

Outi Hirvonen ja Reino Pöyhä

Palliativisessa hoidossa olevan potilaan DNR-päätös – uskallanko ottaa puheeksi?

Elvytyksestä pidättäytymispäätös (do not resuscitate, DNR) on merkittävä linjavalinta, jota ei pidä tehdä kevyin perustein mutta jonka tekemättä jättäminen voi koitua palliativisessa hoidossa olevalle potilaalle haitaksi. Ennen päätöksen tekoa pitää arvioida mahdollisen elvytyksen tuloksettomuus elintoimintojen palautumisen ja elämänlaadun kannalta. Useita huonoon ennusteeseen viittaavia tekijöitä tunnetaan, ja niitä pitäisi pystyä arvioimaan jo ennen elvytystilanteeseen ajautumista. Päätöksestä pitäisi keskustella potilaan kanssa ja pyrkiä siihen yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä vaatii, paitsi tietoa potilaan perussairaudesta ja kokemusta ennusteen arvioinnissa, myös hyviä vuorovaikutustaitoja. DNR-päätöksiä pitäisi tehdä nykyistä aktiivisemmin päätöksestä hyötyville potilaille. Päätös on usein askel kohti elämän lopun palliativista hoitoa, ja se on myös nähtävä mahdollisuutena lisätä hyvää oireenmukaista hoitoa.

Päätös elvyttämättä jättämisestä on lääkärin tekemä lääketieteellinen päätös pidättäytyä potilaan sydämen sähköisestä tahdistuksesta ja paineluelvytyksestä, jos sydämen toiminta pysähtyy. Päätöksestä käytetään myös termiä ”salli luonnollinen kuolema” (allow natural death, AND), tai ”älä yritä elvytystä” (do not attempt resuscitation, DNAR). Päätös perustuu arvioon, jonka mukaan potilaan perussairaudet ovat niin vaikeita, että hänen tilansa ei todennäköisesti palautuisi elvyttämisen jälkeen. Lääkärin on päätöstä tehdessään otettava huomioon potilaan perussairauksien ennuste ja tiedot potilaan elimistön jäljellä olevista voimavaroista. Jos onnistunut elvytys johtaa pysyvään sairaalahoitoon täyteen tietoisuuteen palamatta, ei hoitoa kokonaisuudessaan voida pitää onnistuneena (1). Päätöksen ei tule vaikuttaa potilaan muuhun hoitoon, jota jatketaan kuten aikaisemminkin. DNR-päätös ei ole hoitosuunnitelma vaan ainoastaan yksi osa sitä (2).

Koska suurin osa DNR-päätöksistä tehdään sairauden loppuvaiheessa tai saattohoitovaiheessa, päätös saatetaan virheellisesti rinnastaa kaiken hoidon rajoittamiseen tai saattohoitopäätökseen. Saattohoitopäätös pitää sisällään päätöksen pidättäytyä elvytyksestä, mutta ei päinvastoin. Puutteellinen tieto päätöksen merkityksestä johtaa helposti siihen, ettei

DNR-päätöstä uskalleta tehdä ja kirjata, koska pelätään potilaan jäävän kokonaan hoidotta. Potilaan voi olla vaikea ymmärtää, mitä elvytys toimenpiteenä tarkoittaa ja että se voi johtaa muun muassa kylkiluiden katkeamiseen, anoksiseen aivovaurioon ja laitoshoitoon ja edellyttää joka tapauksessa elvytyksen jälkeistä tehohoitoa. Palliativisen hoidon piirissä olevat potilaat täyttävät vain harvoin tehohoidon kriteereitä, eivätkä näin ollen kuulu myöskään elvytyksen piiriin. Lääkärit kokevat kuitenkin keskustelun elvyttämättä jättämisestä potilaan kanssa usein vaikeaksi tai suorastaan ahdistavaksi. Keskustelun välttäminen voi kuitenkin huonontaa potilaan hoitoa sallimalla elvytys, joka todennäköisimmin johtaa kuolinprosessin pitkittymiseen ja vain minimaaliseen elpymisen mahdollisuuteen.

Millä perusteella teen päätöksen palliativisessa hoidossa olevalle potilaalle?

