

IRINA VIRTANEN
apulaisylilääkäri
kliininen neurofysiologia
TYKS kuvantamisen toimialue

Uniapnean diagnostiikkaa tehostettava

Uniapnean diagnostisten tutkimusten kysyntä yliopistosairaaloissa on kasvanut dramaattisesti. Viime vuoteen verrattuna tutkimuksia on tehty 25–50 % enemmän. Selittäväksi tekijäksi on arveltu Lindholm-efektiä; tänä vuonna kuolleen muusikko Olli Lindholmin kuolinsyiksi uuti-soitiin uniapnea.

Efekti on linjassa julkisuuden henkilöiden aiempien kuolemien aiheuttaman terveydenhuollon kysynnän lisääntymisen kanssa (1).

Halusimme selvittää, onko tutkimusten määrän kasvu vähentänyt merkitsevien tutkimuslöydösten ja vaikean uniapnean osuutta. Kävi ilmi, että kansa on oikeassa – diagnosomatonta uniapneaa on vielä paljon ja löydösten lisääntyminen lisää painetta hoidon tarjoamiseen.

Mukaan otettiin maaliskuussa 2018 (526 kpl) ja 2019 (629 kpl) tehty yöpolygrafia-tutkimukset, jotka oli lausuttu TYKS:n kliinisen neurofysiologian yksikössä 9.8.2019 mennessä. Ylös kirjattiin ikä, sukupuoli ja lähettävä yksikkö (perusterveydenhuolto vai erikoissairaanhoido). Uniapnean vaikeusluokka määritettiin lausuntoon kirjatus apnea-hypopnea-indeksin (AHI) mukaan siten, että AHI < 5/h on normaali ja AHI 5–15/h vastaa lievää, AHI 15–30/h kohtalaista, AHI 30–50/h voimakasta sekä AHI > 50/h erittäin voimakasta uniapneaa. Tarkastelussa käytettiin kokonais-AHI-arvoa,

paitsi asentoriippuvaisessa taudissa selinmaakuujakson aikaista AHI-arvoa.

Vähintään kohtalaisen uniapnean kokonaisesiintyvyydeksi aikuisilla on arvioitu 6–17 % siten, että korkeampi ikä ja painoindeksi sekä miessukupuoli altistavat taudille (2).

Potilaiden ikä- ja sukupuolijakauma oli molempina vuosina samanlainen. Perusterveydenhuollosta tutkimuksiin tuli noin kolmasosa potilaista. Naiset olivat miehiä vanhempia ($p < 0,001$). Heillä oli miehiä merkittävästi useammin lievä uniapnea tai normaali löydös ($p < 0,001$), mikä on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa (2).

Perusterveydenhuollon potilaat olivat muita vanhempia ($p < 0,001$). He olivat useammin naisia ($p = 0,008$), ja heillä oli harvemmin lievä uniapnea tai normaali löydös ($p = 0,011$).

Uniapnean voimakkuusjakauma oli molempina vuosina samanlainen: normaaleja löydöksiä nähtiin joka viidennessä tutkimuksessa ja voimakkuusasteeltaan vähintään kohtalaista uniapneaa 55–60 %:ssa tutkimuksista.

Voimme siis todeta, etteivät tutkimusmäärät ole Suomessa läheskään riittäviä. Kysynnän ja tarjonnan tasapaino on ihanteellinen, jos 40–50 % löydöksistä on normaaleja, kun nyt osuus on noin 20 %. Diagnoisimme myös enemmän kohtalaista ja voimakasta uniapneaa kuin mitä aiemmin on arvioitu (45–65 %) (2). ●

KIRJALLISUUTTA

- Keays G, Pless IB. Impact of a celebrity death on children's injury-related emergency room visits. *Can J Public Health* 2010;101:115–8.
- Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ ym. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2017;34:70–81.

SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia.

