



### Tiina Tasmuth

LT, syöpätautien erikoislääkäri  
HYKS, Syöpätautien klinikka  
tiina.tasmuth[a]hus.fi



### Paula Poukka

LL, sisätautien erikoislääkäri  
Helsingin kaupunki, Laakson  
kotisairaala  
paula.poukka[a]hel.fi



### Reino Pöyhä

Dosentti,  
osastonylilääkäri  
HYKS, ATEK, Meilahden  
sairaala  
reino.poyhia[a]hus.fi

# Milloin saattohoito alkaa?

Kuoleva kaipaa kuolemaa niin kuin väsynyt unta, ja tulee aika, jolloin on sekä väärin että hyödytöntä panna vastaan. *Stewart Alsop*

Julkisessa keskustelussa on epäselvyyttä siitä, milloin potilas kuuluu saattohoitovaiheeseen. Valitettavan usein hoitolinjan tunnistaminen on vaikeaa myös lääkäreille ja hoitajille. Koulutuksen ja kokemuksen perusteella lääkärin olisi kuitenkin pystyttävä arvioimaan, onko hoidon tavoitteena potilaan paraneminen, taudin leviämisen jarruttaminen vai puhtaasti oireiden lievittäminen. On tärkeää, etteivät hoidon sivuvaikutukset veisi elämältä arvoa eivätkä ylittäisi hoidon tuomia hyötyjä. Hoidon päämääriä tulisi arvioida jatkuvasti, jottei muutoksen tarve jäisi huomaamatta. Lääkärin vastuulla on tehdä päätös hoitolinjasta, myös saattohoidosta. Mahdollisuus hyvään saattohoitoon kuuluu kaikille diagnoosista riippumatta.

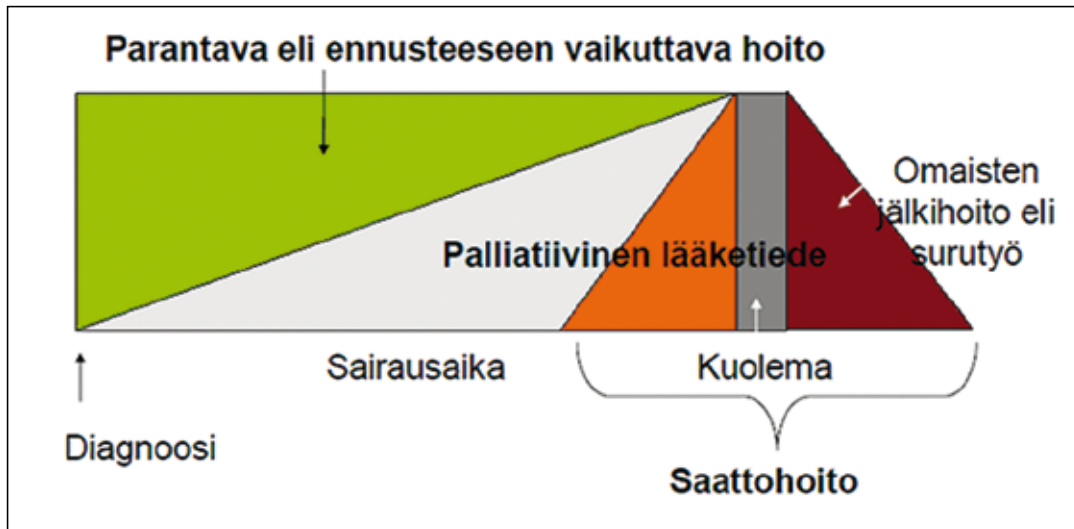
Anestesiologit ovat lähes päivittäin tekemisissä vaikeasti sairaiden potilaiden kanssa, joiden kohdalla hoidon rajoja pohditaan. WHO:n määritelmän mukaan palliatiivisella hoidolla ymmärretään parantumattomasti sairaiden ja kuolevien potilaiden aktiivista, elämänlaatua tukevaa kokonaisvaltaista hoitoa siinä vaiheessa,

kun lääketieteellisesti parantavan hoidon mahdollisuutta ei enää ole (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).

