



POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

# **Saattohoito-ohjeistus ja Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta**



**Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin  
hoitoettinen työryhmä**

**Saattohoito-ohjeistus  
ja  
Suosituksia elämän loppuvaiheen  
päättösmenettelystä ja hoidosta**

## **Tekijät**

### **SAATTOHOITO-OHJEISTUS**

#### **Työryhmä**

Outi Kuittinen, syöpätautien erikoislääkäri  
Maija-Liisa Seppänen, geriatrian erikoislääkäri  
Maire Heikkinen, sairaalateologi  
Tarja Karjalainen, sairaanhoitaja  
Voitto Järvimäki, anestesiologian erikoislääkäri

### **SUOSITUKSIA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN PÄÄTÖSMENETTELYSTÄ JA HOIDOSTA**

#### **Työryhmä**

Tero Ala-Kokko, tehohoidon osastonylilääkäri  
Tuija Moisio, sairaanhoitaja  
Merja Kemppainen, sairaanhoitaja  
Kirsi Majamaa-Voltti, sisätautien erikoislääkäri  
Hilkka Juustila, apulaisosastonhoitaja  
Mikko Remes, lastentautien erikoislääkäri  
Juntunen Armi, sairaanhoitaja

### **POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAAHOITOPPIIRIN KUNTAYHTYMÄ**

PL 10, 90029 OYS  
Puhelin (08) 315 2011  
Faksi (08) 315 4394  
[www.ppsHP.fi](http://www.ppsHP.fi)

Kannen kuva: Pirjo Pyhäluoto  
Taitto: Päivi Hietapelto

1. painos 2002

## **Alkusanat**

Elämän loppuvaiheen hoidon käytännön tarpeisiin ja hoitopäätösten tueksi ovat sairaanhoitopiirimme kaksi hoitoeettisen toimikunnan työryhmää laatineet oheiset ohjeet ja suositukset. Hoitoeettisen toimikunnan työ aloitettiin syksyllä 2000 ja aihepiiri on osoittautunut laajaksi. Tämän kirjasen ohjeita on alueen palvelujärjestelmä toivonut. Ohjeluonnokset kävivät laajalla lausuntokierroksella ja palaute oli rakentavaa. Syksyllä 2001 suositukset esiteltiin hoitoeettisessä seminaarissa. Kiitän lämpimästi työryhmiä ja palautteen antajia. Jatkossa muokkaamme ohjeita edelleen uusien tarpeiden ilmetessä.

Lauri Nuutinen  
Johtajaylilääkäri  
Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

---

## SISÄLLYSLUETTELO

### SAATTOHOITO-OHJEISTUS

Saattohoidon määritelmä.....	7
Mitä saattohoito sisältää?.....	8
Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen.....	8
Potilaan ja omaisten henkinen tukeminen.....	10
Yhteydenottotahot.....	11

### SUOSITUKSIA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN PÄÄTÖSMENETTELYSTÄ JA HOIDOSTA

Yleiset periaatteet .....	13
Hoitotiimi ja kuoleman kohtaaminen .....	14
Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotahto .....	14
Kommunikaatiosta potilaan läheisten kanssa .....	15
Päätösten merkintä sairauskertomukseen .....	15
Palliativinen sedaatio .....	17

Kirjallisuutta

# SAATTOHOITO-OHJEISTUS

## Saattohoidon määritelmä

Saattohoito on parantumattomasti sairaan tai kuolevan *aktiivista* kokonaishoitoa, jossa kivun ja muiden oireiden lievitys sekä psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten ongelmien käsittely on oleellista.

Saattohoitoon siirtyminen on lääketieteellinen päätös, joka pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Asiasta on keskusteltava, ja mikäli mahdollista, päätös on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tehdystä päätöksestä tulee informoida myös potilaan omaisia, ja lääkärin pitää dokumentoida se sairauskertomukseen.

