

Ritva Jokela
ritva.jokela[a]fimnet.fi

Risto Viitanen
risto.viitanen[a]hus.fi

Arvi Yli-Hankala
arvi.yli-hankala[a]uta.fi

ANESTESIALÄÄKÄREIDEN IKÄÄNTYMINEN ON TASAANTUNUT

► Vuosikymmenen vaihteessa Hyks ATeKin silloinen klinikkaryhmänjohtaja, nykyinen toimialajohtaja Olli Kirvelä esitti huolensa Hyksin erikoislääkäreiden ikääntymisestä. Tuolloin huolena oli erityisesti leikkaussali-anestesiologien harmaantuminen. Ollin esityksen herättäminä selvitimme vuonna 2011 anestesiaerikoislääkäreiden ikäprofiilin (Finnanest 2011; 44: 188-91). Päätimme tänä vuonna selvittää sen uudelleen ja vertailla näiden kahden vuoden ikäprofileja toisiinsa. Halusimme nähdä, onko suurten ikäluokkien eläköityminen vaikuttanut ikäjakaumiin. Päivystysten keskittymisen aiheuttama paine isojen sairaaloiden päivystyksiin motivoi osaltaan kyselyä.

Menetelmät

Toteutimme selvityksen samalla menetelmällä kuin vuonna 2011. Lähetimme 1.4.2015 sähköpostitse

suomalaisten sairaaloiden anestesiayksiköiden ylilääkäreille pyynnön ilmoittaa sen hetkiset leikkaussalissa, teho-osastolla, kivunhoidossa ja ensihoidossa toimivien anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäritutkinnon suorittaneiden viranhaltijoiden ja -sijaisten kokonaismäärät ja keski-iat. Pyysimme ylilääkäreitä ryhmittelemään erikoislääkärit ikäkohortteihin alle 30, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64 ja yli 65 vuotta. Kaksoiskirjausten välttämiseksi pyysimme ylilääkäreitä ilmoittamaan erikoislääkäreiden pääasiallisen työskentelypaikan.

Osoitelähteenä käytimme anestesia-ylilääkärikokouksen sähköpostilistaa. Koska lista ei ollut täysin ajantasainen, tarkistimme tietoja kohdennetusti joiltakin sairaaloilta kesän 2015 aikana.

Tuloksia ei tarkasteltu tilastollisesti.

Tulokset

Saimme vastaukset kaikista yliopistosairaaloista (n=5), kaikista manner-Suomen keskussairaaloista (n=15) ja 13:sta muusta sairaalasta. Vastaukset saimme kolmesta sairaalasta, joista tietoja ei saatu vuonna 2011. Sairaalat ilmoittivat tänä vuonna tietonsa osin eri logiikalla kuin vuonna 2011: vuonna 2011 Taysin lukuihin oli laskettu mukaan Coxa ja Sydänsairaala, kun tänä vuonna ne ilmoitettiin erikseen. Sen sijaan Taysin luvuissa ovat tänä vuonna mukana Vammalan ja Valkeakosken sairaalat. Tästä vuonna Loimaan, Salon ja Uudenkaupungin luvut on yhdistetty. Mukaan saadut sairaalat on lueteltu taulukossa 1.

Vuonna 2015 anestesiaerikoislääkäreiden kokonaismäärä oli 720, kun se vuonna 2011 oli 631. Erikoislääkäreiden jakaumassa eri sektoreille on tapahtunut pientä elämistä. Leikkaussalianestesiologeja oli tänä vuonna 553, kun vuonna 2011 leikkaussaleissa työskenteli 505 erikoislääkäriä. Teholääkäreitä ilmoitettiin olevan tänä vuonna 93, vastaavasti vuonna 2011 88. Ensihoitolääkäreiden määrä oli tänä vuonna 45 ja vuonna 2011 24. Kivunhoitolääkäreiden määrä oli tänä vuonna 29, kun se vuonna 2011 oli 14. (kuva 1)