Aikaisemmin rajanveto aktiivihoidon ja oireita lievittävän hoidon välillä nähtiin jyrkkänä. Tuolloin ”palliatiivinen hoito” nykymerkityksessään puuttui. Nykyisin kuratiivisen ja palliatiivisen hoidon raja käsitetään liukuvana niin, että oireiden lievitys kuuluu aktiivihoidon ainoaksi, ja sen suhteellinen osuus kasvaa kuratiivisen hoidon keinojen huetessa (Kuva 1). Raja on samalla tavoin liukuva siirryttäessä saattohoitoon, johon kuolemaan valmistautuminen ja omaisten tukeminen kuuluvat tärkeänä osana (1). Palliatiivinen hoito voi jatkua vuosiakin. Saattohoidosta on kyse silloin, kun kuolema on odotettavissa lyhyen ajan, muutaman viikon tai kuukauden, sisällä.

## Milloin saattohoito alkaa?

Hyvä saattohoito edellyttää lähestyvän kuoleman tunnistamista. Monissa tutkimuksissa on todettu lääkäreiden olevan ylioptimistisia ennusteissaan



Kuva 1. Palliativisen hoidon suhde parantavaan hoitoon.

(2, 3). Pitkäaikaisten sairauksien ennusteeseen vaikuttavista tekijöistä tiedetään jo sen verran, että painopisteen siirtyminen palliativiseen ja saattohoitoon voitaisiin tunnistaa nykyistä paljon useammin (Taulukot 1–2). Syövässä taudin etenemisen arvioiminen saattaa olla helpompaa kuin muiden kuolemaan johtavien sairauksien kohdalla (Kuva 3). Toimintakyvyn nopea heikentyminen ja oireiden muuttuminen ennakoivat kuolemaa pitkälle edenneessä sairaudessa. Vastikään on laadittu oire- ja löydösluettelo hoidon suunnittelun avuksi äkillisissä päivystystilanteissa (Taulukko 3).

Retrospektiivisesti on tutkittu suomalaisilla syöpäpotilailla esiintyneiden oireiden ja löydösten yleistymistä kuoleman lähestyessä (5). Tutkimuspotilaiksi valittiin vain syöpään menehtyneitä, jotka olivat eläneet vähintään kuukauden syöpädiagnoosin jälkeen. Syöpätyyppi tai sukupuoli ei vaikuttanut potilailla esiintyvien oireiden määrään. Metastasoineiden elinten lukumäärä kasvoi elämän viimeisten kuuden kuukauden aikana, maksa ja aivometastaasit lisääntyivät

merkittävästi, kun taas keuhko- ja luumetastaasit lisääntyivät hieman. Askites ja ikterus yleistyivät merkittävästi kuukautta ennen kuolemaa.

>>

#### Taulukko 1. Ennusteen arvioiminen keuhkohtaumataudissa.

Kuoleman riski on 30–40% / 2kk, jos BODE-score on 7–10:

- **B:** BMI (B)  $\leq$  21 (1)
- **O:** Obstruktio (O): FEV1 36–49% (2) tai < 35% (3)
- **D:** Dyspnea (D): MMRC 3 (2) tai 4 (3)
- **E:** Liikuntakyky 150–249 m/6min (2) tai < 149 m (3)

Eliniän ennuste on < 1 vuosi kun

- FEV1 < 30%
- avun/tukihenkilön tarve päivittäisissä askareissa on kasvava
- potilas kykenee ottamaan vain muutaman askel ilman lepoa
- masennus
- ei puolisoa
- toistuvia sairaalahoitojaksoja vuoden sisällä
- liitännäissairaus

## Taulukko 2. Ennusteen arvioiminen kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa.

NYHA-luokitus ja 1 vuoden kuolleisuus:

- I: 5–10%
- II-III: 15–30%
- IV: 50–60%

Eliniän ennuste on < 6 kk, kun

- hypernatremia
- maksan ja munuaisten vaurio, delirium
- potilas ei siedä ACE-estäjiä
- NYHA 4
- LVEF < 20%
- toistuvia sairaalahoitoja
- kardiaalinen kakeksia

Saattohoidossa tärkein toimenpide on aito läsnäolo ja tärkein taito hyvä kommunikaatio.

### Hoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään mieluiten yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheisten kanssa, kun etenevään sairauteen ei ole ennustetta parantavaa hoitoa, tai potilas on siitä kieltäytynyt ja jäljellä olevan elinaika arvioidaan lyhyeksi. Saattohoitopäätös tehdään myös, jos vaikeasti sairaan tila ei parane aktiivisesta ja intensiivisestä hoidosta huolimatta, ja kuolema olisi odotettavissa samalla hoitajaksolla. Siirtymisestä palliatiiviseen hoitoon tai saattohoitoon päättää hoidosta vastaava lääkäri keskusteltuaan potilaan, omaisten ja hoitotiimin kanssa.

Vuorovaikutus omaisten kanssa on tärkeää myös sellaisten teho-osaston potilaiden kohdalla, joiden kanssa ei ole mahdollisuutta enää keskustella. Tällöin hoitavien lääkäreiden päätöksen teon autonomia korostuu. Saattohoitopäätös kirjataan mahdollisimman yksityiskohtaisesti

sairauskertomukseen samoin kuin siihen autoomaattisesti kuuluva DNAR-päätös (*Do Not Attempt to Resuscitate*). Saattohoidon linjaukseen kuuluu myös kannanotto antibioottihoitoon, suonensisäiseen nestehoitoon ja muihin potilaan vointiin mahdollisesti vaikuttaviin toimenpiteisiin. Eutanasia ei kuulu saattohoitoon. Saattohoidossa tärkein toimenpide on aito läsnäolo ja tärkein taito hyvä kommunikaatio.

### Mitä on palliatiivinen hoito ja saattohoito?

Viimeistään saattohoitovaiheessa täytyy huolellisesti arvioida, mistä potilas hyötyy ja mikä aiheuttaa vain kärsimystä. Hoitolinjojen määrittäminen on tärkeää potilaan hyvän hoidon, interventoiden ja kustannusten kannalta. Vaikka monilla kirurgisilla toimenpiteillä saadaan aikaan hyvää palliatiota, palliatiiviseen hoitoon eivät kuulu potilasta rasittavat laajat toimenpiteet ja tehohoito, joista toipumisennustetta ei ole (Kuva 2). Vain sellaisia tutkimuksia tehdään, joilla voidaan kohentaa potilaan elämän laatua. Rutiinitutkimuksista luovutaan.

Saattohoidon päämääränä on potilaan ja hänen läheisensä hyvä elämänlaatu ja rauhallinen kuolema. Hoidon tavoitteena on kärsimyksen ehkäiseminen ja lieventäminen, kivun ja muiden elämänlaatua heikentävien fyysisten, psykososiaalisten ja eksistentiaalisten ongelmien varhainen tunnistaminen, ehkäisy ja hyvä hoito. Sairauden sijaan aktiivisen hoidon kohteeksi tulee potilas kokonaisuutena. Vaikka sairautta ei pystyittäisi parantamaan, potilaan hoito jatkuu.

## Taulukko 3. Palliatiivisen hoidon tarpeen tunnistaminen päivystyspoliklinikalla (4).

Sairaudet	Kriteerit
Onkologia	Laajasti levinnyt tauti, potilaan kieltäytyminen kuratiivisista hoitokeinoista
Sydänsairaudet	Krooninen sydämen vajaatoiminta: NYHA 4, maksimaalinen lääkitys, vaikeat oireet, aikaisempi sydänpysähdys, LVEF < 20%
Keuhkosairaudet	Hoitoresistentti vaikea lepoahengenhädistys, progressiivisesti heikkenevä keuhkofunktio (> FEV1 40 ml/v ↓), toistuvat päivystyskäynnit, cor pulmonale/vaikea oikean kammion vika, lepoahypoksemia, PaO <sub>2</sub> < 7.3 kPa happilisällä, hyperkapnia PaCO <sub>2</sub> > 6.8 kPa, lepotakykardia
Dementia	1) peruselintoiminnoissa autettava, ei kommunikoi ymmärrettävästi, 2) vaikea malnutritio, 3) vaikea akuutti sairaus
Maksasairaus	Elinsiirto ei tule kyseeseen, hypoalbuminemia, INR > 1,5, askites, pneumonia, hepatorenaalinen oireyhtymä, enkefalopatia, vuoto ruokatorven suonikohjuista
Munuaissairaus	p-kreatiniini ↑, puhdistuma ↓, p-K ↑, perikardiitti, oliguria, turvotukset, dialyysi ei ole mahdollista tai potilas kieltäytyy siitä
HIV	CD4 < 25 hoidosta huolimatta ja suorituskyky ↓ ja jokin seuraavista: keskushermoston lymfooma, jatkuva laihtuminen, mykobakteeri-infektio, etenevä leukoencefalopatia, viskeraalinen kapoosi, lymfooma, hoitoresistentti cryptosporidium/toxoplasma -infektio

