

Muusikosta kivuttomasti sydänanestesiologiksi

■ Reino Pöyhiä nimitettiin 1.12.2005 Anestesiologian ja tehohoidon dosentiksi Kuopion yliopistoon. Hän työskentelee Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Meilahden sairaalan leikkaussalissa sydänanestesiologina. Finnanestin uutistoimitus haastatteli Repeä sähköpostitse.

Työskentelet sydänanestesiologina, ja olet tutkinut mm. kipumekanismia ja kivunhoitoa. Millaista tutkimusta teet tällä hetkellä? Kenen kanssa?

Olen mukana useassa sydänanestesiologisessa projektissa. Omia aiheita ovat munuaisten suojaus sydänkirurgian aikana ja sydänkirurgiaan liittyvä leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin riski. Lisäksi olen mukana dosentti Markku Salmenperän vetämässä suomalaisessa levosimendaanitutkimuksessa. Toinen tutkimuslinjani liittyy edelleen kipuun. Näissä projekteissa tällä hetkellä ovat mukana myös kliininen opettaja Leila Niemi-Murola ja professori Eija Kalso.

Mikä on omasta mielestäsi paras tieteellinen julkaisusi? Miksi?

Olen toki ylpeä omista oksikonitutkimuksista, jotka olivat "uraa uurtavia". Olin kovin motivoitunut niitä tekemäänkin: selvitettiin niissä erästä suomalaisen anestesiologian ydintä, oksikononia, jonka farmakologiset perusominaisuudet olivat siihen asti tuntemattomia. Aika hauskaa on ollut selvittää myös kivunhoidon opetusta ja todeta, että sitäkin voi tarkastella tieteellisesti! "Paras" julkaisu on vielä tekemättä. Tutkimustyössä ei koskaan voi tuudittautua siihen, että parhaat havainnot olisi jo tehty!

Mitkä ovat tällä hetkellä sydänanestesiologian haastavimpia kysymyksiä? Jos käytössä olisi todella paljon rahaa ja aikaa, mitä kannattaisi tutkia?

Ilman muuta perfuusion (kehon ulkoisen verenkierron) aikainen homeostaasi ja sen optimaalinen hoito sekä farmakologia. Edelleen suurin osa nykypraktiikasta perustuu kliiniseen kokemukseen, eikä evidenssiin. Sitä paitsi perfuusiotutkimus olisi suomalaiselle sydänanestesiologialle tärkeää siitakin syystä, että muualla maailmassa tekniikka hoitaa sydänkeuhkokonetta. Suomalaisista praktiikkaa voisi entistä paremmin perustella sillä, että meillä olisi vankka tutkimusote – johon ilman muuta meillä erinomaiset mahdollisuudet koulutuksestamme johtuen olisivat! Tietysti myokardiprotektio ja aivojen suojaaminen ovat tärkeitä alueita, joita Oulun ryhmä ansiokkaasti selvittääkin. Eikä sovi unohtaa sydänkirurgian jälkeistä kivunhoitoa; siitähän on yllättävän vähän tutkittua tietoa! Arvelen, että genetiikan metodeja voidaan tulevaisuudessa hyödyntää myös sydänanestesiologisessa tutkimuksessa.

Kuinka suuri merkitys kokeellisella tutkimuksella eläinmalleissa on sydänanestesiologiassa tällä hetkellä? Miten hyvin prekliinissä malleissa

saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kliinisessä työssä tai kliinisten tutkimusten suunnittelussa?

Oulun sydänkirurgian ja -anestesiologian tutkimusryhmä on oiva esimerkki siitä, miten tärkeää eläinmallien käyttö on. Monia ihmiselle tärkeitä kysymyksiä voidaan selvittää isoilla nisäkkäillä. Se on tietysti kallista ja vaatii monialaisen ryhmän. Mutta olisi kovin hienoa, jos mekin voisimme pystyttää pitkäjänteiseen tutkimukseen tähtäävän kokeellisen laboratorion.