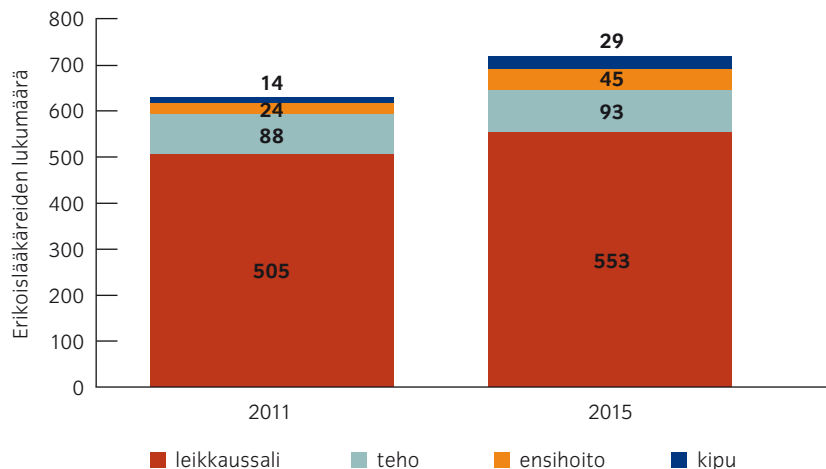
Kaikkien erikoislääkäreiden (45-49/45-49 vuotta) mediaani-iat pysyivät ennallaan, samoin kuin leikkaussalianestesiologien (45-49/45-49 vuotta) ja ensihoitolääkäreiden (40-44/40-44 vuotta). Teholääkäreiden (40-44/45-49 vuotta) ja kivunhoitolääkäreiden (45-49/50-54 vuotta) mediaani-iat sen sijaan nousivat.

Taulukko 1. Ikävertailussa 2015 mukana olevat sairaalat.

Yliopistosairaalat	Keskussairaalat	Muut sairaalat
Hyks	Etelä-Karjala	Hatanpää
▪ Jorvi	Itä-Savo	Hyvinkää
▪ Peijas	Kainuu	Kouvola
KYS	Kanta-Häme	Lohja*
OYS	Keski-Pohjanmaa	Loimaa
Tays	Keski-Suomi	Länsi-Uusimaa
▪ Valkeakoski	Kymenlaakso	Oulaskangas*
▪ Vammala	Lappi	Pieksämäki*
Coxa	Länsi-Pohja	Porvoo
Tays Sydänsairaala	Etelä-Savo	Raaha
Tyks	Pohjois-Karjala	Rauma
	Päijät-Häme	Salo
	Satakunta	Uusikaupunki
	Seinäjoke	
	Vaasa	

*ei mukana vuoden 2011 datassa

Kuva 1. Erikoislääkärijakaumat leikkaussaleissa, teho-osastoilla, ensihoidossa ja kivunhoidossa vuosina 2011 ja 2015.



Kaikkien erikoislääkäreiden (kuva 2), leikkaussalianestesiologien (kuva 3), teholääkäreiden (kuva 4), ensihoitolääkäreiden (kuva 5) ja kivunhoitolääkäreiden (kuva 6) vuosien 2011 ja 2015 ikäjakaumat on esitetty vertailuina.

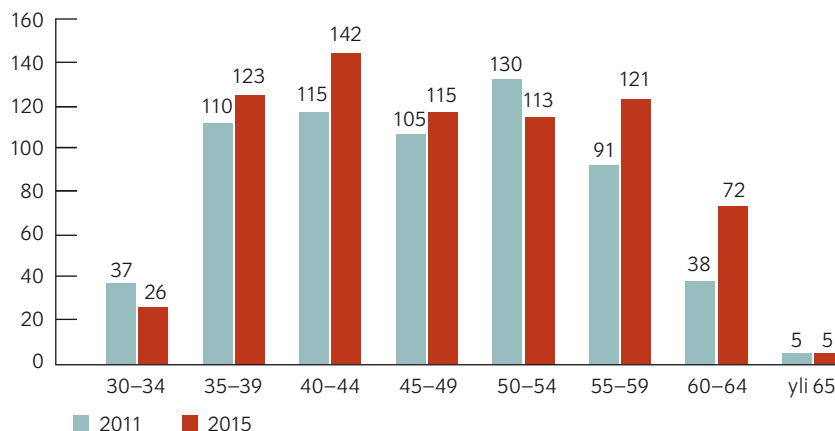
Leikkaussalianestesiologien ja teholääkäreiden sairaalakohtaiset keski-iat vuosina 2011 ja 2015 on esitetty kuvissa 7 ja 8.

