



### Johanna Hästbacka

Anestesiologian ja tehohoidon apulaisprofessori  
Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta,  
Tampereen yliopisto  
Tays, Anestesiatoiminta ja tehohoito  
johanna.hastbacka@tuni.fi

# Elämän loppuvaihe teho-osastolla

**S**uomessa kuolee vuosittain 60 000–63 000 ihmistä. Heistä 1 000–1 200 kuolee teho-osastolla, mikä vastaa 4–5 %:n tehohoitokuolleisuutta. Tanskalaisen Iben Darfeltin tuoreen väitöskirjan mukaan 70–90 %

tehohoitokuolemista tapahtuu tehohoidon keinoista luopumisen kautta.

Tehohoidon keinoista luopuminen on perusteltua, kun havaitaan, että kuolema on väistämättä lähestymässä. Tällainen havainto voidaan tehdä, jos elintoimintojen tukihoidoista ja muis-

Kuva Johanna Hästbacka, 2025.



ta hoidoista huolimatta tilanne ei korjaannu tai heikkenee. Tällöin on eettisesti perusteltua pyrkiä välttämään turhan hoidon jatkamista ja luopua elämää keinotekoisesti ylläpitävistä hoidoista. Elämän loppuvaiheen hoito eli saattohoito (end-of-life care) on palliatiivisen hoidon osa-alue, joka tähtää kuolevan potilaan voinnin helpottamiseen, potilaan ja perheen tukemiseen ja kuolevan oireiden lievittämiseen kuoleman lähestyessä. Tämä prosessi on teho-osaston potilaiden kohdalla usein paljon nopeampi ja lyhyempi kuin monessa muussa tilanteessa, ja tulee usein yllätyksenä potilaalle ja omaisille. Tehohoitotyössä tilanne tulee vastaan usein, ja keskimäärin Skandinaviassa tehohoitolääkärit kokevat osaavansa joko melko tai erittäin hyvin toteuttaa saattohoitoa kuoleville potilaille teho-osastolla. Varmuus omasta osaamisesta näyttää lisääntyvän iän, kokemuksen ja kouluttautumisen (EDIC) myötä, yhtäläisesti miehillä ja naisilla (1). Palliatiivisen lääketieteen professori Juho Lehto on todennut, että hyvä saattohoito on ennaltaehkäisevää hoitoa. Tällä hän haluaa korostaa kuolevan kohtaamisen ja saattohoidon laadun merkitystä läheisille. Hyvällä saattohoidolla voidaan vähentää läheisensä menettäneiden sairastavuutta.

Miten tunnistamme kuolevan potilaan ja mikä on oikea hetki aloittaa elämän loppuvaiheen hoito eli saattohoito? Omaiset usein kysyvät, milloin kuolema on odotettavissa. Tähän on yksittäisen potilaan kohdalla monesti mahdotonta vastata. Voidaan kuitenkin ajatella, että on tärkeää tunnistaa saattohoidon alkamiselle otollinen hetki. Tutkimusta aiheesta on vähän, mutta Tanskasta löytyy ainakin yksi tutkimus hoidosta luopumisen tavoista ja aikaikkunasta, jolloin saattohoitoa toteutetaan. Siinä tarkasteltiin 250 teho-osastolla tai viikon kuluessa uloskirjauksesta kuolleen, yli 4 vrk tehohoidossa olleen aikuispotilaan tietoja Tanskan tehohoitorekisteristä. Näistä potilaista 69 %:lla hoidosta luopumiseen liittyi suora ventilaattorihoidon lopettaminen ja 25 % vieroitetiin vähittäin ventilaattorihoidosta. Palliatiivinen tiimi kävi konsultoimassa 2 %:ssa tapauksista. Potilaista 72 % kuoli teho-osastolla, 27 % vuodeosastolla ja 2 % hoivakodissa. Vuodeosastolla kuolleita oli melko paljon mm. sepsiksen tai hengitysvajauksen takia tehohoidetuista. Jos ventilaattorihoido lopetettiin ilman vieroittelua, potilas kuoli viiden (IQR 2–15) tunnin kuluessa siitä, kun hänen tunnistettiin olevan kuoleva potilas, neljä (IQR 2–10) tuntia ehti kulua viimeisestä verikaasunäytteestä ja yksi (IQR 0–58)

tunti siitä, kun ventilaattorihoido keskeytettiin. Asteittain vieroitetuilla potilailla nämä ajat olivat huomattavasti pidempiä: 108 (IQR 71–189) tuntia ventilaattorihoidon loppumisesta, 22 (IQR 5–67) tuntia ”kuoleva potilas”-diagnoosista, ja 15 (IQR 5–38) tuntia viimeisestä verikaasuanalyysistä. (2)