## Kuka tarvitsee saattohoitoa?

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon osalta suurimman potilasryhmän muodostavat syöpäpotilaat. Tarve on ilmeinen myös kroonisissa elinvaurioissa, kuten sydämen vajaatoiminta, keuhkohtaumatauti, munuaisten ja maksan vajaatoiminta, sekä pienemmässä mittakaavassa AIDS:ssa ja etenevissä neurologisissa sairauksissa, kuten ALS ja MS-tauti. Dementiapotilaista vain pieni osa tarvitsee erikoistunutta saattohoitoa. Pitkälle edennyttä dementiaa sairastavan potilaan saattohoito tulisi pääsääntöisesti järjestää potilasta hoitavassa yksiköissä, joihin tulee viedä saattohoidon osaamista.

Viimeisinä elinkuukausina arviolta joka toinen syöpäpotilas tarvitsee palliatiiviseen hoitoon erikoistunutta kotihoitoa ja viimeisinä elinviikkoina joka kolmas saattohoitoon erikoistunutta vuodeosastoa. Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksen ”Hyvä saattohoito Suomessa” mukaan Suomessa tarvitsee saattohoitoa vuosittain 15 000 potilasta (6). Palliatiivista eli oireita lievittävää hoitoa tarvitsee Suomessa 200 000–300 000 potilasta vuosittain. Saattohoitoa toteutetaan perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon sairaaloissa, vanhainkodeissa, kehitysvammalaitoksissa, yksityisissä hoitoyksiköissä ja potilaan kotona. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla. Vuonna 2008 Suomessa kuolleista 17% kuoli kotona ja 13% ”muualla”, lähinnä palvelutaloissa ja vanhainkodeissa, valtaosa kuoli sairaalassa.

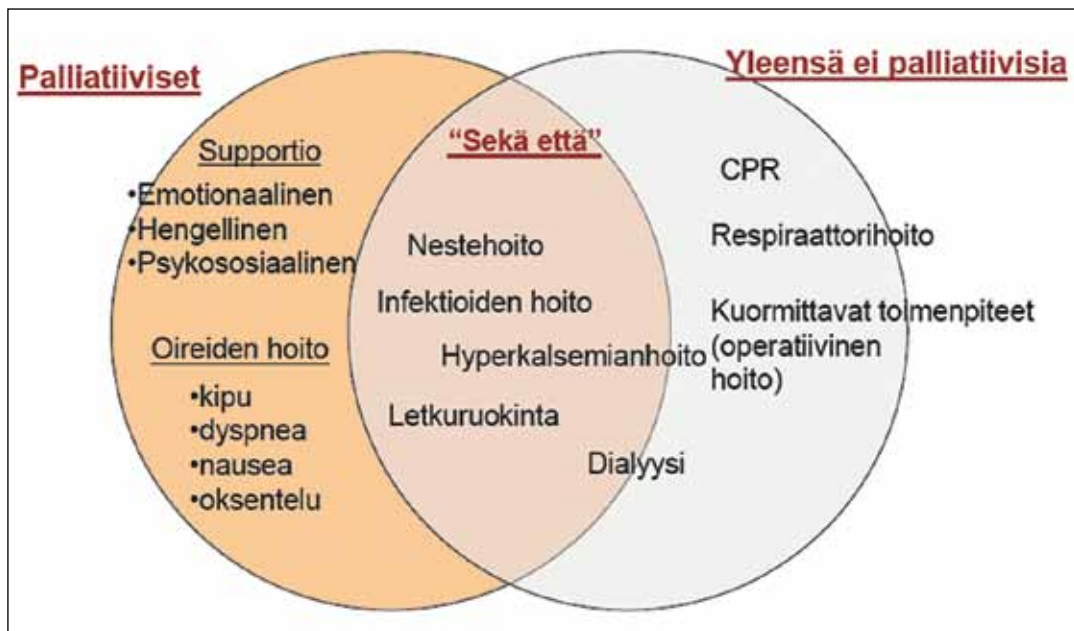
Palliatiivisen hoidon liittäminen pitkäaikaisen sairauden hoitoon voi sekä lisätä elämänlaatua että parantaa ennustetta syöpäsairaudessa (7). Keuhkosityypään sairastuneet potilaat satunnaistettiin prospektiivisessä tutkimuksessa palliatiiviseen- ja ei-palliatiiviseen ryhmään jo diagnoosivaiheessa. Molemmat ryhmät saivat näyttöön perustuvan onkologisen hoidon, ja potilaita seurattiin koko loppuelämän ajan. Palliatiivisen hoitoryhmän potilaita seurattiin onkologisen lisäksi palliatiivisen lääketieteen vastaanotolla, missä käsiteltiin elämänlaatukysymyksiä, kuolemaa, huolehdittiin kivun ja muiden oireiden hoidosta. Palliatiivisessa ryhmässä potilaiden elämänlaatu oli parempi kuin vain onkologista hoitoa saaneilla, jotka kuolivat aikaisemmin kuin palliatiivisen ryhmän potilaat. Palliatiivisen hoitolinjan huomioiminen siis lisäsi mielekästä elämää keuhkosityöpöpotilailla.

