

Mistä Finnsepsis-tutkimuksessa on kyse?

Finnsepsistutkimuksessa kartoitetaan vaikean sepsiksen ja septisen sokin esiintyvyyttä Suomessa sekä tähän liittyviä elinöhäiriöitä ja niiden ennustetta.

Ketkä siihen osallistuvat?

Tutkimukseen osallistuvat Suomen kaikkien yliopistosairaaloiden sekä keskussairaaloiden teho-osastot 4 kuukauden ajan eli 1.11.04–28.2.05 välisenä aikana. Viimeksi olemme tehneet yhteistyötä tällä tavalla 1986 suuren suomalaisen tehohoitotutkimuksen tiimoilta ja niinpä tätä voi pitää melkoisena yhteisenä ponnistuksena. Jokaisella osastolla on nimetty tutkimuslääkäri sekä 1–2 tutkimushoitajaa.

Suomen teho-osastot ovat osallistuneet 1994 perustettuun tehohoidon laatukonsortioon, ja siinä hän tehohoitoon liittyviä tietoja on kerätty yhteiseen tietokantaan jo 10 vuoden ajan. Tehohoitolääkärit tuntevat toisensa hyvin ja niinpä tällainen koko maan kattava tutkimusyhteistyö onnistuttiin saamaan käyntiin. Tästä voimme olla syystä ylpeitä. Tehohoidon laatukonsortiolle muuten myönnettiin Lääkäriliiton laatupalkinto viime Lääkäripäivillä.

Mitä uutta tietoa tutkimuksesta saadaan?

Vaikean sepsiksen esiintyvyyttä ei ole tutkittu Pohjoismaissa tätä ennen. Sepsiksen esiintyvyys lisääntyy 1,5 %:n vuosivauhdilla, joten olemme tekemisissä varsin mittavan ja resurssija kuluttavan sairauden kanssa. Erilaisia kriittisesti sairaan potilaan elinöhäiriöitä on tutkittu toki aikaisemminkin, mutta tässä niitä tarkastellaan nimenomaan septisillä potilaila. Potilaiden elämänlaatu kartoitetaan tätä mittaavalla kyselyllä ennen ja jälkeen sairastumisen ja tietenkin selvitämme myös vaikean sepsiksen hoitoon käytettyjä resursseja.

Sari Karlssonilla on viharakkassuhde golfiin. Sepsis-tutkimuksen parissa hän on yleensä hyväntuulinen.



Miten tutkimus on rahoitettu?

Kyseessä on ei-kaupallinen tutkimus, joten rahoitamme tutkimusta erilaisilla tutkimusapurahoilla sekä EVO-rahoilla.

Miten tämä tutkimus liittyy muuhun viimeaikaiseen kehitykseen sepsiksen hoidossa?

Viime vuosien aikana on sepsiksen hoitoon tullut uusia hoitokäytäntöjä sekä lääkkeitä, mm. aktivoitu proteiini C hoito. 2004 julkaistiin kansainvälinen ”Surviving sepsis” kampanja, jossa maailmanlaajuisesti yritetään yhteisillä hoitosuosituksilla vähentää sepsiksen kuolleisuutta. Duodecimin aikuisten vaikean sepsiksen käypä hoito -työryhmä on saanut urakkansa valmiiksi ja nämä ohjeet tullaan tämän vuoden puolella julkaisemaan. Syksyn tehohoitopäivillä näitä suosituksia käsiteltiin ja seuraavana maanantaina aloitimme FINNSEPSIS-tutkimuksen, jossa kartoitamme näiden suositusten käyttöä ja toteutumista. Aika nopeaa toimintaa! Saamme tutkimuksessa selvitettyä vaikean sepsiksen hoitokäytännöt ja hoidon tulokset Suomessa. Jatkossa voimme uusia tutkimuksen vaikkapa 5 vuoden välein ja katsoa, mihin suuntaan olemme menossa.

Mitkä ovat mielestäsi tärkeimmät tulevaisuuden haasteet sepsiksen hoidossa?

Uskon, että vaikean sepsiksen hoitotuloksia voidaan todellakin parantaa, jos päästään mahdollisimman varhaiseen diagnoosiin, sepsiksen hoidoksi suunnat-

tu nestehoito ja lääkehoito aloitetaan mahdollisimman nopeasti ja vaikean sepsiksen hoidoksi kehitettyjä täsmälääkkeitä käytetään niillä potilailla, joiden on osoitettu niistä hyötyvän. Riittävät resurssit on varmistettava näiden useimmiten tehostettua hoitoa vaativien potilaiden hoitoon. Akuutti sairastuminen ei toivottavasti jää hoitotakuun ja elekttiivisten jonojen jalkoihin!

Anestesiologian alaan kuuluu jne... ensihoitoa, kivunhoitoa ja tehohoitoa. Millaisena näet alan kehityksen?

Anestesiaalääkäreiden ”erikostuminen” eri sektoreille on varsin ymmärrettävää, sillä kyllähän ensihoito tai tehohoito on melkoisen kaukana esim. kroonisen kivun hoidosta. Erikoisalan houkuttelevuudellekaan ei liene haitaksi, että halutessaan voi osata kaikenlaista vastasyntyneen anestesiasta tehopäivystykseen tai sitten syventyä johonkin osa-alueeseen ja keskittyä siihen.

Nykyiset SAY:n alajaokset kuvaavat hyvin erilaisia intressikohteita. Anestesiaalääkärin erikoistumiskoulutus takaa kaikille riittävän määrän erilaisia taitoja, joita voi sitten hyödyntää omassa työssään eli keskimäärin tehohoitolääkärikin osaa laittaa epiduraalipuudutuksen, ainakin ensimmäisen 10 vuoden aikana!

