

<https://helda.helsinki.fi>

Tehohoidosta luopuminen

Hynninen, Marja

2021

Hynninen , M 2021 , ' Tehohoidosta luopuminen ' , Finnanest. , Vuosikerta. 54 , Nro 5 , Sivut 348-351 . < http://www.finnanest.fi/files/hynninen_tehohoidosta_luopuminen.pdf >

<http://hdl.handle.net/10138/339845>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.



Marja Hynninen
LT, dosentti, EDIC
HYKS, ATeK, Tehohoidon linja
ms.hynninen@gmail.com

Tehohoidosta luopuminen

”Guerir quelquefois, Soulager souvent, Consoler toujours”; lääkäri voi parantaa joskus, helpottaa usein, lohduttaa aina. Tehohoidosta luopuminen ja laadukas saattohoito ovat tärkeä osa potilastyötä. Tehohoidosta luopumisen hetkellä korostuvat läheisten kuunteleminen ja empatia, potilaan kärsimysten lievittämistä unohtamatta.

Suuri osa tehohoitokuolemista tapahtuu nykyään sen jälkeen, kun tehohoidosta on päätetty luopua. Tehohoidon rajaaminen on kuitenkin hyvin voimakkaasti sidoksissa kulttuuriin ja uskontoihin, minkä vuoksi tehohoidosta luopumispäätöksiä tehdään vaihtelevasti eri puolilla maailmaa. Arvokas kuolema ja turhan kärsimyksen välttäminen voisivat olla kuitenkin yleismaailmallisesti hyväksyttäviä tavoitteita. Kansainvälisten ohjeiden lisäksi tarvitaan myös kansallisia tai sairaaloiden sisäisiä ohjeita, miten näissä tilanteissa tulisi menetellä. Potilaiden oikeudenmukainen kohtelu voidaan myös parhaiten taata, jos noudatamme yhtenäisiä pelisääntöjä. Hoidon rajauksen eettisiin näkökohtiin onkin otettu kantaa Tehohoitoyhdistyksen ohjeissa. On kuitenkin muistettava, että tämän tapainen tilanne voi tulla eteen muuallakin kuin teho-osastolla, esimerkiksi kun vaikeasti sairas potilas rajataan tehohoidon ulkopuolelle, ja saattohoito toteutetaan muualla kuten päivystyksessä tai heräämössä.

Anestesiologin työssä elämän ylläpitäminen on usein keskeinen tavoite, niinpä voikin olla

haastavaa vaihtaa toiseen ääripäähän, kuoleman sallimiseen ja arvokkaaseen kuolemaan. Jokaisen vaikeasti sairaita potilaita hoitavan ammattilaisen pitäisi kuitenkin olla perehtynyt myös siihen miten laadukas saattohoito toteutetaan.

Tehohoidosta luopuminen

Tehohoidon rajauksia voidaan tehdä ennen tehohoitoon ottamista tai hoidon aikana. Eettiseltä kannalta näillä menettelyillä ei ole eroa, jos potilaasta on käytettävissä riittävät tiedot. Mikäli tiedot potilaasta ovat rajalliset, voidaan tehdä päätös aktiivisemmasta hoitolinjasta ja harkitaan tilanne uudelleen sitten, kun riittävät tiedot ovat käytettävissä.

Tehohoidosta luopumista pohditaan useimmiten yhdessä useamman potilasta hoitavan ammattilaisen kesken. Omaisille kerrotaan etukäteen tulossa olevasta neuvottelusta. Yleensä tähän hoitokokoukseen osallistuvat potilasta hoitava tehohoitolääkäri, potilaan oma hoitaja ja tarvittaessa muut hoitoon osallistuneet muiden erikoisalojen asiantuntijat. Hoidosta luopumista harkittaessa otetaan huomioon potilaan perussairaudet, toimintakyky, akuutin sairauden

Saattohoitopäätös sisältää aina DNR-päätöksen.

vaikeusaste ja vaste tähänastiselle hoidolle. Arvioidaan aina potilaan kokonaistilanne. Potilaan mahdollinen oma hoitotahto selvitetään ja otetaan huomioon. Hoitotahto voi olla myös suullinen. Tehohoidosta luovutaan silloin, kun enuste käytettävissä olevan tiedon mukaan näyttää toivottomalta. Näin estetään parantumattomasti sairaan, kuolevan potilaan loppuvaiheen elämän pitkittäminen ja tarpeeton kärsimys. Saattohoitopäätös tehdään, jos potilaan arvioidaan kuolevan lähituntien tai päivien sisällä. Saattohoitopäätös sisältää aina DNR-päätöksen. Keskustelussa pyritään yksimielisyyteen. Jos siihen ei päästä, voidaan tehdä määräaikainen tehohoitokokeilu ja arvioida vaste hoitoon uudelleen tämän jälkeen. Kokouksen päätökset kirjataan aina sairauskerptomukseen.