Yleisesti ottaen elvytyksen onnistuminen on vaatimatonta. Useita huonoon ennusteeseen viittaavia tekijöitä tunnetaan, ja niitä pitäisi pystyä arvioimaan jo ennen elvytystilanteeseen ajautumista, koska huonon ennusteen tunnistaminen äkillisessä elvytystilanteessa on vaikeaa ja joskus mahdotontakin. Päinvastoin kuin TV-sar-



TAULUKKO 1. Palliativisen ja saattohoidon kriteerejä potilailla, jotka eivät perussairautensa vuoksi ole aktiivihoidon piirissä (7,8).

Yleisiä	Yleistilan, toimintakyvyn tai painon lasku (yli 10 % kuuden kuukauden aikana), useita sairaala- hoitojaksoja tai ensiapupoliklinikakäyntejä, perussairauden eteneminen
Tautikohtaisesti:	Kriteerit:
Syöpätaudit	Etäpesäkkeinen tauti. Tauti edennyt, ja potilaan yleistila on heikentynyt hoidosta huolimatta, yleistila ei salli hoitoja tai potilas kieltäytyy niistä
Sydänsairaudet	Sydämen vajaatoiminnan oireet levossa NYHA-luokka IV, hengästymistä tai rintakipua vähäi- sessäkin rasituksessa, maksimaalinen lääkitys, LVEF < 20 %, aikaisempi sydänpysähdys / oireiset kammioeräiset rytmihäiriöt / selittämätön tajuttomuuskohtaus / kardiogeeninen shokki Munuaisten vajaatoiminta (eGFR < 30 ml/min), hypokapnia < 100 mmHg tai takykardia, sydän- sairaudesta johtuva kakeksia
Keuhkotaudit	Hoitoresistentti vaikea lepohehengahdistus, aleneva keuhkofunktio (FEV ¹ < 30 % tai vitaalikapa- siteetti < 60 %), keuhkosydänsairaus / vaikea oikean kammion vajaatoiminta Hypoksemia levossa (happipäässä PaO ₂ < 7,3), hyperkapnia (PaCO ₂ > 6,8), lepotalykardia, paino- indeksi < 21 kg/m ²
Neurologiset sairaudet	Fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn huonontuminen optimaalisesta hoidosta huolimatta Vaikeasti hallittavia monitahoisia oireita Puheongelmat, lisääntyvät kommunikaatio-ongelmat, etenevä nielemisvaikeus Toistuva aspiraatiokeuhkokuume; hengahdistus tai hengitysvajavuus
Dementia	Peruselintoiminnoissa autettava, ei kommunikoi ymmärrettävästi, lisääntyvät syömisongelmat, vaikea aliravitsemus, akuutti liittänsairaus (infektio, kuumeilu mikrobilääkehoidosta huolimatta, asteen 3–4 makuuhaavat)
Maksasairaus	Maksansiirto poissuljettu. Pitkälle edennyt kirroosi, josta yksi tai useampi komplikaatio: hankala askites, hepaattinen enkefalopatia, hepatorenaalinen oireyhtymä, peritoniitti, variksvuoto Edennyt maksasyöpä
Munuaissairaus	Vaikea vajaatoiminta (eGFR < 15 ml/min), konservatiivinen hoitolinjaus perussairauksien vuoksi, dialyysistä huolimatta yleistilan lasku ja paljon oireita Hyperkalemia, perikardiitti, oliguria, turvotukset
HIV	CD4-reseptori < 25 hoidosta huolimatta, suorituskyky heikentynyt ja yksi seuraavista: keskusher- mostolymfooma / jatkuva laihtuminen / mykobakteeri-infektio / etenevä leukoenkefalopatia / viskeraalinen Kaposin sarkooma tai hoitoresistentti lymfooma / hoitoresistentti kryptosporidium- tai toksoplasmainfektio

NYHA = New York Heart Association classification, LVEF = vasemman kammion ektiofraktio, eGFR = glomerulusten lasken-
nallinen suodatusnopeus, FEV₁ = uloshengityksen sekuntitilavuus

joissa, oikeassa elämässä elvytyksen onnistumis-
osuudet ovat varsin huonoja, sairaalassa elvyte-
tyistäkin vain 15–18 % selviää, eikä tässä ole
tapahtunut muutosta kolmen viime vuosikym-
menen aikana (3,4,5). Suuren riskin potilailla
ennuste on vieläkin huonompi, vain 6–8 % heis-
tä selviää (4). Myös ikä ja huono elvytystä edel-
tävä kunto korreloivat huonoon ennusteeseen.
Sairaalan ulkopuolella elvytetyistä korkeintaan
joka kymmenes toipuu kotikuntoiseksi.