Pohdinta

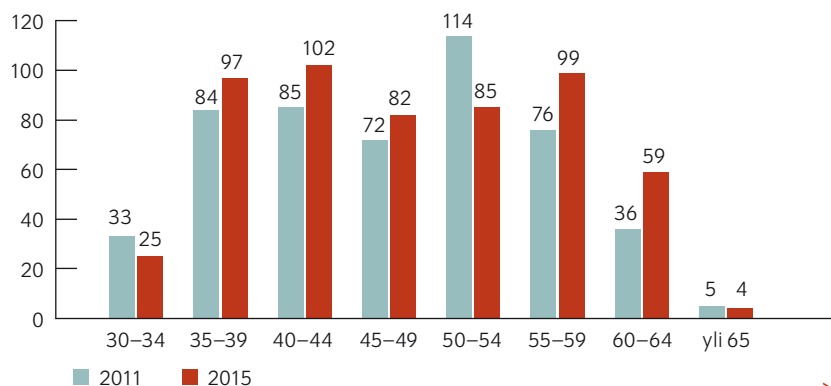
Vuosien 2011 ja 2015 kyselyihin ei saatu aivan identtistä otantaa, mutta silti voitaneen todeta, että alalle on tullut lisää erikoislääkäreitä. Suurin määrällinen muutos on tapahtunut leikkaussalianestesiologien keskuudessa (+48 lääkäriä), ja suurin suhteellinen lisäys ensihoidon (88 %) ja kivun hoidon (107 %) erikoislääkärimäärissä. Lääkärikunnan harmaantuminen lienee ainakin hidastunut, jos ei tykkäänään pysähtynyt. Alalle luonnollisesti tullaan nuorina, mutta tulostemme perusteella voidaan lisäksi arvioida, että alalla myös viihdytään kohtalaisen iäkkäiksi. Tarkasteluhetkien 2011 ja 2015 välinen erikoislääkärlukumäärän kasvu (89 lääkäriä) kohdistuu melko tasaisesti kaikkiin ikäryhmiin; myös ikäryhmässä 60-64 vuotta on nähtävissä reipasta kasvua.

Sekä leikkaussalianestesiologien että ensihoitolääkärien mediaani-iat pysyivät ennallaan. Tämä heijastaa sitä, että näillä sektoreilla lääkäriyövoimaa on pystytty rekrytoimaan myös viime vuosien kuluessa. Tehohoitosektorilla mediaani-iat kasvoivat. Nuorimpien ikäkohorttien

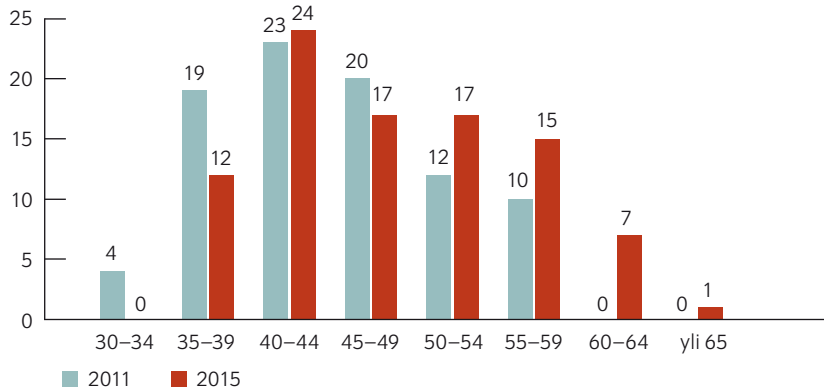
Kuva 2. Kaikkien erikoislääkärien kokonaismäärä kohorteittain vuosina 2011 ja 2015.



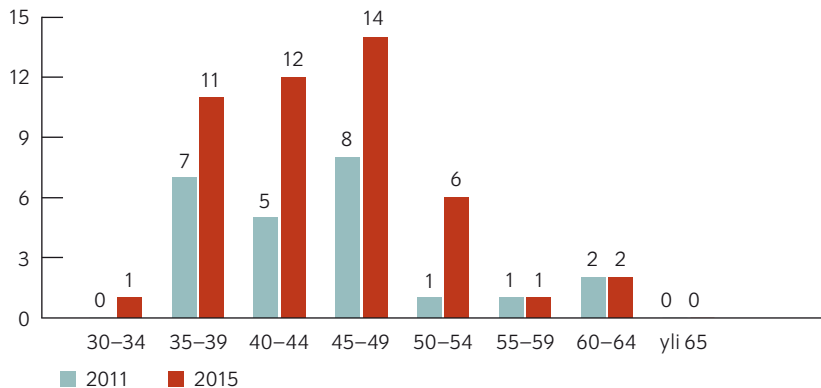
Kuva 3. Leikkaussalianestesiologien kokonaismäärä kohorteittain vuosina 2011 ja 2015.



