



QUO VADIS ANESTESIOLOGIA? – PERIOPERATIIVISELLE LÄÄKÄRILLE ON NYT TILAUSTA.

► Puolitoista kymmentä vuotta sitten kysimme tällä samalla palstalla erikoisalamme tulevaisuuden perään (1). Sen jälkeen on toimintaympäristömme muuttunut ihan toisen näköiseksi. Lääketiede on kehittynyt huimin askelin oma erikoisalamme ja kirurgia muiden mukana. Kirurgia on eriytynyt subspecialiteeteiksi. Yleiskirurgia alkaa olla uhanalainen laji. Kirurgian subspecialisoitumisen myötä tämän alan toimijat ymmärtävät paljon hoidettavan taudin konservatiivisesta hoidosta. Leikkaus- ja anestesia-alueita jakava henkinen veri-aivoeste on nyt matalampi kuin ennen. Erikoisalamme on nyt nimeltään anestesiologia ja tehohoito sisältäen myös kivunhoidon ja ensihoidon. Tehohoito on saavuttanut tunnustetun aseman kriittisesti sairaiden potilaiden hoidossa. Vaikka valtaosa kivunhoidon ja ensihoidon osaajista omaa erikoisalamme taustakoulutuksen, voidaan kysyä, kuinka vankasti kivunhoito ja ensihoito pysyvät ”näpeissämme” ja onko siihen tarvettakaan. Akuuttilääketieteen erikoisala on jo tulossa ja nähtäväksi jää, miten ensihoito asemoituu uudessa ympäristössä (2). Kivunhoito, etenkin kroonisten tilojen tutkiminen ja hoito, on alusta alkaen ollut moniammatillista toimintaa, jossa tuki anestesiologiolla on oikeutetusti keskeinen rooli. Moniosaajat ovat kuitenkin häviävää kansanperinnettä. Erikoisalallammekin kehitys kulkee vääjäämättä siihen, että erikoistutaan osaamaan yhä vähemmästä yhä enemmän. Missä vaiheessa voidaan lopettaa puhuminen neljän peruspilarin kuulumisesta samaan erikoisalaan?

Jos tehohoitoon, kivunhoitoon ja ensihoitoon erikoistuneiden kollegojen professio ja toimenkuva

vaikuttaa kutakuinkin selvältä, onko se sitä myös leikkaussalissa työtään tekevällä anestesiologilla? Määritelmällisesti anestesiologi on se, joka antaa anestesian: puuduttaa tai nukuttaa leikkaussaliin tulevan potilaan, herättää tämän leikkauksen loputtua, jonka jälkeen potilas siirretään vuodeosastolle hänen oltuaan riittävässä heräämöseurannassa. Potilaaseen ei sen koommin tarvitse palata. Näin käsitettynä leikkaussalianestesiologi on jonkinlainen temppuja taitava tekniikko, joskin parhaassa tapauksessa hyvin taitava sellainen. Finnanestin kuluva vuoden ensimmäisessä numerossa professori Rosenberg oli huolissaan anestesiologioiden ammatillisesta käyttäytymisestä leikkaussalissa (3). Haluamme laajentaa huolta leikkaussalien ulkopuolelle.

Leikkauksiin tulevat potilaat ovat yhä sairaampia ja usein muu sairaus tai vaiva on paljon suurempi haaste kuin itse kirurgian aihe. Toisaalta yhä sairaammille ja iäkkäämmille tehdään myös yhä isompia ja pitkään toipumisaikaan johtavia leikkauksia. Saavuttamastamme anestesiatoiminnan korkeasta tasosta kertoo anestesiakuolleisuus, joka on tällä hetkellä 0,001 % ja on laskenut niin, että ainakin vuosituhanen vaihteseen asti tunnuslukuun saatiin lisätä yksi nolla pilkun perään jokaista kulunutta kymmentä vuotta kohden. Samanaikaisesti leikkauskuolleisuus on tasolla 1 % kertoen siitä, missä haasteet varsinaisesti ovat (4,5). Toki hyvä kirurginen tekniikka on perusedellytys leikkauksen onnistumiselle toipumisineen. Useimmat meistä tietävät kuitenkin tapauksia, joissa leikkaus onnistui mutta potilas kuoli vuodeosastolla. Leikkaussalissa toteutetulla tehohoidon asteisella

hoidolla onnistuttiin pitämään potilas hengissä, mutta mitä tapahtui sen jälkeen? Eikö kirurginen aihe ollutkaan kohdallaan vai epäonnistuttiinko postoperatiivisessa hoidossa?