Ketkä ovat olleet sinulle tärkeitä esikuvia tai ohjaajia tutkimustyössä tai kliinikkona? Miksi?

Todella tärkeitä kliinisen praktiikan ja tutkimustyön esikuvia ovat olleet professori Tapani Tammisto, dosentti Irma Tigerstedt ja professori Eija Kalso. Kahden ensimmäisen syvä viisaus ja lämmin asenne potilaisiin ja kollegoihin eivät koskaan unohtu; jälkimmäisen briljantti intelligenssi ja vankumaton ja rehellinen "tieteellisen totuuden" etsintä on tehnyt minuun lähtemättömän vaikutuksen! Olen vilpittömästi kiitollinen ja onnellinen siitä, että olen saanut näihin kollegoihin tutustua ja heidän kanssaan työskennellä. Ja tietysti vielä professori Per Rosenberg: ilman Pelleä tuskin olisin koskaan ryhtynyt puuhaamaan oksikonista väitöskirjaa. Olen aina ihailut professori Rosenbergin loputonta "uhrautumista" tutkimukselle. Mikäli me kaikki hänen tapaan sa haluaisimme antaa aikaa aloitteleville tutkijoille, tuloksia varmaan saataisiin nykyistä enemmän!

Vietit kaksi vuotta tutkimustyössä Kanadassa. Mikä oli siellä vietetyn ajan tärkein anti? Teitkö Kanadassa myös kliinistä työtä?

Työskentelin 1998–2000 Montreallissa McGill-yliopistossa visiting assistant professorina, jolloin työhöni kuului normaalia kliinistä kipupoliklinikavastaanottoa ja tutkimusta. Seurasin myös maksansiirtotoimintaa. Minulla oli yliopiston sairaaloihin rajoitetut anestesia-alueen oikeudet (ja velvollisuudet), mutta päivystykseen ei tarvinnut osallistua. Pääsin pariin tutkimusryhmään, joiden kanssa ihan kohtuullisesti sain ai-



Vesa Kontinen

Dosentti Pöyhiä valvoo aorttaleikkaus-anestesiaa Meilahden sairaalan leikkaussalissa.

kaan julkaisujakin. Vielä jokunen juttu odottaa kirjoittamista! Antoisinta oli kuitenkin saada olla mukana monikansallisessa ja vireässä yksikössä – jonka perusti minullekin tutuksi tullut Ronald Melzack – ja huomata, miten hyvin suomalaisella lääkärikoulutuksella ulkomailla pärjää! Yksityiselämässä verratonta iloa tuotti seura- ta lasten englannin- ja ranskankielten taitojen karttumista.

Mitkä ovat tärkeimpiä eroja anestesio- login työnkuvassa Kanadassa ja Suomessa?

Kanadassa anestesio- logit (kuten muutkin lääkärit) työskentelevät niin sanotulla "fee-for-service"-periaat- teella, jolloin palkka määräytyy teh- dyn työn perusteella. Sairaalan anes- tesio- logit muodostivat "yhtiön", joka keräsi toimenpidepalkkiot yhteis- tilille ja jakoi ansiot yhteisesti pää- tettyjen periaatteiden mukaan niin, että kuukausipalkat olivat saman- laisia. Kanadassa erikoislääkärin ansiot ovat suuremmat kuin Suomes- sa, vaikkeivät yhtä hyvät kuin Ame- rikassa. Sairaalalääkärin palkkaus ja koulutus mielestäni ovat Kanadassa huonommat kuin Suomessa. Yllät- tävää oli huomata, miten harva kana- dalainen lääkäri yliopistosairaalan staffista teki (tai oli koskaan tehnyt- kään) tutkimustyötä – vaikka tittelinä olikin associate professor. Kuitenkin tutkimustyötä ja julkaisuja arvostet- tiin, rahoitus vain piti itse löytää. Itse työn sisältö Kanadassa oli paljon tiu- kemmin eri "protokollien" määrää- mä, eikä niistä juurikaan sopinut poi- keta! Varmasti suurin syy tähän oli se, että pelättiin protokollapoikkea- mien aiheuttamia mahdollisia seu- raamuksia komplikaatioissa.

