

**Liisa Holma**

LL, erikoislääkäri
Palliativinen erityispätevyys
OYS, OpTa, Anestesia ja tehohoito
liisa.m.holma@ppshp.fi

Kun on palliativisen sedaation aika

Kuva 1. Hyvä kuolema ajatellaan olevan kuolema ilman kipuja ja kärsimystä. Kuva Miia Kokkonen, 2020.

Saattohoitopotilaan lähestyessä kuolemaa oireet, kuten kipu, levottomuus ja hengenahdistus, usein vaikeutuvat. Yleensä näitä oireita voidaan lievittää farmakologisilla ja ei-farmakologisilla hoitokeinoilla. Jos asianmukaisesta lääkityksestä huolimatta potilaan oireet ovat sietämättömiä, harkitaan palliativista sedaatiota.

Palliativinen sedaatio tarkoittaa kuolevan potilaan rauhoittamista lääkkeillä. Hänen tajuntaansa alennetaan oireiden lievittämiseksi tavalla, jonka hän, hänen läheisensä sekä hoitohenkilöstö hyväksyvät. Palliativista sedaatiota harkitaan tilanteessa, jossa sietämättömiin ja hallitsemattomiin oireisiin ei ole muuta lievitystä. (1)

Hoitosuositukset palliativisen sedaation käytöstä perustuvat asiantuntijoiden konsensuskseen. Prospektiivisiä tutkimuksia palliativisen sedaation käytöstä on vähän. Lisäksi tutkimukset koskevat yleensä vain syöpäpotilaita.

Yleisyys

Eri maiden välillä käytännöissä on suuria eroja. Kansainvälisistä ja kansallisista hoito-ohjeista huolimatta palliativisen sedaation määritelmä sekä käytetty termistö vaihtelevat. Kirjallisuudesta löytyy yli 50 erilaista määritelmää. (2) Eurooppalaisen selvityksen mukaan 20 vuotta sitten palliativisen sedaation yleisyys vaihteli Tanskan 2,5 %:n ja Italian 8,5 %:n välillä. Tuoreemmissa artikkeleissa palliativisessa hoidossa olevien potilaiden sedaatio vaihteli

7–18 %:n välillä. (3) Palliativisen sedaation käytön yleisyydestä Suomessa ei ole tietoa.

Edellytykset

Ennen palliativisen sedaation aloittamista on varmistettava, että muut keinot oireiden hallitsemiseksi on kokeiltu (kipulääkärin tai palliativisen lääkärin konsultaatio) ja että potilas, hänen läheisensä ja hoitohenkilöstö ymmärtävät hoidon tavoitteet ja toteutuksen (1).

Euroopan palliativisen hoidon yhdistys (The European Association for Palliative Care, EAPC) pitää kuolevan potilaan sedaatiota tärkeänä ja välttämättömänä hoitokeinona, mikäli potilaan sietämättömät oireet eivät reagoi muihin hoitomuotoihin. Palliativinen sedaatio edellyttää huolellista harkintaa ja perusteltua päätöksentekoa,

ja se on viimeinen vaihtoehto hoitoon huonosti reagoivien oireiden lievittämiseksi kuolevaa potilasta hoidettaessa. (4) Yleisimmät itsepintaist oireet ovat delirium ja siihen liittyvä agitaatio, hengenahdistus, kipu sekä kouristelu. Palliativisen sedaation käytöstä psykologisen ja eksistentiaalisen kärsimyksen lievittämiseksi ei

ole konsensusta. (3) Toisaalta oireiden jaottelua fyysisiin ja ei-fyysisiin on myös kritisoitu inhimillisen kärsimyksen yksioikoistamisena.

Palliativista sedaatiota harkitaan, kun sietämättömiin oireisiin ei ole muuta hoitoa.

>>

Palliativisen sedaation toteutus midatsolaamilla:**Midatsolaami 1 mg/ml -infuusio (i.v.- ja s.c.-annosteluissa sama annos)**

- Infuusiota aloitettaessa annetaan tarvittaessa bolus 0,5–2 mg.
- Infuusio aloitetaan 1 mg/h. Hoitaja nostaa infuusiota 0,5–1 mg/h kerrallaan 30 min välein, kunnes potilas on levollinen.

