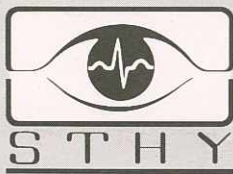


Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet



1. Mitä tehohoito on

1.1 Määritelmä

1.2 Laajuus ja tulokset

2. Yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa

2.1 Elämän säilyttäminen

2.2 Kärsimysten lievittäminen

2.3 Lisähaittojen välttäminen

2.4 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

2.5 Totuudellisuus

2.6 Oikeudenmukaisuus

2.7. Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidossa

2.8. Kuoleva potilas tehohoidossa

2.9. Turha hoito

3. Erityiskysymyksiä

3.1. Tiedottaminen ja voimavarojen turvaaminen

3.1.1. Väestön informoiminen

3.1.2. Terveystieteiden ammattilaisten ja päättäjien informointi

3.2. Tehohoidon laadunhallinta

3.3 Tieteellinen tutkimustyö

4. Loppulause

**Ohjeen on laatinut Suomen
Tehohoitoyhdistyksen
hallituksen asettama eettinen
toimikunta, jonka kokoonpano
on:**

piispa
Ambrosius

professori
Veli-Matti Huittinen

yllilääkäri
Aarno Kari (puheenjohtaja)

apulaisprofessori
Helena Leino-Kilpi

professori
Juha Niinikoski (11.3.96 asti)

reviisori
Mauri Ohtonen

yllilääkäri
Vuokko Rauhala

professori
Tapani Tammisto

osaston yllilääkäri
Olli Takkunen

1. Mitä tehohoito on

1.1 Määritelmä

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytyttäen ja hänen elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa pidetään yllä erikoislaittein. Tavoite on voittaa aikaa perussairaudesta hoitamiseen torjumalla ja estämällä hengenvaara. Tehohoitoa annetaan teho-osastoilla. Niihin keskitetään elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä henkilöstö, osaaminen ja teknologia.

1.2 Laajuus ja tulokset

Suomen teho-osastoilla hoidetaan 1990-luvun puolivälissä vuosittain noin 25 000 potilasta. Noin kolmannes tulee hoitoon suunnitellusti suuren kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Yleisteho-osastoilla keskimääräinen hoitoaika on noin 3–3.5 vuorokautta ja yli puolet potilaista on miehiä. Tunnusluvut vaihtelevat teho-osastojen luonteen mukaan.

Vaikka kaikki potilaat ovat jonkinasteisessa välittömässä hengenvaarassa, yli 90 % heistä siirtyy elossa pois tehohoidosta. Vuoden kuluttua potilaista elää 75 %. Sen jälkeen tehohoidolla ei ole vaikutusta potilaan kuoleman riskiin.

Tehohoidon myöhäistulokset ovat hyvät. Kriittisestä vaiheesta selviytyneet toipuvat yleensä täysin eikä tehohoito jätä pysyviä haittoja. Vain harvat jäävät riippuvaisiksi elintärkeiden toimintojen tukihoidoista. Tällaisia ovat esimerkiksi korkean selkäydinvamman takia hengityshalvauksesta kärsivät potilaat ja pysyvän munuaisvaurion takia krooniseen dialyysihoitoon joutuneet.

Tehohoito on halpa hoitomuoto, kun sen kustannukset suhteutetaan hoidon vaikuttavuuteen. Hoitojaksot ovat yleensä lyhyitä ja selviytyneiden odotettavissa oleva elinikä niin pitkä, että tehohoidon avulla säästetyn elinvuoden hinta jää varsin pieneksi.

2. Yleiset eettiset periaatteet tehohoidossa

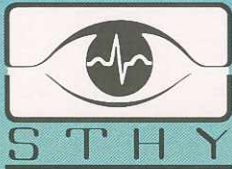
2.1 Elämän säilyttäminen

Jokaisella on oikeus saada asianmukaista apua hengenvaaran uhatessa. Elämän säilyttäminen on lääkintäetiikan keskeinen periaate, jonka merkitys tehohoidossa vielä korostuu. Hengenvaaraan joutuneen elämä on pyrittävä pelastamaan voimavaroja säästämättä kaikin tehohoidon keinoin edellyttäen, että hoito on potilaan tahdon mukaista. Elämän säilyttämisen eettinen velvoite jatkuu niin kauan kuin hengenvaaran arvioidaan olevan tilapäinen.

