



Alekski Pajunen
Lääketieteen
etiikan opettaja,
Helsingin
yliopisto

Elämän loppuvaiheen eettiset haasteet – DNR-päätös ja jaetun päätöksenteon malli

Lääketiede ei osaa korjata, osaamme vain parantaa ja lievittää. Emme osaa tehdä ihmisistä kuolemattomia, vaan jokainen meistä lähtee joskus. Kysymyksiä ovat ainoastaan milloin, miksi ja miten? Kuoleman lopullisuus on meille yksilöinä myös pysäyttävää, läheisten menettäminen voi herättää monenlaisia, joskus myös ristiriitaisia tunteita, puhumattakaan oman kuoleman kohtaamisesta.

Näissä vaikeissa hetkissä ja kysymyksissä lääkäri on usein läsnä työnsä puolesta ja vaikka medisiinalla on iso rooli, myös näiden kysymysten, ajatusten ja tunteiden kohtaaminen on tärkeä osa ammattitaitoa. Näissä hetkissä pinnan alla on myös tärkeitä filosofisia ja eettisiä kysymyksiä, joista lääkärin on hyvä olla tietoinen. Käsittelen tässä tekstissä DNR-päätökseen ja jaettuun päätökseen liittyviä kysymyksiä.

Ei elvytetä -päätös

Do not resuscitate -päätöksen sanotaan usein olevan ”lääkärin lääketieteellisin perustein tekemä päätös.” Etukäteen – toivottavasti rauhallisessa tilanteessa ja yhteisymmärryksessä – on linjattu, että mikäli sydän pysähtyy, ei lähdetä elvytykseen vaan annetaan ihmisen lähteä rauhassa. Ajatuksena on, että elvytyksellä ei saavuteta sellaista ennusteellista hyötyä, jonka vuoksi elvyttäminen olisi mielekäästä. DNR-rajaus koskee vain elvytystä, ei muuta hoitoa eli – mikäli muita hoidonrajoituksia ei ole – tehdään kaikki sen eteen, että sydän ei pysähtyisi. Ainoastaan tilanteessa, jossa se pysähtyy, annetaan ihmisen lähteä rauhassa.

Näin paperilla.

Ylläoleva on teknisesti tyylikäs kuvaus, joka häivyttää näkyvistä ainakin kaksi tärkeää kysymystä. Toinen liittyy ”lääketieteelliseen perusteeseen” ja toinen rajauksen laajuuteen.

Vaikka lääketieteellisin perustein on sinänsä tyylikäs muotoilu, joka herättää meille mielikuvan järkevästä ja tarkoituksenmukaisesta linjauksesta, ei sanapari tarkoita yhtään mitään. Tiede, lääketiede mukaan lukien, ei koskaan perustele. Tieteen tehtävä on vastata kysymykseen millainen maailma on, luoda ymmärrystä syy-seuraus -suhteista, ennusteista ja eri hoitovaihtoehtojen tehosta. Mikään näistä kysymyksistä ei ikinä vastaa meille siihen, millainen maailman tulisi olla. Siihen kysymykseen tarvitsemme aina arvoja.

Max Weber on kuulemma sanonut vapaasti kääntäen ”tiede on kartta, se ei kerro minne haluat mennä, mutta auttaa löytämään perille.” Konkreettinen kartta on erinomainen esimerkki tieteellisestä tiedosta, se on maantieteen tuottamaa ymmärrystä maailmasta. Näemme etelässä rantaa ja pohjoisessa vuoria. Mutta voimme tuijottaa karttaa vaikka koko ikämme eikä se ikinä kerro, minne meidän tulisi lähteä lomalle. Se ei ole kartan tehtävä. Kun meillä on

arvo, esimerkiksi että vuoristoloma on mieluisampi kuin rantaloma, kartta auttaa kyllä perille. Siihen se on tarkoitettu.

Samalla tapaa lääketiede tarjoaa meille vain tietoa ennusteesta, millaista elämää potilaalle luultavasti on odotettavissa, jos hoidamme tavalla a, tavalla b tai jos pitäydymme (aktiivisesta) hoidosta. On kuitenkin arvokysymys minkä vaihtoehdon tarjoama ennusteprofiili on toivottava. Lause ”elvytys ei johda mielekkääseen lopputulokseen” tarvitsee ja sisältää arvon siitä, mitä pidämme mielekkään lopputuloksena. Monesti sanoessamme asian olevan ”lääketieteellisesti/lääketieteen perusteleva” oikeastaan tarkoitamme, että hänen omien arvojemme valossa tietty vaihtoehto on toivottavampi kuin toinen.