Mitä muuta omaan työnkuvaan kuuluu?

Olen ollut vuodesta 1993 päätoiminen tehohoitolääkäri ja vastannut P-KKS:n tehohoidosta. Tehohoitolääketieteen erityispätevyyden sain siirtymäaikana eli syyskuussa 2004. Päiväaikaan en tee leikkaussalissa töitä, mutta olen päivystänyt säännöllisesti 3–4 kertaa kk:ssa. Keskussairaalahän anestesiapäivystäjälle kuuluu perinteisesti leikkaussalitoiminta, teho-osasto sekä kaikki muu maan ja taivaan välillä. Omaa päivystäjää ei teho-osastolla ole, joten päivystävä anestesiaalääkäri toimii siten myös tehopäivystäjänä. Meitä on 10 erikoislääkärinä ja 3 erikoistuvaa tällä hetkellä, muutama mahtuisi vielä joukkoon! Työoloni muuttuvat keväällä, sillä olen alkuvuodesta virkavapaalla FINNsepsistutkimuksen takia ja toukokuussa lähdän TaYS:n teho-osastolle töihin ihmettelemään yliopistosairaalamailmaa!

Siviiliminä?

Viha-rakkaussuhteeni golfin on jatkunut jo 8 vuotta. Viime syksystä olen säännöllisesti harrastanut juoksua ja kesällä pitäisi ehtiä myös mökille. Juoksu etenkin poistaa erinomaisesti sepsiksen aiheuttamaa stressiä... □

Dosentti uutisia

PAHOINVOINNISTA KENTTÄLÄÄKINTÄÄN

Pekka Honkavaara nimitettiin 1.1.2005 Tampereen yliopiston anestesiologian ja tehohoidon dosentiksi. Pekka on omien sanojensa mukaan vähän varttuneempi anestesiologi, joka pääsi nukuttamaan 10 vuoden herättämistyöskentelyn jälkeen. Herättäminen tapahtui ”kuraportaassa” sydänambulanssissa ja muissa ensihoitotehtävissä. Hän aloitti uransa anestesiologina 1981 HYKS:ssä, ja työskentelee nyt keskusotilassairaala Tiikan anestesiaylilääkärinä. Finnanestin uutistoimitus haastatteli dosentti Honkavaaraa sähköpostitse.

Millainen työnkuvasi on, mitä tavalliseen työpäivääsi kuuluu? Mikä on parasta ja mikä pahinta?

Osa hallinnon perusrutiineista kiireineen tuo välillä harmaita pilviä pääni päälle. Mutta onneksi tuo sääilmiö on useimmiten kuuroluonteinen ja aurinko paistaa täydeltä terältä kun pääsee tekemään joko kenttälääkinnän kehittämistä tai kouluttamista asiasta kiinnostuneille henkilöille. Viimeaikoina varsinaisen potilastyö on vähentynyt, mutta on sitä vielä noin puolet ajasta.

Kenttälääkintä on ensihoitoa luotiliiveissä ja varautuminen poikkeusoloihin on kuin maksaisi kansakunnan henkivakuutusta, vaikkei koskaan haluaisi realisoida sitä. Tuntuu välillä kuin kansamme olisi ollut liian pitkään ”herran kukkarossa”, josta unesta tsunamit ja Myyrmannit aina joskus harvoin herättävät. Ensihoidossa ja kenttälääkinnässä ovat yksinkertaiset ja selkeät temput valttia. Potilaan tutkiminen paljain käsin tai primitiivisiä apukeinoja käyttäen auttavat sekä kentällä että tekniikan pettäessä sofistikoitua leikkaussalissakin. Tärkeintä ovat hätäantymättömyys, selkeä ja nopea tilanteenarvio kokonaisuudesta ja selkeä ja yksinkertainen toimintamalli olosuhteet huomioiden.

Julkisuudessa on väläytelty erilaisia supistuksia puolustusvoimien organisaatiossa. Miltä Keskusotilassairaalan tulevaisuus tällä hetkellä näyttää?

Tilanne henkilökunnan kannalta erittäin ikävä, esimerkiksi suurin osa sairaanhoitajista irtisanotaan ja lääkäreille suurimmalle osalle tu-



Pekka Honkavaaran näkemys kenttälääkinnän Janus-kasvoista.

lee pakkosiirto Lahteen. Hiihdon mekasta valtakunnalliset yhteistyötahot ovat kaukana, paitsi puolustusvoimien Lääkintäkoulu. Vaikka henkilökunnalla on vaikeaa, niin myötäkärsijöinä ovat myös varusmiehet ja puolustusvoimien henkilöstö, jotka jäävät hoidoissaan ilman oman toimintaympäristönsä ja organisaationsa erityistuntijoita. Esimerkiksi varusmiesten tai Hornet-lentäjien erityisolosuhteet jäävät ilman hoidollista ymmärtäjänsä. Palvelusturvallisuus ja työkyvyn oikea-aikainen palauttaminen saattaa jäädä heikommalle nykyratkaisussa, joka ei perustunut lääkäreiden eikä sotilaiden esityksiin.