## Kuoleman kohtaamisen taito

Kuolema on elämän luonnollinen päätös, johon voi liittyä ahdistusta, masennusta ja pelkoa. Milloin kuolemasta sitten pitäisi keskustella potilaan tai hänen läheisensä kanssa? Ainakin silloin, kun potilas tai omainen kysyy siitä. Mutta myös silloin kun pitkäaikaissairaalla huomataan psykososiaalista tai eksistentiaalista kärsimystä ja kuolemaa ennustavien fyysisten oireiden lisääntymistä. Elämän lopun tematiikka kannattaa liittää keskusteluun myös kun ilmaantuu nielemisvaikeuksia ja

**Vaikka sairautta ei pystyittäisi parantamaan, potilaan hoito jatkuu.**

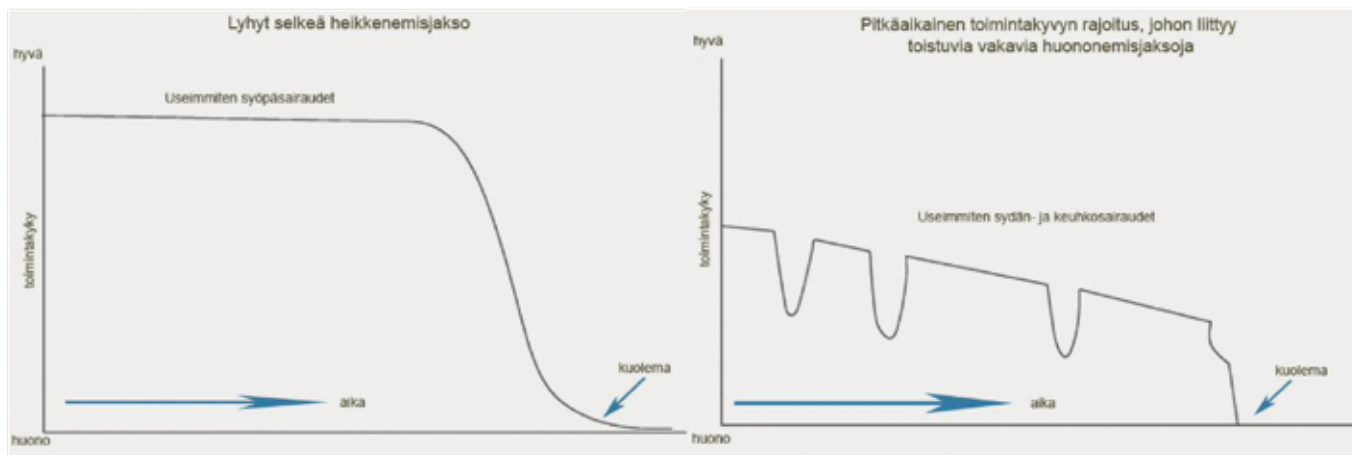
>>



Kuva 2. Toimenpiteiden rajoituksia hoidon eri vaiheissa.

