

Svenska Läkaresällskapets Riksstämman

28.-30.11.2001 Tukholma

Hannu Heikkilä

Riksstämman ohjelmassa oli runsaasti ajankoh- taista, jopa päivänpolttavaa asiaa. Symposiumeja oli bioterrorismista, BSE:stä ja ihmisen kloonauksesta aina anestesialääkäreiden synkeään työil- mapiiriin ja varhaiseen kuolemaan.

Acta Anaesthesiologica Scandinavica –luennos- saan Alain Forster Genevestä käsitteli ikääntymi- sen vaikutusta ammatilliseen suorituskykyyn. Hänen mukaansa mitään tarkkaa tietoa ikäänty- vän lääkärin (anestesiologin) kyvystä toimia am- matissaan ei ole olemassa. Tiedot fysiologisista muutoksista neurologisten tutkimusten perusteel- la kertovat tuttuja asioita: ikä aiheuttaa kuulon, näön, reaktiokyvyn, hälytysten havaitsemisen, monimutkaisten ongelmatilanteiden ratkaisemi- sen ja muistin heikkenemistä. Nämä tutkimuk- set on kuitenkin yleensä tehty hyvin spesifisin menetelmin eivätkä tulokset ole suoraan siirret- tävissä anestesiologin arkipäivään. Forsterin mu- kaan mm. autonajotaito säilyy 20-40 –vuotiai- siin verrattuna suunnilleen yhtä hyvänä yli 65 - vuotiailla, mikäli he ajavat autoa yksin. Mutta mukaan liitetyt häiriötekijät (keskustelutoveri, radion kuuntelu, matkapuhelin) alentavat enem- män vanhempien huomiokykyä. Kysyttäessä ikääntyvien eri ammattilaisten omaa käsitystä kyvystään työskennellä hyvin väsyneenä ja tehdä silloin oikeita päätöksiä hätätilanteissa, arveli sii- hen kykenevänsä 70-80% kirurgeista, alle 50% anestesiologeista ja vain 26% liikennelentäjistä. Forster on itse tutkinut lääkäreiden omia käsityk- siä iän vaikutuksista 667 sveitsiläisen anestesi- ologin, kirurgin, radiologin ja yleislääkärin ryhmäs- sä. Anestesiologit kokivat muita enemmän väsy- myksen ja yötyön sietokykyänsä alentuneen ikään- tymisen myötä. Anestesiologeista myös merkit-

tävästi useammat olivat valmiit spesialitee- tin(22%) tai lääketieteen jättämiseen (45%), mikäli ansiotaso ei muuttuisi. Erona muihin anes- tesiologit myös halusivat eniten osa-aikatyöhön tai varhaiselle eläkkeelle.

Salin täydeltä hyvin vakavaimmeisiä kuulijoita oli kerääntynyt Svenska Läkaresällskapetin jär- jestämään symposiumiin “Orsakar dålig arbets- miljö för tidig död för anestesiologer”. Sympo- siumin perustana oli tietenkin tunnettu tutkimus ruotsalaisten anestesiologiin kuoliniästä ja aihe on ollut kuluneena vuonna Ruotsin työsuojelu- viranomaisen, lääkintöhallituksen ja lääkäriiiton kuumimpia ongelmia. Mainittu tutkimus tehtiin Ruotsin lääkirikisteristä, josta täydelliset kuo- linsyytiedot saatiin vuosilta 1993-1998. Tutki- muksessa oli 26 000 erikoislääkärinä (joista 23 000 alle 65 –vuotiaita), eli noin 179 000 henkilötyö- vuotta. Anestesiologeja oli 1381, joista tutkimus- aikana kuoli 35 (muista yli 800). Kuolleista anes- tesiologeista oli miehiä yli 73%. Erikoisalojen välisessä vertailussa keskimääräinen kuolinikä oli merkittävästi alhaisin anestesiologeilla. Varmuutta ei ole siitä, mikä vaikutus anestesiologiin ryhmän yleisesti matalammalla keski- iällä oli alhaiseen kuolinkään. Lopputulos ei kuitenkaan tullut kau- niimmaksi minkäänlaisilla tilastokäsittelyillä ja symposiumin epidemiologinen asiantuntija Kurt Svärdsudd sanoi, asiaa häneltä nimenomaan ky- syttäessä, olevansa vakuuttunut asian vakavuudesta ja varhaisen kuoleman riskin lisäyksen olevan anestesiologin työssä vähintään yhtä suuren, kuin minkä normaaliväestössä aiheuttaa kohtuullinen tupakointi. Kumulatiiviset kuolinmäärien käyrät alkoivat erota jo tutkimuksen ensimmäisenä vuon- na –93 anestesiologiin tappioksi muista spesia-

liteeteista Kuten muistettaneen, oli kuolleisuus suurin miesanestesiologeilla, seuraavina tulivat naisanestesiologit sitten muut mies- ja naiserikoislääkärit. Anestesiologeilla olivat kuolinsyissä “yliedustettuina” kasvaimet, neurologiset syyt, sydän- ja verisuonisairaudet sekä itsemurhat.