Olen kuitenkin ikuinen optimisti, kuten lääkärin tulee olla, ja uskon parempaan tulevaisuuteen. Kunnan Tilkan ”raunioilta” pöly laskeutuu ja asiantuntijoiden annetaan rauhassa ja parhaan ymmärtämyksensä mukaan luoda uutta, voidaan saada kiinni siviilipuolen taso kenttälääkinnän kehittämisessä, kuten nuoruusvuosinakin tehtiin ensihoidon kehittämisessä -70 ja -80 luvulla sairaalamaailman tasoon nähden. Tämän hetken muotisana verkottuminen on positiivisesti ajateltuna eri toimijoiden yhteinen ponnistus potilaan hyväksi, oli potilas missä olosuhteissa tahansa, jopa poikkeusolojen kurimuksessa. Ääriolosuhteissa voi siviilimaailman hyötyä puolustusvoimien kenttälääkinnän erityisosaamisesta ja kalustosta myös rauhan aikana.

Vaikuttaako dosenttuuri työnkuvaasi jatkossa?

Dosenttuuri vaikuttanee työnkuvaani siten että normaalin opettamisen ja kenttälääkinnän kehittämisen lisäksi tullee vaativampien kenttälääkinnän kokonaisuuksien käsittelyä, kansainvälisten julkaisujen referointitehtävät lisääntyvät ja akateemisia luottamus-tehtäviä tullee lisää, kuten dosentille kuuluukin.

Mihin aiheisiin dosenttuuriin johtanut oma tutkimustyösi on keskittynyt?

Suurin osa tutkimuksestani on suuntautunut ratkomaan perioperatiivisen pahoinvoinnin ongelmia, mutta on joukossa muun muassa myös välineiden ja tilastomatematiikan ratkaisujen tutkimusta.

Kenen kanssa olet tutkimusta tehnyt? Onko joku tai jotkut henkilöt vetäneet sinut tutkimustyöhön?

Tieteellinen tutkimustyöni alkoi nykyajajuuressaan kinastelusta HYKS:in Naistenklinikalla ylilääkäri Kari Korttilan kanssa kuukautiskierron vaikutuksesta pahoinvointiin ja sille tielle jäin. Suurin osa tieteellisestä potilastyöstäni tuli tehtyä jatkossa Korvaklinikalla, ja samalla tuli tavaksi poikkitieteellinen työskentely professori Ilmari Pyykön tutkimusryhmässä, johon vieläkin kuulun aikaresurssieni myön-

tämässä määrin. Rohkenen väittää että poikkitieteellinen työskentely avartaa ja rikastuttaa tutkimusta merkittävästi.

Mikä on tärkein julkaisuusi? Miksi?

Edellä mainittu työ naisten kuukautiskierron vaikutuksesta pahoinvointiin Korttilan tutkimusryhmässä. Samoihin ympyröihin olen joutunut palaamaan myöhemminkin. Fertiilit naiset ovat perioperatiivisen pahoinvoinnin kurimuksessa 3–4-kertaisia häviäjiä. Me miehet pääsemme tässäkin helpommalla ja vähemmällä eväillä (estolääkityksellä).

Entä onko julkaisuusi joukossa omaa suosikkia, tutkimusta joka olisi itsellesi muita tärkeämpi, vaikka sen ulkoinen merkitys, vaikkapa ”impact factor” on ehkä vähäisempi? Miksi?

En osaa antaa millekään julkaisulle varsinaista suosikkiasemaa, mutta väitöskirjan yhteenveto sisältää laajempaa selvittelyä PONV:n mysteereistä. Sääli, että väitöskirjat jäävät yleensä karonkan jälkeen melkein pelkiksi kirjahyllyn koristeiksi.

Millaista tutkimusta olet tekemässä jatkossa? Keitä muita siinä on mukana?

En tahtoisi millään luopua poikkitieteellisestä ryhmästämmä ”Ilmarin Caféssa” sen PONV-asiantuntijana, mutta ajalliset ja etäisyydelliset resurssit saattavat verottaa tätä yhteistyötä. Mahdollisesti tuleva tehtäväni Sotilaslääketieteen laitoksessa vaatii suuntautumista kenttälääkinnän soveltavaan tutkimukseen. Tulevan Sotilaslääketieteen keskuksen henkilövalinnat ovat juuri meneillään, joten tulevat työtoverini ovat vielä julkistamatta. Siviilimaailman kumppanuudet tulevat luultavasti lisääntymään koko maata koskeviksi kenttälääkinnän tutkimuksen piirissä.

Sinulla on laaja kokemus leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ehkäisemisessä ja hoidossa. Millaista hoitokaaviota itse noudatat korkean riskin potilaille nykyisin?

Ei minulla ole varsinaista jäykkää hoitokaaviota, vaan hoitoratkaisuni perustuu pitkälti potilaan huolelliseen anamneesiin ja statukseen sekä tulevan toimenpiteen aiheuttamien ärsykkeiden ja tekijän kokemuksen arviointiin. Lisäksi vaikuttaa potilaan aiottu kotiuttamisajankohta. Esimerkiksi matkapaahoinvointia voi selvittää kysymyksillä huvipuiston ”vemputtajien” välttelystä tai henkilöautossa lehden lukemiskyvyllä. Liian yksinkertaiseen kysymykseen voi saada väärän vastauksen. Yleensäkin pahoinvoinnin kysely ei saa muodostua liian dominoivaksi, po-

tilasta pelottavaksi, vaan sen voi tehdä huomaamattomammin kiertävillä, mutta maaliinsa koukkaavilla kysymyksillä. Mikäli potilaan lääkeanamneesissa on sopiva lääke, esimerkiksi antihistamiini, on sen käyttöönotto helpompaa.

Kuinka suuri osa omista potilaistasi kuuluu korkean riskin ryhmään pahoinvoinnin suhteen? Mitkä potilaat erityisesti?

