

Sugammadeksi ja leikkaussalien tuottavuus

Onnittelemme professori Olli Meretojaa lihasrelaksaatiota ja sen kumoamista ansiokkaasti käsitelleestä katsauksesta¹. Artikkelin relaksaation kumoamisen farmakoeconomiaa käsittelevä osa antaa aihetta muutamaan kommenttiin. Olli toteaa aivan oikein, että vaikka sugammadeksillä on verraten korkea hinta, se on suhteutettava mahdollisesti saatavaan hyötyyn: ”Mitä saamme maksamallamme hinnalla?”. Lääkkeiden käsitteleminen pelkkänä menoeränä saataakin vinouttaa niistä saatavan hyödyn (arvon) arviointia. Saatetaan ajautua vääristyneisiin kustannusten leikkausyrityksiin sen sijaan, että pyrittäisiin koko hoitosyklin tuoman hyödyn ja tehokkuuden lisäämiseen². Olli pohdiskelee, että sugammadeksillä saavutettua 10 minuuttia nopeampaa lihasrelaksaation kumoamista neostigmiiniin verrattuna voitaisiin hyödyntää leikkaustoiminnan tehostamisessa (tuottavuuden parantamisessa). Tämä ilmenisi esim. lisäpotilaan leikkaamisena jossakin salissa tai ilta- ja yötyön vähentymisenä. Kaikki kivet on käännettävä, jotta yhä paisuvat terveydenhuollon kustannukset myös leikkaustoiminnassa saataisiin hallintaan esim. tuottavuutta lisäämällä (enemmän leikkauksia samalla resursilla). Asia ei kuitenkaan taida olla näin yksinkertaista kustannustehokkuuden kannalta monimutkaisesti ohjattavassa leikkaussaliajan allokoinnissa ja käytössä. Yksi kärpänen ei tehne kesää tässäkään asiassa. Onkohan sugammadeksin ”kustannustehokkuudesta” tässä suhteessa näyttöä? Selvittämisen arvoinen asia se toki olisi.

Suurin hyöty tällaisesta 10 minuutin säästöstä potilasta kohden olisi niissä yksiköissä, joissa on paljon vaihtoja työpäivää kohden eli päiväkirurgiassa. Päiväkirurgiassa onkin panostettu jo kauan toiminnan tehostamiseen kiinnittämällä huomiota esim. vaihtoaikoihin³. Valittu strategia on kuitenkin esim. välttää lihasrelaksanttien käyttöä aneste-

siamuodon valinnalla ja käyttämällä hengitystien hallinnassa nielumaskia intubaatioputken sijaan. Sairaalamme päiväkirurgisessa yksikössä käytetään syvääkin lihasrelaksaatiota kun siihen on tarve, mutta sugammadeksiin joudutaan turvautumaan vain poikkeustapauksissa. Emme usko, että siirtyminen käyttämään päiväkirurgisessa yksikössämme enemmän sugammadeksiä neostigmiiniin sijaan näkyisi keskimääräisenä vaihtoaikojen nopeutumisenä niin paljon, että tuottavuusmittarit heilahtaisivat parempaan suuntaan. Puhumatakaan kustannustehokkuudesta. Kyse on niin monesta muustakin.

Sugammadeksi on hyvä lisä anestesiaalääkärin lääkearsenaalissa silloin, kun tarvitaan perustellusti nopeaa lihasrelaksaation kumoamista. Siirtyminen sen käyttämiseen rutiininomaisesti vaihtoaikojen lyhentämiseksi edellyttää kuitenkin näyttöä uudenlaisen toimintakulttuurin perustaksi. □

Markku Hynynen
dosentti, ylilääkäri
markku.hynynen[a]hus.fi

Kristiina Mattila
LT, osastonylilääkäri (ma)
kristiina.mattila[a]hus.fi
HYKS, Jorvin sairaala
leikkaus- ja anestesiayksiköt

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

Viitteet

1. Meretoja OA. Lihasrelaksaatio ja sen kumoamismahdollisuudet. *Finnanest* 2010; 43: 420–9.
2. Porter ME. What is value in health care? *N Eng J Med* 2010; 363: 2477–81 (Supplementary appendix 1).
3. Mattila K. Day Surgery in Finland: randomized and cross-sectional studies on treatment, quality, and outcome. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Kliininen laitos, 2010. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-92-7350-8>

