

10.11.2008

HOIDON RAJAAMINEN JA ELÄMÄN LOPPUVAIHEEN HOITO SAIRAALASSA

Tämän johtajaylilääkärin ohjeen tarkoituksena on selventää hoidon rajaamiseen ja elämän loppuvaiheen hoitoon liittyviä asioita. Ohjeen perustana on ollut Meilahden sairaalan hoitoeettisen ryhmän "Elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat suositukset 2003". Yleisohjeen lisäksi paikallisesti voidaan soveltaa yksityiskohtaisempia yksikön, erikoisalalan tai alueen erityispiirteitä huomioivia ohjeita. Henkilökunnan koulutus ja keskustelu aiheesta on tärkeää.

1

Yleistä hoidon rajaamisesta

Hoidon rajaamiseen sovelletaan seuraavia periaatteita:

- parantavan hoidon tavoitteena on potilaan laadukkaan elinajan piteneminen
- elvytyksellä pyritään estämään odottamaton äkkikuolema
- sairauden loppuvaiheen tunnistaminen on osa hyvää lääkärintaitoa ja tarpeettomien toimenpiteiden välttäminen on osa hyvää hoitoa
- hoidon rajaamista tulee harkita aina, kun potilas on vaikeasti sairas ja sairauden kulun perusteella elämänsä loppuvaiheessa
- potilaan kokonaistilanne tulee arvioida hoitolinjasta (hoidon rajaamisesta) päätettäessä
- hoidon rajaaminen käsittää joko elvytyksestä pidättäytymisen eli **DNR-päätöksen** tai parantavasta hoidosta luopumisen eli **saattohoidon**. Tällöinkin potilaan psyykkisestä hyvinvoinnista on huolehdittava ja hänelle on annettava hoivaa, henkistä tai hengellistä tukea sekä hyvää oireenmukaista hoitoa
- rajausta voi joissain tapauksissa koskea vain tiettyjä toimenpiteitä tai hoitoja (=toimenpiderajaus), jolloin potilaan parantava hoito jatkuu muuten aktiivisena
- hoidon rajaamisen seuraukset voivat olla äkillisiä etenkin tehoavonta- ja tehohoitopotilailla, joten sekä potilaan että omaisten varhainen informointi tilanteesta on tärkeää
- potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan
- jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Muussa tapauksessa häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajansa kanssa.
- jos täysi-ikäinen potilas ei pysty päättämään hoidostaan, potilaan laillista edustajaa taikka lähiomaista tai muuta läheistä on kuultava potilaan tahdon selvittämiseksi
 - potilaan läheinen henkilö voidaan rinnastaa omaiseen hoidon rajaamiseen liittyvissä kysymyksissä

10.11.2008

1.1 Hoitotahto

- potilaan hoitotahto (suullinen tai kirjallinen esimerkiksi hoitotestamentti) on pyrittävä selvittämään ennen päätöstä (esimerkiksi ettei hoidossa käytettäisi ventilaattorihoitoa tai tehohoitoa) ja kirjattava se sairauskertomukseen
- potilaan laatimaa hoitotahtoa tai muutoin ilmaisemaa tahtoa hoidosta pidättäytymisestä on noudatettava, eikä hänen läheistensä mielipide saa olla päätöksenteossa ratkaiseva
- hoitotahdon ei tarvitse olla painetulla lomakkeella, vaan vapaamuotoinen päivätty ja allekirjoitettu tahdonilmaisu riittää

