Miekkaileva dosentti Oulusta

■ Timo Salomäki nimitettiin 1.2.2006 Oulun yliopiston anestesiologian ja tehohoidon dosentiksi. Finnanest haastatteli dosentti Salomäkeä sähköpostitse.

Mihin aiheisiin dosentuuriin johtanut tutkimustyösi on keskittynyt?
Akuutin kivun hoito ja erityisesti epiduraalinen postoperatiivinen kivunhoito. Toisena päähaarana on kokeellinen sydänkirurgia.

Kenen kanssa olet tutkimusta tehnyt? Onko joku tai jotkut henkilöt olleet sinulle erityisen tärkeitä tutkimustyössä tai alalle hakeutumisessa?
Olen aloittanut anestesiapalveluni Satakunnan keskussairaalassa jo vuonna 1977. Ylilääkärinä oli silloin Antero Salmenperä ja hänen johtamansa klinikka oli erityisen kutsuva nuoren kandidaatin ja sittemmin apulaislääkärin näkökulmasta. Ilmapiiri oli suorastaan kodinomainen ja olisin todennäköisesti tuntenut pettäväni porukat, jos olisin päätynyt jollekin muulle erikoisalalle.

Porissa tehtiin silloin (1981–1985) tutkimusta yhteistyössä HYKS:n anestesiaklinikan kanssa ja siten minun oli mahdollista saada kokemusta myös tutkimuksen teosta. Antero seurasi tarkoin alan kirjallisuutta ja näytti hyvää esimerkkiä sitä miten lähestyä anestesiologiaa tieteenalana. Hänen aloitteestaan ryhdyimme kokeilemaan epiduraalista fentanyyliä jo vuonna 1984 postoperatiivisen kivun hoidossa. Myöhemmin siirryttyäni yliopistoklinikkaan Ouluun 1985 jatkoin näitä tutkimuksia aina väitöskirjaan saakka.

Oulussa minulla oli onni tutustua anestesiologian erikoislääkäri, LT Jorma Laitiseen, jonka erinomaisen metodologisen ajattelun siivittämänä pääsin jatkamaan epiduraalisen tekniikan tutkimusta. Jorma on lisäksi mielettömän innostava keskustelija ja ideoija ja minulla oli usein suuria vaikeuksia päästä kotiin, kun keskustelut kivusta ja sen hoidosta eivät tahtoneet loppua ilman että löytyi taas uusi yllättävä näkökulma.

Mikä on omasta mielestäsi paras tieteellinen julkaisusi? Miksi?
Osoitimme Anestesiologyn artikkelissa 1991 ensimmäistä kertaa amerikkalaisessa julkaisussa, että epiduraalisesti annosteltuna fentanyylillä pääsi yhtäläiseen kivunlievitykseen kuin suonensisäisellä fentanyylillä noin puolella annoksella iv-annokseen verrattuna niin että sivuvaikutukset jäivät selvästi vähäisemmiksi. Juttua on tänä päivänä referoitu jo yli 100 kertaa ja se löytyy myös alan perusoppikirjoista.

Entä onko julkaisuissasi "omaa suosikkia", tutkimusta joka olisi itsellesi erityisen arvokas, vaikka esimerkiksi sen julkaisufoorumi olisi vaatimattomampi? Miksi?
Acta Anesthesiologica Scandinavican artikkelissa 1996 kuvasimme miten epiduraalinen kivunhoito voidaan turvallisesti viedä myös vuodeosastoille. Aiemmin epiduraalinen kivunhoito oli rajoittunut yleisesti vain heräämöihin ja teho-osastoille. 90-luvun aikana tapahtui kuitenkin vapautuminen, ja potilailla oli sen jälkeen mahdollista saada tehokasta ja turvallista kivunlievitystä myös vuodeosastolla.

Millainen työnkuvasi on, mitä tavalliseen työpäivääsi kuuluu? Mikä on parasta ja mikä pahinta?
Tällä hetkellä vastaan OYS:n urologisesta anestesiologiasta. Yksikkö käsittää kolme leikkaussalia ja heräämön. Suoritettava kirurgia on laajuudeltaan laidasta laitaan, eli tehdään päiväkirurgiaa ja toisaalta eturauhasen, munuaisen ja virtsarakon poistoja. Päivät ovat varsin vilkkaita ja monipuolisia. Parinani toimii koulutuksessa oleva sairaalalääkäri, mikä mahdollistaa hyvin opettamisen. Parasta päivässä on toiminnan sujuminen, pienen yksikön tehokas aikaansaava toiminta ilman kiireen tuntua.

