



Markku Hyninen
Dosentti, professori h.c., ylilääkäri
Hyks, ATEK, Jorvin sairaala
markku.hyninen[a]hus.fi

Leikkaus onnistui, mutta potilas kuoli

Perioperatiivinen lääketiede – ”uusi” osaamisalue erikoisalallemme?

”Kehitys kehitty” myös perioperatiivisessa toimintaympäristössämme. Anestesia sinänsä on jo niin turvallista, että anestesia-kuolleisuuden ilmaantuvuutta laskettaessa taskulaskimen näytön oikeaa laitaa pitää kohta laajentaa, jotta kaikki desimaalipilkun jälkeen tulevat nollat ja viimeinen merkitsevä numero mahtuvat mukaan (1). Kun kirurgitkin kehittävät tekniikoitaan, raja, jossa sanotaan potilaalle ”olette liian sairas leikattavaksi”, siirtyy koko ajan, vaikka leikkauspotilaat ovat yhä sairaampia ja iäkkäämpiä.

Leikkauspotilailla varsinaiset ongelmat syntyvät yhä useammin liitännäissairauksista, joko liitännäissairauden tilan vaikeutuessa tai sen hidastaessa kirurgisen tilan kohenemista (2, 3). Tämän tunnistaa jokainen leikkauspotilaiden kanssa toimiva kollega. Kuka tällaisessa tilanteessa on ”hoitava lääkäri”? Usein kukin leikkauspotilaan hoitoon osallistuva erikoisala ottaa kantaa tiettyyn siivuun potilaan hoidossa, mutta kokonaisvastuussa olevasta ei ole aina selvyyttä. Minkään erikoisalan osaamista omalta alaltaan ei sovi kiistää, mutta onko ”prosessilla omistajaa” (en nyt keksi parempaa termiä näille konsulttikielen sanoille), onko omistajuudesta yhteisymmärrys ja koordinoitua yhteistyötä riittävästi?

Anestesiologit ovat aina vastanneet enemmän tai vähemmän leikkauspotilaan muuhun kuin itse kirurgiaan liittyvien tilojen hoidosta, mutta taaska kasvaa koko ajan alkaen leikkausta edeltävästä tilan arvioinnista ja hoidosta jatkuen itse leikkaustilanteen kautta jälkihoitoon ja toipumiseen joko sujuvammin tai tehohoidon kautta. On ilmeistä tarve miettiä asiaa kokonaisvaltaisemmin. Mille erikoisalalle perioperatiivinen hoito kuuluisi? Kaikkia tarvitaan ehdottomasti, mutta vain yksi voi olla ”prosessin omistaja” ja muut olisivat

Kuka ”omistaa” prosessin, onko omistajuudesta yhteisymmärrys ja koordinoitua yhteistyötä riittävästi?

konsultteja. Jonkun täytyy haluta ja pystyä johtamaan alusta loppuun potilaan parhaaksi.

Tähän Finnanestin teemanumeroon on pyydetty asiantuntijoiden näkemyksiä perioperatiivisesta hoidosta. Kattaus ei ole tyhjentävä edustus, mutta tuonee esille riittävän laajasti eri alojen edustajien näkemykset. Pohjoismainen erikoisalamme yhdistys SSAI on aloittanut uuden kaksivuotisen koulutusohjelman ”*Perioperative Medicine and Management*” tavoitteena parantaa leikkauspotilaiden hoidon sujuvuutta, laatua ja turvallisuutta. Kysehän on nimenomaan osaamisen sujuvasta johtamisesta yhteistyössä kaikkien osapuolten kesken. Ohjelman ensimmäinen kurssiviikko on tätä kirjoitettaessa juuri päättynyt. Itse mukana olleena näen valoa tunnelin päässä, vaikka emme pimeässä kulje tälläkään hetkellä. Aina voi lukeja kuitenkin lisätä. Kurssilaisista 35 % on Suomesta, tasaisesti ympäri maamme. Pullat on pantu uuniin. Odotellaan niiden pautumista kypsäksi (4). ■

Viitteet

1. Schiff JH, Welker A, Fohr B, ym. Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures. *Br J Anaesth* 2014; 113: 109-21.
2. Grocott MPW, Pearse RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Br J Anaesth* 2012; 108: 723-6.
3. Hyninen M. Liitännäissairaudet voivat vaarantaa leikkaustuloksen. *Duodecim* 2013; 129: 2207-8.
4. Hyninen M, Salmenperä M. Quo vadis anestesiologia? – perioperatiiviselle lääkärille on nyt tilausta. *Finanest* 2012; 45: 210-1.