### Potilaalla on oikeus

- Saada oikeaa tietoa sairaudestaan sekä rehellistä toivoa ja varmuutta siitä, ettei tule hylätyksi missään tilanteessa
- Saada elää ympäristössä, joka pystyy sopeutumaan hänen tilanteeseensa ja jossa on turvallisia ihmisiä
- Voida säilyttää itsenäisyytensä, mutta myös antautua toisten varaan ja autettavaksi
- Saada elää perheensä/sukunsa jäsenenä
- Voida säilyttää halutessaan yhteys niihin yhteisöihin, joihin hän kuuluu
- Voida elää vuorovaikutuksessa tai vetäytyä halutessaan ja saada aikaa yksinoloon löytääkseen itse ajatuksen kuolemisen mahdollisuudesta ja tullakseen tutuksi sisäisen minänsä kanssa
- Saada kohdata kärsimyksensä ilman mitätöintiä ja ylilohduttamista
- Surra kuolemaansa
- Potilaan vakaumusta tulee kunnioittaa ja hänellä on oikeus uskontokuntansa mukaiseen hengelliseen tukeen ja hartauden harjoittamiseen

## Mitä saattohoito sisältää?

Diagnoosista riippumatta saattohoidossa korostuvat oireiden lievitys, henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja perheen tai muun lähipiirin tukeminen. Tarpeettomista hoidoista ja diagnostisista toimenpiteistä luovutaan, eikä kuoleman prosessia sinänsä pyritä pitkittämään.

Kuitenkin jos potilas oireilee, pyritään *tarvittaessa* myös diagnostisten kuvantamisten ja laboratoriotestien avulla selvittämään oireen syy ja mahdollisuuksien mukaan hoitamaan se.

Saattohoito kuuluu pääsääntöisesti perusterveydenhuollon vastuulle ja se toteutetaan terveyskeskuksen vuodeosastolla, muussa hoitopaikassa tai potilaan kotona. Tavoitteena on oireiden hallitseminen mahdollisimman yksinkertaisin toimenpitein. Kuitenkin poikkeustapauksessa, vaikeiden oireiden hoidossa voi erikoissairaanhoidon konsultaatio olla tarpeellinen.

Ohessa on lista keinoista, joita voidaan käyttää potilaan oireiden lievittämiseen. Saattohoito pitää sisällään ajanjakson, jonka aikana potilaan tila voi vaihdella kotona omatoimisesti selviytyvästä tajuttomaan vuodepotilaaseen. Toimenpiteiden mielekkyyttä tulee aina harkita huomioiden potilaan yleistila ja jäljellä oleva elinaika.

## Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen

### Kipu ja kivuliaiden oireiden hoito

- Kivun lääkehoito
- Patologisen murtuman kirurginen fiksaatio
- Kipusädehoito, jos kipu ei ole kohtuullisella kipulääkityksellä hallittavissa
- Kipupoliklinikan konsultaatio
- Fysioterapia

### Hengenahdistus ja muut hengitysteiden oireet

- Pleurapunktio
- Tuumorin aiheuttaman hengitystie-esteen laukaiseminen sädehoidolla
- Tärkeää on tehokas oireenmukainen lääkehoito: morfiini, kortisoni, rauhoittavat lääkkeet, diureetti, astmalääkkeet ym.

### Pahoinvointi ja oksentelu

- Perussyhyn kohdistuva hoito esim. hyperkalsemian hoito, aivometastaasien hoito kortisonilla, ummetuksen hoito, lääkityksen tarkastaminen
- Oireenmukainen lääkehoito: pahoinvointilääkkeet, kortisoni, anksiolyytit, neuroleptit

## **Askites**

- Askitespunktiot. Huom: runsaat punktiot nopeuttavat kuihtumista ja nestettä on poistettava vain sen verran kuin on välttämätöntä oireiden hallitsemiseksi

## **Suolenvetovaikeudet**

- Ummetuksen tehokas hoito tehokkaalla laksatiivilääkityksellä (suolensisältöä lisäävät laksatiivit ovat kuitenkin kontraindisoituja liikkumattomalla kuolevalla potilaalla)
- Distaalinen suolitukos voidaan tarvittaessa laukaista esim. tuumorin sädehoidolla tai tekemällä avanne
- Ruokatorvitukoksen laukaiseminen sädehoidolla tai kirurgisella stentillä
- Jos multippelit tai esim. peritoneaalikarsinoosiin liittyvät tukokset eikä suolen toiminta ole mahdollista käynnistää, hoidetaan kivut lamaamalla suoli suuriannoksella opioidilla

## **Kuihtuminen ja väsymys**

- Hb-tason pitäminen riittävän korkealla, jos potilas on liikuntakykyinen eikä hänellä ole massiiveja vuotoja
- Kortisoni, progestiinit

## **Ympäristö**

- Potilaalle järjestetään yhden hengen huone
- Huomioidaan omaisten jatkuvan läsnäolon mahdollisuus
- Saattohoito voidaan toteuttaa myös kotona kotisairaanhoidon/kotisairaalan tuella