Urologit ovat mainioita yhteistyökumppaneita. Leikkauskelpoisuuden arviot ja päätökset siitä miten milloinkin on viisasta toimia tietyn potilaan kohdalla syntyvät hyvässä yhteisymmärryksessä. Pahinta on tilanne, jossa prosessi jostain syystä takkuilee.

Vaikuttaako dosentuuri työnkuvaasi jatkossa?
Opetustyön ehkä kokee vielä vastuullisempana ja tutkimusnäkökulma arjen työssä painottuu.

Millaista tutkimusta teet tulevaisuudessa? Kenen kanssa?
Postoperatiivista kivunlievitystä on tärkeää edelleen kehittää. Pyrimme muodostamaan omalle osastollemme tätä tutkivan ryhmän yhdessä LT Päivi Laurilan kanssa.

Mitkä ovat tällä hetkellä kivunhoidon haastavimpia kysymyksiä? Jos käytössä olisi todella paljon rahaa ja aikaa, mitä kannattaisi tutkia?
Yhä enemmän pyritään lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan. Kotiin lähtevien potilaiden kivunhoito olisi saatava hyvälle tasolle. Tehokkaiden sairaalan ulkopuolelle ulottuvien hoitojen kehittäminen on suuri haaste tutkimukselle.

Akuutin ja kroonisen kivun hoitomuodot tuntuvat ajautuvan jatkuvasti yhä kauemmas toisistaan. Olisiko meillä jotain opittavaa kroonisen kivun tutkimuksesta ja hoidoista leikkauksen jälkeisen kivun hoitamisessa? Entä päinvastoin?
Huonosti hoidettu akuutti kipu saattaa kroonistua, joten tässä on selvä kohtaamispinta. Kroonisen kivun hoidossa potilas on otettava kokonaisuutena. Tämä näkökulma on hyvä muistaa myös akuutin kivun hoidossa.

Miten arvioit tromboosiprofylaksian tehostumisen vaikuttavan leikkauksen jälkeisen kivun hoitoon? Ovatko epiduraalipuudutukset pian historiaa?
Epiduraalitekniikat on niin ylivertaisia kivun lievittäjiä suurten leikkausten jälkeen, että on vaikea nähdä niitä kovin pian historiallisina jäänteinä. Tutkimuksellisesti on vain selvitettävä, miten tehostettu tromboosipro-

fylaksia on yhdistettävissä tehokkaaseen epiduraaliseen kivunlievitykseen turvallisesti.

Mitkä ovat mielestäsi yleensä anestesiologian tärkeimmät tulevaisuuden haasteet Suomessa? Entä kansainvälisesti?
Päivystysalat ovat joutuneet hiukan altavastaajiksi viime vuosina sen suhteen, miten alalle hakeudutaan. Jatkossa olisi työaikoja ja työrupeamia kehitettävä niin, että sekä anestesiologit että potilaat jaksaisivat hyvin.

Maalauksiasi on nähty Finnanestinkin sivuilla. Mihin suuntaan maalausharrastuksesi on kehittymässä?
Piirrosten teko on ajoittaista ja sykähtelevää. Joskus voi syntyä useita töitä saman vuorokauden aikana, ja toisinaan voi olla pitkiä jaksoja hiljaista. Juuri nyt on hiljainen jakso. Silloin, kun aktiivinen kausi on meneillään, saattavat arkielämän käsitteet ja yksittäiset ajatukset vaatia nopeaa visualisointia piirustuksen muodossa. Jos olisi taloudellisesti mahdollista sijoittaa tähän harrastukseen huomattavasti aikaa, haluaisin kouluttautua kuvaamataiteisiin myös muodollisesti.

Olen myös kuullut, että harrastat miekkailua. Kuinka vakavasti treenaat? Mikä miekkailun laji on suosikkisi?
Olen viimeisen parin vuoden aikana kilpaillutkin floretissa ja kalpamiekkailussa. Laji on hieno ja muistuttaa jollain tavalla spinaalipuudutuksen laittamista: herkällä kädellä etsitään aukkoa suojauksessa, väline vaan on 10 kertaa pidempi. Juuri nyt ollut taukoa muiden kiireiden takia, mutta tarkoitus on aloittaa taas viimeistään syksyllä.