2

Hoidon rajaamispäätöksen tekeminen ja kirjaaminen

2.1 Ennen päätöstä

- asiasta keskustellaan pitkälle edenneen sairauden vaivaaman potilaan ja hänen omaistensa kanssa mahdollisuuksien mukaan jo ennen tilanteen akutisoitumista
- hoitava lääkäri selvittää mahdollisuuksien mukaan potilaan hoitotahdon
- potilaan ja omaisten kanssa keskustellaan myös ennalta-arvaamattoman sairaskohtauksen yllättäessä
- asia pyritään esittämään niin, ettei tieto aiheuta tarpeetonta lisäämistä
- selitetään ymmärrettävästi, miksi rajaamispäätös tehdään ja mitä hoitoja jatketaan ja tähdennetään, ettei kyseessä ole potilaan hylkääminen, vaan kokonaistilanteeseen nähden parhaan hoidon toteuttaminen
- kun potilas ei itse enää pysty päättämään ja arvioimaan tilannetta
 - potilasta on hoidettava potilaan tiedossa olevan hoitotahdon mukaisesti
 - mikäli hoitotahto ei ole tiedossa, on potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä kuultava potilaan oletetun tahdon selvittämiseksi ennen hoitopäätöstä
 - hoidon rajaamispäätös tehdään mahdollisuuksien mukaan yhteisymmärryksessä potilaan omaisten kanssa. Jos hoidosta on erimielisyyttä, lääkäri arvioi tilanteen ja rajaa hoidon potilaan henkilökohtaisen edun huomioon ottavalla tavalla
 - jos potilaan hoitotahdosta ei ole tietoa eikä potilaalla ole laillista edustajaa, lähiomaisia tai muita läheisiä, lääkäri rajaa hoidon lääketieteellisin perustein potilaan henkilökohtaisen edun huomioon ottavalla tavalla
- joskus on syytä lykätä hoitolinjan muuttamista muutamalla vuorokaudella, kunnes potilas/omaistat ovat saaneet kohtuullisesti aikaa päätöksen ymmärtämiseen ja hyväksymiseen
- hoitolinjan muuttaminen tulee aina perustella hyvin ja jos tapahtuu selvä käänne parempaan, hoitolinja arvioidaan uudelleen

2.2 Päätöksen tekeminen

- päätökset tehdään vain poikkeustapauksissa muutoin kuin kierrolla tai virka-aikaisten vastuulääkäreiden toimesta

10.11.2008

- lääkärin tehtävissä toimivan lääketieteen kandidaatin tai erikoistumassa olevan lääkärin (sairaalälääkärin) ei yleensä pidä yksin ottaa vastuuta hoidon rajauksesta
- tarvittaessa pidetään hoitokokous, erityisesti jos potilaan hoitoon osallistuu useita lääkäreitä. On toivottavaa, että myös potilaan omahoitaja osallistuu hoitokokoukseen.
- päivystysaikana tilanteen selvästi huonontuessa voi päivystävä lääkäri tehdä hoidon rajaamispäätöksen yksinkin keskusteltuaan tarvittaessa senioripäivystäjän kanssa

2.3 Kirjaaminen

- hoitolinjauksen perustelut ja hoidon rajaaminen kirjataan selkeästi sairauskertomukseen
- sairauskertomukseen kirjataan myös tiedot keskusteluista potilaan ja tämän omaisten kanssa ja siitä, millainen yhteisymmärrys asiasta vallitsi (kenen kanssa keskusteltu ja ymmärsikö perustelut ja päätöksen)
- saattohoitosuunnitelma kirjataan sairauskertomukseen
- hoitolinjauksesta päättäneiden nimet kirjataan sairauskertomukseen
- tarkkailulomakkeelle tai hoitotaulukkoon tehdään merkintä rajauksesta, pvm ja tekijän nimi

3

Päätös elvyttämättä jättämisestä

- DNR (do not resuscitate) eli "ei elvytetä"-päätös
- koskee sekä perus- että tehoelvytystä
- esimerkki 1: aktiivisessa parantavassa hoidossa oleva potilas on niin vakavasti sairas, ettei hänellä katsota olevan edellytyksiä toipua elvytystilanteesta
- esimerkki 2: hoidosta huolimatta potilaan tilanne ei osoita korjaantumista, mutta päätös siirtymisestä saattohoitoon ei ole vielä perusteltu
- potilaan hoito jatkuu muuten aktiivisena päätöksen jälkeenkin
- saattohoidossa olevaa ei koskaan elvytetä