Elvyttäminen ei ole mielekäästä, jos potilaal-
la on vaikea perussairaus, kuten edennyt mak-
sakirroosi, sydämen vaikea vajaatoiminta tai

keuhkohtaumatauti, pitkälle edennyt syöpä tai
vaikea munuaissairaus. Vain 1,8–2,4 % tällaisis-
ta potilaista jää henkiin, pääsee kotiin ja pärjää
siellä kuusi kuukautta elvytyksen jälkeen (6).
Näille potilaille hoidon rajaamisesta ja elvytys-
kiellosta keskusteleminen ja päätöksen teko on
perusteltua. **TAULUKKON 1** on kerätty palliatii-
visen ja saattohoidon kriteereitä yleisesti ja eri
perussairauksien osalta (7,8). Niitä voi käyttää
kliinisen päätöksenteon tukena arvioitaessa
potilaan sairauden tilaa ja ennustetta. Syö-
pöpotilaista etenkin laajalle levinnyttä tautia
sairastavien, joilla syövän kulkuun vaikuttavat

hoidot on lopetettu, pitäisi säästyä elvytykseltä, sillä sen onnistumistodennäköisyys on lähellä nollaa. Apuna voi syöpäpotilailla käyttää myös WHO:n suorituskykyluokkaa (**TAULUKKO 2**): Mikäli suorituskyky vastaa tasoa 2 tai on huonompi, potilas ei selvinne elvytyksestä (9).

Puheeksi ottaminen ja päätöksen teko

Elvyttämättä jättäminen liittyy kuolemaan ja kuolemanvaaraan ja herättää siksi voimakkaita tunteita. Keskustelu koetaan erityisen vaikeaksi, koska se korostaa kuoleman läheisyyttä. Lääkäri pelkää vievänsä potilaalta viimeisenkin toivon ja suorastaan loukkaavansa tätä ottamalla näin herkän aiheen puheeksi. Keskustelu pitäisi käydä ennakoivasti, vaikka käytännössä sitä vältellään usein viimeisiin elinpäiviin asti (3,10). Käytyjen keskustelujen ei ole kuitenkaan huomattu vaikuttavan potilaan tai omaisten tyytyväisyyteen hoidosta (11). Keskustelun välttäminen voi myös johtaa potilaan kannalta ei-haluttuihin toimenpiteisiin ja hoitotoimiin (12).

Hoitotahdon tekeminen ei korreloi DNR-päätökseen, mutta päätöksentekoa auttaa potilaan kanssa käyty keskustelu elämän loppuvaiheen hoidosta. Tiedetään myös, että syöpäpotilaat saavat todennäköisemmin toivomaansa hoitoa elämän loppuvaiheessa, jos heillä on ollut mahdollisuus keskustella toiveistaan lääkärin kanssa (13). Näin ollen potilaan kanssa pitäisi keskustella ensin ennusteesta ja edetä tästä kartoittamaan potilaan arvoja, toiveita ja tavoitteita elämän loppuvaiheen osalta. Myös hoitotahdon olemassaoloa kannattaa kysyä. DNR-päätös on vain yksi osa hoitosuunnitelmaa, joka olisi parasta tehdä hoitavan lääkärin kanssa ajanvarausvastaanotolla. Käydyn keskustelun perusteella, ”jaetun päätöksenteko” -mallin mukaisesti lääkäri voisi sitten tehdä potilaan ennusteeseen, arvoihin ja toiveisiin perustuvan päätöksen elvytyksestä tai siitä pidättäytymisestä (14,15). Potilaalla ja hoitavalla lääkärillä on kuitenkin usein epärealistisen optimistinen kuva potilaan ennusteesta sekä elvytyksen onnistumisesta, mikä johtaa siihen, ettei aihetta oteta esiin lainkaan (3). Myös lääkäri voi kokea kohtaamiset ahdistaviksi, jos vastaanotolla kes-

TAULUKKO 2. WHO:n suorituskykyluokitus.