Anestesiologiaan kuuluu nykyisin useita varsin erilaisia osa-alueita: tehohoitoa, kivunhoitoa ja ensihoi- toa. Millaisena näet alan tulevan ke- hityksen, onko edessä jakautuminen useampaan erikoisalaan?

– Itse toivoisin, että erityisosaamis- alueet jäisivät yhteisen anestesiolo- gin erikoislääkärin tutkinnon jälkei- siksi jatkotutkinnoiksi. En pidä hyvä- nä liian varhain tapahtuvaa suuntau- tumista kapeaan osaamisen siivuun. Leikkaussali-anestesio- login työstä on paljon hyötyä esimerkiksi tehohoi- dossa; kanylointi- ja ilmatienhallinta- tekniikat säilyvät varmasti paremmin, jos niitä aika ajoin päivittäin treenaa anestesiaotaviksi tulevilla potilailla. Sisätaudeillahan jo nähdään kapean osaamisen karikat: potilaan ongelmia

tarkastellaan niin kapeista näkövink- keleistä, että metsä katoaa puilta. Tä- mä johtaa sitten pahimmillaan siihen, että yksittäisen ongelman (vaikkapa sydämen läppävika) ratkaisua etsit- tään tiukasti vain yhdeltä suunnalta (leikkaus) huolimatta tämän ratkai- sun muista vaikutuksista (esimerkiksi munuaisten toiminnan loppumisesta). En usko, että tulevaisuuden nuori- so olisi nykyistä kykenemättömä- mää hankkimaan laajaa näkökulmaa työhönsä. Vaikka työhön kohdis- tetut vaatimukset ovat tiukemmat, myös eväät koulutuksessa ovat pa- remmat kuin koskaan aikaisemmin! Kivunhoito saattaa sikäli olla pulmal- lisempi, että puudutukset ovat men- nettäneet merkitystään kroonisen ki- vun hoidossa ja konservatiivisemmat vaihtoehdot ovat yleistyneet. Täten anestesiologin "perinteinen rooli" on muuttunut. Tosin kivunhoidon "eri- koisallakin" on eduksi hyvä taus- taosaaminen (sisätaudit, neurologia, anestesiologia).

Mitkä ovat mielestäsi yleensä anes- tesio- logian tärkeimmät tulevaisuu- den haasteet?

Sydänanestesiologiassa suomalaisen erityisosaamisen säilyttäminen. Suo- messa anestesiologian autonomian vaaliminen tulosityksikköinä ja tutki- muksen säilyminen yliopistosairaa-

laiden anestesiayksiköiden profiileis- sa korkeassa prioriteetissa. Varmaan tärkeä haaste kansainvälisesti on anestesiologin rooli hoitavana lää- kärinä (kivunhoidossa, ensihoidossa, tehohoidossa, elinprotektiossa jne).

Olet opiskellut musiikkia, ja suo- rittanut diplomitutkinnon pianon- soitossa. Soittoasi on kuultu myös anestesiologi- juhli- ssa. Kuinka paljon ehdit nykyään harrastamaan musiikkia?

Toki soitan joka päivä, mutta ammat- timaista tasoa en pysty säilyttämään. Suurinta iloa (ja välillä asiaan kuulu- vaa tuskaakin!) tuottaa soittaa sellisti Sakarin, 12 v. ja viulisti Aino-Marian, 14 v. kanssa Pöyhjän pianotriossa!

Entä kuuntelijana? Onko sinulla suosikkipianistia, kapellimestaria tai orkesteria?

Onpa vaikea kysymys. Ehkä tällä het- kellä elävistä pianisteista Murray Per- rahia ja edesmenneistä Dinu Lipa- ti. Orkestereista Academy of St Mar- tin in the Fields Chamber Music Or- chestra. Hyviä kapuja on paljon, yksi heistä Sakari Oramo!