JOHANNA RELLMAN
apulaisylilääkäri,
koulutuskoordinaattori
TAYS yhtymähallinto

HEIKKI LÖPPÖNEN
professori
Itä-Suomen yliopisto
yliopistojen ammatillisten
jatkokoulustoimikuntien (AJT)
verkoston puheenjohtaja

Erikoislääkärikoulutuksen määrien ohjaaminen etenee liian hitaasti

Erikoislääkärikoulutuksen pitkään valmistellun uudistuksen tavoitteena on parantaa koulutuksen laatua ja ohjata koulutusmääriä vastaamaan väestön ja palvelujärjestelmän tarpeita. STM:n alainen koordinaatiojoasto on laatinut laajan toimenpideohjelman, joka toteutuu vaiheittain (1).

Merkittävin muutos on, että erikoislääkärikoulutuksessa siirrytään aika- ja paikkaperustai-

suudesta kohti osaamisperustaisuutta. Osaa- mistavoitteet määritellään ja erikoistuvan osaa- mista arvioidaan aiempaa monipuolisemmin (2). Kouluttajien pedagogista koulutusta on lisätty ja sairaaloihin on nimetty koulutusvas- tuulääkäreitä (3).

Koulutusmääriä voidaan ohjata monin ta- voin. Yksi keino on haku- ja valintamenettely:

KIRJALLISUUTTA

- 1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelma. STM, raportteja ja muistioita 2016:62. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/78991>
- 2 Niemi-Murola L. Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärikoulutuksen käytäntöä. Duodecim 2017;133:77–83.
- 3 <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/kirurgi-innostuivat-koulutusvastuusta/>
- 4 <https://content-webapi.tuni.fi/proxy/public/2019-06/el-ja-ehl-valintaperusteet-s2019-ja-k2020-tdkn.pdf>
- 5 Rellman J. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus-tarpeen arviointi vuoteen 2030. STM, Raportteja ja muistioita 2016:57.
- 6 <https://content-webapi.tuni.fi/proxy/public/2019-09/erikoulustarve2035-ja-haku-paikat.pdf>
- 7 <https://www.helsinki.fi/fi/laaketieteellinen-tiedekunta/ammattilinen-jatkokoulutus>
- 8 <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/keskustelua/erikoislaakaripula-ei-poistu-nykyresursein/>
- 9 Lehtonen O-P. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusryhmän tutkimus työnjakoa ja kiireellistä hoitoa koskevien säädösten vaikutus sairaaloiden henkilöstövoimavaroihin ja henkilöstön sairaaloiden toimintaedellytyksistä saamaan kuvaan. STM, Raportteja ja muistioita 2019:31.

opinto-oikeuksia voidaan myöntää enemmän sellaisille aloille, joilla on uhkaamassa työvoimapula. Yliopistojen yhdessä valmisteleman avoimen ja yhtenäisen haku- ja valintamenettelyn ensimmäinen kierros on loppusuoralla ja jatkossa haku on kahdesti vuodessa (4).

Koulutusmäärien ohjaamiseksi on arvioitu sekä alueellista että valtakunnallista koulutus-tarvetta. Psykiatrian ja laboratoriolääketieteen alojen sekä fysiatrian, keuhkosairauksien ja yleislääketieteen paheneva erikoislääkärivaje on todettu kaikissa 2000-luvulla tehdyissä selvi-tyksissä (5). Tästä huolimatta näiden alojen koulutusta ei ole pystytty lisäämään. Esimerkiksi patologian erikoislääkärien määrä ei ole 2000-luvulla kasvanut lainkaan, vaan viime vuo-sina päinvastoin vähentynyt (6).

Vaikka Suomessa on tällä hetkellä yli 900 työ-ikäistä psykiatria, on heistä pulaa lähes kaikissa sairaaloissa. Puolet nykyisistä erikoislääkäreistä siirtyy eläkkeelle seuraavien kymmenen vuoden aikana. Psykiatreja pitäisi valmistua vuosittain yli 50, mutta määrä on jäänyt koko 2010-luvun ajan alle 30:een vuodessa (7). Koska koulutus-aika on pitkä, psykiatriapula pahenee joka ta-pauksessa, vaikka koulutusmääriä pystyttäisiin-kin nostamaan.

Jotta erikoislääkärikoulutusta kokonaisuute-na pystytään lisäämään ja kriittisten alojen kou-lutusmäärät jopa kaksinkertaistamaan, tarvi-taan yliopistojen, palvelujärjestelmän ja minis-

terion yhteistä vastuunottoa. Haku- ja valinta-menettely on liian hidas keino.