Keskussotilassairaalan potilaissa on naissukupuoli pienenä vähemmistönä, mutta sen verran varusnaisia ja naishenkilökuntaa on listoilla, että taidot eivät pääse ruostumaan, mutta tutkimuksiin tarvittava populaatiota ei saa kokoon.

Mitkä asiat näkisit tällä hetkellä leikkaussalianestesiologian mielenkiintoisimpina tai haastavimpina kysymyksinä? Mitä meidän pitäisi jatkossa tutkia?

Kaksi asiaa tulee heti mieleen. Ensimmäinen haaste on yhä huonokuntoisemman potilasjoukon vieminen leikkauksen läpi haavereitta ja edesauttaminen ”katukelpoisiksi” toimenpiteen jälkeen mahdollisimman nopeasti ilman turhan pitkää makuutusta kaikkinne lieveilmiöineen. Oman lääkärin urani aikana tämän on huomannut selvästi.

Toinen ongelma on sairaalan muuttuminen ”tuntihotelliksi” suoritteiden maksimoinnissa. Aivan kuin kvartaalitalous olisi valttia myös sairaanhoidossa. Toimenpiteeseen tuleva potilas on ainutkertainen yksilö ja hänelle ei saisi tapahtua mitään haitallista. Miten varmistaa maksimaalisesti anestesian virheettömyys supistetussa ajassa ja ”virtaviivaistetuilla” esitutkimuksilla. Korvaako lisääntynyt monitorointi vähentyneen esitutkimuksen ja välttämättömän humanikontaktin potilaan ja hänen lääkärinsä välillä? Potilas joutuu kumminkin luottamaan ainutkertaisen terveytensä anestesiologin hallintaan. Voi olla että kunnallistaloudellisesti hoitoaikoja joudutaan lyhentämään, mutta esimerkiksi PONV saattaa jatkua yli vuorokauden nopeasti suoritettujen kotiutuksen jälkeen ja potilas jää ilman pelastuslääkkeitä.

Oma tutkimusaktiiviteettini suuntautuneeseen jatkossa edellä mainitusta huolimatta nopeaan evakuoitinkelpoisuuteen, mutta silloin nopeutta vaativat poikkeusolojen armottomat lait eikä rahakirstun vartijan laskukone. Yleisesti ottaen pitäisi tarkemmin tutkia humanit seikat kriteeristöön sisällyttäen, kuinka paljon löysää inhimillisesti voidaan ottaa pois toimenpiteeseen potilaalle uhrattavasta ajasta ilman että potilaan kaikenlaatuinen hyvinvointi siitä kärsii tuntuvasti.

Jääkö sinulle tutkimustyön ohella myös vapaa-aikaa? Harrastatko jotain mielenkiintoista?

Vapaa-aikaa ei ole tahtonut jäädä edes tutkimukselle Puolustusvoimien terveydenhuollon kokonaisuudistusten myllerryksessä, mutta nyt pölyn ehkä laskeutuessa voinen korvata perheelleni velkaa jäädyt hetket. Itselleni olen hankkinut ”jalkavaimoksi” perinnekiväärin mallia 39. Ammunta oli ennen opiskeluaikoja mieliharrastukseni. Jatkan sitä nyt, kunhan perhe ensin saa oman osuutensa ajastani ja mökillä talonmiehen toimetkin on suoritettu.



Anestesiologian ja tehohoidon dosentti Pertti Pere

ANESTESIALÄÄKÄRI JA PROJEKTIPÄÄLLIKÖ

Helsingin yliopiston kansleri nimitti Pertti Peren anestesiologian ja tehohoidon dosentiksi 31.1.2005. Pertti on 43-vuotias, naimisissa sympaattisen urologin kanssa ja 5-vuotiaan Annalotan onnellinen ja ylpeä isä. Finnanestin uutistoimitus haastatteli tuoretta dosenttia sähköpostitse.

Olet perehtynyt ainakin kivunhoitoon ja elinsiirtoanestesiaoihin, ja toimit nyt hallinto- ja kehittämistehtävissä. Mihin aiheisiin dosenttuuriin johtanut tutkimustyösi on keskittynyt?

Yliopiston dosenttitoimikunnalle ja tiedekuntaneuvostolle vaaditun oman tutkijanuran kuvauksen kirjoittaminen oli itse asiassa minulle omaa persoonallisuuttani ja ammatillista kompetenssia valottanut kokemus, joka vähintään pani hymyilemään itselleen, kun huomasi, kuinka HYKS:in hallinnolliset ratkaisut ovat muovanneet tutkijanuraani paljon enemmän kuin oma tahtoni. Kivunhoitoon ja elinsiirtotoimintaan liittyvien tutkimusten lisäksi mukana on puudutuksiin ja puudutteiden farmakologiaan liittyviä töitä. Niiden vuoksi lienen saanut kunnian kirjoittaa puudutteita käsittelevän kappaleen kotimaiseen farmakologian oppikirjaan.

Mikä on tärkein julkaisusi? Miksi?

Tähän en itse osaa vastata. Näkemys olisi liiaksi subjektiivinen.

Entä onko julkaisuissasi ”pienää suosikkia”, tutkimusta joka on itsellesi tärkeä, vaikka sen julkaisufoorumi on vaatimattomampi? Miksi?

