

Päihdeongelmat leikkaus- ja teho-osastoilla Suomessa – työryhmän loppuraportti

Lääkäreiden ja sairaanhoitajien päihdeiden [alkoholin, pvk-lääkkeiden ja huumausaineiden (huumeiden)] käyttö on tutkimusten mukaan samaa luokkaa kuin käyttö yhteiskunnassa keskimäärin¹⁻³. Erikoisalojen vertailuissa amerikkalaisissa tutkimuksissa on todettu, että anestesioleilla esiintyy useammin lääkeriippuvuutta kuin muiden erikoisalojen lääkäreillä^{4,5}. Sairaanhoitajilla eniten ongelmia on ensihoidossa (päivystyspoliklinikat), teho-osastoissa ja syöpätautien yksiköissä².

Alkoholi on yleisimmin väärinkäytetty aine niin lääkäreiden^{6,7} kuin hoitajienkin² keskuudessa. Amerikkalaisten anestesialääkäreiden eniten väärinkäyttämät lääkkeet ovat olleet fentanyl, sufentaani ja bentsodiatsepiini^{6,8}. Propofolin väärinkäyttö on joidenkin tutkimusten mukaan lisääntymässä^{9,10} mutta myös ketamiinin ja inhalatioanestesia-aineiden väärinkäyttötapausta on raportoitu^{8,11}.

Edellä mainitussa amerikkalaisten sairaanhoitajatutkimuksessa² marihuanan ja kokaiinin käyttö oli tavallisempaa syöpätauti-, ensihoito- ja teho-osastojen sekä psykiatristen osastojen sairaanhoitajien keskuudessa verrattuna eräisiin konservatiivisiin erikoisaloihin (esim. yleislääketiede, kuntoutus, geriatria).

Suomessa on lääkäreiden päihdeongelmiin kiinnitetty huomiota^{12,13}, mutta näiden raporttien mukaan vaikuttaa siltä, ettei anestesialääkäreillä ole alkoholiongelmia sen enempää kuin muidenkaan erikoisalojen lääkäreillä. Tietävästi Suomessa ei ole todettu yhtään potilasvahinkoa, jonka syynä olisi ollut hoitavan ammattihenkilön alkoholi- tai huumeriippuvuus (Markus Henriksson, suullinen tiedonanto). Leikkaus- ja teho-osastojen hoitohenkilökunnan päihdeongelmista Suomessa ei ole julkaistuja tietoja.

Kyselytutkimus Suomen leikkaus- ja teho-osastojen ylilääkäreille ja osastonhoitajille

Keväällä 2010 selvitimme Suomen leikkaus- ja teho-osastojen ylilääkäreiden ja osastonhoitajien kautta onko henkilökunnan keskuudessa esiintynyt päihdeongelmia vuoden 2006 jälkeen. Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli 73 %. Todistettuja väärinkäyttötapausta raportoitiin 37 kpl, joista 70 % oli sairaanhoitajia, 22 % lääkäreitä ja 11 % muuhun henkilökuntaan kuuluvia. Yleisin väärinkäytetty aine oli alkoholi (78 %). Lääkeaineista yleisimmät olivat opioideja (30 % tapauksista) ja bentsodiatsepiineja (22 % tapauksista). Väärinkäyttäjistä sai hoitoa tai kuntoutusta 84 %, mutta vain kolmasosa pystyi palaamaan samaan työpaikkaan ongelmitta.

Toimenpide-ehdotukset

Ongelma 1 – Lääkkeiden kulutuksen valvonta

Lääkkeiden, niin opioidien kuin bentsodiatsepiinienkin kulutuksen seuranta osastoilla on puutteellista. Huumausaineiden kulutuskorttien tarkistus tapahtuu usein vasta viikkojen kuluttua siitä, kun ensimmäiset merkinnät on tehty korttiin (häiriöiden ja hävikkien selvittäminen mutkistuu).

Leikkausosaston henkilökunnan väärinkäyttämisiin lääkkeisiin on viime vuosina tullut mukaan ketamiini ja propofoli.

Toimenpiteet

Tp 1. Lääkkeiden kulutuksen seurantamenettelmien parantaminen. Huumausaineiden tarkistusmerkinnät pitäisi tehdä vähintään kerran viikossa. Myös bentsodiatsepiinit (sekä tabletit että liuokset) on säilytettävä lukollisessa huumausaine-

kaapissa ja kulutusta valvottava kuten opioidien kohdalla. Käyttämättömät huumaavat lääkkeet pitää laittaa asianmukaisesti lukittuihin kaappeihin tai valvottuun paikkaan heti anestesiatoimenpiteen tai muun hoitotoimenpiteen (esim. akuutin kivun hoito) jälkeen. Ketamiinin ja propofolin kulutusta tulisi valvoa kirjanpidon avulla. Kaikki nämä toimenpiteet suunnitellaan ja toteutetaan läheisessä yhteistyössä sairaalan apteekin kanssa.

Tp 2. Lääkehuoneiden ja lääkekaappien ovien edustalle asennetaan tallentavat videovalvontakamerat (myös varkaustapausten selvittely jälkikäteen helpottuu).