Elämä käsitetään tässä yhteydessä monipuolisesti ja yksilöllisesti potilaan näkökulmasta. Käsitukset hyväksyttävästä elämän laadusta vaihtelevat yksilöstä ja elämänvaiheesta toiseen. Rajoituksiin mukautuneen mielestä voi aivan laadukasta olla sellainenkin elämä, joka terveen ihmisen käsityksen mukaan ei olisi lainkaan toivottavaa. Siitä, millä perusteilla ja millä tavalla elämä on säilyttämisen arvoista, pitää keskustella yhdessä potilaan tai hänen läheistensä kanssa. Jos tämä ei ole mahdollista, on yritettävä asettua potilaan asemaan ja vältettävä oman subjektiivisen mittapuun käyttöä.

2.2 Kärsimysten lievittäminen

Välittömän hengenvaaran aiheuttamiin tiloihin ja sairauksiin liittyy poikkeuksetta huomattavia kärsimyksiä. Fyysinen kipu ja stressi ovat kärsimysten ensisijaiset aiheuttajat, mutta usein kuoleman pelko,



turvattomuuden tunne tai pelko lähimmäisen menettämisestä aiheuttavat enemmän kärsimyksiä kuin sairauden fyysiset vaikutukset. Hengenvaarassa olevalla potilaalla ja hänen läheisillään on oikeus saada ammattitaitoista apua sekä fyysisissä että henkisissä kärsimyksissään.

Kivun hoito kuuluu tehohoidon kulmakiviin sekä lääketieteelliseltä että eettiseltä kannalta katsottuna. Tehohoidon aikana ei tarvitse myöskään varoa kipulääkkeiden aiheuttamaa hengityslamaa, joka muissa olosuhteissa saattaa estää tehokkaan kivun hoidon toteuttamisen.

Tehohoito-olosuhteet tuovat useimmille akuutissa hengenvaarassa oleville turvallisuuden tunnetta. Joskus pitkittynyt tehohoito tai tajunnan palautuminen vieraassa ympäristössä voivat kuitenkin herättää turvattomuuden ja hädän tunteen. Niitä lievittävät parhaiten tilanteen toistuva selittäminen ja jatkuva kommunikaatio potilaan kanssa. Omaisille raskainta on läheisen menettämisen pelko ja potilaan kärsimysten myötäeläminen. Tehohoidon ammattilaisten omat kokemukset tehohoitopotilaina viittaavat jopa siihen, että kriittisesti sairaan läheisten kärsimykset saattavat olla paljon suuremmat kuin potilaan kokemat. Tehohoidon menetelmien outous ja pelottavuus saavat potilaan tilan näyttämään todellisuutta pahemmalta. Riittävän perusteellinen, totuudenmukainen ja kiireetön tiedottaminen ja keskustelut läheisten kanssa kuuluvat koko tehohoitohenkilökunnan keskeisiin eettisiin velvollisuuksiin.

2.3 Lisähaittojen välttäminen

Auttamisen ja kärsimyksen lievittämisen rinnalla vahingoittamisen välttäminen on ikivanha lääkintäetiikan periaate. Tehohoidossa periaatteen noudattaminen on erityisen aiheellista. Jo potilaan ottaminen tehohoitoon lisää hänen infektoriskiään. Valvonta- ja hoitotoimenpiteisiin liittyy vääjäämätön lisähaittojen mahdollisuus. Koska lisähaittojen seuraukset saattavat olla tuhoisat, jokaisen toimenpiteen hyödyt on punnittava erittäin tarkasti sen aiheuttamia riskejä vastaan. Turhat potilaaseen asennetut vierasesineet ja aiheettomat lääkkeet ovat loukkaus potilaan koskemattomuutta kohtaan.

Myös liian passiivinen tehohoito voi vahingoittaa ja olla siten eettisesti arveluttavaa. Esimerkiksi liian pinnallinen valvonta saattaa johtaa sydäninfarktiin tai pysyvän munuaisvaurion kehittymiseen.