## **Psyykkiset oireet**

- Huomioitavia oireita: delirium, masennus, ahdistus, psykoosi
- Lääkehoito (anksiolyytit, antidepressantit, neuroleptit)
- Keskustelu, kuuntelu
- Tarvittaessa psykiatrin tai muun alan ammattilaisen konsultaatio

## **Saattohoitoon ei kuulu**

- Elvytys
- Infarktin liotushoito
- Sytostaattihoido
- Kontrolliluonteiset tutkimukset
- I.v. nestehoito ja antibioottihoito pysyvää laitoshoidoa vaativalla huonokuntoisella potilaalla, ellei tällä uskota olevan merkittävää vaikutusta potilaan oireisiin

---

## Potilaan ja omaisten henkinen tukeminen

### Psykososiaalisen hyvän olon tukeminen

Saattohoitopotilaan kärsimystä voivat lisätä ahdistus, pelot, masennus, epätoivo ja viha. Ahdistusta aiheuttaa pelko ulkonäkömuutoksista, itsekontrollin ja arvokkuuden menettämisestä sekä hallitsemattoman kivun ja kuoleman pelko. Alitajuisia vihaa Jumalaa ja lääkäreitä kohtaan voi esiintyä sairauden ja parantumattomuuden takia. Samoja tuntemuksia esiintyy myös omaisilla, ja se lisää potilaan kärsimystä. Myös hoitohenkilökunnan tuntemukset siirtyvät helposti potilaaseen ja omaisiin.

Tukeminen alkaa hyvästä hoitosuhteesta. Siinä korostuu vuorovaikutus – sanallinen ja sanaton viestintä. Hoitosuhde on ainutkertainen tapahtuma, joka pohjautuu rehellisyyteen, avoimuuteen, välittämiseen, turvallisuuden tunteen luomiseen ja jatkuvuuteen. Potilaan ja perheen kohtaamisessa on tärkeää myönteinen tunteille vapaa ilma- piiri. Henkilökunta on läsnä kiireettömästi, osoittaen kiinnostusta ihmisenä ihmisestä.

Potilaalla on oikeus elää koko elämänsä omanlaisenaan yksilönä.

### Eksistentiaalisen turvallisuuden kehittäminen ja hengellinen tuki

Kuoleman uhka ja eksistentiaalinen kipu nostavat esille elämän perimmäisiä kysymyksiä ja erilaisia arvo- ja arvostuskysymyksiä. Kypsyäksemme kuoleman hyväksymiseen tarvitsemme muisteluja. Ihmisen elämänhistoriaa voidaan käyttää sekä terapiana että sielunhoitona. Se on eksistentiaalisen kivun tarkoituksenmukaista hoitoa.

Turvan etsimisen tueksi potilas usein toivoo perinteistä sielunhoitoa: rukoilemista, Raamatun tai hartauskirjojen lukemista, virsien veisaamista ja laulua, rippiä, ehtoollista sekä musiikin kuuntelua. Jokainen hoitavan yhteisön jäsen joutuu joskus sielunhoitajan rooliin. Jos potilas haluaa puhua, hoitohenkilökunnan tehtävänä on kuunnella riippumatta siitä, millainen elämänkatsomus tai usko heillä itsellä on.

Maamme uskonnonvapauslain mukaan jokaisella suomalaisella on oikeus harjoittaa uskontoa, jonka oikeuden tulee toteutua myös sairaalassa ja muun hoidon yhteydessä. Koska n. 90 % suomalaisista kuuluu johonkin kristilliseen yhteisöön, on luonnollista, että hoidossa on tilaa kristilliselle ja tarvittaessa myös muulle uskonnolliselle sielunhoidolle.

Potilaan ja sairaalapapin yhteyden luomisessa hoitava henkilökunta on avainasemassa.

## Kuoleman tapahduttua

Vainajan kunnioittaminen ja omaisten tukeminen kuuluu hyvään saattohoitoon. Kuolema tuo aina surun ja peruuttamattomuudessaan se on aina koskettava, mutta usein myös armollinen helpotus. Suru ei ole sairaus vaan luonnollinen reaktio läheisen kuolemaan.