WHO 0	Kykenee normaaliin toimintaan, suoriutuu kaikista ennen sairautta tekemistään toimista ilman rajoituksia.
WHO 1	Ei suoriudu raskaasta fyysisestä rasituksesta mutta on omatoiminen ja kykenee kevyeen työhön.
WHO 2	Omatoiminen mutta ei pysty kevyeen työhön. Tarvitsee vuodelepoa vähemmän kuin 50 % päivääjasta.
WHO 3	Vain osittain omatoiminen, tarvitsee vuodelepoa enemmän kuin 50 % päivääjasta.
WHO 4	Täysin toimintakyvytön, ei pysty huolehtimaan itsestään, vuodepotilas.

kustellaan kuolemasta. Tämän vuoksi keskustelu ja myös DNR-päätöksen teko jää usein ensiapupoliklinikan lääkärille, jos potilaan vointi huononee äkillisesti.

Koulutusta tarvitaan lisää

Pelkoon ajoissa tehdyn DNR-päätöksen johtamisesta potilaan huonompaan hoitoon on vastattava koko hoitohenkilökunnan koulutuksella siitä, mitä DNR-päätös pitää sisällään ja mitä ei (16). On todettu, että eri alojen kollegat tekevät päätöksiä eri aikaan (17). Tämä kertoo ehkä eroista erikoistumisvaiheessa omaksutuissa hoitokulttuureissa. Niiden muokkaaminen vaatisi varmasti laajempaa erikoisalalan sisällä käytävää keskustelua päätösten oikea-aikaisuudesta ja mahdollisesti päätöksen tekoon liittyvistä käytänteistä.

Opetusperinteestämme johtuen lääketieteen opiskelijat kohtaavat loppuvaiheen potilaita opetussairaaloissa hyvin vähän, minkä vuoksi he myös siirtyessään työelämään ovat huonosti valmistautuneet hoitamaan tällaisia potilaita (18). Opiskelijoiden päästessä hoitamaan lääkärin sijaisuuksia ensimmäisen kerran neljännen opiskeluvuoden kesällä valmiudet näihin vaativiin keskusteluihin ovat luonnollisesti rajalliset. Lääketieteen kandidaatin tai vastavalmistuneen lääkärin ei soisi joutuvan DNR- tai saattohoitopäätöksen eteen yksin, vaan tarjolla pitäisi olla senioritukea. Useimmat valmiit lää-

käritkin tarvitsisivat koulutusta keskustelujen käymiseksi (10,11). Niin kuin lääkärin ammattissa yleensäkin, myös tässä mestari-kisällityyppinen opetus ja harjoittelu auttaisivat; elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvien asioiden puheeksi ottaminen ja käsittely potilaan arvoja ja tavoitteita kunnioittaen helpottuisi ja lääkärin ahdistus aiheen esille ottamisesta vähenisi.