Tässä subjektiivisuus on sallittua ja valitsen siksi Anesthesiologyssa vuonna 1999 julkaistun työn ”Poor antibacterial effect of ropivacaine: A comparison with bupivacaine”. Idea juttuun lähti huomattessani, että verisuonikirurgisilla potilailta alkoi kestoepiduraalipuudutusten yhteydessä esiintyä infektiotilanteita kuten punoitusta katetrien ympärillä ja jopa pari abscessia, kun olimme vaihtaneet bupivakaiinin ropivakaiiniin. Yhteistyössä mikrobiologin kanssa osoitimme sitten in vitro, että ropivakaiiniliuos ei estänyt useiden tavallisten mikrobien kasvua päinvastoin kuin bupivakaiini. Eli käytännössä matalampi sydäntoksisuus merkitsi myös heikompa bakterioσταattista vaikutusta.

Kenen kanssa olet tutkimusta tehnyt? Onko joku tai jotkut henkilöt tuoneet sinut alalle tai vetäneet tutkimustyöhön?

Ensi innostukseni anestesiologiaa kohtaan sai jo opiskeluaikana aikaan edesmennyt Mirja Eerola, o.s. Tappura, joka palkitsi onnistumisesta ja torui ja jopa rankaisi, jos laskimokanyylin laitto epäonnistui tai intubaatioputki päätyi ruokatorveen. Nopea palaute tuntui stimuloivalta. Myöhemmät vaikuttajat ja tieteellis-ammattilliset esikuvani ovat olleet professorit Rosenberg ja Lindgren, joita ilman en olisi se Pertti, joka nyt olen.

Millaista tutkimusta teet tulevaisuudessa?

Monet projektit ovat kesken tälläkin hetkellä, mutta valmista tulee hitaasti mutta varmasti. Toivoisin olevani ikävuosien karttuessa perehtynyt syvällisemmin johonkin erikoisalamme osa-alueeseen, niin käytännössä kuin tieteellisesti.

Millainen työnkuvasi on, mitä tavalliseen työpäivääsi kuuluu? Mikä on parasta ja mikä pahinta?

Olen toiminut vs. anesthesiaylilääkärinä HYKS:in Marian sairaalassa vuoden 2002 alusta. 1.6.2004 lähtien olen kuitenkin ollut HUS Tietohallinnon palveluksessa toimitusjohtajamme Lauri Laitisen nimeämänä projektipäällikkönä ”Leikkaustoiminnan ohjausjärjestelmä”-hankkeessa. Säilyttääkseni tunteen kliiniseen työhön olen tehnyt lisätöitä Mariassa ja päivystänyt Meilahdessa. Koen olevani sekä näkijä että tekijä, ja mukavalta projektissa on tuntunut mahdollisuus visioida isoa kokonaisuutta melko pitkälle tulevaisuuteen. Pahimpia ovat olleet käytännön tietotekniset ongelmat, joissa olisi edellytetty ATK-insinöörin koulutusta ja kokemusta lääkärin taitojen

lisäksi, mutta enemmän tai vähemmän muiden avulla kaikki pulmatilanteet ovat selvinneet. Kun viettää päivät kokouksissa tai paperien ja tietokoneen ääressä päivystykset, joissa saa hoitaa potilaita ovat olleet yllättävän virkistäviä – jopa yön tunteina.

Mistä kehittämisprojektissa oikein on kysymys?

Kysymyksessä on leikkaustoiminnan prosessien kuvaus ja kehittämishanke, jonka yhteydessä testataan GE:n markkinoimaa Opera-tietojärjestelmää Hyvinkään sairaalassa. HAUS-Kehittämiskeskus on mukana tukemalla prosessien kehittämistä analyysein ja muutosvalmennuksella. Mikäli Hyvinkäällä tapahtuu positiivista kehitystä Opera-pilotoinnin myötä sekä kovilla tuotosmittareilla että henkilöstön työviihtyvyydellä arvioituina, hanke etenee kaikkiin sairaanhoitopiirimme leikkaustoimintaa harjoittaviin sairaaloihin.

Vaikuttaako dosenttuuri työnkuvaasi jatkossa?

Vakinaista ylilääkärin virkaa on lupailtu.

Olet luennoinut paljon koksibeista. Miten haluaisit luonnehtia Finnanestin lukijoille koksibien roolia nykyisessä tilanteessa? Kuinka paljon käytät niitä omilla potilaillasi?

Mielestäni koksibien perioperatiivinen käyttö on järkevää silloin, kun anti-inflammatorinen särkylääkehoito on indisoitua ja potilas saa tromboosiprofylaksian. Tällöin koksibien edut saavutetaan ilman tromboembolisten komplikaatioiden riskiä, eikä konventionaalisen särkylääkkeen ja pienimolekyylärisen hepariinin additiivinen vaikutus aiheuta vuotoriskiä. □

Finnanest onnittelee uusia dosentteja!

ESA Euroopan kaikkien anesthesiologien edustajaksi

Fuusio

ESA:n (European Society of Anaesthesiology) väliaikainen johtokunta on ilmoittanut ESA:n, EAA:n (European Academy of Anaesthesiology) ja CENSA:n (Confederation of European National Societies of Anaesthesiologists) fuusioituneen ESA:ksi. Ensimmäistä kertaa yksi organisaatio edustaa siis kaikkia Euroopan anesthesiologeja. Myös SAY on siirtynyt yhdistyksenä CENSA:n jäsenyydestä ESA:n jäseneksi.

Väliaikainen johtokunta (Board of Directors), väliaikainen neuvosto (Council) ja yleiskokous (General Assembly) jatkavat vuoden 2005 ajan. Myöhemmin vuonna 2005 valitaan uusi johtokunta ja neuvosto vuodelle 2006. Aktiivijäsenet niistä Euroopan maista, joissa ESA:n jäseniä on yli 25, valitsevat yhden edustajan maata kohden uuteen neuvostoon. Yli 30 maata tulee olemaan edustettuna neuvostossa. Uusi neuvosto valitsee johtokunnan.