Finnanest onnittelee Repeä! □

Vesa Kontinen

Juha Karinen Oulusta alaostaston uusi puheenjohtaja

■ Suomen Lääkäriliiton (SLL) anestesiologi- alaostasto piti vuosikoko- uksensa Operatiivisten päivien yhteydessä 23.11.2005. Sääntömääräisten asioiden lisäksi esillä oli muun muassa Lääkäriliiton tuore suositus yötyön ja pitkien työrupeamien aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi¹. Aiheesta alusti SLL:n edunvalvontavaliokunnan puheenjohtaja Olli Meretoja.

Yötyö on epäterveellistä

Päivystys koskettaa lähes kaikkia sai- raalassa työskenteleviä anestesia- lää- käreitä koko työuran ajan. Monet meistä päivystävät yhä raskaammiksi muuttuvissa päivystyspisteissä. Sa- malla yötyön haitallisuudesta on saa- tu entistä vakuuttavampaa näyttöä. Kuntatyönantaja on tarjonnut päi- vystys- ja työaikaongelmien ratkai- suksi kolmivuorotyötä eikä ole ha- lunnut edes keskustella muista vai- toehdoista. Se on harmillista näkö- alattomuutta, joka on johtanut neu- votteluissa toistuvasti umpikujaan. Kolmivuorotyö ei todellakaan ole ai- noa ratkaisu. Lisäksi se ei poistai-

si epäsäännöllisen ja yötyön haitto- ja, vaan lisääisi niitä paitsi lääkkäreillä myös muulla hoitohenkilöstöllä.

Lääkäriliiton suosituksessa päivys- tystyöhön ja sen haittojen vähentä- miseen otetaan uusi näkökulma. Pe- rimmäisenä tavoitteena on yötyön haittojen vähentämisen ohella poti- laan hoidon tason turvaaminen kaik- kina vuorokauden aikoina. Suosituk- sessa tuodaan esille tutkimusnäyt- töön perustuvaa tietoa univajeeseen liittyvistä toimintavirheistä, väsyneen lääkärin suorituskyvystä ja yötyön terveyshaitoista. Lääkäriliitto esi- tää viisi periaatetta, joita noudatta- malla yötyön ja pitkien työrupeami- en aiheuttamia haittoja voidaan vä-

hentää merkittävästi. Nämä periaatteet ovat:

1. Yötyön ja pitkien työrupeamien aiheuttamat haitat tulee tiedostaa.
2. Yötyön määrää tulee vähentää mahdollisimman paljon.
3. Taukohetket yötyössä tulee pyrkiä käyttämään lepoon.
4. Yötyön intensiteetti tulee mitoittaa kohtuulliseksi.
5. Päivystys tulee rytmittää siten, että siitä ehtii toipua ennen seuraavan työrupeaman alkua.

Kunkin periaatteen kohdalla on esimerkkejä paikallisesti sovellettavista käytännön toimenpiteistä tavoitteiden saavuttamiseksi. Päivystyspisteisiin voidaan esimerkiksi luoda pelisäännöt siitä, mitkä tapaukset on hoidettava välittömästi ja mitkä voidaan siirtää päiväaikaan hoidettaviksi. Päivystyspotilaiden kiireellisyys merkitään värikoodeilla (punainen: hoidettava 6 tunnin sisällä, keltainen: 24 h, vihreä: 72 h). Värikoodaus on jo käytössä HUS-piiriin Töölön sairaalassa ja Lasten ja nuorten sairaalassa. Sen avulla yötyön määrää on saatu vähennettyä merkittävästi.

Suosituksessa lanseerataan uusi termi, "nokostauko". Tehdyn tutkimuksen mukaan vähintään puolen tunnin nokostauko aamuyöllä vähentää yötyötä tekevien havaintolip-sahdusten määrää jopa 45–60 %:lla. Taukohetkien järjestämiseen annetaan käyttökelpoisia vihjeitä – kannattaa tutustua, ja ryhtyä ottamaan nokosia!

Edelleen kannustetaan kokeilemaan pitkien päivystysrupeamien lyhentämistä kuhunkin päivystyspisteeseen parhaiten sopivalla mallilla.