Henkilökunnan on hyvä miettiä, kuka ottaa surijan vastaan/on hänen vierellään, mitä sanotaan omaisille ja miten kerrotaan tapahtuneesta, jos omaiset eivät ole kuolinhetkellä paikalla. Henkilökunta voi tarjota mahdollisuutta (sairaala)papin tapaamiseen sekä saattohartauteen, jonka voi pitää myös joku henkilökuntaan kuuluva tai omainen.

Vainajan tavaroiden luovuttamisen tulee tapahtua hienotunteisesti.

Käytännön toimintaa varten hoitoyksiköissä on yleensä omat toimintaohjeet.

## Yhteydenottotahot

Oma terveyskeskuslääkäri yleensä tuntee potilaan kokonaistilanteen ja toimintakyvyn ja häntä kannattaa konsultoida ongelmallisissa hoitopäätöksissä.

Ennen saattohoitopotilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon suositellaan, että kyseisen alan erikoislääkäriä konsultoidaan puhelimitse suunnitellun toimenpiteen mielekkyydestä ja toteuttamismahdollisuuksista

- Kipupoliklinikka puh: 315 2273
- Syöpätautien poliklinikka puh: 315 3207
- Sisätautien poliklinikka keuhkotiimi puh: 315 4294
- Sisätautien poliklinikka yleistiimi puh: 315 4154 tai 315 4200
- Geriatrian poliklinikka puh: 315 3454
- Gastroenterologian takapäivystäjä gsm: 040-507 4286
- Ortopedian takapäivystäjä gsm: 040-507 4287
- Hematologinen osasto (36) puh: 315 4260
- Sisätautien takapäivystäjä gsm: 040-561 5296
- Teho-osastojen päivystävä anestesia­lääkäri gsm: 040-831 3014
- Syöpätautien päivystäjän numeron saa osastolta 19 puh: 315 4619
- Lasten onkologinen osasto (51) puh: 315 5311,  
lasten kirurginen osasto (60) puh: 315 5190
- Yleissairaalapysykiatrinen poliklinikka, päivystyskonsultaatioihin vastaava lääkäri klo 8.00-14.30 haku 81-4505

# SUOSITUKSIA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN PÄÄTÖSMENETTELYSTÄ JA HOIDOSTA

## Yleiset periaatteet

Lääketieteen kehittyminen on tehnyt mahdolliseksi yhä vaikeampien sairauksien hoitamisen. Tämä kehitys on mahdollistanut ennusteeltaan toivottomienkin potilaiden elämän pitkittämisen. Kuolevaa potilasta saatetaan rasittaa tuloksettomilla ja turhilla tutkimus- tai hoitotoimenpiteillä, jotka pitkittävät kuoleman prosessia. Elämän suojelemisen nimissä voidaan ajautua toivottoman tilanteen pitkittämiseen ja potilaan vahingoittamiseen turhaa kärsimystä jatkamalla. Jos kuolema on ilmiselvää hoidosta huolimatta eikä potilaalle annettu tai suunniteltu hoito tuota hänelle hyötyä, on tällainen hoito perusteetonta ja siitä tulee pidättäytyä tai luopua. Kuolevan potilaan hoidon tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisuus elää sairautensa loppuvaihe ilman vaikeita oireita ja kipua läheistensä parissa ja mikäli mahdollista haluamassaan ympäristössä. Tämä ei tarkoita potilaan hoidon päättymistä vaan uuden, oireiden mukaisen hoitovaiheen alkamista. Potilaan hoitaminen muuttuu parantamisesta huolenpidoksi. Tällöin keskitytään oireiden lievittämiseen ja potilaan voinnin helpottamiseen. Potilaan hoitoympäristö on luotava sellaiseksi että omaiset voivat olla läsnä ja heitä on kaikin keinoin tuettava kuoleman kohtaamiseen. Tässä työssä hoitotiimiä voivat auttaa sosiaalityöntekijä, psykologi, yleissairaalapsykiatri sekä potilaan tai omaisten vakaumuksen mukaan sairaalapastori tai muu hengellinen työntekijä, mikäli potilas tai läheiset niin toivovat. Hoitolinjauksia tehtäessä tulee muistaa myös yhteistyö potilaan omalääkärin kanssa. Ristiriitatilanteessa ulkopuolisen apu voi olla ratkaiseva.

