

Yhteisymmärrys eri erikoisalojen kesken ”Älä elvytä”-päätösten indikaatioista ja syitä hoidon rajaamispäätöksen viivästymiseen vuodeosastolla

S Micallef¹, Markus Skrifvars^{1,2} ja M Parr^{1,3}

¹Liverpool Hospital, Intensive Care Unit, Sydney, Australia, ²HYKS, ATEK ja Helsingin yliopisto, Kliininen laitos, ³University of New South Wales, Sydney, Australia

Tutkimuksen tarkoitus

Vuonna 2009 Iso-Britanniassa julkaistu kyselykaava-ketutkimus osoitti merkittäviä eroja teholääkäreiden ja muiden erikoisalojen lääkäreiden suhtautumisessa ”Älä elvytä”-päätösten indikaatioihin eri potilasryhmässä¹. Tutkimuksemme tarkoitus oli selvittää, esiintyykö teho- ja muiden erikoisalojen lääkäreiden kesken ristiriitaa ”Älä elvytä”-päätösten suhteen huonokuntoisten vuodeosastopotilaiden hoidossa. Selvitimme myös syitä ”Älä elvytä”-päätösten viivästymiseen vuodeosastolla.

Aineisto

Liverpool Hospital on yliopistollinen keskussairaala länsi-Sydneyssä, Australiassa. Sairaalalla on 600 vuodepaikkaa ja kaikki keskeiset erikoisalat ovat edustettuina. Sairaalalla on MET-ryhmä (Medical Emergency Team), joka hoitaa vuodeosastolla äkillisesti sairastuneet potilaat. Vuodeosastolla hoidossa olevilla potilailla on oma nimetty hoidosta vastaava erikoislääkäri, jolla on kokonaisvastuu potilaan hoidosta.

Menetelmät

Seurasimme 11 kuukauden ajan MET-ryhmän hoitamia potilaita. Mikäli MET-ryhmän teho-osaston lääkärin mukaan ”Älä elvytä”-päätös olisi tarpeellinen, mutta potilaalla tätä ei oltu tehty, otettiin yhteyttä potilaan hoidosta vastaavaan erikoislääkäriin. Pyrittiin selvittämään, oliko kyseinen erikoislääkäri samaa mieltä ”Älä elvytä”-päätöksen tarpeellisuudesta ja miksi tätä päätöstä ei oltu aikaisemmin sairaalahoidon aikana tehty. Selvitimme myös potilaiden selviämistä sairaalasta.

Tulokset

Tutkimuksen aikana MET-ryhmä hoiti yhteensä 1458 potilasta, joista 127:llä (8,7 %) oli ”Älä elvytä”-päätös.

Yhteensä elvytettiin 67:ää (4,6 %) potilasta, joista 4:llä oli ”Älä elvytä”-päätös, jota ei siis huomioitu. Yhteensä 129 potilaan kohdalla MET-ryhmän mielestä ”Älä elvytä”-päätös olisi ollut tarpeellinen, vaikka ko. potilaan kohdalla ei tätä päätöstä oltu tehty. Sadankuudentoista potilaan (90 %) kohdalla hoitava lääkäri oli samaa mieltä ”Älä elvytä”-päätöksen tarpeellisuudesta ja 13 (10 %) potilaan kohdalla hoitava lääkäri oli eri mieltä. Syitä miksi ”Älä elvytä”-päätöstä ei oltu tehty olivat seuraavat: potilaan tilan yllättävä huononeminen (23 %), ei oltu vielä keskusteltu omaisten kanssa (23 %), aktiivinen hoito jatkui (17 %), potilaan kokonaistilanteen puutteellinen tuntemus (11 %), ja hoidon rajaamista ei oltu vielä käsitelty (11 %). Potilaista 90 (70 %) kuoli sairaalahoidon aikana ja 39 selviytyi. Niiden potilaiden kohdalla, joiden hoidon rajauksesta oli erimielisyyttä, selviytyminen oli tavallisempaa (46 % vs. 28 %).

Johtopäätökset

Tutkimuksemme ei tue käsitystä siitä, että tehohoitolääkäreiden ja muiden lääkäreiden kesken olisi usein ristiriitaa ”Älä elvytä”-päätöksen tarpeellisuudesta vuodeosastolla hoidettujen potilaiden kohdalla. Syitä, miksi ”Älä elvytä”-päätöstä ei ajoissa tehdä, on monenlaisia, ja tilanne voidaan korjata keskustelemalla potilaan, omaisten ja muita spesialiteetteja edustavien kollegojen kesken riittävän ajoissa potilaan kunnon huonontuessa. Lisäksi hoidon rajaus -päätökset tulisi dokumentoida yhdenmukaisesti ja varmistua siitä että päätökset ovat hoitohenkilökunnan tiedossa. □

Viitteet

1. Clin Med 2009; 9: 16–20.