Taulukko 1. Midatsolaami on yleisimmin käytetty lääkeaine palliativisessa sedaatiossa.

Päätöksen palliativisesta sedaatiosta tekee ensisijaisesti palliativiseen hoitoon perehtynyt erikoislääkäri tai muu kokenut lääkäri. Mahdollisuuksien mukaan suositellaan moniammatillisen palliativisen hoitoryhmän osallistumista hoitopäätösten tekemiseen. Hoitopäätöksistä tehdään asiaankuuluvat sairauskertomusmerkinnät. Sairaalakohtaisilla sekä kansallisilla hoito-ohjeilla voidaan tukea päätöksentekoa ja yhtenäistää sedaation toteutus. Tavoitteena on kuolevan potilaan optimaalinen hoito ja potilaan läheisten ja myös henkilökunnan luottamus kuolevan hoitoon. (4)

Käytäntö

Potilaan tajunnantasoja lasketaan vain sen verran, mitä oireiden helpottaminen edellyttää. Erityistapauksissa voidaan harkita intermittoivaa sedaatiota, esimerkiksi jos potilas odottaa palliativista toimenpidettä, jonka oletetaan helpottavan hänen oireitaan. Potilas voi olla myös ekshaustiossa unettomuuden takia, jolloin on pohdittava mahdollisuutta sedatoida hänet yöksi.

Terveyskeskusten vuodeosastoilla tai vanhusten laitoksissa voidaan kuolevaa potilasta rauhoittaa lääkeboluksilla suun, nenän tai posken limakalvojen kautta sekä ihon alle tai laskimon sisäisesti. Suositeltavia lääkkeitä ovat midatsolaami tai loratsepaami. Jatkuva sedaatio aloitetaan, mikäli potilaan kärsimys on jatkuvaa, sietämätöntä, muille hoidoille reagoimatonta, kuolema on odotettavissa tuntien tai vuorokausien sisällä ja potilas itse hyväksyy sedaation. Potilaan luvalla asiasta informoidaan myös omaisia. Saattohoitopotilaan loppuvaiheen hätätilanteet (verensyöksy,

massiivi muu vuoto, tukehtuminen) edellyttävät hätäsedaation, ja hoitosuunnitelmassa on hyvä tällaiseen varautua. (4)

Jatkuvaa sedaatiota aloitettaessa potilas tarvitsee hoitajan tarkkailua ja lääkeannoksen titraamista. Potilaan vointia ja tajunnantasoja voidaan kuvailla sanallisesti, kuten reagointia puhutteluun ja kosketteluun, motorista aktiviteettia ja kasvojen ilmeitä. Esimerkiksi: ”Potilas on levollinen eikä hän reagoi puhutteluun tai kevyeen kosketteluun.” Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) -asteikosta on kehitetty palliativista sedaatiota varten validoitu RASS-PAL-asteikko, jota voidaan myös käyttää. (5) Koska palliativisen sedaation tarkoitus on potilaan oireiden lievittyminen, tavoitteena ei ole tajunnan tason laskeminen tietylle tasolle. Potilaan vointia arvioidessa kiinnitetään huomio oireiden lievittymiseen ja olotilan helpottamiseen. (5) Fysikaaliset mittaukset tai koneellinen monitorointi eivät kuulu saattohoitopotilaan hoitoon. (1)

Yleisanestesiaa ja tehohoitopotilaiden sedaatiota koskevista tutkimuksista tiedetään, että osalla potilaista on hereillä olon kokemuksia. Tästä syystä on erityisen tärkeää jatkaa kipulääkitystä ja esimerkiksi deliriumin lääkehoitoa, huolehtia hyvästä perushoidosta sekä kohdella potilasta arvostavasti palliativisen sedaation aikana. Nestehoidon ja ravitsemuksen jatkaminen tai keskeyttäminen on erillinen hoitopäätös. Yleensä nestehoidon jatkaminen on hyödytöntä ja saattaa vaikeuttaa hengenahdistusta ja turvotuksia. Tämäkin hoitopäätös on tärkeä perustella potilaille ja läheisille ja pyrkiä löytämään yhteisymmärrys. (4)

Vaikka kuolema tapahtuu usein rauhallisesti, siihen varautuminen saattaa olla läheisille järkyttävä ja ahdistava tilanne. Läheiset tarvit-