Työn suola vai pakkopulla?

Jokaisen anestesialääkärin on syytä lukea Lääkäriliiton yötyötä ja pitkien työrupeamien aiheuttamien haittojen ehkäisyä koskeva suositus. Alaosaston johtokunta toivoo, että se herättäisi vilkasta keskustelua ja joh-



Johanna Tuukkanen

taisi myös käytännön toimenpiteisiin. Päivystys on monen anesthesiologin mielestä työn suola, mutta viimeistään keski-ikäen kynnyksellä se muuttuu monelle pakkopullaksi. Päivystämisen alkaa olla ongelma, jos yhdestä päivystysvuorokaudesta toipumiseen menee päiväkausia aikaa. Nyt, kun meillä on kunnan tutkimusnäyttöä yötyön haitoista niin potilaan kuin lääkärinkin kannalta, on yhä vaikeampi löytää perusteita väitteelle, että lääkäri pystyy tekemään tasalaatuista työtä yhtäjaksoisesti 24 tuntia.

Alaosasto seuraa tilannetta ja kannustaa hakemaan erilaisia ratkaisuja sekä päivystysaikaisen työn vähentämiseksi että päivystysrupeamien lyhentämiseksi. Anesthesiologien yhteisenä tavoitteena voisi olla päivystämisen säilyminen työn mielenkiintoisena osana ilman, että sen raskaus näännyttää työssä olevat ja/tai karkottaa anesthesiologiasta kiinnostuneet nuoret kollegat. Jos teillä on omia ratkaisuehdotuksia tai jo olemassa olevia käytäntöjä, kertokaa niistä mielellään meille, yhteystiedot ovat alla. Voitte myös ilmaista mielipiteitänne Lääkäriliiton nettisivuilta löytyvällä anesthesiologien alaosaston

Nukkumatti nokosilla – Lääkäriliiton suosituksen mukaisesti.

keskustelutaululla. Finnanestin nettisivuilla on puolestaan alaosaston oma alue otsikon "SLL" alla.

Tuula Rajaniemi jättää johtokunnan

Alaosaston monivuotinen puheenjohtaja Tuula Rajaniemi Kokkolasta halusi luopua tehtävästään, jota hän on hoitanut kunnioitettavalla tavalla. Tuula ansaitsee meidän kaikkien kiitokset siitä uutteruudesta, millä hän on paneutunut anestesialääkäreiden edunvalvontaan. Samalla johtokunnan jättivät Keijo Karhu Lahdesta ja Timo Porkkala Tampereelta. Heille kuuluu myös lämmin kiitos aktiivisesta osallistumisesta alaosaston johtokunnan toimintaan.

Alaosaston uudeksi puheenjohtajaksi valittiin Juha Karinen Oulusta. Juha työskentelee tällä hetkellä OYS:n anesthesiaklinikassa hallinnollisena apulaisylilääkärinä. Uusina jäseninä johtokunnassa aloittavat Antti Aho Tampereelta, Heikki Laine Mikkelistä ja Matti Viitanen Seinäjoelta. Johtokunnassa jatkavat Stepani Bendel Kuopiosta, Leila Niemi-Murola Helsingistä, Teijo Saari Turusta ja Johanna Tuukkanen Jyväskylästä. □

Johanna Tuukkanen, SLL:n Suomen Anestesiologit -alaosaston sihteeri, johanna.tuukkanen@ksshp.fi

Lähde:

1. Suomen Lääkäriliiton suositus: Yötyön ja pitkien työrupeamien aiheuttamien haittojen ehkäisy. Suomen Lääkäriliiton opassarja 3/2005. Nettiversio löytyy Lääkäriliiton sivuilta www.laakariliitto.fi

HYKS:n vuoden anesthesiologi 2005

■ HYKS:n anesthesiylilääkärit ovat nimenneet erikoislääkäri, LT Seppo Hiippalan vuoden anesthesiologiksi 2005. Valinnan perusteissa korostettiin taitavan klinikon määrittämisuutta ja johdonmukaisuutta suunnittelutehtävissä. Lyhyessä vastaanottopuheessaan Seppo totesi, ettei palkinto tee häntä aikaisempaa lauhkeammaksi kuin korkeintaan parioksi viikoksi joista toinen on aktiivivapaata..