Tiedämme, että tosiasiaa anestesiologi tekee leikkauspotilaan ”polun” aikana paljon muutakin kuin vain edellä mainitun ”teknikon” osuuden. Me tutkimme potilaita ja annamme hoito-ohjeita ei-kirurgisiin sairauksiin preoperatiivisen käynnin yhteydessä. Optimaalisesti se toteutuu erillisessä preoperatiivisessa yksikössä hyvissä ajoin ennen suunniteltua leikkausta. Leikkauksen aikana anestesiologi voi ratkaisevalla tavalla vaikuttaa leikkaustuloksen onnistumiseen ja potilaan tervehtymiseen, esimerkiksi hankittuaan ruokatorven kautta tehtävän kaikkuvaksen tekemisen tiedot ja taidot sydänanestesiologiassa. Yhä useammin potilaan leikkauksesta toipumisen ratkaisevat onnistumiset ei-kirurgisten sairauksien hoidossa ja kuntoutuksessa, hyvänä esimerkkinä iäkkäät lonkkamurtuman saaneet potilaat. Ei ole merkityksetöntä, miten hoidetaan perioperatiivisesti potilaan diabetes, sydämen vajaatoiminta, antikoagulaatio ja nestetasapaino.

Kaikki kunnia leikkaaville kollegoilemme siitä, miten leikkauspotilaiden muidenkin kuin kirurgisen vaivan ja sairauksien hoito parhaimmillaan onnistuu. Aivan liian usein asiat eivät kuitenkaan ole niin hyvin. Systemaattisten haittavaikutusilmoitusten käyttöönoton myötä on käynyt ilmi, että komplikaatioilta voitaisiin välttyä panostamalla enemmän hoitoon ennen leikkausta ja sen jälkeen. Tässä on paikka perioperatiiviselle lääkärille.

Kuka olisi luontevampi perioperatiiviseksi lääkäriksi kuin anestesiologi

(4)? Meissä yhdistyvät ihanteellisella tavalla tarvittava koulutus, taito ja kokemus. Asema ja tunnustus eivät tule kuitenkaan itsestään vaan ne on hankittava määrätietoisella pätevöitymisellä. Ottakaamme esimerkiksi tehohoidon kollegoistamme. Perioperatiivisena lääkärinä voi toki toimia anestesiologin lisäksi kirurgi, akuuttilääketieteen edustaja, kardiologi tai jopa geriatri. Ottajia kyllä varmaan on. Haluammeko me anesthesiologit profiloitua leikkauspotilaan hoitoon laajemmin ja tasavertaisesti osallistuvina arvostettuina kollegoina vai enemmän anestesi-ateknikkoina? Käynnissä olevan keskustelun perusteella ulkomaiset kollegat haluavat reivata professionimme kurssia tähän suuntaan. On ilmeistä, että spesialiteettimme nimessäkin on rajoittavaa painolastia. Ilmeisesti tätä ajatellen kärkeilemme, *Anesthesiology*, on alkanut ryhmittää kirurgisen potilaan hoitoa koskevat artikkelit ”Perioperative Medicine”-yleisotsakkeen alle. SAY:n tulisi hetimiten tehdä nykytilanteen analyysi, asemoida erikoisalamme kaukonäköisesti ja tehdä toteuttamiskelpoinen strategia. ■

Kuka olisi luontevampi perioperatiiviseksi lääkäriksi kuin anesthesiologi?

Viitteet

1. Salmenperä M, Hynynen M. Quo vadis anesthesiologia? *Finnanest* 1998; 31: 69-70.
2. Finnanestin teemanumero akuuttilääketieteestä. *Finnanest* 2012; 45: 20-9.
3. Rosenberg P. Anesthesiologi – lääkäri vai tekniikko? *Finnanest* 2012; 45: 9.
4. Grocott MPW, Pearse RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Br J Anaesth* 2012; 108: 723-6.
5. Weiser TG, Semel ME, Simon AE, ym. In-hospital death following inpatient surgical procedures in the United States. *World J Surg* 2011; 35: 1950-6.

Ylilääkäri!

👉 oletko aikeissa rekrytoida?

Muista Finnanest ilmoituskanavana.

Saat parhaan katteen ilmoituksellesi, sillä Finnanestia suomalaiset anesthesiologit, tehohoito-, ensihoito- ja kipulääkärit lukevat.



Karlssonin Sarikin sen tietää, sillä Finnanestin edellisen numeron jälkeen hän on saanut monelle vastaantulijalle kertoa, mistä kulloinenkin kenkäpari on kotoisin.