## Hoitotiimi ja kuoleman kohtaaminen

Elämän loppuvaiheen kohtaamisessa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa korostuu lääkärin ja hoitajan oma persoonallisuus. Kohtaamiseen vaikuttaa se, miten lääkäri ja hoitohenkilökunnan jäsenet ovat itse muodostanut suhteensa kuolemaan. Nämä valmiudet kehittyvät kokemuksen myötä mutta vuorovaikutustaitoja tulee myös opiskella. Koulutusta ja työnohjausta niin yksilö kuin hoitotiimitasolla tässä asiassa tulee lisätä. Työyhteisön onkin tärkeä keskustella kuoleman kohtaamiseen liittyvistä asioista. Elämän loppuvaiheessa lääkärin velvollisuudet potilasta kohtaan eivät lopu, vaan hänen on oltava mukana potilaan hoitamisessa loppuun asti muistaen omaisten ja hoitotiimin tukemisen myös potilaan kuoleman jälkeen. Hänen tulee tukea hoitohenkilökuntaa ja antaa selkeät kirjalliset ohjeet menettelytavoista. Hoitotiimin on oltava toimissaan johdonmukainen ja yhtenevä. Sovituissa hoitolinjoissa on pysyttävä.

## Potilaan itsemääräämisoikeus ja hoitotahto

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista korostaa potilaan oikeutta päättää hoidoistaan ja myös kieltäytyä hoitotoimenpiteistä vaikka ne olisivat lääketieteellisesti arvioituna perusteltuja. Toisaalta potilas ei voi vaatia hoitoa, jolla ei ole lääketieteellisiä perusteita. Keskustelu kuolevan tai vaikeasti sairaan potilaan hoitoennusteesta torjutaan helposti. Etenevän ja huonoennusteista sairautta sairastavan potilaan hoitotahto ja hoitolinjauksen sairauden edetessä olisi pyrittävä selvittämään jo etukäteen potilasta turhaan kuormittavien ja kärsimyksiä lisäävien hoitotoimenpiteiden välttämiseksi (esim. tutkimukset, elintoimintojen tukihoidot, tehohoito). Lääkärin velvollisuus on kertoa potilaalle rehellisesti ja avoimesti sairaudesta, käytettävissä olevista hoitovaihtoehdoista ja sairauden ennusteesta. Lääkärillä tulisi olla käsitys potilaan arvomaailmasta ja toiveista etukäteen. Lääkärin ammattitaito ratkaisee, miten tällaiset tilanteet hoidetaan ja miten niissä korostuvat hyvät vuorovaikutustaidot. Potilasta pyritään hoitamaan aina lääketieteellisin perustein yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.

Potilaskertomukseen tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmitaudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen päätösten perusteet (STM asetus 99/2001). Jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, kieltäytymisestä tulee tehdä luotettavalla tavalla vahvistettu merkintä potilasasiakirjoihin (18 §, 3 mom.). Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin potilaan tahtoa ilmaiseva asiakirja. Potilasasiakirjoihin tulee lisäksi tehdä merkinnät siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hänen tahtonsa noudattamisen vaikutuksista (18 §, 4 mom.). Hoitotahdon muuttamista ja peruuttamista koskeviin merkintöihin sovelletaan, mitä potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamisesta 20. §:ssä säädetään eli alkuperäisen ja korjatun merkinnän on oltava luettavissa. Korjauksen tekijä, korjausaika ja korjauksen peruste tulee merkitä.

Äkillisessä henkeä uhkaavassa tilanteessa potilaalla ei usein ole itsemääräämismahdollisuutta. Lääkärin ja hoitotiimin tulee silloinkin aina toimia potilaan todennäköisen tahdon ja edun mukaisesti. Hoitopäätökset tulee tehdä ensisijaisena tavoitteena potilaan hyvän edistämisen. Jos potilas itse ei pysty tahtoaan ilmaisemaan, hänen läheisiltään lääkäri saa tietoa potilaan arvomaailmasta ja toiveista. Lääkärin on luotava omaisten kanssa luottamuksellisen suhde. Kommunikaation tulee olla rehellistä ja avointa. Huonosta ennusteesta ja hoidon rajoista tulee informoida mahdollisimman aikaisessa vaiheessa.