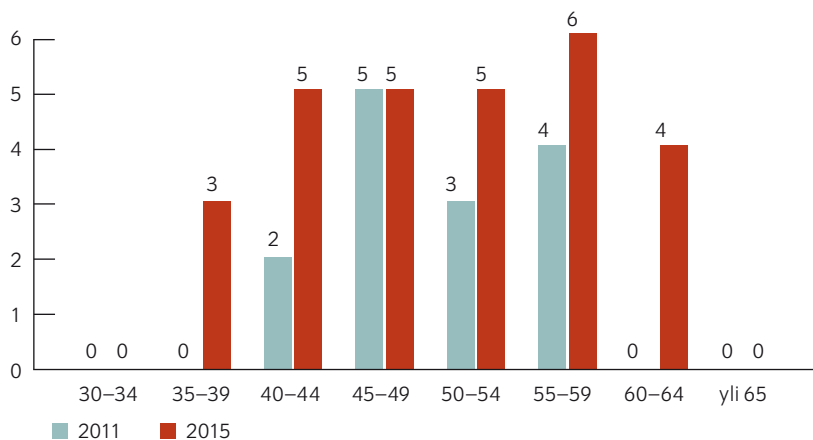
Kuva 4. Teholääkäreiden kokonaismäärä kohorteittain vuosina 2011 ja 2015.



Kuva 5. Ensihoitolääkäreiden kokonaismäärä kohorteittain vuosina 2011 ja 2015.



Kuva 6. Kivunhoitolääkäreiden kokonaismäärä kohorteittain vuosina 2011 ja 2015.

