



Hoidetaanko meillä paremmin kuin muualla?

Operatiivisten päivien keskiviikon yhteisessä Kirurgiyhdistyksen kanssa käsitelti potilasrekistereitä. Aihe on ajankohtainen, onhan Anesthesiology-lehtikin kuluneena syksynä julkaissut neljän pääkirjoituksen sarjan potilasrekistereiden mahdollisuuksista anestesiatoiminnassa.

Potilasvalinta, anestesiamenetelmät, neste- ja kivunhoito vaikuttavat toipumiseen leikkauksen jälkeen. Leikkaushoidon tulokseen vaikuttaa ennen kaikkea potilaan vaiva ja se kuinka vaiva hoidetaan, eli kirurgia. Lopullinen hoitotulos on monen tekijän summa.

Maassamme Intensiumin anestesia- ja leikkaustoiminnan vertaisarviointi keskittyy pääsääntöisesti leikkaussalin vaiheikojen tarkasteluun ja mahdollistaakin näiden osalta hyvän kansallisen vertailun. Raporttien perusteella on helppoa saada kirurgikollegat vakuuttuneeksi esimerkiksi siitä, että aamumme käynnistyvät maan keskiarvoa nopeammin tai että vaihto- ja valmisteluajamme ovat täysin vertailukelpoisia muihin sairaaloihin. Arvokasta tietoa tämäkin, onhan leikkaussali eniten kustannuksia tuottava osa potilaan hoitopolussa. Suomalaisessa aineistossa on laskeskeltu, että yhtä leikkaussalituntia kohden tarvitaan noin yhdeksän henkilötyötuntia. Sen sijaan tietokannassa ei ole varsinaisia outcome-tietoja potilaan selviytymisestä, komplikaatioista tai edes kuolleisuudesta, eikä myöskään tietoa koko hoitoprosessin kestosta. Tietokanta ei vastaa kysymyksiin, kuten kuinka pian lonkkamurtumapotilaamme kuntoutuvat kotiutuskelpoiseksi muihin verrattuna, hyödyttääkö muita suurempi panostus postoperatiivisen kivunhoitoon gastrokirurgista potilasta, tai lisääkö leiko-potilaiden osuuden kasvattaminen komplikaatioita meillä tai muualla.

Jotta pääsisimme askeleen eteenpäin selvittämään oman osuutemme, anestesia- ja kivunhoitomenetelmien vaikutusta hoitotulokseen ja resurssien käyttöön, on meillä oltava käytettävissä potilaskohtaista tietoa annetusta kirurgisesta hoidosta ja koko hoitoprosessista. Professori Kehletin esittämä tanskalainen tyrärekisteri on esimerkki mittavasta kansallisesta tiedonkeruusta yleisen ja ”bulkkiluontoisen” vaivan hoidossa. Aineiston ansiosta on pystytty vähentämään reoperaatioita ja lisäämään päiväkirurgian osuutta. Aineiston perusteella nivustyryä tulisi leikata paikallispuudutuksessa. Spinaalianestesiaan liittyy yleisanestesiaa enemmän komplikaatioita. Tästä huolimatta Kehlet myönsi, että kirurgit eivät edelleenkään ole halukkaita paikallispuudutusmenetelmiin. Voidaan myös kysyä, onko spinaalianestesiassa käytetyillä puudutusaineilla eroja. Krooninen kipuo osoittautui yleiseksi jälkivaivaksi.

Turussa alkunsa saanut olkapäärekisteri on suomalainen avaus oikeaan suuntaan. Rekisterin perusteella voidaan jo nyt tehdä huomioita kirurgien oppimiskäyrästä ja toimenpiteen keston vaikutuksesta komplikaatioihin. Rekisteri sisältää myös tiedot anestesiamenetelmistä. On mielenkiintoista saada selville, kuinka viimeksimainittu vaikuttaa olkapotilaan hoidon tuloksiin ja keston, ja onko sairaaloiden välillä tässä suhteessa eroja. Suomessa kirurgista hoitoa kartoittavat potilasrekisterit ovat vasta tuloillaan. Monessa muussa Euroopan maassa ollaan paljon pitemmällä. Meidän anestesiologien täytyy pitää huoli siitä, että niihin kerätään myös anestesiaa koskevia tietoja. Uuden lainsäädännön myötä valinnanvapauden lisääntyessä vaatimukset julkisista hoitotuloksista kasvavat, niistä todennäköisesti myös potilaat tulevat kiinnostumaan entistä enemmän. ■