Terveyttä anestesialääkäreille vuonna 2001?

Leila Niemi-Murola

Anestesialääkäreiden terveys ja hyvinvointi on tällä hetkellä näkyvästi esillä sekä kansainvälisissä julkaisuissa että kotimaisessa keskustelussa. Anaesthesia julkaisi asiasta pääkirjoituksen lokakuun numerossaan (1), marraskuun Anesthesiologyssa julkaistiin sekä tutkimus (2) että pääkirjoitus asiasta (3) ja SAY:n syyskokouksessa Timo Salomäki esitti tutkimuksen anestesialääkäreiden hyvinvoinnista Oulun yliopistollisen sairaalan anestesiaklinikassa (4). Tässä lehdessä on lyhennelmä Torsten Gordhin ja Kurt Svärsuddin anestesialääkäreiden kuolleisuutta käsittelevästä tutkimuksesta (5).

Kaikki kirjoittajat ovat huolissaan anestesiologien lisääntyneestä päihteiden väärinkäytöstä (1-3). Tämä saattaa osittain liittyä koko väestön vapautuneeseen alkoholinkäyttöön, mutta erikoisaloittain verrattuna anestesiologit ovat yliedustettuina brittiläisessä tutkimuksessa (1). Päihteiden käyttöön saattaa vaikuttaa anestesialääkäreiden työympäristö: työ vaatii jatkuvaa varuillaanoloa, ala kehittyy jatkuvasti ja saamme käyttöömme yhä monimutkaisempia laitteita. Harvat pystyvät itse säätelemään työmääräänsä, työskentelemme yksin ja jatkuva kiire estää rauhallisia keskustelutuokioita kollegojen kanssa kahvipöydässä tai lounaalla. Päivystysrasitus on suuri, monia vaivaa jatkuva väsymys ja vapaa-ajan alkaessa kiusaus rentoutumiseen päihteiden avulla saattaa olla suuri. Berry ja Fleischer painottavat pääkirjoituksessaan päihteiden väärinkäytön yleisyyttä nimenomaan nuorilla anestesiologeilla (3). Riski on suurin viisi vuotta valmistumisen jälkeen. Baird ja Morgan kiinnittävät huomiota pääkirjoituksessaan opioidien ja rauhoittavien lääkkeiden saatavuuteen; jokainen on joskus saanut valmistetta ensimmäisen kerran (1). Miten pitäisi suhtautua esim. lääketieteen opiskelijoiden käyttöön vapaaehtoisina koehenkilöinä tutkimuksissa, joissa tutkitaan tämän ryhmän lääkkeitä?

Alexanderin, Checkowayn, Nagahaman ja Dominon tutkimuksessa (2) selvitettiin anestesiologien kuolleisuutta ja kuolinsyitä verrattuna sisätautilääkäreihin vuosina 1979-95. Lääkäreiden kuolleisuus on keskimääräistä väestöä alhaisempi heijastaen sosioekonomista luokkaamme, mutta anestesiologit kuolivat keskimäärin nuorempina kuin sisätautilääkärit (66.5 vuotta vs. 69 vuotta). Tämä sopii yhteen Gordhin ja Svärsuddin (5) tutkimuksen kanssa. Alexander työtovereineen havaitsi, että anestesiologien itsemurhariski oli korkeampi kuin sisätautilääkäreillä, samoin riski saada lääkeainemyrkytys tai menehtyä onnettomuudessa. Kuolleisuudessa sydän- ja verisuonitauteihin ei ollut eroa anestesiologien ja sisätautilääkärien välillä. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että työturvallisuutemme on parantunut, sillä aiemmissa tutkimuksissa havaittua syöpäkuolleisuuden lisääntymistä ei tässä tutkimuksessa tullut esiin. Parantamisen varaa kuitenkin on yhä, sillä Hoerauf työtovereineen on todennut anestesiakaasuille altistumisen lisäävän leikkaussalissa työskentelevien geneettisten vaurioiden riskiä (6). Riski on vähäinen, mutta kroonisella altistuksella saattaa olla merkitystä. Alexanderin ja työtovereiden havaitsema nimenomaan miespuolisten anestesialääkäreiden lisääntynyt kuolleisuus HIV:n ja hepatiitteihin liittyy ilmeisesti elintapoihin. Gordhin ja Svärsuddiin tutkimus jatkuu vielä kuolinsyiden osalta.