Keskustelu läheisten kanssa

Lääkärin ja oman hoitajan keskustelu läheisten kanssa käydään hoitoneuvottelun jälkeen aina ennen kuin tehohoidosta käytännössä luovutaan. Näissä tilanteissa omaisten kanssa kommunikaatiota helpottavat potilaan hoitojakson aikana jo säännöllisesti toistuneet keskustelut ja tapaamiset. Keskusteluun varataan riittävästi aikaa ja rauhallinen huone. Tietokoneita ja puhelimia ei tarvita. Kaikki tärkeät läheiset ihmiset pyritään saamaan samaan aikaan paikalle, jotta viesti olisi kaikille sama. Potilaan tilanteeseen perehdytään huolellisesti. Yleensä kerrataan potilaan aikaisempi sairaushistoria, ja sen jälkeen käydään lävitse nykyhetken tilanne. Keskustelussa pitää käyttää ymmärrettävää kieltä. Stressi huonontaa tiedon omaksumiskykyä, joten tietoa on annettava sopivissa erissä, ja tarpeen vaatiessa keskustelut-laisuusjärjestetään useampia. Tilaa varataan keskustelulle ja kysymyksille. Läheisiä rohkaitaan kertomaan potilaasta ja hänen elämästään. Omaisten kuuleminen on usein vielä tärkeämpää kuin tiedon jakaminen. Keskustelussa pyritään siihen, ettei potilasta hoitavien ammattilaisten ja läheisten välille jää ristiriitaa hoidon tavoitteista. Omaiset eivät voi kuitenkaan vastata lääketieteellisistä hoitopäätöksistä.

Läheisille kerrotaan selkeästi, mitä tehohoidosta luopuminen ja saattohoitoon siirtyminen tarkoittaa ja mitä konkreettisesti tehdään sen aikana. Korostetaan sitä, että hoito ei lopu, vaan parantamiseen pyrkivästä hoidosta siirrytään oireiden ja kärsimyksen lievittämiseen. Läheisiltä selvitetään potilaan mahdolliset toiveet kuoleman lähestyessä. Yhteisen kielen puuttuessa käytetään ammattitulkkia. Potilaan omaisten ei pidä joutua toimimaan tulkkina. Jos voidaan arvioida, milloin kuolema todennäköisesti tapahtuu, tämä kerrotaan omaisille. Heille pitää myös kertoa, jos kuolema ei ole varma.

Selvitetään potilaan ja omaisten tarve hengelliseen tai psyykkiseen tukeen kuoleman lähestyessä. Omaisille varataan aikaa tarvittaessa keskusteluun sairaalapastorin tai muun kriisi-työntekijän kanssa. Selvitetään vielä, ketkä läheisistä haluavat osallistua potilaan saattohoitoon.

Kommunikaatio omaisten kanssa on tärkeä osa saattohoitoa. Keskeisiä asioita ovat tilanteeseen valmistautuminen, läsnäolo, empatia, perhekeskeisyys, aktiivinen kuuntelu ja kiireettömyys.

Omaisten läsnäolo saattohoidon aikana

Saattohoidon alkaessa kaikki vierailurajoitukset puretaan ja läheisille tarjotaan mahdollisuus osallistua myös potilaan hoitoon. Heille järjestetään riittävästi tilaa ja yksityisyyttä. Potilaspaikan lisäksi omaisille pitäisi olla tarjolla oma tila, jossa he voivat olla keskenään. Osastolla huomioidaan eri kulttuureihin, uskontoon tai henkisiin tarpeisiin liittyvät omaisten tai potilaan toiveet potilaan kuoleman lähestyessä. Tajuissaan olevalla potilaalla on myös oikeus tietää tilanteestaan. Läheisiltä voidaan saada arviota siitä, olisiko tiedon saaminen potilaan oman toiveen mukaista.

COVID-19-pandemian aikana olemme eläneet poikkeusaikoja, ja omaisten vierailut sairaalassa eivät ole olleet sallittuja. Kuitenkin potilaan siirtyessä saattohoitoon läheiset ovat voineet vierailla potilaan luona asianmukaisesti suojattuna. Tämä on inhimilliseltä kannalta oikein ja saat-taa läheisten kannalta tuntua äärimmäisen >>

Kommunikaatio omaisten kanssa on tärkeä osa saattohoitoa.

helpottavalta ja lohduttavalta joskus pitkänkin sairaalahoitajakson jälkeen, jonka aikana ei kontaktia läheiseen ole ollut lainkaan.