4

Toimenpiderajaus

4.1 Ei intuboida

- esimerkki 1: kun arvioidaan, ettei potilaalla ole edellytyksiä vieroitautua invasiivisesta respiraattorihoidosta vaikean kroonisen hengitysvajauksen takia esimerkiksi pitkälle edenneessä kroonisessa keuhkosairaudessa
- esimerkki 2: kun katsotaan, ettei potilas ole tehovalvontahoidon / tehohoidon piirissä kokonaistilanteensa vuoksi

4.2 Ei dialysoida

- esimerkki: kun arvioidaan, että vaikeasti sairaan potilaan munuais toiminnan nopea heikkeneminen ei ole väliaikainen ilmiö

10.11.2008

Tilannekohtaisesti voidaan harkita muitakin rajauksia esimerkiksi, jos potilaan ei katsota hyötyvän valvontahoidosta tai operatiivinen hoito ei tule kyseeseen tai leikkaushoitoon ryhdytään vain vitaali-indikaatioin.

5

Elämän loppuvaiheen hoito sairaalassa ("ei elämää ylläpitävää hoitoa")

5.1 Saattohoito, parantavasta hoidosta luopuminen

- päätös tarkoittaa, ettei hoidossa käytetä elämää ylläpitävään hoitoon tähtääviä parantavia toimenpiteitä
- sisältää aina DNR-päätöksen
- koska DNT-lyhenne voidaan käsittää väärin kaikesta hoidosta luopumiseksi, ei DNT-lyhenteen käyttöä suositella, vaan selkeää sanallista merkintää sairauskertomukseen
- saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaa hoitoa tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja potilaan jäljellä olevan eliniän arvioidaan olevan lyhyt
- kun vaikeasti sairaan potilaan tila ei parane aktiivisesta hoidosta huolimatta ja kuolema on odotettavissa meneillään olevalla hoitajaksolla
- päätöksellä estetään parantumattomasti sairaan, sairauden kulun perusteella elämänsä loppuvaiheessa olevan potilaan elämän epäeettinen pitkittäminen
- loppuvaiheen hoidon piiriin kuuluvat **sairautensa loppuvaiheessa** syöpäpotilaiden lisäksi esimerkiksi loppuvaiheen sepelvaltimotautia, aivoverenkiertohäiriön jälkitilaa, sydämen, maksan tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavat sekä loppuvaiheen AIDS, ALS-, COPD-potilaat tai vaikea-asteista dementiaa sairastavat potilaat
- saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys
- saattohoito sinänsä ei ole riippuvainen potilaan diagnoosista
- potilaalle taataan **hyvä oireenmukainen hoito**, joka ottaa huomioon potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet ja mahdollisuuden viettää omaisten kanssa elämän loppuvaiheet
- hyvä perushoito ja ihmisarvoa kunnioittava huolenpito
 - nestettä ja ravintoa annetaan suun kautta potilaan toiveiden mukaan
 - ympäristön rauhoittaminen, valojen himmentäminen, yksityisyys (verhot)
- kivun ja hengenahdistuksen lievitys: riittävä opiaattien ja anksiolyyttien käyttö
 - tarvittaessa voidaan konsultoida kivunhoidon asiantuntijoita
- muu oireenmukainen hoito, mahdollisuus hengellisen tuen saamiseen (esim. sairaalapastori) ja läheisten tukeminen
- luovutaan elämää ylläpitävistä hoidoista kuten iv-nestehoidosta, nutritiosta, spesifisistä lääkehoidoista kuten antibioottihoidosta, mekaanisista hengityksen tukihoidoista ja tarpeettomasta monitorinnista