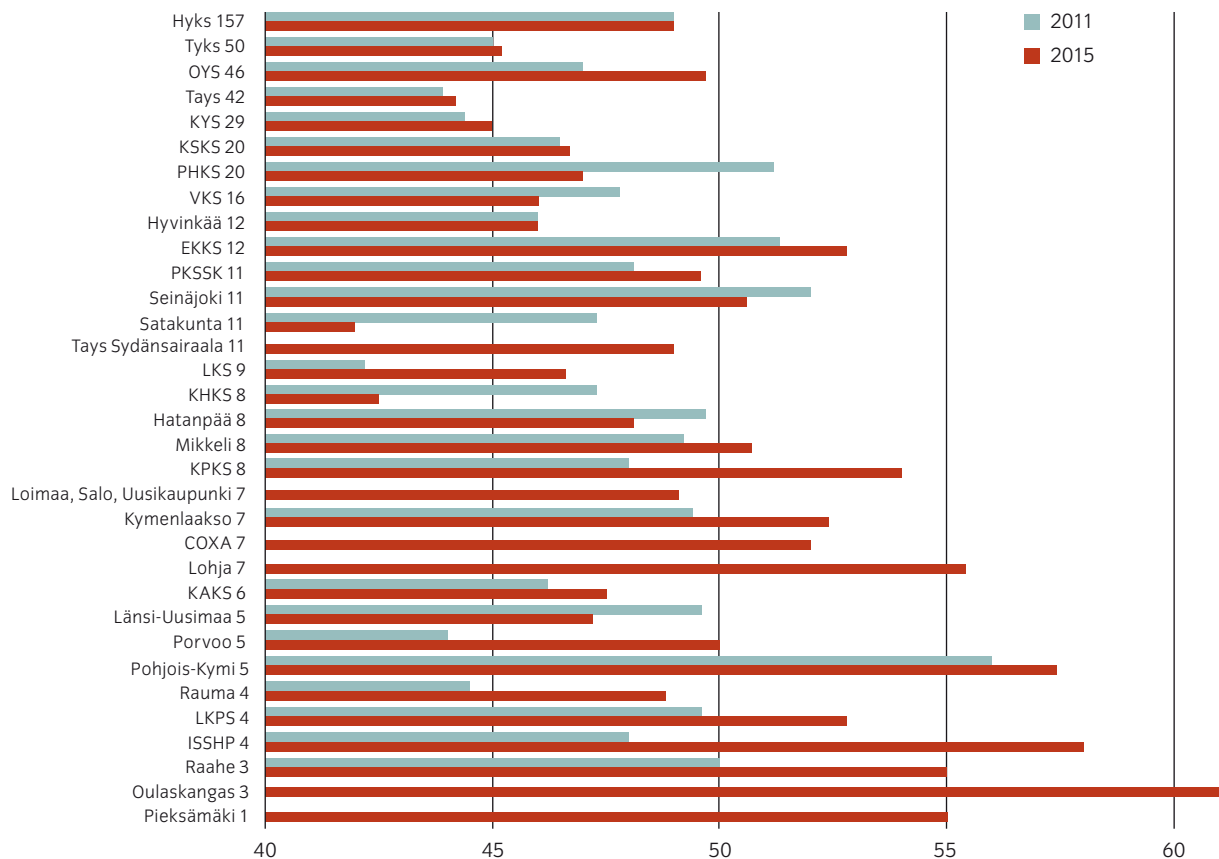


koko pieni, ja vuoden 2011 jälkeen seitsemän tehollääkäriä on ennätännyt täyttää 60 vuotta, yksi jopa 65 vuotta. Teholla työskentelevien lääkäreiden ikääntymistä ei voitane selittää millään yksittäisellä tekijällä. Yliopistosairaaloiden teho-osastot olivat ilmeisen hyvin miehittetyt jo vuonna 2011. Laajamittaiselle lisäresursoinnille ei viime vuosina ole ollut mahdollisuutta, eikä aina tarvittakaan. Keskussairaaloissa, joissa teho-osastolla työskentelee usein vain yksi kollega, lääkärivaihto on tyypillisesti vähäistä ja vuosien vieriminen näkyy mediaani-ikänsä kohoamisena. Kivunhoitolääkäreiden ryhmässäkin työvoiman vaihtuminen on vähäistä, joskin alalle on saatu lyhyessä ajassa merkittävä määrä uusia lääkäreitä. Tässäkin ryhmässä mediaani-ikä oli neljän vuoden kuluessa noussut.

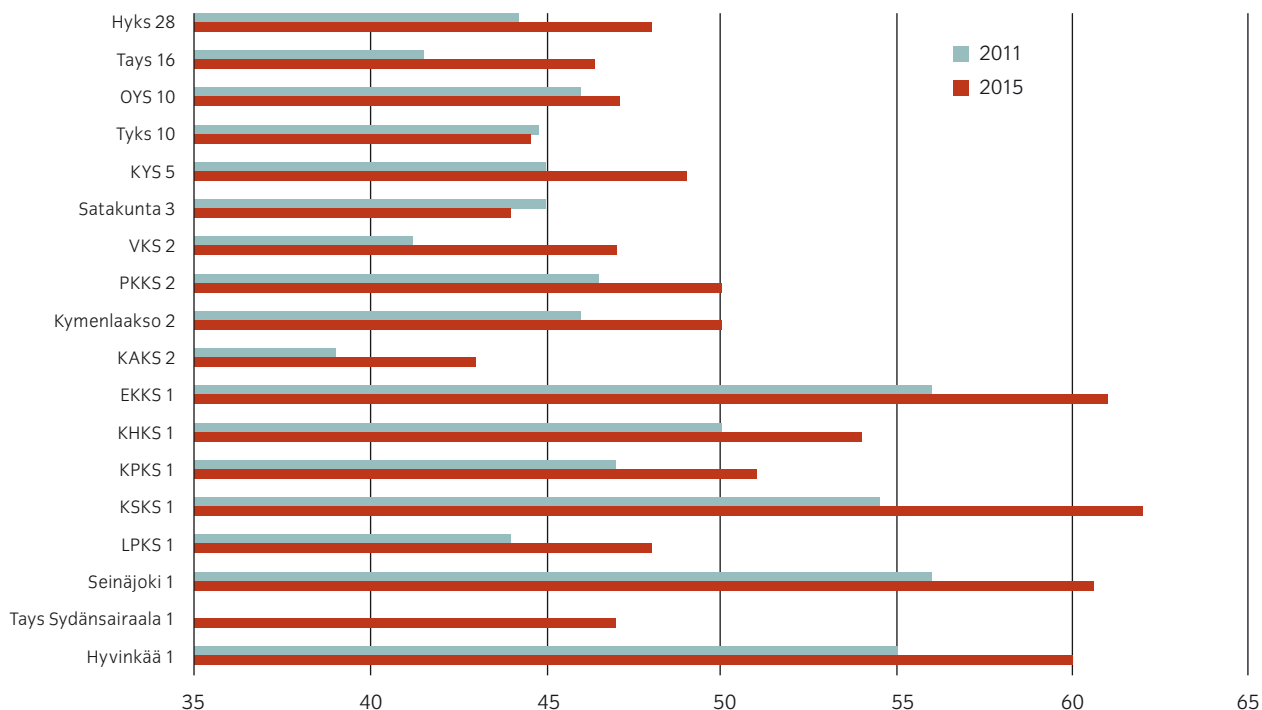
Mitä selvityksemme tuloksista voi päätellä? Julkisella sektorilla työskentelevien anesthesiologian ja tehohoidon erikoislääkäreiden määrä on neljässä vuodessa lisääntynyt 14 %:lla. Ikäjakama näyttää kokonaisuutena tarkastellen tasoittuneen, mikä on hyvä asia: sekä senioriteettiä että ns. uutta verta on aiempaa enemmän tarjolla. Erot sairaaloiden välillä ovat kuitenkin suuria. Pienissä sairaaloissa on useimmiten keski-ikänsä vanhempia anesthesiologeja kuin suurissa sairaaloissa. Sama trendi näkyy myös tehohoidossa. Yhden lääkärin teho-osastoja hoitavat ikään-tyneemmät kollegat kuin useamman lääkärin osastoja.