Yleiskokous kokoontuu ESA:n vuosittaisessa kokouksessa. ESA:n tämänhetkinen jäsenmäärä on yli 5 000. Pian ESA todennäköisesti tulee olemaan yli 60 000 eurooppalaisen anestesia- ja anestesiologian edustaja. Vaikka ESA on pääasiassa Eurooppalainen yhteisö, kuuluu ESA:an liitännäisjäseniä (affiliate members) eripuolilta maailmaa. Euroopan ulkopuolisilla jäsenillä ei ole kuitenkaan äänioikeutta.

ESA:n päämaja sijaitsee Brysselissä, jossa työskentelevät toiminnanjohtaja (Executive Director) ja seitsenjäseninen henkilöstö. Päämaja tarjoaa työ- ja kokoustilat ESA:n käyttöön Brysselin sydämessä.

ESA:n tavoitteet

ESA:n tavoitteena on tukea tiedonvaihtoa Euroopan maiden anestesiologien välillä (kuten WHO on määritellyt), levittää anestesiologista informaatiota, kohottaa erikoisan tasoja tukemalla ja rohkaisemalla koulutusta, tutkimusta, tieteellistä kehitystä ja tiedonvaihtoa.

Edelleen ESA pyrkii edistämään ja suojaamaan jäseniensä etuja sekä edistämään parannuksia anestesiaturvallisuudessa ja hoidon laadussa helpottamalla ja yhtenäistämällä kansallisten ja kansainvälisten anestesiologiyhdistysten toimintoja Euroopan maissa (kuten WHO on määritellyt).

ESA:n toiminta

ESA järjestää vuosittaisia kokouksia kaikkialla Euroopassa "Euroanaesthesia"-lipun alla. Kokouksiin osallistuvat jäsenet ja ei-jäsenet (yli 5 000 osanottajaa yli 65 maasta).

ESA:n vuosittaiset kokoukset ovat saaneet AMA:n (American Medical Association) ja U.E.M.S:n (Union of European Medical Specialists) CME (continuing medical education) -akkreditoinnin. ESA:n vuosittainen kokous ja Newsletter pyrkivät levittämään anestesiologista informaatiota ja tukemaan informaation vaihtoa Euroopan anestesiologien välillä.

EJA (European Journal of Anaesthesiology, ESA:n virallinen lehti), ESA:n tutkimusapurahat, fellowship- ja palkinto-ohjelmat pyrkivät tukemaan ja rohkaisemaan koulutusta, tutkimusta ja tiedepro-

jekteja, ja sitä kautta nostamaan koulutuksellista ja tieteellistä tasoa anestesiologian erikoisalalla.

ESA organisoii European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care -tutkinnon, jolla pyritään nostamaan erikoisan tasoja. Sairaalaohjelma taas pyrkii tukemaan parannuksia potilasturvallisuudessa ja anestesiologisen hoidon laadussa.

ESA on on yhteydessä Anestesiologisten yhdistysten maailmanjärjestöön (WFSA, World Federation of Societies of Anaesthesiologists) ja pyrkii helpottamaan kansallisten ja kansainvälisten anestesiologiyhdistysten toimintaa ja yhdenmukaistamista Euroopan maissa. □

*ESA:n lehdistötiedotetta mukaillen Riitta Heino.
Lisätietoja löytää osoitteesta www.euroanaesthesia.com*

Luottamusmiehiä taas kaivataan

Heikki Pälve on juuri valittu Lääkäriliiton toiminnanjohtajaksi. Anestesiologien edustus liitossa vahvistuu jälleen. Onnea ja menestystä Heikki! Lääkäriliiton toimihenkilöissä tapahtuu muitakin muutoksia kevään mittaan, kun varatoiminnanjohtaja Sartero Kujalakin jää eläkkeelle.

VES-rintamalla on tyypilliseen tapaan sopimuksen solmimisen jälkeinen hiljaisuus. Kaikenlaiset sopimuskuukkaset tulevat ilmi pikkuhiljaa. 15.6.05 maksettavaa kertakorvausta ajatellen tulee jokaisen olla tarkkana. Sitä ei makseta, jos tuona päivänä on palkattomalla virkavapaalla. Aktiivivapaalla voi olla. Jos kevään aikana on muutoin palkattomalla virkavapaalla, korvaus on suhteutettu työssäoloaikaan. Jos on jotakin kysyttävää, kannattaa olla omaan luottamusmieheen yhteydessä.

Tulevien kuukausien aikana järjestetään luottamusmiesvaalit. Luottamusmiesten tehtävät ovat muuttuneet huomattavasti viime aikoina, kun paikallisesti sovittavia asioita on lisätty. Työmäärä on kasvanut, mutta toisaalta työ on tullut haasteellisemmaksi. Jos yhteistyö sujuu sairaanhoitopiirin johdon kanssa, työ on hedelmällistä ja tuloksellista. Luottamusmiesverkosto tulisi olla riittävän laaja, ettei työ ole liian raskasta ja uuvuttavaa, jos neuvottelut ovat hitaita ja toivottoman tuntuisia. Nopeisiin kompromisseihin on oltava valmis. Useamman luottamusmiehen seurattessa tilannetta, voidaan vaikuttaa paremmin sairaalan eriasteisiin päätöksiin ja jakaa tehtäviä. Luottamusmiestyöstä saa myös it-

selleen tietoa, kokemusta ja uusia tuttavuuksia. Jos asia vähänkin kiinnostaa, ei kun ilmoittautumaan mukaan. Kukaan ei osaa asioita luottamusmieheksi ryhtyessään, mutta koulutusta on tarjolla sekä Lääkäriliiton että JuKon taholta. Ja toiset luottamusmiehet sekä Lääkäriliiton toimiston väki auttavat pulmallisissa tilanteissa.