## Kommunikaatiosta potilaan läheisten kanssa

Keskusteluille on luotava rauhallinen ja kiireetön ympäristö. Koskaan ei saa kysyä omaisilta lupaa hoitojen rajoittamiseen tai lopettamiseen. Tavoitteena on potilaan omien todennäköisten toiveiden selvittäminen. Omaisten tehtävä on antaa lääkäriin informaatiota potilaan elämännäkemyksistä ja mahdollisista toivomuksista. Lääkärin tehtävä

vä on puolestaan kertoa omaisille mitä lääketieteellisellä hoidolla on saavutettavissa. Omaisille tulee aikaisessa vaiheessa kertoa mitkä merkit potilaalla ovat positiivisia ja mitkä taas viittaavat huonoon ennusteeseen. Kannattaa pyrkiä esittämään arvioita siitä mihin mennessä todennäköisesti nähdään, onko potilaalla selviämismahdollisuuksia. Hoitotoimenpiteistä ja tutkimusten tuloksista kertominen kuuluvat ensisijaisesti lääkärin tehtäviin. Työpisteissä on sovittava säännöt siitä, mitä informaatiota lääkäri antaa ja mitä hoitajat.

Kommunikaation on oltava johdonmukaista. Siksi on tärkeää, että omaisten kanssa kommunikoivat henkilöt tietävät mitä näiden kanssa on keskusteltu. Keskustelujen sisällöstä tulee tehdä merkintä sairauskertomukseen tai hoitotiedotteeseen. Hoitotavoitteet ja linjat on kirjattava systemaattisesti ja varmistuttava, että kaikki hoitoon osallistuvat puhuvat ja toimivat samalla tavalla. Keskustelun aluksi omaisten käsitys senhetkisestä tilanteesta pitäisi aina selvittää. Hoitotavoitteiden ja hoitolinjauksen tulisi olla niin selkeät, ettei niistä synny epätietoisuutta tai tulkintamahdollisuuksia. Mahdollisuuksien mukaan tulee pitää myös yhteispalavereita omaisten ja koko hoitotiimin kesken.

## **Päätösten merkintä sairauskertomukseen**

Hoidon rajoittamispäätöksistä tehdään selkeät merkinnät perusteluineen potilaan sairauskertomukseen. Erityisesti hoitolinjat tulee merkitä selkeästi epikriisiin tai hoitoyhteenvetoon potilaan siirtyessä jatkohoitoon teho-osastolta vuodeosastolle tai sairaalan vuodeosastolta terveyskeskuksen vuodeosastolle. Sairauskertomukseen on tehtävä selkeät merkinnät potilaan tai hänen omaistensa kanssa käytyjen keskustelujen sisällöstä. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota siihen, että toteutettava hoito on sopuisuudessa tehtyjen päätösten kanssa.

### **Päätös elvyttämättä jättämisestä = DNAR = Do not attempt resuscitation**

Päätös elvyttämättä jättämisestä tarkoittaa, ettei potilaan hengityksen ja verenkierron toimintoja elvytetä hengityksen tai sydämen toiminnan heiketessä. Päätös koskee sekä perus- että tehoelvytystä. Potilaan muu hoito jatkuu ennallaan ja muista mahdollisista hoidon rajauksista sovitaan erikseen. Päätös elvyttämättä jättämisestä voi perustua joko lääketieteelliseen arvioon hoidon hyödyttömyydestä toipumisennusteen pohjalta tai potilaan esittämään hoitotahtoon. Päätös on osa potilaan hoidon suunnittelua ja edellyttää riittävät tiedot potilaasta (tautihistoria, perussairausten ennuste, potilaan toiminta- ja suorituskyky, vaste annetulle hoidolle). DNAR-päätöstä voidaan harkita, kun potilaalla on etenevä huonoennusteinen sairaus, johon ei voida hoidoin vaikuttaa merkittävästi, kun etenevä sairaus aiheuttaa kohtuuttomia kärsimyksiä tai/ja kun sydämen käynnistyminen elvytystilanteessa tai toipuminen olisi epätodennäköistä vaikean akuutin sairauden vuoksi. DNAR-päätös edellyttää perusteellisen kliinisen arvion potilaan terveydentilasta, perehtymisen potilaan aikaisempaan sairaushistoriaan sekä yleensä seniorilääkärin kannanoton (erityistilanteissa hoitavien lääkäreiden yksimielinen).