2.4 Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Potilaan oikeus päättää hoidostaan on loukkaamaton. Itsemääräämisoikeuden tärkeys korostuu tehohoidossa, koska hengenvaaratilanteet liittyvät usein pitemmällä tähtäyksellä parantumattomiin sairauksiin. Näissä tilanteissa potilaan toiveet hoidon aktiivisesta jatkamisesta saattavat yksilöllisesti vaihdella.

Potilaalla on itsemääräämisoikeutensa perusteella oikeus päättää itseään koskevista asioista tehohoidonkin yhteydessä. Tämä koskee myös hoidon rajoittamista edellyttäen, että potilas on tehnyt päätöksensä henkisesti itsenäisenä ja ymmärtäen päätöksen seuraukset. Vastaavasti hoidon jatkamistoivomusta on kunnioitettava epätoivoisessakin tilanteessa, mikäli ei synny ristiriitaa kärsimyksen lievittämisvelvoitteen tai tehohoitopaikkaa enemmän tarvitsevan potilaan oikeuksien suhteen.

2.5 Totuudellisuus

Tehohoidossa olevalla potilaalla ja hänen läheisillään on oikeus totuudenmukaiseen tietoon tilanteesta ja sen kehittymiseen vaikuttavista seikoista. Potilaalle kerrottavan tiedon osalta totuudellisuuden vaatimus on yksiselitteinen. Sen sijaan läheisille saa kertoa vain hoidettavasta sairaudesta ja siihen vaikuttaneista tai vaikuttavista syistä. Tietoja aiemmista sairauksista ja elämäntavoista saa luovuttaa muille vain potilaan luvalla.

2.6 Oikeudenmukaisuus

Jokaisella ihmisellä on tilapäiseen hengenvaaraan jouduttuaan yhtäläinen oikeus tehohoitoon. Tässä suhteessa ihmisarvo on loukkaamaton. Hoidon aiheellisuuden arviointiin ei saa vaikuttaa potilaan ikä, sukupuoli, rotu, uskonnollinen vakaumus, yhteiskunnallinen asema, varallisuus, elämäntavat tai muu vastaava ominaisuus.

Tehohoitopalvelujen oikeudenmukaisen saatavuuden varmistaminen on jokaisen tehohoitolääkärin eettinen velvollisuus eikä tässä asiassa saa taipua minkään ulkopuolisen painostuksen edessä.

Oikeudenmukaisuuden noudattaminen on kuitenkin ajoittain ongelmallista potilastarjonnan ja käytössä olevien voimavarojen epäsuhdan takia. Koska tehohoidon aiheellisuuden kriteerit eivät ole yksiselitteisiä, on varsin tavallista, että niissä joustetaan kuormitustilanteen mukaan. Joissain tilanteissa kuormitusongelma saattaa kärjistyä niin, että hoidon aiheista tinkiminen lisää merkittävästi hoidon epäonnistumisen riskiä. Tällöin akuutti tilanne on hoidettava poikkeusjärjestelyin omassa sairaalassa tai turvautumalla toisen teho-osaston apuun.

Ylikuormitustilanne on purettava mahdollisimman nopeasti. Ensisijainen keino on ennalta suunnitellun, tehohoitoa vaativan kirurgian tilapäinen rajoittaminen. Tällöin on kuitenkin otettava huomioon toimenpiteen viimehetkisen siirtymisen seuraukset sitä odottavalle potilaalle.

Keskeinen oikeudenmukaisuusperiaate on myös potilaan oikeus erityishoitoihin. Jos potilaan tila tai sairaus edellyttää hoitoa toisella, erityishoitoon varustautuneella osastolla, asiasta on rehellisesti tiedotettava potilaalle tai hänen läheisilleen. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi avosydänkirurgista, neurokirurgista tai neonataalikirurgista valmiutta edellyttävät tilat, palovammat, äkillisen hengitysvajauksen vaikeimmat muodot ja välittömästi ylipainehappihoitoa vaativat tilat. Pääsääntöisesti potilaalla on oikeus tulla siirretyksi erityishoitoon kaikissa niissä tilanteissa, joissa järjestely todennäköisesti parantaa hänen mahdollisuuksiaan selviytyä hengenvaarastaan. Tällöin taloudellisten näkökohtien tai perusteettoman ammattiympäryksen ei saa antaa vaikuttaa päätöksentekoon.