Eml-kompensaatio on edelleen ratkaisematta. Kevätkokouksessa Hämeenlinnassa olisi kiva kuulla, onko eml:n käytössä tapahtunut muutoksia hoitotakuun tultua voimaan. Tapaamisiin toukokuussa! □

Pääsiäisviikolla parhaiden hiihtosäiden vallitessa Kokkolassa.
Tuula Rajaniemi, Suomen Anestesiologit
– SLL:n alaosaston puheenjohtaja, tuula.rajaniemi@kpsph.fi

Finnanest 30 vuotta sitten

Tapani Tammisto ja Leena Janhunen lukivat Finnanestin 2/75 ja poimivat siitä otteita.

Puheenjohtajan ja sihteerin palstat

Arno Hollmén referoi Puheenjohtajan palstalla maaliskuussa 1975 Hyvinkäällä vuoden alussa ollutta neuvottelutilaisuutta, jonka aiheena oli Anestesia-alan valtakunnalliset ja alueelliset viisivuotissuunnitelmat, osanottajina Anestesiologiyhdistyksen sekä tieteellisen- että ammattiyhdistyksen toimihenkilöt. ”Selvitettiin lääkäri- ja sairaanhoitajien keskuksissa olevien välistä tehtäväjakoja ja henkilökuntatarvetta ja siihen vaikuttavia tekijöitä lähimmän 5-vuotiskauden aikana.”

Uusi jatkokoulutustoimikunta piti samassa tilaisuudessa järjestäytymiskokouksensa ja suunnittelemaan omaa opetusohjelmaa seuraavaksi kaksivuotiskaudeksi. ”Pyrkimyksenä on kehittää, paitsi tietyissä pisteissä järjestettäviä seminaari-tyyppisiä viikonloppu-palavereja, myös kiertävän esitelmätoimikunnan tai esitelmätoimikunnan hyväksikäyttöä mahdollisuuksien mukaan.” Opetusministeriössä suunniteltiin uutta lääkäritutkintoa koskevaa asetusta. Sen läpimeno merkitsisi jatkokoulutuksen siirtymistä yliopistoille. Suunnitteluvaihe kesti vielä usean vuoden ajan. Jatkokoulutus siirtyi yliopistoille vasta 1980-luvulla. Lääkintöhallitukselta oli tullut yleiskirje no 1585: ”Lääkinnällisen ensiavun antamisesta onnettomuuspaikalla”, tähän puheenjohtaja toivoo aktiivista suhtautumista: ”onhan ensiaputoiminta juuri meidän ominta aluettaamme”. Sihteerin lienee ollut kesän 1975 Oulun Pohjoismaiden kongressin täysin työllistämä, koska hän tyytyi palstallaan vain muis-

tuttamaan tulevista kokouksista, yhdistyksen merkistä sekä osoitteenmuutoksen ilmoittamisesta, asioista, jotka ilmeisesti niin silloin kuin nykyäänkin helposti unohtuvat.

Erikoislääkäritutkinto

Erikoislääkäritutkinnon vastaukset on otsikkona Tapani Tammiston kirjoituksessa, johon Risto Eerolaakin kirjoittaa oman kannanottonsa. Tapanin luettelamat seitsemän kuolemansyntiä ovat:

1. Oppivaatimusten sekavuus
2. Kirjoitustottumattomuus
3. Epäselektiivisyys eli pötkymäisyys
4. Ulkokohtaisuus
5. Muistelmallisuus
6. Ylimalkaisuus
7. Mahtipontisuus

Tapani toteaa, että anestesiologin koulu- ja opiskeluajana opittu esitystaito rappeutuu, kun ei tarvitse kirjoittaa sairauskertomuksia eikä lausuntoja. ”Kaikki kysyttyä asiaa vähänkin sivuava tieto pannaan tasapaksuna pötkynä paperille. Näin eksaminaattorin on mahdoton tietää onko vastaaja ymmärtänyt lukemansa.” Kohtaan neljä hän kommentoi: ”Ripotellaan asiat paperille kuin kyntömiehen vakasta.” ”Tulikin 7 kuolemansyntiä. Muutakin varmaan on. Tarkoituksena on vain tuoda provokatorisesti esille, kuinka anestesiologian erikoislääkäritutkintovastauksissa heikkoutena usein on pikemminkin sekavuus ja jäsentelemättömyys kuin puutteelliset tiedot. Esseetyyppiset vastaukset kun puhtaasti tiedon ohella mittaavat myös tiedon sulatuskykyä, jos nyt mittaavat kunnolla mitään.” Tästä tuli mieleen oma erikoistumistenttini (LJ) marraskuussa 1972, jossa yritin vastata mahdollisimman lyhyesti ja ”koulumaisesti”, että eksaminaattori jaksaisi ainakin lukea vastaukseni, kun huonosta käsialastani yleensä valitettiin. Tenttijöinä olivat professori Lauri Aro ja silloinen apulaisopettaja T. Tammisto: ”Olisin odottanut vähän kypsempää, enemmän esseetyyppisiä vastauksia”, oli kommentti, kun papereita palautettiin, mutta läpi meni. Risto Eerola kyllä allekirjoittaa Tapanin kuolemansynnit, mutta pehmentää niitä kaskulla: ”Patologian professori Osmo Järven loppukuulustelu kesti pari päivää. Osaaminen testattiin kirjallisesti, suullisesti ja tarpeen mukaan myös käytännön työnäytteellä. Kandidajuhlassa kerran Osmo kuitenkin tokaisi: Tällä te vaikutatte niin hiton fiksuilta, mutta tentissä teistä saa niin huonon kuvan.” Syksyllä 1975 Anestesiologian erikoistumistentissä vaadittavat kirjat muuttuivat ja uudet vaatimukset ilmestyivät Finnanestin palstoille, joten Tapanin listan ensimmäiseen kohtaan saatiin parannusta.