nen yhteispäätös). DNAR-päätös pyritään tekemään etukäteen ja virka-aikana. Potilas ja potilaan luvalla potilaan omaiset informoidaan päätöksestä. Päätös perusteluineen ja annettu informaatio kirjataan sairauskertomukseen sekä hoitosuunnitelmaan ja vahvistetaan hoitavan lääkärin allekirjoituksella (objektiiviset perustelut, päätöksen tekemiseen osallistuneet lääkärit, päivämäärä). ESKO:n riskitietoihin merkitään DNAR, joka vahvistetaan päivämäärällä ja päätöksen tehneen lääkärin nimellä. Potilaan tilan muutuksessa DNAR-päätös voidaan kumota. DNAR-päätöstä tehtäessä on samalla aina arvioidava myös muita hoidon rajauksia (esim. hengityslaitehoito, dialyysihoito, antibiootit, tehohoito) sekä tarvitaanko oireenmukaisen hoidon tehostamista (hyvä palliatiivinen hoito, kipulääkitys)

### **Ei elämää ylläpitävää hoitoa**

Päätös tarkoittaa, että potilaan hoidossa pidättäydytään tai luovutaan kaikesta elämää ylläpitävästä hoidosta. Potilaan hoidossa ei käytetä mitään elämää ylläpitäviä toimenpiteitä (esimerkiksi hengityslaitehoito, verenkiertoa tukeva hoito, dialyysihoidot, parenteraalinen ja enteraalinen ravitsemus, insuliinihoito, antibiootit, rytmihäiriölääkkeet). Hoidossa keskitytään helpottamaan potilaan vointia. Päätös perusteluineen on kirjattava sairauskertomukseen. Samalla on mainittava, onko päätöksestä keskusteltu potilaan tai hänen lähiomaistensa kanssa. Lisäksi on mainittava päätöksen tehneen lääkärin tai lääkäreiden nimet. Hoitosuunnitelmaan tulee merkitä EI ELÄMÄÄ YLLÄPITÄVÄÄ HOITOA. Potilaan hoidossa siirrytään hyvään perushoitoon niin, että kivuliaita tai epämukavia hoitotoimenpiteitä rajoitetaan tai niistä luovutaan. Näitä ovat esimerkiksi turhat imut, turha potilaan kääntely tai tarpeettomien laboratorionäytteiden ottaminen. Valvontamenetelmät, jotka eivät suoranaisesti vaikuta potilaan hyvinvointiin ja jotka voivat harhauttaa niin henkilökunnan kuin omaisten huomiota pois potilaasta, tulee keskeyttää. Parhaat seurantamenetelmät ovat potilaan levottomuus, kivun ilmaisut, hengitystaajuus tai hengenahdistuksen ilmeneminen. Turhaa potilaan siirtämistä tulee välttää. On huolehdittava, ettei potilas tunne kipua, ahdistusta tai tukehtumisen tunnetta riittäväällä rauhoittavalla (bentsodiatsepiini) ja kipulääkityksellä (opiaatit). Omaisille on vakuutettava, ettei potilaan hoitoa lopeteta, vaan että hänen hyvinvoinnistaan huolehditaan loppuun asti ja ettei hänellä ole kipuja. Omaisilla on oltava tunne siitä, että heidän läheisestään välitetään ja huolehditaan loppuun asti. Sairaanhoidajalla on tärkeä merkitys tämän ilmapiirin luomisessa.

# Palliatiivinen sedaatio

## Määritelmä

Kuolevan potilaan rauhoittaminen ja tajunnan heikentäminen lääkkein muilla keinoin hallitsemattomien vaikeiden oireiden lievittämiseksi. Palliatiivisen sedaation tarkoitus on oireiden lievittäminen, ei kuoleman nopeuttaminen. Palliatiivinen sedaatio voidaan tarvittaessa toteuttaa vaikka potilaan kotona.

## Indikaatioita

- hallitsematon kipu
- kuolevan potilaan hengenahdistus tai tukehtumisen tunne
- kuolevan potilaan hallitsematon verenvuoto tai verensyöksy
- kuolevan potilaan sekavuus tai agitaatio
- kuolevan potilaan hallitsematon ahdistuneisuus

## Toteutus

- Lääkäri päättää sedaatiosta ja antaa kirjalliset hoito-ohjeet.
  - Lääkärin tulee olla perehtynyt palliatiiviseen hoitoon tai asiantuntijaa tulee konsultoida ennen hoidon aloittamista.
- Sedaatioista on keskusteltava potilaan ja lähiomaisten kanssa hyvissä ajoin.
  - Päätökset perusteluineen on kirjattava potilasasiakirjoihin
  - Sedaatio toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan ja/tai lähiomaisen kanssa.
- Hätätilanteissa voidaan sedaatio aloittaa "potilaan parhaaksi"-ajattelun mukaan (esim. tukehtumisen tunnetukehtuminen, suolitukos).
- Hoidon seuranta on kliinistä eikä vaadi monitorointia.
  - Tavoitteena on, että potilaan levottomat liikkeet, irvistyksiset, valitukset ja huudot väistyvät.
  - Tarvittavat hoitotyön resurssit arvioidaan potilaskohtaisesti ja hoitotyön lähiesimies huolehtii tarvittavat resurssit ja tuen henkilökunnalle