Kuten tiedämme, anestesialääkäreiden päivystysrasitus poikkeaa muiden erikoisalojen vastaa-

vasta. On harvinaista, että muiden erikoisalojen seniorilääkärit tekevät päivystäessään aktiivityötä vuorokauden ympäri aina eläkeikään asti, mutta anestesiologeilla tämä on pikemminkin sääntö kuin poikkeus (5). Williamson ja Freyer totesivat unitutkimuksessaan 17-19 tunnin yhtäjaksoisen valveillaolon vastaavan veren alkoholipitoisuutta 0.05 %: reaktionopeus laski 57 %, yhdistelytestissä (dual task) 27 %, käden ja silmän koordinaatio huononi 31%. Järkeily ja muisti huononivat kuitenkin vain 5-10 %. Autolla ajo pitkän työpäivän jälkeen saattaa olla aika riskialtista, puhumattakaan yön yli päivystyksestä! Valvomisen sekä fyysisen ja psyykkisen stressin on myös todettu aktivoivan aivolisäke-lisämunuaisakselia (8). Päivystävän lääkärin glukokortikoidimetabolia lähes kaksinkertaistuu kontrolliryhmään verrattuna. Nämä tutkimukset on tehty nuorilla, terveillä miehillä. Mitkä ovat pitkäaikaisvaikutukset eläkeikää lähestyvillä anestesialääkäreillä?

Bayer toteaa, että ympäristövaikutusten saadessa yhä enemmän huomiota työterveyshuolto on jäänyt julkisessa sanassa hyvin vähäiselle huomiolle (9). Ehkä nousukauden mukanaan tuoma euforia ja yritteliäisyyden ihailu vähentävät yhteiskunnan halukkuutta lisätä työn tekemistä koskevia säädöksiä. Kunnallisen työnantajamme ja Lääkäriliiton tehtäväksi jää pohtia, miten työterveydelliset näkökohdat ja työaika voidaan sopimusteitse yhdistää mahdollisimman toimivasti. Gordh ja Svärsudd ehdottavat myös vuosittaista terveystarkastusta kuten lentäjillä (5). Baird ja Morgan ehdottavat päihteiden väärinkäytön ehkäisyä ja hoitoa koskevan tiedotuksen lisäämistä, jotta varhaiset oireet havaittaisiin ja hoito voitaisiin aloittaa ajoissa (1). Päihdeongelmaisten kollegojen ennuste on kuitenkin heidän mukaansa melko hyvä: relapseja tapahtuu n. 40 % sairastuneista, ja toipumisen pitkäaikaisennuste (>2 vuotta) on yli 80 %. Enemmistö voi siis palata takaisin anestesiatyöhön.

Työpaikan järjestelyillä voidaan myös edistää terveyttä. Hammar työtovereineen on löytänyt yhteyden sydäninfarktien, työstressin sekä työpaikan sosiaalisen ilmapiirin välillä (10). Sairastumisriski on selvästi lisääntynyt sekä miehillä että naisilla, jos työ on stressavaa ja omat vaikutusmahdollisuudet ovat vähäiset (taulukko 1). Sten Lindahl puolestaan painottaa jatkokoulutuksen tärkeyttä (11). Omien saavutusten kertaaminen ja kehitystavoitteiden asettaminen saattavat kohottaa itsetuntoa; on hyvä huomata toisaalta oman osaamisen laajuus ja toisaalta todeta, mitä kaikkea mielenkiintoista vielä voisi oppia. Lindahl myös kehottaa anestesialääkäreitä itse heräämään ja vaikuttamaan työolosuhteitaan koskeviin hallinnollisiin ratkaisuihin. Salomäki esittikin tutkimuksessaan tällaisia ratkaisuja (4): uusiin työtapoihin panostaminen, palautejärjestelmien kehittäminen ja tiedottamisen saaminen nykyistä osallistuvammaksi. Kukapa ei kaipaisi lisää arvostusta, tukea ja osallisuutta työpaikallaan?

Omalta kohdaltamme voimme kaikki vaikuttaa sekä omaan fyysiseen hyvinvointiimme että työpaikan viihtyisään ilmapiiriin. Työmme on todistetusti sekä fyysisesti että psyykkisesti raskasta ja samat fysiologian lait koskevat meitä siinä kuin potilaitammekin. Kannattaa siis soveltaa omaan itseensä ja työtovereihinsa sitä samaa huolenpitoa ja terveysneuvontaa kuin potilaisiinkin!

Taulukko 1. Psykososiaalisen työympäristön mittaamiseen käytettäviä määreitä (10). Kuinka moneen kysymykseen itse kukin voi vastata myöntävästi? Näihin seikkoihin kuitenkin voidaan periaatteessa työpaikalla vaikuttaa.

Työn psykologiset vaatimukset:

- onko työtahtisi kiireinen?
- onko työsi psykologisesti vaativaa?