2.7. Potilaan vajaa päätöksentekokyky tehohoidossa

Potilaan kyvyttömyys itse päättää hoidostaan on päivystysluonteisessa tehohoidossa pikemminkin sääntö kuin poikkeus. Vaikea sairaus ja sen lääkehoidot horjuttavat tajuissaankin olevan potilaan arvostelukykä niin, että tahdonilmaisuihin joudutaan hoitoa aloitettaessa suhtautumaan kriittisesti.

Jos potilas ei esitä tai ei kykene esittämään tahtoaan hoitonsa suhteen, on ongelmatapauksissa pyrittävä selvittämään potilaan läheisten kanssa, miten he omaisensa tuntien uskoisivat tämän päättävän kyseisessä tilanteessa.

Jos potilaan läheisten käsitykset hoidon rajoittamisesta ovat ristiriitaisia, tehohoidon asiantuntijan on meneteltävä oman parhaan ymmärryksensä mukaisesti.

Lapsella on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ymmärryksensä puitteissa yhdessä vanhempiensa kanssa. Vanhemmat eivät kuitenkaan saa käyttää päätösvaltaa lapsen edun vastaisesti. Jos on ilmeistä, että hoidon rajoittaminen esim. vanhempien vakaumuksellisin perustein vähentäisi lapsen mahdollisuuksia selviytyä tilapäisestä hengenvaarasta, tehohoidosta vastaavan pitää tehdä päätöksensä lapsen parhaaksi yleisten eettisten periaatteiden mukaisesti ja samalla yrittää vakuuttaa vanhemmat valitun hoitolinjan

oikeellisuudesta. Vanhemmat eivät saa vakaumuksellisista syistä rajoittaa lapsensa tehohoitomahdollisuutta.

2.8. Kuoleva potilas tehohoidossa

Jo tehohoidon määritelmä sisältää jatkuvan kuoleman riskin olemassaolon. Tilapäiseksi arvioitua hengenvaaraa ei aina pystytä torjumaan. Syitä voivat olla esim. potilaan tilan yllättävät muutokset hoidon aikana tai virheellinen arvio selviytymismahdollisuuksista.

Kuolevan potilaan hoito edellyttää ennusteen toivottomuuden luotettavaa toteamista, läheisten valmistamista kuoleman kohtaamiseen, hoidon teknistä rajoittamista ja keskittymistä oireiden lievittämiseen ja epämurkavuuden vähentämiseen.

Potilaan tilan toivottomuus voidaan harvoin todeta täysin varmasti. Useimmissa tapauksissa ennustearvio perustuu lääkärin kliiniseen kokemukseen ja tutkimustyön perusteella havaittuihin ennustekriteereihin. Epävarmuuden takia päätökset olla aloittamatta hoitoa tai luopua jo aloitetusta hoidosta ovat erittäin raskaita. On kehitetty useita tilastollisia malleja, joilla potilaan selviytymisen todennäköisyys voidaan laskea melko luotettavasti. Tilastollisen perustansa takia ne kuitenkin soveltuvat vain kliinisen päätöksenteon lisätueksi. Hoidosta luopuminen pitäisi mahdollisuuksien mukaan ratkaista usean asiantuntijan yhteispäätöksellä toisaalta ratkaisun luotettavuuden lisäämiseksi ja toisaalta päätöksentekijöiden ja omaisten henkisen kuorman keventämiseksi.

Tajuihinsa olevalla potilaalla on oikeus saada tietää lähestyvistä kuolemasta. Häntä on kaikin tavoin autettava kohtaamaan kuolema arvokkaasti ja toivomuksiensa mukaisesti.