Hyvään saattohoitoon panostamiseen on siis usein aikaa tunteja molemmissa tilanteissa. Miten tehohoitopotilaan elämän loppuvaiheen >>

Kunnioita perheen näkökantoja (Value statements)

Hyväksy tunteet ja tunnusta niiden oikeutus (Acknowledge emotions)

Kuuntele perheenjäseniä (Listen to family members)

Pyri ymmärtämään kuka potilas on yksilönä (Understand the patient as a person)

Selvitä perhettä askarruttavat kysymykset (Elicit questions from family members)

Taulukko 1. VALUE-ohjeita (7).

Tue potilasta vieroittelun aikana

Valmista omaisia vieroittelutapahtumaan ja kerro mahdollisista loppuvaiheen ilmiöistä (eritteet, korina, hengitysvajaus)

Harkitse ekstubaatiota

- Vältäaksesi tilanteen pitkittymistä
- Jos potilaalla on spontaani hengitys ja hän kykenee pitämään hengitystiensä avoimina
- Jos kommunikaatio omaisten kanssa on mahdollista

Käytä tarvittaessa nieluputkea tai aseta potilas kylkiasentoon

Harkitse glykopyrrolaattia ennen ekstubaatiota

Älä poista trakeostomiaa

Siirrä kuoleva potilas yksityiseen huoneeseen, jos mahdollista

Taulukko 2. Vieroitteeluun liittyviä ohjeita.

Lopeta muut kuin oireiden hoitoon tarkoitetut nesteet ja lääkkeet, jos oletettu elinaika on tunteja tai muutama päivä.

Suonensisäinen nestehoito lievittää huonosti janoa

- Suun kostutus

Lopeta vitaalilintoimintojen monitorointi ja hiljennä hälytykset

Käytä oireiden (kipu, delirium, ahdistuneisuus, hengenahdistus) monitorointiin validoituja instrumentteja ja seuraa niistä kertovia kliinisiä merkkejä

Lääkitse pahoinvointi, kuume, kipu ja delirium

Kipuun, hengenahdistukseen ja hapen nälkään opioidi

- Toistuvat bolukset tarpeen mukaan

Ahdistuneisuuteen midatsolaami

Tarvittaessa jatkuva sedaatio, jos potilas jo valmiiksi sedatoitu tai oireita ei muuten voida lievittää riittävästi

Taulukko 3. Oireiden hoito ja monitorointi.

hoito sitten tulisi toteuttaa? Elämän loppuvaiheen hoitoon vaikuttavat lääketieteellinen tilanne, potilaan ja perheen toiveet, lainsäädännölliset, kulttuuriset ja uskontoon liittyvät seikat ja käytettävissä olevat resurssit (3). European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) ja Scandinavian Society of Anaesthesiology and Intensive Care (SSAI) ovat julkaisseet viime vuonna hoitosuosituksen ja lausunnon aiheeseen liittyen (4,5). Taustalla on kovin vähän tutkittua tietoa, ja ohjeet ja lausunnot perustuvat pitkälti asiantuntija-arvioihin. Keskeisenä trendinä molemmilla on perheen ja potilaan huomioimisen nostaminen keskiöön hoidon kaikissa vaiheissa. Tämä tarkoittaa kommunikaation lisäämistä jo aivan hoidon alusta alkaen. Siirtymä paranemiseen tähtäävästä hoidosta on aina vaikeaa, sillä meillä on usein voimakas halu vastustaa kuolemaa ja toisaalta emme osaa koskaan täysin ennustaa tulevaa. Society of Critical Care Medicine on julkaissut oman suosituksensa joulukuussa 2025 (6). Näkökulmat artikkeleissa vaihtelevat prosessipainotteisesta käytännön ohjeisiin, joten artikkelit täydentävät toisiaan. SSAI:n lausunnossa on määritelty kymmenen pääteemaa, joihin otetaan kantaa. Teemat käsittelevät kommunikaatiota, päätöksentekoa, potilaan tarpeita, käytännön saattohoidon toteuttamista sekä perheen ja henkilökunnan tukemista potilaan kuoleman jälkeen.