Mitä muuta vapaa-aikaasi kuuluu?
Luen paljon koko ajan, en juuri liikennevaloissa, mutta melkein.

Finnanest onnittelee dosentti Salomäkeä!

Eurooppalainen suositus täydennyskoulutuksesta anestesiologian ja tehohoidon erikoisalalle

■ Euroopan erikoislääkäriliiton eli UEMS:n (Union Européenne des Médecins Spécialistes) anestesiologian sektio hyväksyi runsas vuosi sitten suosituksen erikoislääkärien täydennyskoulutuksesta erikoisalallemme. Suositus noudattaa suomalaista lääkärien ammatillisen kehittämisen arviointineuvoston (www.arviointineuvosto.fi) vuonna 2003 antamaa suositusta. Neuvosto on luonut laatukriteerit lääkärein täydennyskoulutukselle Suomessa, ja tämän kriteeristön perusteella neuvosto hyväksyy yksittäisiä koulutustapahtumia ja koulutuksen järjestäjiä. SAY on arviointineuvoston jäsen ja noudattaa koulutustilaisuuksiensa järjestämisessä neuvoston ohjeistusta.

UEMS:n suosituksessa korostetaan täydennyskoulutuksen laaja-alaisuutta ja katsotaan, että CPD (continuing professional development) paremmin kuvaa täydennyskoulutukselle asetettavia vaatimuksia kuin perinteinen CME (continuing medical education). Useimmissa Euroopan maissa perinteinen täydennyskoulutuksen käsite on edelleen koulutuksen perusta. Pohjoismaissa, Englannissa, Irlannissa, Itävallassa ja Puolassa lääkärien täydennyskoulutukseen sisällytetään muutakin koulutusta kuin pelkästään lääketieteellisten tietojen ja taitojen ylläpitämistä.

Monet UEMS:n anestesiologian sektion täydennyskoulutusta koskevat suositukset ovat huonosti toteutuneet useissa Euroopan maissa. Vaikka täydennyskoulutukseen osallistuminen on pakollista useimmissa UEMS:n jäsenvaltioissa, monissa maissa lääkäri joutuu itse joko täysin tai osittain kustantamaan siitä aiheutuneet kustannukset. Lähes kaikissa eurooppalaisissa maissa on Suomen arviointineuvostoa vastaava elin, joka arvioi koulutustilaisuuksia ja niiden järjestäjiä. Koska useimmissa jäsenvaltioissa koulutusaktiivisuutta arvioidaan aikaan perustuvalla pisteytysjärjestelmällä (an hour based credit system), on se kuvattu suosituksessa. UEMS:n suosituksessa oppimismenetelmä käsitetään hyvin laaja-alaisesti ja korostetaan aktiivisen oppimisen merkitystä. ❐

Seppo Alahuhta, SAY:n edustaja UEMS:n anestesiologian sektiossa, CME/CPD-komitean puheenjohtaja, seppo.alahuhta@oulu.fi

Muista äänestää anestesialääkäriä!

■ Lääkäriliiton anestesiologien valtakunnallisen alaosaston johtokunta muistuttaa Lääkäriliiton valtuuskuntavaaleista, joissa äänestysaika on 29.9.–30.10.2006.

Anestesialääkäreitä on ehdolla sekä Nuorten Lääkärien Yhdistyksen (NLY) että Suomen Erikoislääkäriyhdistyksen (SELY) listoilla. Nyt on varaa mistä valita!

Tuleva valtuuskuntakausi on anestesialääkäreiden kannalta erittäin tärkeä. Käsiteltäväksi tulevat muun muassa lääkäreiden uusi virkaehtosopimus ja vuoden 2008 alkupuolella loppuvan EML-järjestelmän kompensaatio. Päivystyskysymykset tulevat olemaan myös entistä vahvemmin esillä.

Ei ole yhdentekevää, ketkä ovat päättämässä kaikkia meitä läheisesti koskettavista asioista. Esimerkiksi päivystyskysymyksissä ehdottomasti parhaita asiantuntijoita ovat lääkärit, jotka päivystävät itse. Pidetään siis huolta siitä, että Lääkäriliiton valtuuskunnassa on mahdollisimman monta anestesialääkäriä ja muistetaan äänestää! ❐

Vaaliterveisin Suomen Anestesiologit -alaosaston johtokunta