Päätöksen kirjaaminen

Päätöksestä on siis keskusteltava – tarvittaessa useita kertoja – potilaan itsensä kanssa tai jos hän ei pysty päättämään hoidostaan itse, lähiomaisten tai muiden läheisten kanssa. Päätöksestä on tehtävä potilasasiakirjoihin merkintä, josta on käytävä ilmi sen tekijä(t), lääketieteelliset perusteet, potilaan tai omaisen kanssa asiasta käyty keskustelu ja potilaan tai omaisen kannanotto päätökseen. Potilas tai omainen ei voi edellyttää lääketieteellisesti asianmukaisen ja perustellun DNR-päätöksen kumoamista (19). Lain velvollisuus yhteisymmärrykseen pyrkimisessä ei kumoa lääkärin roolia lääketieteellisten hoitoratkaisujen päättäjänä (1). Potilasasiakirjoihin kirjataan, että päätös on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tai mikäli yhteisymmärrystä ei ole syntynyt lääketieteellisin perustein, jos arvio hoidon hyödyttömyydestä toipumisennusteen kannalta on selkeä. Lääkärin tehtävä on suojella potilasta tarpeettomalta haitalta, jota elvyttäminenkin tässä tilanteessa on (20). Potilaalle on tärkeää korostaa, että vaikka elvytyksestä pidättäydytään, se ei tarkoita ”luovuttamista” ja että hyvä oireenmukainen hoito jatkuu potilasta hylkäämättä. DNR-päätös voi perustua myös potilaan hoitotahtoon, jolloin se voidaan tehdä jo sairauden varhaisemmassa vaiheessa potilaan kanssa keskustellen. On myös syytä painottaa, että päätöksen jälkeen potilas voi luottaa välttäväänsä ”koneisiin” joutumiselta tai ylipäättään (tuloksettomana) elvytyksen komplikaatioilta. Oman kokemuksemme mukaan tällainen tieto koetaan huojentavana, ja DNR-päätös kääntyykin sisällöltään positiiviseksi.

Lääketieteellisin perustein tehty DNR-päätös vaatii aina riittävät tiedot potilaasta, ja siksi päätöksen tekemiseen päivystystilanteessa tu-

Ydinasiat

- ▶ Elvytyksestä pidättäytymispäätöksen (DNR) tekemättä jättäminen voi huonontaa potilaan hoitoa.
- ▶ Useita huonoon ennusteeseen viittaavia tekijöitä tunnetaan, ja niitä pitäisi pystyä arvioimaan jo ennen elvytystilanteeseen ajautumista.
- ▶ Päätös olisi pyrittävä tekemään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.
- ▶ Päätöksen ei tule vaikuttaa potilaan muuhun hoitoon.
- ▶ DNR-päätöksiä pitäisi tehdä nykyistä aktiivisemmin päätöksestä hyötyville potilaille.

lee suhtautua varoen (1). Pitkäaikaishoidossa ja potilaan siirtyessä toiseen hoitolaitokseen DNR-päätös pitäisi tarkistaa.

Kirjaustavasta ja -paikasta on maassamme varsin vaihtelevia käytäntöjä. Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä päätös kirjataan potilaan riskitietoihin. Riskitiedoissa viitataan päätöksentekopäivänä laadittuun sairauskertomustekstiin, jossa on yksityiskohteisempi tieto potilaan tai omaisten kanssa käydystä keskustelusta ja päätökseen johtaneista tekijöistä. Mahdollinen hoitotahto tallennetaan sairauskertomuksen liitteeksi. Valitettavaa on, etteivät nämä sairaalan sisäiset sairauskertomukset ole aina alueen ensihoitohenkilökunnan käytettävissä ainakaan toistaiseksi. Tämän takia olisi oleellisen tärkeää, että hoitotahto ja DNR-päätös löytyisivät myös potilaan kotoa ja omaiset osaisivat kertoa niiden olemassa olosta mahdollisessa ensihoitotilanteessa.

Elvytys saattohoidossa

Saattohoitopäätös pitää sisällään DNR-päätöksen. Tällöin erillistä DNR-päätöstä ei tarvita, mutta potilaan ja omaisten kanssa on hyvä käydä läpi, mitä saattohoitopäätös pitää sisällään. Kotihoidossa olevia saattohoitopotilaita

TAULUKKO 3. Kuolevan potilaan tunnistaminen: tyypillisiä löydöksiä sellaisella vuodepotilaalla, joka on kuolemassa pitkälle edenneeseen sairauteen ja joka ei kykene syömään, juomaan eikä ottamaan lääkkeitään.