10.11.2008

- lisähapen anto lopetetaan ja siirytään huoneilmalle
 - tapauskohtaisesti voidaan myös poistaa intubaatioputki
- ei tehdä laboratorio-, röntgen- ja muita tutkimuksia
- aivan lähellä kuolemaa on pyrittävä välttämään osasto- ja laitossiirtoja, esim. siirtoa perusterveydenhuoltoon, vaikka tarkan kuolemanhetken ennustaminen on vaikeaa
- keskustelu työyhteisössä on tärkeää, ja on syytä antaa aiheeseen liittyvää työnohjausta ja koulutusta

6 Palliativinen hoito

- fyysisten ja psyykkisten oireiden lievitykseen keskittynyt hoito potilaalla, jonka sairaus vääjäämättä etenee eikä ole enää parannettavissa
- elinaikaa voi olla vielä vuosiakin jäljellä
- esimerkiksi syöpätaudeissa taudin kulun hillitseminen esim. solunsalpaajilla saattaa olla vielä kannattavaa ja mahdollista, kuten myös antibioottihoidot infektioiden yhteydessä ja verensiirrot anemian hoidossa
- hoidon ulkopuolelle rajattavat hoidot tulee konkreettisesti nimetä
- palliativinen hoito ja saattohoito eivät ole synonyymejä. Saattohoito on osa palliativista hoitoa - sen loppuvaihe

7 Aivokuolema

- mahdollisuus elinluovutukseen tulee arvioida. Elinluovuttajan hoitoa jatketaan elinten irrotushetkeen saakka voimassaolevan ohjeen mukaan.
- muussa tapauksessa kaikki hoito lopetetaan aivokuoleman toteamisen jälkeen. Toteamishetki merkitään potilaan kuolinajaksi.

8 Pysyvä tiedottomuus

- pysyvä vegetatiivinen tila
- potilaan uni- ja valverytmi on tallella, hän hengittää spontaanisti ja hänen silmänsä ovat auki, koska hänen aivorunkonsa toimii (toisin kuin aivokuolemassa)
- potilas ei kuitenkaan pysty ilmaisemaan itseään eikä ymmärtämään muita, on inkontinentti ja häntä on ruokittava syöttöletkun avulla
- syöttöletku voidaan poistaa, jos tila on jatkunut pysyvästi ulkoisen väkivallan aiheuttaman aivovamman jälkeen vähintään 12 kuukautta ja muun syyn jälkeen vähintään kolme kuukautta
- mikäli potilaan hoitotahto on tiedossa, potilasta hoidetaan tämän tahdon mukaan. Muutoin potilaan hoitotahto pyritään selvittämään yhteisymmärryksessä lailliselta edustajalta, lähiomaiselta tai muulta läheiseltä. Ellei tämäkään ole mahdollista, lääkäri päättää potilaan hoidosta tämän henkilökohtaisen edun huomioon ottavalla tavalla.

10.11.2008

9

Aikaisempien ohjeiden korvaaminen

Tämä johtajaylilääkärin ohje tulee voimaan 10.11.2008 ja korvaa aiemman johtajaylilääkärin ohjeen 1/2007.

10

Lisätietoja

Lisätietoja antaa apulaisyylilääkäri Veli-Pekka Harjola, puh. (09) 471 61372, 050 427 1372.

Jaakko Karvonen
johtajaylilääkäri

JAKELU

1, 2, 4, 5

Kirjallisuus- ja ohjeluettelo

HYKS, Meilahden sairaala, Hoitoeettinen ryhmä 2003. Elämän loppuvaiheen hoitoa koskevat suositukset.

Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Saattohoito. ETENE 2003.

Pettilä V. Tehohoidosta luopuminen. Akuuttihoito-opas 2006.

Mänttari M. DNR-päätös ja toiminta sen jälkeä. Akuuttihoito-opas 2006.

American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state [summary statement]. Neurology 1995;45:1015-1018.