Anestesia- ja lääkitilanne

Antero Lounavaara kirjoittaa edellisenä kesänä suoritetun kyselytutkimuksen vastausten perusteella anestesia- ja lääkitilanteesta ja sen kehityksestä. Lääkintöhallituksen tilastoissa oli vuoden 1974 lopussa 138 anestesiaerikoislääkärinä, joista 17 oli saanut oikeutensa edellisen vuoden aikana. Kyselytutkimuksen vastausten mukaan erikoislääkärin virkoja oli 164, joista 116 oli täytettynä. Lounavaara toteaa kuitenkin, että todellista vajuusta ei tiedetä, koska vastauksista ei käy ilmi, kuinka monessa virassa oli epäpätevä haltija. Vastaavat luvut olivat apulaislääkärien osalta 89 ja 64. Viisivuotissuunnitelmien mukaan vuonna 1979 erikoislääkäreitä tulisi olla 271 ja apulaislääkäreitä 107. Perin pessimistisessä "tulosten tarkastelussaan" Lounavaara toteaa: "Suunnitelmat vaikuttavat siis melko epäreaalisilta, viidessä vuodessa olisi pystyttävä kaksinkertaistamaan erikoislääkärien määrä. Tämä on täysin mahdoton tehtävä. Anestesiologia ei ole jostain syystä ollut suosittu erikoistumisala eivätkä tulevaisuuden näkymät, ainakaan taloudelliset, tilannetta paranna." Esiteltyään muutamia suunnitelmien toteutumista estäviä tekijöitä, kuten sairaaloiden laajennushankkeiden raukeaminen ja lääkintäpolitiikan keskittyminen avoterveydenhuoltoon, Lounavaara ennustaa pulan joka tapauksessa jatkuvan.

Ennustaminen on kuitenkin tunnetusti vaikeaa. Niinpä erikoislääkärien määrä lisääntyi kuin lisääntyikin vuoteen 1979 mennessä lähes suunnitelmien mukaan. Runsaan kymmenen vuoden kuluttua oltiin jo tilanteessa, jossa yhdistyksemme ammattiaktivistit syyttivät opettajien edesvastuuttomasti kouluttavan maahamme työttömiksi jääviä anestesia- ja lääkitilanteesta, kun "nykytyökäiset" taas kuuluvat pelkäävän pulan jälleen pahenevan.

Eräs ratkaisu vaikeaan intubaatioon

M.A.K. Mattila puolestaan esittelee ratkaisuksi vaikeaan intubaatioon uutta teknistä keksintöä, laryngofiberoskooppia, jolla on mahdollista ohjata näkö- ja kuulostyössä ensin optinen säie ja tätä johtolankaa pitkin sitten intubaatioputki henkitorveen. Mattilalle oli tarjoutunut mahdollisuus harjoitella viikon ajan laitteen käyttöä. Hän raportoi kokemuksistaan: "Täytyy myöntää, että harjoittelu oli tarpeen. Kun näkö- ja kuulostyössä työnsä säikeen sieraimesta sisään avautuivat aivan uudet maisemat, joissa orientoituminen olikin uskomattoman vaikeaa. Kaikille laitteen käyttäjille on välttämätöntä kylmäharjoittelu etukäteen, harjoittelu vaikeassa intubaatiotilanteessa on liian myöhäistä. Laitetta täytyy todella opetella hallitsemaan." Kokemustensa perusteella Mattila pitää laryngofibe-



M.A.K. Mattilan laryngofiberoskooppiartikkelia seuraavan lehden sivun täytti OY Karl Beus AB:n mainos "new flexible Fiber Optic LARYNGOSCOPE".

roskooppia "tervetulleena edistysaskeleena ongelmaan nähdä ja ohjata kulman taakse", mutta kehottaa silti muistamaan vanhemmatkin ratkaisut ja kertoo itse käyttäneensä "mahdottomassa intubaatiotilanteessa hyvällä menestyksellä ketamine-yhdistelmäanestesiaa".

Infektioleikkaus

Finnanestin vuoden 1975 toisen numeron päättää K. Nurkkalan lähes kuuden sivun mittainen perusteellinen ja ansiokas kirjoitus "Toimenpiteistä infektioleikkauksen yhteydessä". Kirjoituksessa edellytetyt pre-, per- ja postoperatiivisia toimenpiteitä sekä anestesiavälineiden huoltoa koskevia toimenpiteitä lukiessa kumpusi eläkeläisten mieleen väistämättä kysymys, hoitivatko anestesia- ja lääketieteelliset välinehuoltajat todellakin kaikki nuo suuritöiset hommat vähin äänin ja itse asiassa huomaamatta, vai laistettiin ne niistä hieman suurpiirteisemmin. □

Leena Janhunen ja Tapani Tammisto