Sugammadeksi ja leikkaussalien tuottavuus

Kiitän kollegoita Markku Hynystä ja Kristiina Mattilaa heidän osoittamastaan kiinnostuksesta lihasrelaksaatiokatsausta kohtaan¹. Olen itse pitkään pohtinut, miksi anestesia-avalintamme ovat muotoutuneet nykyisen kaltaisiksi. Mikä on johtanut siihen, että edelleen lähes aktiivisesti vältämme yhden tärkeän lääkeaineryhmän, lihasrelaksanttien, käyttöä osana modernia anestesiaa? Koetin katsauksessani kuvata tähän johtaneita syitä. On ymmärrettävää, että kun meillä neostigmiini-aikakaudella ei ollut luotettavaa, turvallista ja nopeaa lihasrelaksaation antagonistia, koetimme löytää sellaisia anestesiamenetelmiä, joissa relaksanteja ei käytetä.

Kun meille tuli sevo- ja desfluraani halotaanin ja isofluraanin rinnalle ja propofoli tiopentaalin rinnalle, aloimme välittömästi käyttää uusia, nopeampia ja aiempaa turvallisempia anesteetteja. Neostigmiinia ei tänä päivänä todennäköisesti voisi rekisteröidä uutena lääkkeenä lihasrelaksaation antagonistiksi sen runsaiden haittavaikutusten vuoksi. Tästä huolimatta olemme nostaneet kynnyksiä uuden lääkkeen korkean hinnan juurikaan pohtimatta potilaan ansaitsemaa parasta ja turvallisinta hoitoa.

Kirjoittajat ovat aivan oikeassa, ettei lääkeaineiden farmakoekonomiassa pidä tuijottaa vain yhtä yksityiskohtaa, koska tällöin kokonaisuus jää hahmottamatta. Siksi koetinkin esittää, että jos käytämme lihasrelaksanteja ilman neostigmiini-aikakauden tuomia rasitteita, niin potentiaalisesti jatkaiseen tällaiseen toimenpiteeseen saattaa liittyä merkittävä potilaan herättämisen nopeutuminen ja jäännösrelaksaation välttäminen.

Hiljan Paton ym. laskivat, että sugammadeksillä aikaan saatava ajallinen säästö on kustannustehokasta, jos leikkaussalin henkilökunta kykenee käyttämään mainitun ajan työn tekemiseen². Työn ei tarvitse olla lisäleikkaus, vaan se voi olla ajallaan suoritettu esilääkekierto, koulutukseen valmistautuminen, palaverien pito tai mikä tahansa muu päivittäiseen toimintaan liittyvä asia. Ajallinen säästö voi myös merkitä työpäivän päättymistä ajallaan.

Selkeä esimerkki siitä, että aktiivisesti vältämme lihasrelaksanttien käyttöä on esim. laparotomian haavan sulku kirurgin pyytäessä ”lisää relaksanttia”. Miksi emme anna kirurgin pyytämää lääkettä, joka kaikkein tehokkaimmin rentouttaisi kiireät vatsanpeitteet? Miksi annamme anesteettia tai opioidia tilanteessa, jossa niitä ei useinkaan enää tarvita lisää? Tähän kehään toivoisin muutosta ja uskoisin sen palvelevan parhaiten myös korkeatasoista yksilöllistä potilashoitoa. □

Olli Meretoja
professori, osastonylilääkäri
HYKS, LNS
olli.meretoja[a]hus.fi

Viitteet

1. Meretoja OA. Lihasrelaksaatio ja sen kumoamismahdollisuudet. *Finnanest* 2010; 43: 420–429.
2. Paton F, Paulden M, Chambers D, Heirs M, Duffy S, Hunter JM, Sculpher M, Woolacott N. Sugammadex compared with neostigmine/glycopyrrolate for routine reversal of neuromuscular block: a systematic review and economic evaluation. *Br J Anaesth* 2010; 105: 558–567.