Potilaan tajunnantasoja lasketaan vain sen verran, mitä oireiden helpottaminen edellyttää.

sevat usein toistuvasti vakuuttelua, että kuolevan vaikeita oireita hoidetaan, ja mikäli palliativista sedaatiota tarvitaan, sillä ei pyritä jouduttamaan kuolemaa. Kuolevaa potilasta hoidettaessa läheisille kerrotaan säännöllisesti potilaan voinnista ja odotettavissa olevista muutoksista kuoleman lähestyessä. Myös henkilökunta tarvitsee tietoa palliativisen sedaation periaatteista ja toteutuksesta. Henkilökunnan tuen merkitys korostuu etenkin osastoilla, joissa kuolevia hoidetaan harvoin tai jos potilaan sedaatio pitkittyy.

Lääkeaineet ja toteutus

Jatkuva palliativinen sedaatio voidaan toteuttaa ruiskupumpulla, elektronisella lääkannostelijalla, kertakäyttöisellä elastomeerisellä pumpulla tai toistuvilla lääkeboluksilla. Lääkitys voidaan annostella laskimoon tai ihon alle. Perusterveydenhuollossa ja esimerkiksi kotisaattohoidossa ihonalainen annostelu on suositeltavampi, koska se on helposti uusittavissa.

Midatsolaami on yleisimmin palliativisessa sedaatiossa käytetty lääkeaine (taulukko 1). Sen etuja ovat nopea vaikutuksen alku sekä lyhyt vaikutusaika, mikä mahdollistaa joustavan käytön annosta titrattaessa. Midatsolaamia käytetään myös lasten palliativisessa sedaatiossa sekä kotisaattohoidossa. Midatsolaamiin voidaan yhdistää haloperidoli, mikäli potilas on deliriöottinen, tai esketamiini, mikäli kivunhoitoa halutaan tehostaa.

Kansainvälisissä hoitosuosituksissa mainitaan neuroleptit, esimerkiksi levomepromatsiini, joka on Suomessa laskimonsisäisesti annosteltuna erikoislupavalmiste. Käyttöaiheena on kuolevan akuutti delirium. (4)

Propofoli on anestesia- ja sedatiivisille tuttu lääkeaine, ja sen käyttöä voidaan harkita esimerkiksi tehovalvonnassa tai heräämööolosuhteissa, mikäli potilasta ei siirretä enää vuodeosastolle.

Deksmedetomidiniin käytöstä palliativisessa sedaatiossa on tehty tapausselostuksia, mutta kontrolloituja tutkimuksia tällä indikaatiolla ei ole julkaistu. (6) Deksmetomidiniin off-label-käytöstä ei ole suosituksia. Palliativisessa hoidossa mielenkiintoa ovat herättäneet postoperatiivista kivunhoitoa ja tehohoitopotilaiden deliriumia koskevat tutkimustulokset. Deksmetomidiniinilla sedatoitu potilas on heräteltävissä, ja se voi olla joskus potilaan ja läheisten toive: hyvästijätö voidaan kenties mahdollistaa.

Lopuksi

2000-luvun länsimainen yhteiskuntamme tulkitsee hyvän kuoleman mahdollisuudeksi kuolla ilman kipuja ja kärsimystä. Mikäli kuolevan sietämättömiä oireita ei ole mahdollista muuten lievittää, tarvitaan palliativiseen hoitoon perhe-tyneiden ammattilaisten tuella toteutettua palliativista sedaatiota. ■

Viitteet

1. Palliativinen hoito ja saattohoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. www.kaypahoito.fi
2. Koxsvik GH, Richards N, Gerson SM, ym. Medicalisation, suffering and control at the end of life: The interplay of deep continuous palliative sedation and assisted dying. *Health* 2020; Dec 11.
3. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, ym. Clinical aspects of palliative sedation in prospective studies. A systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2020; Sep 19.
4. Cherny NI, Lukas R and The Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative medicine* 2009; 23(7): 581–93.
5. Belar A, Arantzamendi M, Payne S, ym. How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review. *Palliative Medicine* 2021; 35(2): 295–314.
6. Uusalo P, Saari T. Deksmetomidiniin uudet antamistavat laajentavat käyttöaiheita tehohoitosedatation ulkopuolelle. *Duodecim* 2020; 136(21): 2385–91.