Saattohoidon käynnistäminen

Vaikeasti sairaan tehohoitopotilaan saattohoidon kesto on yleensä muutamia tunteja ja se toteutetaan teho-osastolla. Läheistenkin kannalta on yleensä parempi, jos saattohoidon toteuttaa jo tehohoidon aikana tutuksi tullut hoitotiimi. Teho-osastolla potilas siirretään rauhalliseen ympäristöön, mikäli mahdollista yhden hengen huoneeseen tai potilaspaikan ympäristö rauhoitetaan muulla tavoin. Jos kuolema ei ole varma ja on odotettavissa pitempi hoitajakso, potilas voidaan siirtää sopivampaan hoitopaikkaan esimerkiksi vuodeosastolle tai saattohoitoyksikköön. Tällöin varmistetaan, että hyvä palliatiivinen hoito jatkuu myös siellä.

- Laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia ei enää oteta. Ravitsemushoito ja nestehoito lopetetaan ja kaikki ylimääräinen laitteisto siirretään potilaan ympäriltä.
- Monitorin hälytykset inaktivoidaan ja kaikki tarpeeton monitorointi poistetaan, teho-osastolla riittää valtimopaineen seuranta.
- Koneelliset tukihoidot kuten munuaiskorvaushoito ja vastapulsaatio lopetetaan. Mahdollinen sydämen tahdistin deaktivoidaan.
- Kaikki tarpeettomat katetrit (nenämahaletku, ylimääräiset laskimokatetrit, bipolaaritahdistin, dreemit) poistetaan.
- Potilas tuetaan hyvään asentoon ja ympäristö siistitään.
- Kivun, levottomuuden ja ahdistuksen monitorointia jatketaan (CCPOT, RASS)
- huolehditaan ylähengitysteiden eritteiden imemisestä ja suun kostutuksesta

Varmistetaan hoidon jatkuvuus ja hoitotiimin kanssa käydään lävitse potilaan hoitosuunnitelma. Varmistetaan aina, että saattohoidon periaatteet ovat myös omalle hoitajalle tuttuja. Lääkärin on myös saattohoidon aikana omalta osaltaan pidettävä huolta, että potilaan oireiden hoito ja läheisten emotionaalinen tuki on riittävä.

Lääkehoito

Saattohoidon alkaessa ainoastaan oireita helpottavia lääkityksiä jatketaan. Kaikki muut lääkitykset, mukaan lukien verenkierron tukilääkitykset, lopetetaan.

Vaikeasti sairaalla tehopotilaalla on tajunta jo usein voimakkaasti alentunut, eikä tukihoidojen purkaminen aiheuta silloin voimakkaita oireita. Jos kuitenkin potilas on tajuissaan tai reagoi käsitteilylle, oireiden hoitamiseen tarvitaan hyvin suunniteltu tehokas lääkitys. Lääkitys suunnitellaan yksilöllisesti ottaen huomioon potilaalla jo käytössä oleva kipu- ja sedatiivinen lääkitys ja mahdollinen lääketoleranssi.

Opioidi-infuusiota käytetään usein, kun halutaan varmistaa potilaan kivuttomuus (esimerkiksi fentanyyli 100–250 µg/t). Opioidi yksinään ei kuitenkaan riitä lääkehoidoksi paitsi tilanteessa, jossa potilas on jo syvästi tajuton.

Bentsodiatsepiinejä voidaan tarvittaessa käyttää infuusiona tai boluksina (esim. midazolaami 2,5–20 mg/t, bolus 1–2mg), mutta on huomattava, että niiden sedatiiviselle vaikutuksille on kuitenkin katto.

Jos potilaan tajunta ei ole merkittävästi alentunut, mekaanisen ventilaation purkaminen voi aiheuttaa vaikeita oireita. Tällöin opioidi- ja bentsodiatsepiinilääkitys yksinään ei ole riittävä, vaan on käytettävä sedatiivista lääkitystä. Tavallisimmin käytetään propofolia sen nopean vaikutuksen ja säädeltävyyden takia (esim. 0,5 mg/kg bolus ja infuusio 60 µg/kg/min). Hyvän saattohoidon takaamiseksi tilanne olisi ennakoitava ja hoidettava potilas riittävään sedatioon jo ennen hoidon purkamista. Näin voidaan estää ahdistus, dyspnea ja kipu. Saattohoidossa olevalle potilaalle propofolia voidaan käyttää ilman annoskattoa.

Glykopyrrolaattia voidaan käyttää ylähengitysteiden limaisuuden hoitoon.