Tietysti elvytys on yksi hoitomuoto muiden joukossa. Päätöksentekokykyinen potilas saa kieltäytyä siitä siinä missä muustakin hoidosta. Ja koska resurssit ovat rajallisia, myös yhteiskuntana joudumme kysymään mitkä hoidoista ovat tarkoituksenmukaisia, mitä samalla resurssilla olisi saatu aikaan toisaalla. Ei ole väärin, että arvot tulevat päätökseen mukaan; päinvastoin ilman arvoja emme ikinä voi tehdä yhtäkään päätöstä. Vaarana kuitenkin on, että lääkäri sanoessaan ”lääketieteellisin perustein” ei itsekään huomaa tarkoittavansa ”omien arvojeni valossa valitsisin tämän vaihtoehdon yli muiden.”

On myös tärkeää tiedostaa, että vaikka DNR-päätös ei määritelmällisesti rajaa pois mitään muita hoitoja, tiedämme tutkimuksista, että se vaikuttaa siihen, mitä vaihtoehtoja ammattilaiset edes harkitsevat potilaille. Onkin tärkeää tiedostaa DNR-päätöstä laatiessa, kuinka se saattaa vaikuttaa omaan ja kollegoiden ajatteluun tulevaisuudessa. Sekä tietysti kysyä arjen työssä DNR-potilaita hoitaessa hoitaisinko tätä potilasta eri tavoin, jos hänellä ei olisi DNR:ää?



Eero Antturi

Jaetun päätöksenteon malli

Elämän loppuvaihe sisältää myös usein myös ”kokoaan suurempia” päätöksiä eikä ole samantekevää, kuinka ne laaditaan tai kenen ajatusten ja arvojen päätöksessä tulisi painaa. Perinteistä, ääripaternalistista mallia tuskin kannattaa kukaan, pidämme tärkeänä että potilaan ääni on mukana päätöksenteossa ainakin jollain tavoin. Toisessa ääripäässä on ajatus, että lääkärin tehtävänä on ainoastaan toimia tietoa tarjoavana oppikirjana ja päätös nousee ainoastaan potilaasta itsestään. Tämä voi kuitenkin jättää vaikeassa tilanteessa olevan ihmisen yksin hetkessä, jossa hänen edellytyksensä päätöksentekoon ovat muutenkin rajalliset. Elämän lopun kohtaaminen nimittäin tapaa herättää monenlaisia tunteita.

Ratkaisuksi on esitetty jaetun päätöksenteon mallia, jossa dialogin kautta lääkäri ja potilas löytävät ratkaisun ja potilas voi ottaa aktiivisemman tai passiivisemman

roolin omien toiveidensa mukaan. Tämä kuulostaa arkijärjellä hyvältä ja tavoiteltavalta. On kuitenkin hyvä tunnistaa, että malli sisältää kaksi idealistista taustaolemusta: potilas kykenee ymmärtämään hänelle kerrotun tiedon ja lääkäri ylipäätään kykenee välittämään tiedon objektiivisen neutraalisti.

Ymmärtääkö potilas kerrotun tiedon

Näistä ensimmäinen on selvästi pragmaattisempi. Oman kliinisen kokemuksen mukaan tämä on vaihtelevaa myös tilanteissa, joissa lääkäri tekee parhaansa potilaan informoimiseksi. Lisäksi tiedämme tutkimuksista, että potilailla voi olla virheellinen käsitys hoidosta ja sen tavoitteista myös silloin kun potilaalle on nämä asiat kerrottu. Toisaalta myös ratkaisu on hyvin konkreettinen: aina on syytä kiinnittää erityistä huomiota tilanteissa, joissa potilaan

on tärkeää ymmärtää ja omaksua tietoa.

Neutraalin tiedon kommunikoinnin illuusio

Toinen taustaoletus – että tietoa kyettäisiin jakamaan neutraalisti – on ongelmallinen. Tämä valottunee parhaiten esimerkkien kautta. Ankkurointi on kognitiivinen ajatusvinouma, jossa kalibroimme vertailupisteen meille ensimmäisenä esitettyyn, ankkuroituun vaihtoehtoon. Vaikka nopea haku ei tuottanut nimenomaisia tutkimuksia aiheesta, on vaikea perustella, miksei tämä universaali ajatusvinouma vaikuttaisi myös potilaaseen hänen arvioidessaan eri hoitovaihtoehtojen hyötyjä ja haittoja: kohtuullinen oletus on, että ensimmäisenä esitelty vaihtoehto toimii ankkurina ja muita peilataan tämän vaihtoehdon profiiliin.