Kollega Maria Kock Göteborgista antoi 10(!)-vuotisesta erikoislääkärin urastaan oman, todella synkkyyttä tihkuvan kuvauksensa. Tärkeänä työympäristöä huonontavana tekijänä hän piti sitä, ettei anestesiologi muiden spesialiteettien tapaan kykene suurestikaan vaikuttamaan oman työnsä sisältöön, vaan joutuu toimimaan ikään kuin teknisenä apulaisena, usein ilman kunnollista valmistautumista ja potilaaseen tutustumista, muiden päättäessä potilaan kokonaishoidosta ja siihen käytettävissä olevista resursseista. Ahdistavan lisänsä asiaan tuntui tuovan Ruotsin “nurse anesthetist” -käytäntö. Tietenkin oman osuutensa kertomuksessa sai päivystysrasitus, jota lääkäriiliton edusmies kommentoi kysymällä salin yleisöltä haluavatko he todella liittonsa ajavan ponnekaammin päivystysten vähentämistä ja työrupeamien lyhentämistä. Vastaus oli yllättaen melkoinen hiljaisuus – ilmeisesti taloudelliset seikat ja päivystysvapaiden aikaisten muiden töiden ansiot painavat ruotsalaiskollegojenkin vaakakupissa.

Yleisenä loppupäätelmänä tuntui olevan, työsuojelunkin asiantuntijan osallistuttua keskusteluun, ettei lisääntynyt kuolleisuus johdu esimerkiksi kemiallisesta altistuksesta. Päivystysrasitus, anestesiologin epäitsenäisen asema leikkaustiimisissä, työn luonteesta johtuva jatkuva hälytysvalmius tai “katastrofin odottelu” tavallistenkin potilaiden kohdalla, vaatimus tarkan huomion kohdistamisesta usealle taholle samanaikaisesti ja potilaiden laaja kirjo iän, kunnon ja sairauksien suhteen tuotiin esille ainakin vahvasti myötävaikuttavina tekijöinä. Ratkaisuehdotuksina vilahtelivat osa-aikatyö, päivystysten vähentäminen, mahdollisuus siirtyä vain elektiivisten potilaiden hoitamiseen sekä vielä suurempi erikoistuminen

anestesiologian erikoisalan sisällä ja pitäytyminen siinä sekä päivä- että päivystystyössä.

Preoperatiivisesta riskin arvioinnista oli Sahlgrenska sjukhusetin tutkijoiden voimin järjestetty symposiumi, jossa esiteltiin POSSUM –riskin arviointia ja sen käyttöä. POSSUM ottaa huomioon 12 fysiologista ja 6 leikkaukseen liittyvää muuttujaa, kaikki pisteytettynä 1-4. Mikäli riskiluku on yli 20, mutta alle 50 lienee hemodynaamisesta tarkasta optimoinnista hyötyä, alle 20 se ei vaikuta lopputulokseen ja yli 50 ei taida enää auttaa. Muissa puheenvuoroissa korostettiin tehokkaan betasalpauksen merkitystä koronaaritautesien potilaan selviämisen kannalta (tehokas salpaus on silloin, kun syke selvästi alenee). Preoperatiivisen paaston tuhoisasta vaikutuksesta puhuttiin niin ikään. Operaatioon liittyvä henkinen ja ruumiillinen stressi jo sinänsä aiheuttaa insuliiniresistenssin kaikkine mahdollisine seurauksineen. Tätä vaikutusta paasto voimistaa. Leikkauksen jälkeen tilanne muistuttaa usein hoitamattomaa II tyypin diabetesta ja kestää viikkoja. Insuliiniresistenssiä todennäköisesti voidaan alentaa käyttämällä mm. epiduraalista kivunhoitoa (per- ja postoperatiivisesti) sekä antamalla potilaalle kaloripitoista (tai ainakin kirkasta juotavaa) ad 2t ennen anestesiaa. Potilaiden yleisvointi leikkauksen jälkeen paranee, haavainfektiot vähenevät eikä vanhuksilla esiinny yhtä paljon levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Verensokerin seuranta ja insuliinin käyttöä ainakin korkeamman riskin potilailla pidettiin tärkeänä.

Parhain kiitokseni Suomen Anestesiologiyhdistykselle minulle myönnetystä matka-apurahasta.

Hannu Heikkilä
LKT, anestesiaerikoislääkäri
Sairaala Pulssi
Humalistonk 11, 20100 Turku
hannu.heikkila@pulssi.fi