## Sedaatioissa käytettävät lääkkeet

- Lääke valitaan yksilöllisesti tarvittaessa yhdistäen useampaa sedatiivaa (taulukko)
  - o Lääkkeet annostellaan hoitovasteen mukaan
  - o Annos suhteutetaan potilaan ikään ja kokoon
  - o Potilaan kipulääkityksen tulee jatkua sedaation aikana
- Mikäli infuusion aikana potilas muuttuu levottomaksi, rauhoitetaan tilanne boluksin ja infuusionopeutta tarvittaessa nostetaan.
- Epäiltäessä sedaation olevan liian syvä, infuusio keskeytetään ja aloitetaan uudelleen oireenmukaisesti titratun oikea annos boluksin.

## Sedaatioissa käytettäviä lääkkeitä joko intravenoosisti ( IV ) ja / tai subcutaanisesti ( SC )

Lääke	Aloitus	Infuusio	Huom.
<b>Midatsolami</b> ( 5 mg/ml )	2,5-5 mg IV 5 min. ja SC 5-10 mg 10 min. välein ad 10-20 mg/h	0,5-20 mg/h IV / SC (1/4 latausannos)	"perussedatiivi"
<b>Haloperidoli</b> Serenase® ( 5 mg/ ml )	1-5 mg IV / SC. 10 min. välein	0,2-0,6 mg/h IV / SC	kombinoidaan muihin
<b>Propofoli</b> ( 10 mg/ ml )	20-30 mg IV 5 min välein ad 200 mg/h	20-300 mg / h IV	analgeettinen vaikutus
<b>Dexmedetomiini</b> Precedex® ( 100 yg/ml 2 )	laimennus: 2ml:n ampulli 50 ml:aan NaCl	5-15 ml IV ad 25 ml/h	Voidaan kombinoida bentsodiatsepiiniin analgeettinen vaikutus
<b>Ketamiini</b> Ketanest-S® ( 25 mg/ml )	20-30 mg IV / SC	20-100 mg/h IV / SC	tulee kombinoida bentsodiatsepiiniin IND. VAIKEA KIPU!.

Ellei yllämainittuja lääkkeitä ole käytössä, voidaan käyttää diatsepamia 5-10 mg iv 5 min välein ad 20 mg / h ja jatketaan 5-20 mg / h vasteen ja tarpeen mukaan.

## **Kirjallisuutta**

### **Saattohoito-ohjeistus**

Juha Hänninen: Kuolevan kipu ja kärsimys. Duodecim seura 2001

Suomen kivuntutkimusyhdistys ry: Syöpäkivun hoito-opas.  
[www.kolumbus.fi/kivuntutkimusyhdistys](http://www.kolumbus.fi/kivuntutkimusyhdistys)

Anneli Vainio, Päivi Hietanen: Palliatiivinen hoito. Duodecim seura 1998

Kaisu Pitkälä, Juha Hänninen: Kun kuolema lähestyy. Duodecim 1999; 115: 1634-9

Vakaumuksen kunnioittaminen. Kirkkohallituksen julkaisu 1996

Laki potilaan oikeuksista, 1992.

### **Suosituksia elämän loppuvaiheen päätösmenettelystä ja hoidosta**

Brody H et al. Withdrawing intensive life-sustaining treatment- recommendations for compassionate clinical management. N Engl J Med 27: 652-657, 1997.

Kaarlola A. Tehohoidosta luopuminen ja potilaan kuolema. Tehohoito 15: 174, 1997.

Lääkärin etiikka. Suomen lääkäriliitto 2000

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Tehohoito 15: 164-173, 1997.



**POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAAHOITOPiIRIN KUNTAYHTYMÄ**

PL 10, 90029 OYS  
Puhelin (08) 315 2011  
Faksi (08) 315 4394  
[www.ppsHP.fi](http://www.ppsHP.fi)