Operatiivisten päivien paisteessa

■ Operatiivisilla päivillä marraskuussa valittiin uusi johtokunta. Riku Aantaasta tuli uusi puheenjohtaja ja Pertti Perestä varapuheenjohtaja. Joulukuussa johtokunnan kokouksessa sihteeriksi valittiin Raili Laru-Sompa. Päivien palkittuihin kuuluivat Jaakko Långsjö, joka sai palkinnon Vuoden väitöskirja -palkinnon ja Stepani Bendel, jolle ojennettiin Acta-palkinto.



Riitta Heino



Vasemmalta: vastavalittu johtokunnan jäsen Raili Laru-Sompa, uusi puheenjohtaja ja väitöskirjapalkittu Jaakko Långsjö sekä toimituksen väkeä Talvipuutarhassa.

Finnanestin toimitus oli myös valinnut vuoden parhaat artikkelit. Myöntämisperuste oli kaikilla palkituilla sama. Artikkelit olivat tiiviitä ja selkeitä raportteja käytännössä usein vastaan tulevista aiheista, joista kirjoissa löytyy vain vähän tietoa tai tieto on kovin fragmentoitunutta. Finnanestin pääpalkinnon saivat Vesa Kontinen ja Katri Hamunen artikkelistaan "Huumaiden käyttäjän kivun hoito". Ensimmäinen kannustuspalkinto myönnettiin Niina Hekkalalle artikkelista "Verityhjiön vaikutukset anestesiologin näkökulmasta". Toisen kannustuspalkinnon sai Erkki Kentala artik-

kelista "Kokemuksia dexmedetomidiniin käytöstä tehohoitopotilaan se-daatiassa".

Acta-luennoitsija Eldar Söreide puhui aiheesta "From science to Survival – what are the obstacles?" Hän kehotti uusien hoitokäytäntöjen käyttöönotossa käyttämään samoja menetelmiä, joita markkinointi käyttää. Yksikön "opinion leaderit" on vietävä olutlasin ääreen tai päiväliselle, sillä muutos on helpointa saada aikaan heidän kauttansa. Mielipidejohtajia jäljitellään.

Toisen Acta-luennoitsijan Doris Östergaardin luento oli aiheesta "Edu-



Juhani Haasio

Uusi puheenjohtaja tutustumassa näyttelyyn.

cational challenges and possibilities". Pohjoismaissa, varsinkin Ruotsissa, on ongelmana, että erikoislääkärien tiedot ja taidot heikkenevät, vaikka itseluottamus kasvaa, koska toimenpiteitä ei päästä tekemään riittävästi tietojen ja taitojen ylläpitämiseksi. Suomalainen kuulijakunta poistui salista kommentoimatta väitteitä. □

Riitta Heino

SENIORIKILTA:

Näe Marilyn

Seniorikilta tekee torstaina 6.4. 2006 retken Tampereen Työväen Teatteriin. Olen varannut 30 lippua klo 19 näytökseen "MARILYN". Liput maksavat 36 € aikuiset ja 34 € eläkeläiset, myös avecit ovat tervetulleita mukaan. Tarkoitus on kokoontua paikalliseen ravintolaan n. klo 16 ja siirtyä sieltä teatteriin. Jokainen hoitaa matka- ja yöpymisjärjestelyt itse.

Varaa lippusi mahdollisimman nopeasti, ne jaetaan ilmoittautumisjärjestyksessä. Liput on maksettava viimeistään 15.3.2006. Tarkemmat tiedot, kuten maksutili ja ravintolan nimi ja osoite, ilmoitetaan myöhemmin. Laita lippuvaraukseen tarkat yhteystietosi. □

Ulla Aromaa, killan sihteeri,
ulla.aromaa@fimnet.fi,
Ratakatu 1 a A 6, 00120 Helsinki