Alentunut tajunnantaso / tajuton
Anuria / oliguria
Kylmä periferia, ”marmoroitunut iho”
Langanohut syke, mittaamattoman matala verenpaine
Koriseva hengitys, epäsäännöllinen hengitys, hengityskatkokset

ja omaisia ohjeistetaan olemaan yhteydessä hoidosta vastaavaan yksikköön, jolloin ei ole tarvetta ensiavun kutsumiseen elämän ehtyessä. Kuoleman koittaessa omaisten hätä kuitenkin toisinaan ohjaa ensihoito-kontaktiin. Tällöinkin pitäisi pidättäytyä elvytyksestä ja kyetä tarjoamaan kriisiapua kuolevalle ja hänen omaisilleen. Tämä edellyttää, että kuoleva potilas tunnistetaan (**TAULUKKO 3**) tai että ensihoitoyksiköllä on tieto kotisaattohoidossa olevista potilaista. Joillakin paikkakunnilla ensihoitoyksiköitä informoidaan kotona olevista saattohoitopotilaista (21). Heille on myös annettu lupa lääkittää potilasta lääkärin ennalta laatiman suunnitelman mukaan, mikä parantaa potilaan saamaa hoitoa elämän viime metreillä. Jos tällaista suunnitelmaa ei ole, ensihoitoyksiköllä pitäisi olla mahdollisuus konsultoida puhelimitse asiantuntevaa lääkäriä mahdollisimman hyvän oirehoidon turvaamiseksi. Kuoleva potilas ei kuulu ensiapupoliklinikkaan. Jos hänet sinne tuodaan, potilaalle ja hänen omaisilleen pitäisi järjestää rauhallinen ympäristö sekä tilannetajuinen ja osaava henkilökunta vierelle.

DNR-päätöstä ei voi erottaa palliatiivisesta hoidosta ja saattohoidosta: hyvin järjestetty saattohoito vähentää ensiapupoliklinikakäyntejä ja

lyhentää hoitoaikoja akuuttisairaalassa. Samalla se vähentää myös turhia elvytyksiä (22).

Lopuksi

Jossain vaiheessa me kaikki ylitämme sen rajan, jossa nykylääketieteen hoidoilla ei enää saavuteta paranemista eikä elinajan pitenemistä. Ymmärtämällä tämän sekä elvytyshoidon taustan voi suhtautuminen DNR-päätöksiin muuttua vähemmän tunteita herättävään suuntaan ja päätösten määrä lisääntyy. DNR-päätös vähentää vaikeaa perussairautta sairastavan potilaan elämän päättymiseen liittyvää turhaa kärsimystä, ja sille on myös perusteet kustannusvaikutavuuden osalta. Kun arvioidaan, kuka hyötyy elvytyksestä, nyrkkisäännöksi sopii, että elvytyksen ennuste ei voi olla parempi kuin potilaan perustaudin ennuste. Lääketieteen perusopetukseen tarvitaan nykyistä enemmän palliatiivisen ja saattohoidon opetusta. Myös vuorovaiikutustaitojen kehittämiseen olisi panostettava perusopetuksesta lähtien. Parantajan rooli on meillä lääkärin identiteettiin tiukasti kiedottuna. Tulevia kollegoitamme opettaessamme olisi muistettava, että nykylääketieteen mahdollisuudet mitä vaativampiin hoitoihin ja toimenpiteisiin eivät poista sitä tosiasiaa, että isoa osaa potilaista emme pysty parantamaan ja monet sairaudet etenevät kohti kuolemaa parhaasta mahdollisesta hoidosta huolimatta. Tämä tulee vielä korostumaan tulevaisuudessa väestön ikääntyessä, kun yhä suurempi potilasjoukko kuuluu palliatiivisen lääketieteen piiriin. Lääkärin rooli muuttuu tällöin potilaan parantajasta hänen hoivaajakseen, tukijakseen ja saattajaksi kohti kuolemaa. Roolin muutos ei tee meistä huonompia lääkäreitä: ammattitaitoomme kuuluu myös kuoleman salliminen tilanteissa, jolloin toivoa elämän jatkumisesta ei enää ole. ■

SUMMARY

Decision about DNR for a palliative patient – do I dare to bring up the subject?

The do not resuscitate decision (DNR) is an important choice of line of action, which should not be made on light grounds, but if neglected, may harm a patient receiving palliative care. Before making the decision, one should evaluate an unsuccessful result of possible resuscitation regarding the restoration of vital functions and quality of life. Evaluation of factors suggesting a poor prognosis should be possible already before arriving at the resuscitation situation. The decision should be discussed with the patient, trying to reach a consensus on the matter. DNRs should be made more actively for patients benefiting from the decision.

