

Miten puhua riskeistä leikkauspotilaiden kanssa?

Suomalainen tapa käydä läpi leikkauksen ja anestesian mahdollisia komplikaatioita lienee pidättyväisempi kuin esimerkiksi Yhdysvalloissa – potilaita ei haluta huolestuttaa turhaan. Harvinaisen haitan kohteeksi joutunutta tilastot kuitenkin eivät välttämättä lohduta. Tietoinen suostumus perustuu siihen, että potilaalla on riittävät tiedot toimenpiteestä. Mitä ja millä tavoin meidän tulisi kertoa potilaille läheisineen anestesian ja kirurgian riskeistä?

Leikkausriskejä voidaan jaotella kirurgisiin (esimerkiksi hermovaurio tai verenvuoto), anestesiologisiin (esimerkiksi anafylaksia anestesia-aineesta) ja muihin (esimerkiksi syvä laskimotrombi). Jako on kuitenkin sikäli keino-tekoinen, että kun potilaan leikkausprosessin tulosta tarkastellaan kokonaisuutena, lopputulokseen ja potilastyytyväisyyteen vaikuttavat kaikenlaiset komplikaatiot riippumatta siitä, kenen reviirille riski kuuluu.

Kirurgin ja anestesiologin tavoite on yhteinen: potilaan selviytyminen leikkausprosessista ja toipuminen tilaan, jossa leikkaus on parantanut hänen terveyttään tai ainakin toimintakykyään. Eri prosessin vaiheissa haasteet voivat kuitenkin vaihdella erikoisalakohtaisesti, mikä luo eroja näkökulmiin leikkauksen arvioinnissa. Vaikea keuhkosairaus ei teknisesti vaikeuta kirurgin työtä monenkaan leikkauksen aikana, mutta nukuttavalle anestesiologille se merkitsee usein haasteita. Taitoa avata oman erikoisalansa ajattelua ja näkökulmaa ei ole turhaan listattu keskeiseksi oppimistavoitteeksi suomalaisessa erikoislääkäriskoulutuksessa, ja tätä joustavaa yleistajuistamisen taitoa tarvitaan sekä keskusteltaessa maallikoiden kanssa että kommunikoidessa muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Vaikka joidenkin tauti- ja potilasryhmien riskinarviointiin on luotu tutkimusnäyttöön perustuvia laskurivälikaluja, on korkeintaan osa leikkauriskin arvioinnista suoritettavissa

tilastotieteellisin mittarein. Etenkin monisairaana potilaan leikkauksen arviointi on tiimityötä, jossa tutkimustiedon ohella kliinisellä kokemuksella ja potilaan näkemyksellä sairauden vaikutuksesta hänen yksilölliseen elämänlaatuunsa on suuri merkitys. Arviointiin vaikuttaa myös se, mikä on leikkauksesta pidättäytymisen seuraus: jos potilas on välittömässä kuolemanvaarassa ilman toimenpidettä, voivat suuretkin riskit olla hyväksyttäviiä.

”Joustavaa yleistajuistamisen taitoa tarvitaan”

Joskus lääkärin, potilaan ja vielä omaistenkin kannat hyväksyttävistä riskeistä ovat kaukana toisistaan. Etenkin jos muistisairas ei kykene ilmaisemaan omia toiveitaan, tulee huomioida toipumisvaiheen aiheuttamat haasteet, jos potilas ei ymmärrä asentorajoitusten, kanyylien tai dreerien merkitystä. Arkea voimakkaasti rajoittava, sosiaalista elämää ja vanhoja harrastuksia romuttava vaiva voi potilaan näkökulmasta tehdä jopa leikkaukselle menehtymisen riskistä hyväksyttävän. Leikkaussalihenkilökunta ei luonnollisesti kuitenkaan halua ajautua tähän tilanteeseen.