Selvityksemme ei ota kantaa anesthesiologien työllisyyteen. Tiedossamme ei ole, että Suomessa olisi tällä hetkellä anesthesiologi-työttömyyttä. Erikoisalamme eräs erityispiirre on se, että yksityissektorin tarjoama puskuri työttömyyden uhatessa on varsin rajallinen. Sen sijaan päivystysmääriä ja -tapoja säättämällä voitaisiin tarvittaessa työllistää huomattavasti nykyistä useampia erikoislääkäreitä - jos niin halutaan. >>

Kuva 7. Leikkaussalianestesiologioiden keski-iat sairaaloittain. Jokainen palkki kuvaa yhtä sairaalaa. Luku sairaalan nimen jälkeen kuvaa ko sairaalan leikkaussal(e)issa työskentelevien erikoislääkäreiden määrää.



Kuva 8. Teholääkäreiden keski-iat sairaaloittain. Jokainen palkki kuvaa yhtä sairaalaa. Luku sairaalan nimen jälkeen kuvaa ko sairaalan teho-osasto(i)lla työskentelevien erikoislääkäreiden määrää.



Kysymme neljältä erikoisalamme vaikuttajalta, miten he näkevät selvityksemme tulokset. Pyysimme vastaukset kolmeen kysymykseen.

1. Ikäännyttäänkö liikaa? Pitäisikö koulutusta lisätä vai uhkaako lääkäriyöttömyys?

2. Päivystys keskittyy ja muuttuu raskaammaksi samanaikaisesti, kun erikoislääkärit ikääntyvät. Onko syytä huoleen?

3. Mitä pienempiä yksiköitä (pienten sairaaloiden leikkaussaleja ja yhden lääkärin hoitamia teho-osastoja), sitä korkeampi on erikoislääkäreiden keski-ikä. Ratkaako asia kouluttamalla lisää anesteziologeja, vai pitäisikö tehdä jotakin muuta?

Vt professori Teijo Saari, Turun yliopisto



1. Katsastettuani kyselyn tuloksia toisenkin kerran, päädyn täysin päinvastaiseen lopputulokseen. Mediaani osoittautuu erinomaisen hyväksi mittariksi, ja osoittaa että ammattiryhmämme rakentuu itse asiassa hyvinkin terveesti. Mediaani osuu lähelle sitä ikää, jolloin erikoislääkärin ura alkaa lähestyä puoliväliä. Teho-osastoilta löytyy vasemmalle vinosti jakautunut kollegio; toisin sanoen siis paljon

nuoria erikoislääkäreitä. En pitäisi tätä huolestuttavana ilmiönä vaan ennemminkin kysyisin, miksi pienet sairaalat eivät nuoria kiinnosta?

Pohdittaessa koulutuksen lisäämistä avaisin keskustelun siitä, millainen anestesia- ja tehoolääkärin työnkuvan tulisi olla. Suomessa hyväksytään arvostaen ajatus, että vain kliininen työ on työtä; tutkimus, koulutus ja opetus eivät sitä ole. Muualla maailmassa kollegat ihmettelevät meikäläistä viiden päivän klinikkarupeamaa päivystyksineen, heille yksi tai useampi luku-, tutkimus- tai opetuspäivä on itsestäänselvyys. Voitaisiin vähitellen romuttaa ajatus siitä, ettei erikoislääkärin tule valmistuttuaan enää jatkuvasti päivittää tietojaan, tutkia antamansa hoidon vaikuttavuutta ja arvioida sen laatua.

2. Ikääntyvätkö? Ikääntymisestä ei tarvitse huolestua, mutta jaksamisesta sitäkin enemmän. Alamme merkitys (pidetään tässä katsannossa anesteziologeja ja intensivistejä yhtenä joukkona) kasvaa koko ajan. Leikkaus- ja teho-osastoja tulee resursoida riittävästi niissä yksiköissä, joihin päivystys keskittyy ja joissa uusia anestesiaa ja tehohoitoa vaativia hoitomenetelmiä otetaan käyttöön. Samalla tulee väistämättä pohdittavaksi, onko meidän tarpeen antaa kaikkia hoitoja kaikkialla. Riittävän iso yksikkö

varmistaa toiminnan laadun – mitä se sitten ikinä tarkoittaakaan – mutta näissäkin yksiköissä pitää pohtia yksittäisten operatöörin n-luvun riittävyttä. Paljon leikkaavia kollegoita löytyy paikoista, joita emme ehkä ensimmäisenä tule ajatelleeksi.