## a) syöpä

## b) COPD



Murray SA, Sheikh A. Palliative Care Beyond Cancer: Care for all at the end of life. *BMJ*. 2008; 336(7650): 958-9.

Kuva 3. Saattohoidon alkaminen eri tavoin etenevissä sairauksissa.

harkitaan letkuruokintaa, hengitysvajaus pahenee tai kehittyy vähintään kahden alueen toiminnan menetys (esim. etenevissä lihasrappeumasairauksissa raajan toimimattomuus ja bulbaarioireet).

Lähestyvän kuoleman käsittely jää usein lääkäriltä liian vähäiselle huomiolle, vaikka tutkimusten mukaan potilaat ja omaiset sitä toivovat. Tässä tarvitaan vuorovaikutustaitoja ja herkkyyttä sekä kärsivällisyyttä. Asiaan joudutaan palaamaan moneen kertaan. Valmentautuminen edessä olevaan menetykseen helpottaa tilannetta mahdollisen ”kuoleman kriisin” hetkellä päivystyksessä. Näissä keskusteluissa lääkäriltä vaaditaan aitoa välittämistä potilaasta lähimmäisenä. Aidon kohtaamisen merkityksestä kirjoitti sairaanhoitajaksi opiskeleva nuori saattohoitopotilas: ”...*Kuolevaa potilasta ei nähdä yksilönä eikä hänen kanssaan pystytäkään keskustelemaan tällä tasolla. Hän on meille se vertaiskuva, mitä me kaikki pelkäämme ja tiedämme joutuvamme kokemaan....Te pistäydyste huoneessa, annatte lääkkeitä ja mittaatte verenpaineen. Miksi pelkäätte? Sehän olen minä, joka teen kuolemaa. Tiedän teidän tuntevan itsenne epävarmoiksi, ette tiedä mitä sanoisitte tai tekisitte. Mutta uskokaa minua, jos te välittäisitte minusta, ette voi osua barhaan...*” (8).

### Lisäkoulutusta palliatiivisessa lääketieteessä?

Palliatiivinen lääketiede on erikoisala Espanjassa, Britanniassa, Irlannissa, Italiassa, Norjassa ja Sveitsissä. Useimmissa maissa kuten Suomessa palliatiivinen lääketiede on erityisnäyttö. Erikoislääkäritutkinnon jälkeen palliatiivisen

lääketieteen erityisnäytön (Suomen lääkäriliiton myöntämä) voi suorittaa hakeutumalla Suomen palliatiivisen lääketieteen yhdistyksen organisoimaan 2-vuotiseen koulutukseen. Toinen vaihtoehto on pohjoismainen koulutusohjelma (<http://www.nscpm.org>), mutta se on suomalaista jonkin verran kalliimpi. Toistaiseksi vain muutama anestesioologi on suorittanut tämän erityisnäytön. Erittäin hyvä tietolähde on Euroopan palliatiivisen lääketieteen yhdistys, joka julkaisee alan tieteellistä aikakauskirjaa, järjestää tieteellisiä kokouksia ja toimittaa ohjeita ja julkilausumia (<http://www.eapcnet.eu/>). ■

### Viitteet

- Holli K. Palliatiivisen lääketieteen mahdollisuudet. *Suomen Lääkärilehti* 2001; 17: 1917–19.
- Christiakos NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctor's prognosis in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320, 469-73.
- Glare P, Virik K, Jones M ym. A systematic review of physicians survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003; 327: 195-8.
- Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011; 57: 282-90.
- Kaleva-Kerola J, Huhtala H, Helminen M, ym. Evaluation of frequency of clinical symptoms and signs within six months prior to death in patients with advanced solid cancers. *J Palliat Care* 2012; 28, 13-20.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A ym. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *NEJM* 2010; 363: 733-42.
- Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemisen perustuvat saattohoitosuosituksen. STM julkaisu 2010: 6, Helsinki 2010.
- Lääkintöhallituksen julkaisu nro 27, 1983.
- Käypä Hoito -suositus: Kuolevan potilaan oireiden hoito. Duodecim 2008.