Tp 3. Lääkehuoneiden ja lääkekaappien ovien asennetaan käyttäjän rekisteröivät avaimet. Näitä avaimia luovutetaan ainoastaan tietylle määrälle sairaanhoitajia, muttei lääkäreille.

Ongelma 2 – Lääkejäämien hävitys.

Ruiskuihin anestesian jälkeen jäävien lääkeliuosten hävittämissysteemi vaihtelee. Mikäli ruiskuihin jää suuria määriä esim. opioidia ja propofolia eikä niitä ole turvallisesti hävitetty, lääkkeet saattavat joutua väärinkäyttäjän käsiin. Nestemäisten jätteiden keräysastiassakaan hävitetyt lääkkeet eivät ole turvassa, koska ne voidaan eristää sekanesteestä joko tislauksella tai liuottamalla.

Toimenpiteet

Tp 1. Anestesiaa varten varataan vain minimimäärä liuosmuotoista lääkettä. Uutta lääkeampullia ei avata ennen kuin edellisen sisältö on käytetty.

Tp 2. Ruiskuun jääneet lääkeliuosmäärät ruiskutetaan anestesian loputtua astiaan johon on laitettu pohjalle erityinen kuiva jähmeaine (polymeeri; esim. Solidifying Agent, Serres Oy; 25 g jähmeainetta yhtä litraa kohden). Nesteen kanssa jähmeaineesta muodostuu geeli. Astian täytyttyä se suljetaan ja se on valmis kuljetettavaksi Ekokemille poltettavaksi.

Ekokemin polttolajittelua varten astiaan laitetaan valmiiksi merkintä (tarra) siitä, että astia sisältää myös bromidia ja jodidia, koska anestesiassa käytetään usein ainakin bromidia sisältäviä lääkeliuoksia ja jotkut lääkeliuokset (esim. amiodaroni) esiintyvät jodidisuolana.

Leikkausosaston valvontayksikössä (heräämösä) voi olla isompi astia, jonka sisään laitetaan muovipussi ja siihen tilavuutta vastaava määrä jähmeainetta.

Ongelma 3 – Henkilökunnan lääkitseminen.

Monella työpaikalla potilaille tarkoitettuja lääkkeitä annetaan myös henkilökunnan tilapäisiin vaivoihin. Esimerkkeinä tulehduskipulääkkeet ja parasetamoli erilaisiin särkyihin, tai antiallergiset lääkkeet heinänuhaan tai muihin allergistyyppisiin oireisiin. Bentsodiatsepiineja on anastettu omaan käyttöön mm. vuorotyön aiheuttamien unihäiriöiden vuoksi.

Toimenpiteet

Tp 1. Nolla-toleranssi, eli henkilökunnalle ei anneta potilaille tarkoitettuja lääkkeitä muuten kuin hätätilanteessa. Jokaisella osastolla pitää olla oma erillinen lääkekaappi henkilökunnan tilapäisten vaivojen ja sairaskohtausten hoitoon. Tiettyjen lääkkeitten lisäksi kaapissa on myös pienten haa-vojen hoitotarvikkeet.

Ongelma 4 – Päihdeongelmaisen henkilön tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen.

Alkoholi- ja lääkeriippuvaisen henkilön tunnistaminen ongelman aikaisessa vaiheessa on vaikeaa. Ongelmaiseen henkilöön liittyviä piirteitä, joihin esimiesten olisi hyvä kiinnittää huomiota, ovat mm:

- stressin hallinnan ongelmat
- yllättävät poissaolot maanantaisin ja hetimien jälkeen
- ylenpalttinen vapaaehtoisuus ottamaan ylimääräisiä työvuoroja
- oleskelu työpaikalla myös työvuorojen ulkopuolella
- jatkuva univelka
- yleinen itselääkitseminen
- mielialan nopeat vaihtelut (depressio/euforia), ärtyvyys, vihamielisyys
- eristäytyminen (perheestä, ystäväistä, harrastuksista)
- laihtuminen ja kalpeus
- henkilökohtaisesta hygieniasta ja ulkonäöstä välinpitämättömyys
- sairaslomatodistukset eri lääkäreiltä
- rattijuopumus

Toimenpiteet

Tp 1. Esimiesten usein toistuvat ja säännölliset yksilölliset kehityskeskustelut henkilökunnan kanssa ovat ratkaisevan tärkeitä, jotta päihdeongelma havaittaisiin mahdollisimman aikaisin. Keskusteluissa pitää käsitellä myös alkoholin ja lääkkeiden käyttöä. Työpaikoille pitää rakentaa sellainen yhteishenkinen ja luottamuksellinen ilmapiiri

ri, että päihdeongelmat ymmärretään sairautena muiden sairauksien rinnalla, eikä niitä pidä salailla ja peitellä. Näin aineita väärinkäyttävä henkilö toimivasti itsekin ymmärtää suostua ajoissa vapaaehtoisesti hoitoon ja kuntoutukseen.

Lääkkeiden anastamiseen pitää kuitenkin suhtautua ankarasti ja siitä on tehtävä ilmoitus viranomaisille (poliisille ja Valviralle).

