ammattietiikan herkkää kieliä. Professionaalisuus ei ole toisten kyttäämistä vaan ammatillista sivistystä ja avointa dialogia. Eikä ammattietiikka ole erillinen asia, kirjattuja ohjeita, vaan arkista keskustelua, mikä oikein ja mikä väärin ja millä perusteella. Se on myös rohkeutta sanoa ääneen omat mielipiteet vaikka ne eivät sosisikaan hierarkkiseen valtajärjestelmään silloin kun oma asema on uhattuna. Ovatko sitten kirurgi ja anesthesiologi jotenkin erityisessä asemassa hoidossa sattuneiden virheiden suhteen? Virheitä sattuu jokaiselle lääkärille, mutta usein ne tapahtuvat huomaamatta ja niiden vaikutukset paljastuvat vasta myöhemmin, tai eivät lainkaan. Leikkaustapahtumassa kirkkaiden valojen alla virheet fokusoituvat monien silmäparien edessä, seuraukset ovat välittömiä ja usein vakavia. Yhtä kaikki aitoon professionaalisuuteen kuuluu, että virheet opitaan käsittelemään avoimesti ei syyllisten etsimiseksi vaan hoitoprosessiin liittyvien ansojen poistamiseksi.

Onko professionaalisuuden ytimenä oleva ammattietiikka jotenkin uhattuna tässä ristiriitaisten arvojen maailmassa? Perinteisen etiikan mukaan potilaan ja lääkärin välinen suhde on kahdenkeskinen asia, eivätkä mitkään ulkopuoliset seikat saa siihen vaikuttaa. Nyt tähän idylliin on ilmestynyt monenlaisia ulkopuolisia kutsumattomia vieraita, taloudellista tulosta ja säästöjä vaativia päätöksen tekijöitä,

kaupallisia intressejä ja omia asioitaan ajavia eturyhmiä, mutta myös sisäistä reviiirikilpailua ja vallan tavoittelua. Mikään ei auta. On pidettävä huoli reilun pelin toteutumisesta omassa joukossamme ja sitouduttava sairaanhoidon arvoihin ja päämääriin, vaikka ne olisivat ristiriidassa hallinnollisten määräysten kanssa. Vain tällä tavalla voidaan turvata tässä työssä välttämätön autonomia. Se on profession kohtalon kysymys ja terveydenhuollon tulevaisuuden avain.

Kun kansainväliset lääkärijärjestöt julkaisivat äskettäin yhteisen julistuksen yhdenlaisen lääkäreiden magna chartan uudelle vuosituhanneelle, se sisälsi kolme peruseräilyä. Lääkäri toimii aina potilaansa parhaaksi, kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja edistää sosiaalista oikeudenmukaisuutta huolehtimalla siitä, että kaikki ovat yhdenvertaisia hoitoratkaisuja tehtäessä. Kaiken pohjana on kuitenkin tieteellisen tutkimuksen edistäminen, ja uuden tiedon soveltaminen, ammattitaidon ylläpitäminen, hoidon laadun kehittäminen ja sen jatkuva arviointi.

Mikä sitten on tieteellisen tutkimuksen tulevaisuus? Saatan kuvitella, että anestesiologiassa suuret odotukset kohdistuvat juuri nyt erityisesti molekyyli- ja neurobiologiaan. Farmakogeenetisen tutkimuksen avulla opitaan nykyistä paremmin valitsemaan itse kullekin sopivat täsmälääkkeet ja valitsemaan homogeeniset ryhmät lääkeainetutkimukseen. Ja ehkäpä nekin haaveet vielä toteutuvat, että neurobiologit selvittävät tajunnan ja tietoisuuden, unen ja valvellaolon, kivun elämyksen mekaniikat. Potilaslähtöinen kliininen tutkimus tulee jo-

ka tapauksessa kokemaan renessanssin. Sen tehtävänä on antaa kasvottomille geeneille ilme ja sen avulla on hankittava tietoa, miten jatkuvasti etenevää uutta teknologiaa käytetään viisaasti hyväksi erityisesti vanhusväestössä, sillä se tieto on nyt hyvin vajavaista. Kliinikkotutkijoiden koulutuksen, työolojen ja urakehityksen varmistaminen on korkean laadun ensiehto.

Lääkärin eteen avautuvat ihmiselön ihanuus ja kurjuus, kauneus ja rumuus, koko se elämän näyttäjä, jossa ihmiset syntyvät, elävät ja aikanaan kuolevat. Tällä näyttämöllä anestesiologilla on monta osaa. Uuden elämän avustaminen synnytyskipuja hoidettaessa, elämän ylläpitäminen leikkauksen aikana ja mukana oleminen elämän loppuvaiheessa saattohoitoa kehitettäessä. Elämän rumuus ja hauraus paljastuvat ensiavussa ja tehohoidossa, kärsimykset kipua hoidettaessa. On sanottu, että lääketiede on kahden hyvin erilaisen maailman asukas. Yhtäältä se on luonnontiedettä ja operoi sen käsitteillä ja toisaalta se tutkii ihmisyyden ydintä, kärsimysten kokemusten ja kertomusten kautta. Nämä kaksi kulttuuria – kone ja ihminen, luonnontieteet ja humanismi – yhdistyvät anestesiologin työssä kiehtovalla tavalla. Upea ammatti.

Toivotan sydämellisesti onnea anestesiologiyhdistykselle ja vaikka minulla ei olekaan valtuuksia, teen sen koko lääkärikunnan puolesta. □

Risto Pelkonen
Arkkiatri