Hyvän kommunikaation tärkeyttä tehohoitojakson alusta loppuun ei voi liikaa korostaa. Se pohjustaa myös myöhempiä vaikeita keskusteluja. Potilaan (tilanteen salliessa) ja perheen kanssa tulisi keskustella heti hoitojakson alkuvaiheessa. Keskusteluympäristön tulee olla rauhallinen, kiireetön ja psykologisesti mahdollisimman turvallinen. Koska potilas ja läheiset ovat joutuneet useimmiten äkillisesti aivan uuteen tilanteeseen, heille tulee antaa aikaa ja sallia kysymykset. Hyvä keino aloittaa keskustelu on kysyä, miten osapuolet ovat itse ymmärtäneet tilanteen. Keskustelulla on useita tavoitteita: hankitaan tietoa tehohoitoa varten potilaan toiveista, mahdollisesta hoitotahdosta, lääketieteellisestä tilanteesta ja lääkityksestä. Tärkeää on myös saada käsitys potilaan kognitiivisesta suoriutumuksesta ja toimintakyvystä ennen sairastumista. Keskustelussa olisi hyvä kysyä läheisten käsitystä siitä,

**Tehohoidosta luopuminen on perusteltua, kun kuolema on väistämättä lähestymässä.**

mikä olisi oletettavasti potilaan oma toive, jos hän pystyisi vastaamaan. Tiedon hankkimisen lisäksi keskustelussa tietysti myös annetaan tietoa sen hetkisestä lääketieteellisestä tilanteesta, sairaudesta ja sen etenemisen suunnasta. Ennustearvio, nykyisten ja mahdollisten uusien hoitojen seuraukset ja odotukset niiden suhteen tulee antaa rehellisesti, parhaaseen kunkin hetkiseen tietoon perustuen. Läheisiä helpottaa myös, jos keskustelussa kerrotaan mitä on suunniteltu, ja minkälaisia hoitoja tullaan käyttämään. On hyvä kertoa myös mahdollisuudesta, että tilanne heikkenee ja hoitosuunnitelmasta siinä tapauksessa. On toki tärkeää arvioida, mikä verran läheiset pystyvät vastaanottamaan kullakin hetkellä, ja edetä sen mukaisesti. Vaikeat tunteet ovat hyväksyttäviä ja normaaleja, ja ihmiset ilmaisevat niitä omalla yksilöllisellä tavallaan. Läheisille ja potilaalle on tärkeää kuulla, ettei heitä jätetä yksin, olipa tilanne minkälainen tahansa. Jos keskustellaan hoitolinjan muuttumisesta oireita lievittäväksi, tulee kertoa, että hoito jatkuu ja kärsimyksen lievittämiseksi tehdään kaikki voitava. Lääkärjargonia tulisi välttää ja käyttää kieltä, jota kuulija ymmärtää. Mikäli yhteistä kieltä ei ole, tulee käyttää virallista tulkkiä välittyvän tiedon oikeellisuuden varmistamiseksi molempiin suuntiin.

Kommunikaatiostrategioista voi lukea vuonna 2007 ilmestyneestä artikkelista, jossa mm. kuvattiin muistisääntö VALUE keskustelutilanteita varten (taulukko 1). Hyvästä kommunikaatiosta huolimatta tilanteen tai hoitoratkaisujen hyväksyminen voi olla vaikeaa ja viedä aikaa.

Elämää ylläpitävien hoitojen aloittamatta jättämistä ja niistä luopumista pidetään joskus painoarvoltaan erilaisina tapahtumina, sillä keran aloitetun hoidon lopettaminen voi tuntua intuitiivisesti vaikeammalta. Ne ovat kuitenkin eettisesti ja lääketieteellisesti samanarvoisia tekoja, joiden perusteena on hoidon vähäinen tai olematon hyöty potilaalle. Päätöksentekoa tukevat parhaiten moniammatilliset ja säännölliset kokoukset sekä potilaan ja hänen läheistensä informointi ja osallistaminen hoitoon. Läheisille ei kuitenkaan kuulu päätöksenteon taakka, sillä päätökset ovat aina lääketieteellisiä.

Kerrotaessa saattohoitoon siirtymisestä on hyvä kerrata tapahtumat ja todeta tämänhetkinen tilanne. Yksityiskohdat ja lääketieteelliset

Kuva Johanna Hästbacka, 2025.



syys tulisi esittää perheen toiveiden ja ymmärryksen mukaisesti. Keskusteluja kannattaa suunnitella useita, jolloin tiedon vastaanottaminen voi helpottua. Perhe ja potilas tarvitsevat aikaa päätöksen hyväksymiseen. Puhuttaessa ei tulisi käyttää kiertoilmaisuja tai välttää kuolema-sanan käyttöä, sillä se ei tee asiaa helpommaksi. Keskustelu tulee dokumentoida tarkasti. Merkinnästä tulee ilmetä paikallaolijat, nykytilanne ja sairauden kulku, mitä hoitoja rajaukset koskevat, saattohoitoon siirtyminen perusteineen (muut sairaudet, hauraus, ennuste jne.), potilaan ja perheen toiveet sekä miten potilas ja läheiset suhtautuvat ja ymmärtävät tilanteen. On tärkeää kirjata myös oireenmukaisen hoidon suunnitelma. (5)