Tämän tietäen, mikä hoitolinja tulisi kertoa potilaalle ensimmäisenä? Aina

konservatiivinen? Aina operatiivinen? Lääkkeettömiä hoitoja painottava? Aakkosjärjestyksessä? Suomeksi vai englanniksi? Johtaisiko aakkosjärjestys siihen, että hoitoja valmistavat yritykset nimeäisivät tuotteitaan enemmän a-kirjaimella?

Myöskään sinänsä neutraalin faktan esittäminen sisältää aina valintoja missä muodossa se esitetään. Kaikki esitystavat voivat olla totta, mutta väistämättä herättävät meissä erilaisen mielikuvan. Jos esitelen leikkauksen jossa joka viides kuolee leikkaukspöydälle, voi toimenpide kuulostaa pelottavalta. Jos taas kerron leikkauksesta, jolla neljä viidestä kuntoutuu pyörätuolista käveleviksi, voi hoito kuulostaa hyvältä. Ja vaikka kyseessä olisi sama leikkaus, esitystapa herättää erilaisen mielikuvan. Kokemukseni mukaan tähän mielikuvaan vaikuttaa myös kerrotaanko ensin ”positiivinen” vai ”negatiivinen” numero.

Myös suhteellisen ja absoluuttisen, riskin tai vetosuhteen sekä numeron tai sen

komplementin väliltä valitessa voidaan saada merkittävästi erilainen vaikutelma, vaikka kaikki näistä ovat ”luonnontieteellisesti tosia” tapoja esittää sama asia.

Faktatiedon esittämistavassa tehtyihin valintoihin ei ole patenttiratkaisua tai standardia, enemmänkin kliinisessä työssä on hyvä olla tietoinen, että tosiasioiden esittäminen neutraalisti on mahdotonta. Tämä auttaa kiinnittämään huomiota siihen minkä viestintämuodon valitsemme ja mihin tämä päätös perustuu.

Jaetun päätöksenteon malli on ehdottomasti tarkoituksenmukaisin tapa tehdä potilasta koskevia hoitopäätöksiä, mutta yhtä lailla on tärkeää ymmärtää sen sisältämät taustaoletukset ja että niitä ei todellisessa elämässä kyetä täysin saavuttamaan.



Erdopect 300 mg kapseli, kova

Vaikuttava aine: Erdosteini. **Käyttöaiheet:** Hengitysteiden sairaudet, joissa esiintyy runsas- tai sitkeälimaisia ysköksiä (esim. kroonisen bronkiitin pahenemisvaihe). **Annotus ja antotapa:** Aikuiset: 1 kapseli aamuin illoin. Lääke on tarkoitettu yleensä enintään 10 vuorokautta kestävään käyttöön. Kroonisen keuhkoastuman (COPD) pahenemisvaiheiden yhteydessä 4 viikkoa kestävä lääkitys Erdopectillä voi olla tarpeen. Valmiste ei ole tarkoitettu lapsille. **Vasta-aiheet:** Vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta. Homokystinuria. Aktiivinen maha- tai pohjukaissuolihaava. Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Suositelluilla annoksilla erdosteinin GI-siedettävyyden on ollut hyvä. Suuria annoksia käytettäessä (>1200 mg/vrk) vatsavaivat ovat kuitenkin mahdollisia, mikä on syytä ottaa huomioon hoidettaessa potilaita, joilla on aiemmin ollut maha- tai pohjukaissuolihaava. Valmiste ei ole tarkoitettu jatkuvaan käyttöön stabiilissa kroonisessa bronkiitissa. **Yhteisvaikutukset:** Erdosteiniin ei ole tullut esille haitallisia yhteisvaikutuksia muiden hengitystieinfektioiden ja COPD:n hoidossa usein käytettyjen lääkeaineiden kanssa. Erdosteiniin lisää amoksisilliinin pitoisuutta hengitysteissä. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Valmistetta ei tule käyttää raskauden eikä imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Erdosteinin vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttöön ei ole tutkittu, mutta todennäköisesti tällaisia vaikutuksia ei ole. **Haittavaikutukset:** Suositelluilla annoksilla ei ole todettu haittavaikutuksia enempää kuin plasebolla. **Pakkaukset ja hinnat** (vmh sis. alv) 1.11.2024: 300 mg 20 kaps. 13,09 €, 60 kaps. 33,70 €. **Korvattavuus:** Ei korvattava. **Reseptilääke. Lisätiedot:** Valmisteyhteenvedo. Perustuu valmisteyhteenvedoon 20.8.2021.