3. Ratkaahan se, mutta vain, mikäli kollegalta ei kysytä, missä hän työtään haluaa tehdä. Onko niin, että yhteiskunnan ja nuorten kollegojen arvomaailma on peruuttamattomasti muuttunut, ja meidän pitää muutos hyväksyä? Tekisin jotakin muuta, kuten loisin tehokkaat ja nopeat kuljetusketjut potilaiden siirtämiseksi niihin yksiköihin, joissa edellä mainitsemani reunaehdot toteutuvat. Pitkät välimatkat ovat Suomen maassa hidaste, mutta esteitä ne eivät ole. Myönnän kyllä, ettei tällaisessa toiminnassa mukana-olo edesauta sankarin maineen hankkimista, mutta potilaita varten kai tätä työtä lopultakin teemme?

Toimialajohtaja, yllä-lääkäri Olli Kirvelä, Hyks ATeK



1. En enää näe ikäännyttymistä ongelmana alan kokonaisuuden kannalta, koska edellisen kartoituksen jälkeen alalle on selvästi tulossa ”uutta verta”. Eläkeikää lähestyvien suhteellinen osuus näyttäisi kuitenkin olevan huomattavan iso

pienissä sairaaloissa ja etenkin pienillä teho-osastoilla. Tämä voi aiheuttaa alueellisesti ongelmia, jos näitä sairaaloita ei koeta houkuttelevina työpaikkoina.

2. On. Päivystyspisteet tulevat raskaammiksi ja työtä pitää pystyä jakamaan mielekkäästi. Se on sekä potilaan että lääkärin etu. Tässä on syytä katsoa peiliinkin. Meillä on jo nyt mahdollisuus pilkkoa päivystyksiä, mutta iso joukko edelleen vastustaa muutosta.
3. Viitaan kohtaan 1. Koulutusmäärä ei tässä ole ratkaiseva, vaan työn luonne. Yhden lääkärin teho-osastoja ei pitäisi olla, koska asianmukaisen päivystyksen järjestäminen ei ole mahdollista. Määritelmän mukaanhan teho-osastolla päivystää asiaan perehtynyt lääkäri. Eli mitenkään teho-osasto on määritelty. Monien sairaaloiden anestesialääkärimäärä on liian pieni anestesiapäivystystä ajatellen. Harva haluaa tulevaisuudessa sitoutua jatkuvaan päivystämiseen. Päivystysten järjestämistä pitäisi ajatella suurempien kokonaisuuksien sisällä.

Ylilääkäri Pekka Pölonen,
Keski-Suomen
keskussairaala



1. Työttömyys ei uhkaa ja koulutus voi olla tällä tasolla nykyisen eläköitymisbuumin

(seuraavat 10 vuotta) yli. Oikeastaan vasta ollaan pääsemässä anestesiologien ikäjakaumassa normaalijakaumaan eli eläköitymistä tapahtuu tasaiseen tahtiin. Toisaalta uusien erikoislääkärien tuotantokin on hyvällä mallilla eli korvaajia löytyy, tämä sillä varuksella että tarve on suunnilleen sama jatkossakin. Datan valossa ainoastaan teholläkäritilanne on huonompi, mutta luulen että osa nuoremmista teholläkäreistä työskentelee salianestesiologeina koska tehoilla ei ole virkoja. Jopa kipulääkärien tilanne kokonaisuutena näyttää hyvältä, jos tarve ei kasva. Näyttää siltä että osa ikääntyvistä anestesiologeista siirtyy kipulääkäreiksi.

Miten saadaan keskussairaaloihin lisää teholläkäreitä, on enemmän virkaongelma kuin halu työskennellä teholla. Yo-paikkakunnilta tehohoitolääkärit eivät halua muuttaa keskussairaalaapaikkakunnille, jos eivät voi työskennellä pelkästään teholla. Tämä ei ole mahdollista riittävän tehopäivystysosaamisen takaamiseksi, koska päivystäjiä tarvitaan enemmän kuin 2-3. Lisäksi teholläkärien saatavuus on koulutusongelma siten, että yo-sairaaloissa ei ole koulutuspaikkoja keskussairaaloiden tehopätevyyttä haluaville erikoislääkäreille.

Jos tehoerityspätevyys on yliopistollinen koulutus, pitäisi olla joku keino, että keskussairaaloista pääsee tekemään vaadittua

koulutusjaksoa yo-sairaalaan, eikä täytetä niitä omilla yo-sairaalan lääkäreillä. Voisi olla esimerkiksi erva-alueen yhteisvirka.