Saattohoidon aikana käytettävien kipulääkkeiden ja sedatiivien hengitystä lamaavaa vaikutusta ei tule pelätä. Eettiseltä kannalta olennaista on, mikä on lääkityksen tarkoitus. Saattohoidossa olevan potilaan lääkityksellä pyritään estämään hengenahdistukseen ja kipuun liittyvät oireet ja takaamaan rauhallinen ja arvokas kuolema. Hoi-

Tehokas sedaatio
aloitetaan ainakin
20 minuuttia ennen
hengitystukihoidon
lopettamista.

don onnistuminen on tärkeä paitsi potilaan niin myös niiden läheisten kannalta, jotka osallistuvat potilaan saattohoitoon.

Mekaanisesta ventilaatiosta luopuminen

Tämä tehdään yleensä viimeisenä, kun muista tukihoidoista on luovuttu, riittävä sedaatiotaso on saavutettu ja potilas on rauhallinen ja kivuton. Tehokas sedaatio aloitetaan ainakin 20 minuuttia ennen hengityskonehoidon lopettamista. Mahdollinen lihasrelaksaatio puretaan ennen mekaanisesta ventilaatiosta luopumista, jotta potilaan oireita voidaan tarkkailla luotettavasti. Hengityslaitteen tuki puretaan muutamien minuuttien aikana potilaan vierellä samalla varmistuen, että sedaatiotaso on riittävä (esimerkiksi propofoli- ja opioidilohokset tarvittaessa).

Potilas irrotetaan hengityskoneesta ja harkinnan mukaan intubaatioputki poistetaan. Lisähappea ei anneta hengityslaitteesta irrottamisen jälkeen. Vierellä oleville läheisille kerrotaan etukäteen kaikista toimenpiteistä. Heille voi myös kertoa minkälaisia fyysisiä muutoksia voi esiintyä kuolinprosessin aikana (agonaaliset hengitykset, ihon värin muutokset ja epätavalliset äänet).

Kuoleman jälkeen

Varmistetaan moniammatillinen läheisten tuki surussa ja käytännön ongelmissa. Omaisille annetaan aina myös kirjalliset ohjeet käytännön jatkotoimenpiteistä. Selvitetään tarve kriisiapuun, hengelliseen tukeen tai mahdollinen sosiaalityöntekijän tarve. Selvitetään muut kuolemaan liittyvät asiat; mahdollinen ruumiinavaus, omaisten kanta siihen ja menettely kuolintodistuksen suhteen. Mahdollisuus elin- tai kudoslouvutukseen tulisi muistaa. Läheisillä tulee olla mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa myöhemmin. Teho-osastolla voidaan tarvittaessa myös järjestää yhteiskeskustelu, jossa mahdollisia epäselviä asioita käydään lävitse. Koskaan ei ole liian myöhäistä ottaa yhteyttä potilaan hoitotiimiin.

Mahdolliset seuraukset ammattilaisille

Jo erimielisyydet hoidon laajuudesta tai hoidon rajausten aiheellisuudesta voivat aiheuttaa potilasta hoitaville ammattilaisille moraalista ahdistusta. Potilaan kuolema ja siitä aiheutuneet suru, ahdistus sekä empaattinen asian käsittely potilaan läheisten kanssa voivat osaltaan lisätä työperäistä stressiä. Näiden asioiden läpikäyminen pitäisi aina olla mahdollista matalalla kynnyksellä epävirallisissa debriefing-tapaamisissa ja eri ammattiryhmien yhteiskokouksissa. Erityisesti vaikeat hoidosta luopumistapaukset pitäisi rutiininomaisesti käsitellä moniammatillisissa kokouksissa jälkikäteen. Erityistä huomiota pitää kiinnittää uusien henkilöstön jäsenien tuntemuksiin. Kuoleman näkeminen ei saisi aiheuttaa kyynistymistä tai kyvyttömyyttä hoitaa saattohoitopotilaita ja heidän läheisiään empaattisesti. Kroonisempi kuormittuminen voi vaatia pitempiketoista työnohjausta tai työtehtävien väliaikaista vaihtamista. Esimiehiltä vaaditaan tässä herkkyyttä henkilökuntansa tilanteen näkemiseen. ■

Mahdollisuus elin- tai kudoslouvutukseen tulisi muistaa.

Viitteet

1. Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 2019. Suomen Tehohoitoyhdistys
2. Downar J, ym. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med* (2016) 42: 1003–1017
3. Truog RD, ym. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* (2008) 36: 953–963
4. Cook D, Rocker C. Dying with dignity in the intensive care unit. *NEJM* 2014; 370: 2506–14