Potilaan läheisille on kerrottava tilanteen toivottomuudesta niin pian kuin se on riittävän luotettavasti todettu. Pitkittyneessä tehohoidossa on hyväksi tavaksi osoittautunut valmistaa omaisia toivottoman tilanteen toteamiseen jo ennalta esittämällä jokin määräaika, johon mennessä todennäköisesti nähdään, onko selviytymismahdollisuuksia jäljellä. Kun niiden loppuminen on luotettavasti todettu, olisi hoidon rajoittamisesta mahdollisuuksien mukaan keskusteltava potilaan läheisten kanssa. Tavoitteena on, että läheiset ymmärtävät hoidon rajoittamisen ennen siihen ryhtymistä. On kuitenkin varottava edellyttämästä omaisten lupaa rajoittamiselle tai säilyttämästä heille ratkaisuvastuuta. Osallistuminen hoidon lopettamispäätökseen saattaisi johtaa jälkeensä vakaviin itsesyytöksiin.

Sen jälkeen kun potilaan ennusteen toivottomuus on käynyt ilmeiseksi ja tilanne on selvitetty omaisille, luopumista elintoimintojen tukihoidosta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä. Kuitenkin on huolehdittava siitä, ettei potilaalla ole kärsimyksiä ja että olosuhteet mahdollistavat arvokkaan kuoleman ja läheisten hienovaraisen huomioonottamisen. Hoidon rajoittamista tai siitä pidättäytymistä koskevat päätökset on merkittävä selvästi sairauskertomukseen. Tehohoidossa työskenteleviä lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa on valmennettava kuoleman kohtaamiseen, kuolevan potilaan hyvään hoitoon ja omaisten myötäelävään tukemiseen.

Hengityslaittehoidon keskeyttämistä on usein pidetty eettisesti ongelmallisena. Jos potilas todetaan toivottomasti sairaaksi eikä mahdollisuuksia hengityslaitteesta vieroittamiselle ole, tästä hoidosta tulisi luopua siten, ettei potilaalle synny tukehtumisen tunnetta. Se voidaan poistaa tehokkaasti voimakkaalla lääkityksellä. Tämän jälkeen muutkin tukihoidot voidaan lopettaa tarpeettomina, koska toivottomasti sairas potilas menehtyy lähes välittömästi tehohoidon rajoittamisen jälkeen. Jos terminaalihoido kuitenkin pitkittyy, on kaikkinaisen epämurkavuuden, kuten janontunteen ja pahoinvoinnin estämisestä huolehdittava.

2.9. Turha hoito

Lääketieteellisesti perustelematonta tehohoitoa ei tule antaa. Jos kuitenkin kyseessä on omaisten toivomuksesta tapahtuva hoidon lyhytaikainen jatkaminen, se pitäisi mahdollisuuksien mukaan toteuttaa.

On myös mahdollista, että potilaan tehohoitoon lähettänyt lääkäri edellyttää hoidon jatkamista tilanteessa, jossa tehohoidosta vastaava lääkäri pitää onnistumismahdollisuuksia olemattomina. Näin suuressa kysymyksessä olisi välttämätöntä päästä yksimielisyyteen. Tehohoitolääkärin on alansa asiantuntijana kuitenkin lopetettava hoito, jos sen jatkaminen estää parempiennusteisten potilaiden hoitoon pääsyn.

3. Erityiskysymyksiä

3.1. Tiedottaminen ja voimavarojen turvaaminen

3.1.1. Väestön informoiminen

Tehohoito perustuu monimutkaiseen teknologiaan, jonka ymmärtäminen on asiaan perehtymättömälle vaikeata. Käsitukset tehohoidon menetelmistä ja tuloksellisuudesta saattavat tämän vuoksi olla virheellisiä. On varsin yleistä, että tehohoidon tulokset oletetaan paljon todellista huonommiksi. Tämä on ongelmallista mm. silloin, kun halutaan käyttää itsemääräämisoikeutta etukäteen kriittisen sairauden varalta ja laatia hoitotestamentti. Jos testamentin laatija olettaa tehohoidon tuloksellisuuden paljon todellista huonommaksi, hän saattaa määrittää tahtonsa eri tavoin kuin oikein informoituna. Siksi on tärkeätä, että testamentin laatija on saanut yksityiskohtaista tietoa tehohoidon todellisista tuloksista.

