



PROFFAN PALSTA

Biologinen diversiteetti ja perioperatiivinen prosessi

Olemme kaikki erilaisia. Toinen kompastuu ja nousee; toinen ei nouse, vaikka fyysiset mitat, kalenterivuodet, lääkelistan pituus ja ASA-luokka, lista perussairauksia sekä kognitiivinen kapasiteetti olisivat samat. Osalle potilaista, jotka joutuvat leikkaukseen, käy huonosti; anestesian osuus tästä on varsin vähäinen, vaikka vastaamekin perioperatiivisen prosessin useista kriittisistä solmukohdista. Väestön ikääntyessä hoitamamme potilaiden profiili muuttuu ja samalla potilaiden humaanin biodiversiteetti kasvaa. Lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen 1-vuotiskouluisuus hipoo kolmeakymmentä prosenttia. Riskitekijöitä mortaliteetille lonkkamurtumaleikkauksen jälkeen on etsitty iästä, sukupuolesta, inflammatiosta, hoitopolkujen viilaamisesta sekä kalenterista. Koronavirus vaikuttaa selvästi ennustetta huonontavasti. Puudutus on parempi, mutta haitallisinta potilaille oli konversio puudutuksesta yleisanestesiaan. On ilmeistä, että kaksi anestesiaa yhtä toimenpidettä varten ei ole hyvä asia. Salissa on tapahtunut jotain, tai suunniteltu anestesiamuoto tai leikkaustyyppi vastasivat kalenteri-ikää, perussairauksia ja vammaa mutta eivät kohdanneet biologista ikää, toimintakykyä ja kapasiteettia.

Mitä me haluamme perioperatiiviselta prosessilta? Haluamme elinvuosia, elämänlaatua, kotiutuvia potilaita. Lääkärin etiikan lähtökohtia ovat hyvän tekemisen periaate sekä se, että vältämme haittaa. Mihin voimme vaikuttaa lonkkamurtumapotilaan hoidossa? Koronaan emme, anestesiamuotoon melko usein. Tutkimuksissa pyrimme tunnistamaan potilaat, joille käy huonosti. Kuka kuolee, kuka saa komplikaation tai kenen elämänlaatu on huono. Katsomme asiaa

Voiko muun potilaan konversio puudutuksesta nukutukseen johtaa siihen, että yksi kolektomia jää tekemättä ja syöpä ehtii sen vuoksi levitä?

anestesian tai tehohoidon näkökulmasta ja pyrimme selittämään ilmiön. Entäpä, jos tutkimmekin sitä, mitkä tekijät vaikuttavat siihen, että päätyy ryhmään, jossa konversio tapahtuu? Mennään askel taaksepäin? Toisiko se lisäarvoa? Ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat – inflammaatio, vuorokaudenaika, monentenako potilas pääsi saliin ja mikä oli odotusaika? Entä, jos käyttä-

simme tietoa hyväksi siihen, että kykenisimme etukäteen tunnistamaan potilaat, jotka ovat riskissä joutua sekä lonkkamurtuman että koronan kouriin, ja joilla on jokin riskitekijä sille, että puudutus ei riitäkään? Tästä voitaisiin myös päästä kiinni siihen, miten näiden potilaiden perioperatiivisen prosessin takkuaminen vaikuttaa osaston muihin potilaisiin. Esimerkiksi riskipotilaan heräämöajan pidentyminen voi myötävaikuttaa

toisen kirurgian alan potilaiden leikkausten peruuntumiseen. Voiko muun potilaan konversio puudutuksesta nukutukseen johtaa siihen, että yksi kolektomia jää tekemättä ja syöpä ehtii sen vuoksi levitä? Tällaiset päättelyketjut tuovat tutkimuksen lähemmäs palveluntuottajaa ja palveluntuottajan lähemmäs tutkimusta. Numeroita, niitä meillä on paljon, valtavasti. Tarvitsemme sairaalan, tarvitsemme tutkijat, tarvitsemme jonkun, joka ymmärtää numeroiden taakse. Yhteistyötä. Tarvitsemme uutta ajattelua, jossa emme teekään asioita yksin, selin toisiimme nähden. Tarvitsemme osaamisen yhdistämistä yli erikoisalarajojen, yli tieteenalarajojen ja yli maakuntarajojen. Tarvitsemme rohkeutta tuoda esiin avauksia ja erityisesti rohkeutta kuunnella niitä avauksia avoimin mielin. *Then, the Force is with us, and we are one with the Force.* ■

Lähdeluettelon saa toimitukselta pyydettäessä.

1. Stefani LC, Gamermann PW, Backof A et al. Perioperative mortality related to anesthesia within 48h and up to 30days following surgery: A retrospective cohort study of 11,562 anesthetic procedures. *J Clin Anesth* 2018; 49: 79-86.
2. Gundel O, Thygesen LC, Gogenur I et al. Postoperative mortality after a hip fracture over a 15-year period in Denmark: a national register study. *Acta Orthop* 2020; 91: 58-62.
3. Niessen R, Bihin B, Gourdin M et al. Prediction of postoperative mortality in elderly patient with hip fractures: a single-centre, retrospective cohort study. *BMC anesthesiol* 2018; 18: 183.
4. Pollmann CT, Rotterud JH, Gjertsen J et al. Fast track hip fracture care and mortality - an observational study of 2230 patients. *BMC Musculoskelet Disord* 2019; 20: 248.
5. Bouter A, Dybvik E, Hallan G et al. Is there a weekend effect after hip fracture surgery? A study of 74,410 hip fractures reported to the Norwegian Hip Fracture Register. *Acta Orthop* 2020; 91: 63-68.
6. Zamora-Navas P, Esteban-Pena M. Seasonality in incidence and mortality of hip fracture. *Rev esp cir ortop traumatol* 2019; 63: 132-137.
7. Egol KA, Konda SR, Bird ML et al. Increased Mortality and Major Complications in Hip Fracture Care During the COVID-19 Pandemic: A New York City Perspective. *J Orthop Trauma* 2020; 34: 395-402.
8. Qiu C, Chan PH, Zohman GL et al. Impact of Anesthesia on Hospital Mortality and Morbidities in Geriatric Patients Following Emergency Hip Fracture Surgery. *J Orthop Trauma* 2018; 32: 116-123.