Tp 2. Alkoholiriippuvuudesta hoitoon ja kuntoutukseen suostunut henkilö voidaan ottaa takaisin samaan työpaikkaan koeajalla. Sen sijaan huumeriippuvaista henkilöä ei pidä sijoittaa sellaisiin tehtäviin, jossa hän altistuu houkutukselle aloittaa lääkkeiden väärinkäyttöä uudelleen. Varsinkin anestesia- ja lääketieteellisten paluu samaan työpaikkaan, tai samanlaisiin tehtäviin, huumeista vieroituksen ja kuntoutuksen jälkeen on epäonnistunut niin usein, ettei paluuta riskialttiiseen työympäristöön suositella^{14,15}.

Osa mainituista toimenpide-ehdotuksista esiintyy yleisellä tasolla myös STM:n oppaassa ”Turvallinen lääkehoito – Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa” (www.stm.fi – oppaita 2005: 32)

Yhteenveto

Päihdeongelmat leikkaus- ja teho-osastojen henkilökunnan keskuudessa Suomessa eivät näytä olevan yleisempiä kuin mitä yhteiskunnassamme keskimäärin. Alkoholiriippuvuus on ongelmista suurin, mutta myös opioideja ja bentsodiatsepiineja väärinkäytetään. Yhdysvaltalaisen tutkimusten perusteella myös propofolia, ketamiinia ja inhalatioanesteetteja saatetaan väärinkäyttää leikkaus- ja teho-osastoilla.

Lääkkeiden kulutuksen seurannan parantaminen, lääkejäämien asianmukainen hävittäminen, yhteistyön tiivistäminen sairaalan aptekin kanssa ja väärinkäyttöongelman aikaiseen tunnistamiseen panostaminen ovat työryhmämme tärkeimmät toimenpide-ehdotukset. □

Viitteet

1. Juntunen J, Asp S, Kauttu Olkinuora, ym. Suomalaisten lääkärin alkoholinkäyttö. Suom Lääk Lehti 1988; 43: 1299–1306.
2. Trinkoff AM, Storr CL. Substance use among nurses: differences between specialties. Am J Publ Health 1998; 88: 581–585.
3. Beaujouan L, Czernichow S, Pourriat JL, Bonnet F. Prevalence and risk factors for substance abuse and dependence among anaesthetists: a national survey (French). Ann Franc Anesth Reanim 2005; 24: 471–479.
4. McAuliffe PF, Gold MS, Bajpai L, ym. Second-hand exposure to aerosolized intravenous anesthetic propofol and fentanyl may cause sensitization and subsequent opiate addiction among anesthesiologists and surgeons. Med Hypothesis 2006; 66: 874–882.
5. Skipper GE, Campbell MD, Dupont RL. Anesthesiologists with substance use disorders: a 5-year outcome study from 16 state physician health programs. Anesth Analg 2009; 109: 891–896.
6. Talbott GD, Gallegos KV, Wilson PO, Porter TL. The Medical Association of Georgia’s Impaired Physician Program. Review of the first 1000 physicians: analysis of speciality. JAMA 1987; 257: 2927–2930.
7. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC Jr, ym. Resident physician substance use in the United States. JAMA 1991; 265: 2069–2073.
8. Booth JV, Grossman D, Moore J, ym. Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. Anesth Analg 2002; 95: 1024–1030.
9. Follette JW, Farley WJ. Anesthesiologist addicted to propofol. Anesthesiology 1992; 77: 817–818.
10. Roussin A, Montastruc JL, Lapeyre-Mestre M. Pharmacological and clinical evidence on the potential for abuse and dependence of propofol: a review of the literature. Fund Clin Pharmacol 2007; 21: 459–466.
11. Wilson JE, Kiselanova N, Stevens Q, ym. A survey of inhalational anaesthetic abuse in anaesthesia training programmes. Anaesthesia 2008; 63: 616–620.
12. Paakkari P, Marttila A. Ongelmalääkärin meillä ja muualla. Suom Lääk Lehti 1985; 40: 3353–3356.
13. Olkinuora M, Hupli V. Ongelmalääkäreiden kuntouttaminen. Suom Lääk Lehti 1990; 45: 842–845.
14. Bryson EO, Silverstein JH. Addiction and substance abuse in anesthesiology. Anesthesiology 2008; 109: 905–917.
15. Berge KH, Seppala MD, Schipper AM. Chemical dependency and the physician. Mayo Clin Proc 2009; 84: 625–631.

Päihdetyöryhmä

Marja Liisa Ylitalo-Airo ja Johanna Katomaa
Suomen Anestesia- ja tehohoitajat ry.

Hilkka Huotilainen ja Per Rosenberg (pj)
Suomen Anestesiologiyhdistys ry.

Seija Alila ja Kirsi Lindfors
Suomen Tehohoitoyhdistys ry.

Risto Kuosa
Suomen Anestesiologit – Suomen Lääkäriliiton alaosasto

Maria Huitti
Anestesiologian ja tehohoidon yksikkö, Helsingin yliopisto