Lääketieteellisillä tiedekunnilla, Suomen Teho- ja Eläinlääkäriyhdistyksellä ja tehohoidon ammattilaisilla on velvollisuus huolehtia, että kansalaisilla on riittävän selkeä käsitys tehohoidon olemuksesta, menetelmistä ja tuloksellisuudesta. Näin varmistetaan, että etukäteen tehdyt tahdonilmaisut mahdollisen tulevan tehohoidon rajoituksista perustuvat tosiasiatietoon.

3.1.2. Terveystieteiden ammattilaisten ja päättäjien informointi

Jokaisella on oikeus hoitoon tilapäisen hengenvaaran torjumiseksi myös silloin, kun terveydenhuollon voimavarat ovat niukat. Eettinen vastuu tehohoidon riittävästä saatavuudesta on osaltaan alan asiantuntijoilla. Heidän tehtävänsä on osoittaa ja perustella tehohoidon ulkopuolisille päätöksentekijöille, miksi tämä hoito on priorisoitava.

Teho-osastojen vastuulääkäreillä on velvollisuus sopivalla informaatio- ja koulutustoiminnalla ohjata muiden erikoisalojen lääkäreitä lähettämään tehohoidosta hyötyvät potilaat viiveettä hoitoon. Tiedottaminen hyvistä tuloksista niin muille erikoisalaille kuin päättäjille on tärkeimpiä menetelmiä riittävien voimavarojen turvaamiseksi tehohoidolle.

Tehohoidon kehittämisen yhtenä keskeisenä tavoitteena voidaankin pitää sitä, ettei kukaan tästä hoidosta selvästi hyötyvä jää hoidon ulkopuolelle enempää puuttuvien hoitomahdollisuuksien takia kuin siksi, ettei tehohoidon aiheita ja tuloksia tunneta.

3.2. Tehohoidon laadunhallinta

Tehohoidon kustannukset, siihen liittyvät riskit ja ennen muuta hengenvaaraan joutuneen potilaan kohtalon riippuminen tehohoidon onnistumisesta edellyttävät, että toiminnan laatu pidetään hyvänä. Tämä puolestaan edellyttää hoidon tuloksellisuuden jatkuvaa arvioimista. Arvioinnin järjestäminen on teho-osaston toiminnasta vastaavan ylilääkärin tehtävä.

3.3 Tieteellinen tutkimustyö

Koska tehohoito on varsin teknologiakeskeistä, sen menetelmien ja tulosten jatkuva paraneminen riippuu olennaisesti alalla harjoitetusta tutkimustyöstä. Sitä pitäisi kaikin tavoin rohkaista ja suunnata sitä sekä hoitomenetelmien kehittämiseen että hoidon tuloksellisuuden dokumentoimiseen.

Tutkimustyössä on noudatettava kaikkia ihmisiin kohdistuvia tutkimuksia koskevia suosituksia ja määräyksiä. Potilaan suostumuksen saaminen tehohoidon aikana suoritettaviin tieteellisiin tutkimuksiin on usein vaikeata. Vallitsevan käytännön mukaan voidaan potilaan luvan asemesta käyttää läheisten lausuntoa siitä, uskoisivatko he, potilaan entuudestaan hyvin tuntien, hänen antavan suostumuksensa kuvatulle tutkimukselle.

Toisen tyyppisen eettisen haasteen muodostavat laajat ja toistuvat antibioottitutkimukset, jotka saattavat käydä ongelmallisiksi, koska ne voivat muokata osaston mikrobiflooraa niin, että tavanomaiset antibioottihoidot käyvät tehottomiksi. Tämä vaara on käsiteltävä po. tutkimusten eettisen arvioinnin yhteydessä.

Muilta osin tehohoidon aikana suoritettava tutkimustyö ei eettisessä mielessä poikkeakaan muusta kliinisestä tutkimustoiminnasta.

4. Loppulause

Tehohoidolla on luja eettinen perusta. Elämän säilyttäminen ihmisarvoa kunnioittaen on selkeä tavoite, johon rehellisesti ja omistautuen pyrkimällä myös eettiset kysymykset ovat ratkaistavissa.

Tehohoito on kuitenkin monessa suhteessa tien näyttäjä. Uudet hoidot tuovat mukanaan uusia eettisiä kysymyksiä, joihin ratkaisuja tulee jatkossakin etsiä potilaan lähtökohdista.