Mekaanisesta ventilaatiosta luovuttaessa päätöksen tulisi parhaimmillaan perustua potilaan tilanteeseen ja toiveeseen, jos se on tiedossa. Ventilaattorihoidon lopettamisen tapaan vaikuttaa potilaan vireystila sekä jokin arvio siitä, kuinka lähellä kuolema on. Terminaalista vieroittelua suositellaan, jos potilas on hereillä tai jos kuolemaan arvioitu aika on päiviä tai viikkoja. Siihen kuuluu hengitystuen ja happiläsän asteittainen purkaminen. Vieroittelun tukena voidaan käyttää sedatiivisia lääkkeitä. Nopeaa ventilaattorihoidon lopettamista voidaan harkita, jos potilaalla on spontaania hengitystä. Potilas voidaan useissa tapauksissa ekstuboida. Opioidit

helpottavat potilaan dyspneaa. Non-invasiivista ventilaatiota voidaan käyttää tarvittaessa, jos farmakologinen dyspneaoireiden hoito ei riitä, jos se helpottaa potilaan oloa tai jos tarvitaan lisää aikaa. Ohjeita hengityslaitteesta vieroitteluun ja oireiden hoitoon kuvataan taulukoissa 2 ja 3. (5)

Henkilökunnan ja omaisten huomio kiinnitetty herkästi mahdollisiin fysiologisiin parametreihin, jos niiden monitorointia jatketaan. Turha vitaalien monitoroinnin lopettaminen tukee keskittymistä kuolevan tukemiseen ja jäähyväisten jättämiseen. Opioideihin ja joihinkin muihin lääkkeisiin liittyy niin kutsuttu kaksoisefekti, jolla tarkoitetaan sitä, että oireita lievittävä hoito saattaa myös lyhentää jäljellä olevan elämän kestoa. Tämä on saattohoitotilanteessa hyväksyttävää, mutta ei saa olla ensisijainen päämäärä. Palliatiivista konsultaatiota voi tarvittaessa hyödyntää, jos sellainen on saatavissa. (5)

Jos potilas täytyy siirtää toiselle osastolle, tulee huolehtia jatkohoitopaikan hyvästä informoinnista. Tarvittaessa teho-osastolta voidaan tehdä seurantakäynti vuodeosastolle.

Kun kuolema on tapahtunut, omaisten tukeminen jatkuu. He hyötyvät kirjallisesta materiaalista, ja suullisesta informaatiosta siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu ja mistä voi saada apua. Henkilökunnan debriefing voi myös olla hyödyllistä. ■

#### Viitteet

1. Darfelt IS, Nielsen AH, Klepstad P, Neergaard MA. "End-of-Life Care Is as Important as Any Other Lifesaving Task": A Scandinavian Survey Study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2026; 70(2): e70178. doi:10.1111/aas.70178.
2. Darfelt IS, Nielsen AH, Klepstad P ym. A window of opportunity for ICU end-of-life care – A retrospective multicenter cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2024; 68(10): 1446–1455. doi:10.1111/aas.14507.
3. Brooks LA, Manias E, Rasmussen B, Bloomer MJ. Practice recommendations for culturally sensitive communication at the end of life in intensive care: A modified eDelphi study. *Intensive Crit Care Nurs* 2025; 86: 103814. doi:10.1016/j.iccn.2024.103814.
4. Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D ym. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2024; 50(11): 1740–1766. doi:10.1007/s00134-024-07579-1.
5. Darfelt IS, Neergaard MA, Klepstad P ym. Consensus statements on end-of-life care in ICU – A Scandinavian multidisciplinary Delphi study. *Acta Anaesthesiol Scand* 2025; 69(4): e70015. doi:10.1111/aas.70015.
6. Marshall MF, Davis FD, Fogelman PA ym. Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guidelines on Adult End-of-Life Care in the ICU. *Crit Care Med* 2025; 53(12): e2734–e2746. doi:10.1097/CCM.0000000000006856.
7. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B ym. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356(5): 469–478. doi:10.1056/NEJMoa063446.

Operatiivisten päivien 2025 luentolyhennelmä.