Kaikki mahdolliset koulutusresurssit, jotka täyttävät laadulliset sisältökriteerit, pitää hyö-dyntää. Koulutusta voitaisiin toteuttaa enem-män keskussairaaloissa ja myös yksityis- ja kol-mannella sektorilla. Myös vakanssimäärät pitää tarkistaa suhteessa koulutustarpeeseen (8). Vuoden 2020 alussa saadaan toivottavasti voi-maan asetusmuutos, jolla ns. 50/50-sääntö lie-venee. Se mahdollistaa yksilöllisemmät koulu-tusväylät. Ikääntyvien erikoislääkärien työssä jatkamista ja jaksamista pitää tukea.

Neljäsosa Itä- ja Pohjois-Suomessa koulute-tuista erikoislääkäreistä siirtyy töihin Etelä-Suo-meen, mutta vain noin 10 % pääkaupunkiseu-dulla koulutuksensa saaneista muuttaa muualle Suomeen (5). STM:n tuoreessa raportissa tode-taan, että suurin kysymys erikoislääkäripulassa ei ole valmistuvien erikoislääkärien määrä, vaan heidän sijoittumisensa (9).

Raportissa ehdotetaan, että erityisvastuu-alueen sairaanhoitopiiriin tulisi toimia yhtenäi-senä henkilöstön rekrytoijana. Osa erikoistui-vien lääkäreiden viroista voitaisiin koota vakanssi-pooliin, josta virkoja jaettaisiin yksiköille koulu-tustarpeen mukaisesti. Ministeriö voisi myös ohjata kohdennettua rahoitusta pula-alojen kou-lutukseen. Nämä voisivat olla ratkaisevia keino-ja koulutuksen määrälliseen ja alueelliseen ohjaamiseen. ●

ANSSI SOVIJÄRVI

kliinisen fysiologian
emeritusprofessori
Helsingin yliopisto
Lääkärisseura Duodecim
sanastolautakunnan jäsen

KIRJALLISUUTTA

- 1 Pihlava M. Valvira varoittaa kahden sydämenkäynnistimen käytöstä. Suom Lääkäri 2019;74:2847.
- 2 www.kotus.fi. Kuukauden sanat 2016.30.11.2016 Sydäniskuri.
- 3 Kobayashi D, Sadoj, Kiyohara K ym. Public location and survival from out-of-hospital cardiac arrest in the public-access defibrillation era in Japan. J Cardiol 2020;75: 97–104. doi:10.1016/j.jicc.2019.06.005

Defibrillaattori on sydäniskuri

Lääkärilehdessä 49/2019 uutisoitiin, että Valvira varoittaa kahdesta automaattisesta defibrillaattorista (1). Valvira oli käyttänyt tiedotteessaan laitteesta nimitystä sydämenkäynnistin, mikä oli myös Lääkärilehden jutun otsikossa.

Lääkärisseura Duodecim sanastolautakunta on marraskuussa 2016 suositellut laitteesta käytettäväksi nimeä sydäniskuri, minkä nimen se hyväksyi allekirjoittaneen esityksestä. Kotimaisten kielten keskus valitsi termin kuukauden sanaksi marraskuussa 2016. Sydäniskuri-termin käyttö lähti yleistymään nopeasti, mutta viranomainen ei näytä sitä vielä omaksuneen.

Kun itseopastavat nk. maallikkodefibrillaattorit yleistyvät kentällä, on hyvä, että laitteen nimi on riittävän lyhyt ja naseva ja kuvaa sen käyttö-tarkoitusta. Laittevalmistajat ovatkin ottaneet sydäniskuri-termin nopeasti käyttöön.

Sydämenkäynnistin on terminä jossain määrin epälooginen, koska defibrillaattorilla ei saada käynnistettyä sydäntä, jonka sähköinen aktiiviteetti puuttuu kokonaan. Laitteella saadaan ”käynnistävä vaikutus” vain, jos sydänlihaksessa (kammioissa) esiintyy sähköistä värinää eli fibrillointia. ●