Omat vaikutusmahdollisuudet? (vastaus ei koskaan, joskus, usein)

- mahdollisuus vaikuttaa oman työn suunnitteluun
- mahdollisuus työtahdin säätelyyn
- mahdollisuus säädellä omaa ajankäyttöä työpaikalla
- mahdollisuus työn ohjaajan valintaan
- mahdollisuus valita työtoverit
- mahdollisuus taukojen suunnitteluun
- mahdollisuus vaikuttaa lomien suunnitteluun
- joustavat työajat
- vaihtelevat työtehtävät
- mahdollisuus oppia uusia asioita
- henkilökohtaisen tyydytyksen saaminen omasta työstä

Työyhteisön sosiaalinen tuki

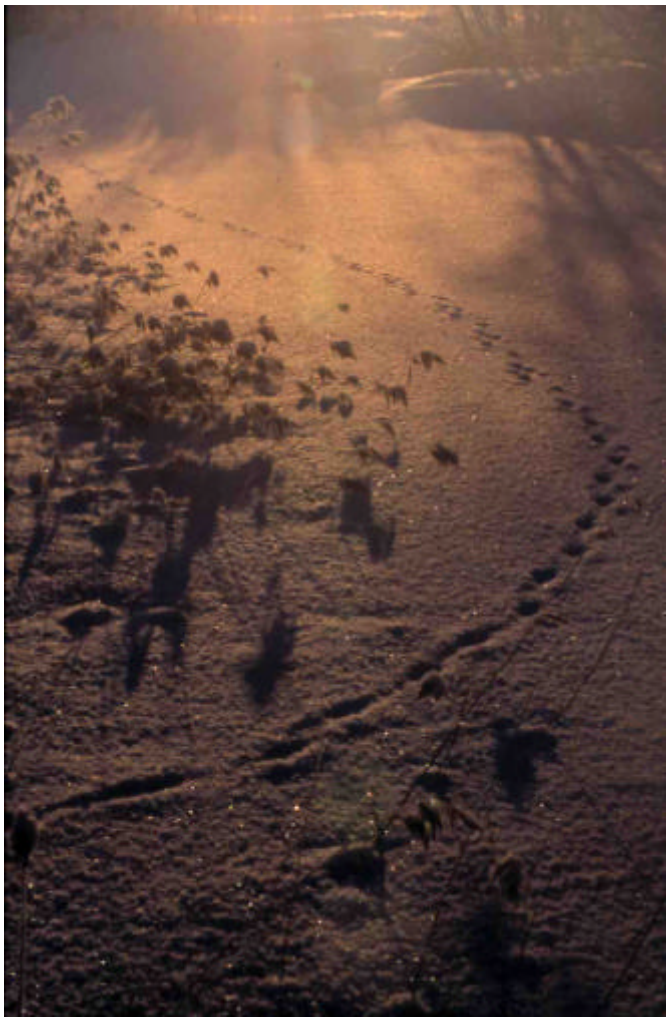
- voitko keskustella työtovereidesi kanssa taukojen aikana?
- voitko jättää työtehtäväsi keskustellaksesi työtovereidesi kanssa?
- voitko olla työtovereidesi kanssa vuorovaikutuksessa osana työtäsi?
- tapaatko työtovereitasi myös työajan ulkopuolella?

Baird ja Morgan korostavat pääkirjoituksessaan työtoverien innostuneen, supportiivisen ja myötätuntoisen tuen tärkeyttä. Kaikki me olimme uupuneita, mutta yhdessä siitäkin selvittiin!

Kirjallisuusviitteet:

1. Baird WLM, Morgan M. Substance misuse amongst anaesthetists. Anaestesia 2000; 55: 143-945.
2. Alexander BH, Chockoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-spesific mortality risks of anestesiologists. Anestesiology 2000; 93: 922-930.
3. Berry AJ, Fleischer LA. Cause-spesific mortality risks of anestesiologists - New evidence for the existence of old problems
4. Salomäki T. Anestesialääkäreiden hyvinvointi OYS anestesiaklinikassa. Finnanest 2000; 33: 565.
5. Gordh T, Svärsudd K. Milloin lääkäri kuolee? Anestesialääkäri ja enneaikaisen kuoleman riski. Finnanest 2001
6. Hoerauf K, Lierz M, Wiesner G, Schoegendorfer K et al. Genetic damage in operating room personnel exposed to isoflurane and nitrous oxide. Occup Environ Med 1999; 56: 433-437.
7. Williamson AM, Freyer A-M. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally perscribed levels of alcohol intoxication. Occup Environ Med 2000; 57: 649-655.
8. Vierhapper H, Nowotny P. The stress of being a doctor: Steroid excretion rates in internal medicine residents on and off duty. Am J Med 2000; 109: 492-494.
9. Bayer R. Editor's note: Whither occupational health and safety? Am J Publ Health 2000; 90: 532.
10. Hammar N, Alfredsson L, Johnson JV. Job strain, social support at work, and incidence of myocardial infarction. Occup Environ Med 1998; 55: 548-553.
11. Sten Lindahl. Training in anesthesia and intensive care in Scandinavia. Finnanest 2001

Leila Niemi-Murola
LT, anestesiologian erikoislääkäri
Kirurginen sairaala, HYKS
leila.niemi-murola@hus.fi



Kuva: Bodo Wagner