Potilaiden soisi ymmärtävän ainakin sen, että jokaisessa leikkauksessa joudutaan etenemään terveiden kudosten läpi, jolloin esimerkiksi ihohermoja katkeaa, ja ettei nukutus tai puudutus koskaan ole riskitön. Mutta entä sydän- tai verisuonitautihaittatapahtumat, jotka ovat tavallisimpia tarkasteltuja muuttujia eri toimenpiteiden riskejä vertailtaessa – kerrommeko potilaille tarpeeksi konkreettisesti, mitä tällainen riski tarkoittaa? Nukutus voi olla hauraan, moni- tai akuutisti sairaan potilaan homeostaasille jo yksinään liian suuri rasitus leikkauksesta puhumattakaan, ja todennäköisesti emme havaitse kaikkia näiden potilaiden vähäoireisia perioperatiivisia sydämen ja aivojen iskeemisiä tapahtumia.



Potilaiden halukkuus ja kapasiteetti ottaa vastaan lääketieteellistä tietoa vaihtelee. Osa haluaa kuulla ja kysyä kaiken mahdollisen, osan tuskaa tieto taas lisää. Jää siis lääkärin tuntosarvien varaan, miten valita sanansa ja mitoitetaan jaettava tieto yksilöllisesti. Potilaan on voitava luottaa siihen, että hänen osaltaan riittävä riskihyötyanalyysi on tehty; jokaista teoreettista kauhuskenaariota ei ole tarpeen käydä läpi.

Kaikkea vastaanotolla puhuttua potilas omaisineen ei muista, joten kirjallinen materiaali varmistaa paremmin keskeisen tiedon välittymisen, ja vakioidun kirjallisen informaation avulla voidaan muistuttaa yleisistä leikkaus- ja anestesiatoiminnan riskeistä. Anestesiaan liittyviä erityisiä pelkoja on mahdollista hälventää etukäteiskeskustelussa anestesiologin kanssa, jolloin voidaan muun muassa antaa potilaille tietoa nykyisistä elintoimintojen valvontamenetelmistä ja modernien anestesia-aineiden vaikutuksen yksilöllisestä säädeltävyydestä.

Jos anestesiologi ottaa kielteisen kannan anestesiakelpoisuuteen, jäänee usein kirurgin tehtäväksi kommunikoida asia potilaille ja tämän omaisille molempien erikoisalojen puolesta. Poliklinikkakäynnin yhteiskeskustelu molempien erikoisalojen edustajien ja potilaan omaisineen välillä voisi kuitenkin usein olla hedelmällisempi vaihtoehto, joka vahvistaa ja jakaa kollegiaalista vastuunkantoa ja lisää kommunikaatiota yli erikoisalojen. Joissakin suomalaisissa yksiköissä onkin jo käytössä vastaavia yhteistoimintamalleja etenkin monisairaiden, iäkkäiden potilaiden leikkausta edeltävässä arvioinnissa. Samalla voidaan pohtia myös soveltuvaan anestesia-ainetta ja kotiutumisympäristöjä, jos leikkaukseen päädytään.

Tieto siitä, miten ennustettaviin ongelmiin

on varauduttu, voi olla potilaalle hyvin merkityksellistä. Pitäisikö heidän kanssaan keskustella nykyistä enemmän leikkausriskien hallinnasta? Potilaat ovat itsekin usein tietoisia siitä, että heidän pitkäaikaissairautensa, erityisesti jos ne ovat huonossa hoitotasapainossa, ylipainonsa tai heikko fyysinen toimintakykynsä voivat vaikuttaa anestesiaturvallisuuteen ja leikkauksen onnistumiseen. Potilas pystyy vaikuttamaan leikkauksensa monin tavoin, ja tupakoinnin lopettaminen on siihen voimallinen keino. Mitä pidempään tupakoinnista on pidättäytytty ennen leikkausta, sitä suuremmat ovat edut niin anestesiariiskien kuin kirurgisenkin tuloksen osalta. Parhaassa tapauksessa leikkausta varten lopetettua tupakointia ei aloiteta enää uudelleen. ■

Kiitän anestesiologikollega Ari Katilaa avusta kolumnin laatimisessa.



ULLA AHLMÉN-LAIHO, LT, anestesiologian ja tehohoidon erikoislääkäri ja kliininen opettaja, lääkärikouluttajan erityispätevyys
Tyks, TOTEK-tulosalue, Turun yliopisto

Lue myös tämän numeron Näin hoidan -artikkeli: Ulla Ahlmén-Laiho ja Riitta Aaltonen, Monisairas potilas ja leikkausriski. Duodecim 2023; 139: 280–5.