2. Ikääntyminen ja työn raskaus ei ole suurin huolenaihe. Suurin huolenaihe on keskussairaaltasolla päivystyksen eturintaman osaamattomuus ja kokemattomuus. Ensiavun eturintamassa on nuoria lääkäreitä, joiden auttajina ja takapäivystäjinä sairaalassa olevat anestesiologit ja teholläkärit saavat ja joutuvat toimimaan. Päivystyksen keskittyminen ja työn raskaus voidaan hoitaa työsuunnittelulla, muuttamalla päivystysaikoja ja tasaamalla kuormaa useammalle päivystäjälle. Suurimmalla osalla kollegoita on edelleen halua päivystää.
3. Teholläkäriongelma ei ole niin suuri miltä se näyttää. Tehoilla ei ole virkoja, joten osa salierikoislääkäreistä ja erikoistuvista työskentelee myös tehoilla. Tämä resurssi on siis salien puolella. Tehoille olisi kuitenkin hyvä saada lisävirkoja, mutta se ei saa poistaa salierikoislääkärien kiertoa siellä, koska päivystysosaamisesta pitää huolehtia.

Pienet sairaalat ovat selvästi ongelma, jos niihin ei saada nuoria. Tämä ei ole koulutuskysymys, vaan enemmän työympäristökysymys, haluaako työskennellä ao paikassa. >>

Summa summarum: koulutusta alkaa olla riittävästi, ja jos tarve säilyy kohtuullisen vakaana viratkin täyttyvät. Uusia virkoja tarvitaan ainakin keskussairaaloihin ja päivystystyön järjestelyjä varten. Pienimmät ei-päivystävät sairaalat ovat selvästi ongelma. Kuihtuvatko ne pois anesthesiologien saatavuusongelmien vuoksi?

Johtava lääkäri Tom Löfstedt, HUS Lohjan sairaala



1. Ideaalitilanteessa yksiköissä on eri ikäryhmien edustajia nuorista erikoistuvista "vanhoihin konkareihin". Mitä suurempi yksikkö on, sitä helpompi luonnollisesti on päästä tähän tavoitteeseen. Koulutusmäärien olisi hyvä olla hitusen yläkantissa oletettuun tarpeeseen nähden, jolloin trendi siirtyä koulutuspaikkakuntien reunoilla oleviin houkutteleviin työtehtäviin kasvaa... Nykysukupolven aikaisempaan verrattuna pienempi tahto olla runsaan päivystysmäärän sitoma vaikuttaa myös lisäävästi työntekijätarpeeseen - ja onhan anesthesiologeillaakin perhevelvollisuuksia ja peräti toivoa olla kotona mahdollisia lapsiaan sekä muita kotitehtäviä hoitamassa.

Ja selkokielillä: kyllä vanhempi anesthesiologisukupolvi on joutunut ja joutuu yhä päivystämään ihan liikaa!

2. Päivystyksen keskittämiselle on monta hyvää perustetta, ei pelkästään potilasturvallisuuden ja laadun näkövinkkelistä. Uudessa tilanteessa pitää olla myös uusia ratkaisuja: lyhyempiä päivystysrupeamia, ilta- ja yövuoroja, joissain hyvin aktiivissa yksiköissä vuorotyön kaltaisia järjestelmiä ym. Näiden lisäksi uran eri vaiheessa oleville kollegoille pitäisi löytyä vähän erilaisia ratkaisuja: joustoa elämäntilanteen, työkyvyn ja oman jaksamisen mukaan. Me emme ole samanlaisia "koneita".

3. Pieni yksikkö on vaikea määritellä. Selvää on, että mikäli yksikön oma porukka ei riitä hoitamaan yksikön päivystysvelvollisuutta, niin se on liian pieni ja täten liian haavoittuva. Ratkaisuksi ei riitä kouluttaa enemmän anesthesiologeja ja tehohoitolääkäreitä vaan ydinkysymys kuuluu: mikä on yksikön päivittäisen lääkäreiden tarve ja onko se sopusuhteessa päivystyksen vaatimaan lääkimäärään. Yksi ratkaisu tähän haasteeseen on muodostaa alueellisia päivystysrenkaita eli yksiköt joissa on enemmän lääkäreitä hoitavat sovitun osan pienemmän sairaalan päivystyksistä turvaten tämän sairaalan toiminnan. Toinen mahdollisuus on jaetut virat eli päivystyksen vaatimat 7-8 lääkäriä eivät ole kaikki päivätöissä. Tässäkin tilanteessa olisi hyvä olla eri ikäryhmien kollegoita! ■