KIRJALLISUUTTA

1. Varpula M, Skrifvars M, Varpula T. Milloin en yritä elvyttää? *Duodecim* 2006; 122:3010–6.
2. Hoitosuunnitelmat ja DNR-päätös pitkäaikaishoidossa sekä ensihoito. *Valviran ohje 3/2015*. www.valvira.fi.
3. Varon J, Marik PE. Cardiopulmonary resuscitation in patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2007;24:224–9.
4. Larkin GL, Copes WS, Nathanson BH, Kaye W. Pre-resuscitation factors associated with mortality in 49,130 cases of in-hospital cardiac arrest: a report from the National Registry for Cardiopulmonary Resuscitation. *Resuscitation* 2010;81: 302–11.
5. Ehlenbach WJ, Barnato AE, Curtis JR, ym. Epidemiologic study of in-hospital cardiopulmonary resuscitation in the elderly. *N Engl J Med* 2009;361:22–31.
6. Stapleton RD, Ehlenbach WJ, Deyo RA, Curtis JR. Long-term outcomes after in-hospital CPR in older adults with chronic illness. *Chest* 2014;146:1214–25.
7. Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. *BMJ* 2010;341:c4863.
8. Lamba S, Quest TE. Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011;57:282–90.
9. Kjørstad OJ, Haugen DF. Cardiopulmonary resuscitation in palliative care cancer patients. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2013;133:417–21.
10. Trivedi S. Physician perspectives on resuscitation status and DNR order in elderly cancer patients. *Rep Pract Oncol Radiother* 2013;18:53–6.
11. Anderson WG, Pantilat SZ, Meltzer D, ym. Code status discussions at hospital admission are not associated with patient and surrogate satisfaction with hospital care: results from the multicenter hospitalist study. *Am J Hosp Palliat Care* 2011;28:102–8.
12. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, ym. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1997;127:1–12.
13. Mack JW, Weeks JC, Wright AA, Block SD, Prigerson HG. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol* 2010;28:1203–8.
14. Anderson WG, Chase R, Pantilat SZ, Tulskey JA, Auerbach AD. Code status discussions between attending hospitalist physicians and medical patients at hospital admission. *J Gen Intern Med* 2011;26: 359–66.
15. Ko DN, Blinderman CD. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment (including artificial nutrition and hydration). *Kirjassa: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC, toim. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press 2015, s. 323–34.*
16. Mockford C, Fritz Z, George R, ym. Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) orders: a systematic review of the barriers and facilitators of decision-making and implementation. *Resuscitation* 2015;88:99–113.
17. Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR. The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self-Determination Act. *J Med Ethics* 2008;34: 642–7.
18. Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? *Med Educ* 2011;45:389–99.
19. Päätös elvyttämättä jättämisestä (DNR-päätös). *Valvira* 8.12.2008 [päivitetty 14.10.2015]. www.valvira.fi.
20. Blinderman CD, Krakauer EL, Solomon MZ. Time to revise the approach to determining cardiopulmonary resuscitation status. *JAMA* 2012;307:917–8.
21. Törrönen K. Ensihoito osana saattohoitopotilaan hoitoketjua – muutos on mahdollinen. *Julkaisussa: Myller H, toim. Palliatiivinen hoito Pohjois-Karjalassa: inhimillisesti potilaan parhaaksi. Kareliammattikorkeakoulu 2015, s. 66–71.*
22. Gómez-Batiste X, Tuca A, Corrales E, ym. Resource consumption and costs of palliative care services in Spain: a multicenter prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:522–32.

OUTI HIRVONEN, LT, kliininen opettaja, syöpätautien erikoislääkäri, palliatiivisen lääketieteen ja lääkärikouluttajan erityisnäyttö

Tyks, operatiivinen toiminta ja syöpätaudit
Turun yliopisto, kliininen syöpätautioppi

REINO PÖYHIÄ, ylilääkäri

Palliatiivt centrum, Akademiska sjukhuset, Uppsala
palliatiivisen lääketieteen dosentti
Turun yliopisto
anestesiologian ja tehohoidon dosentti
Helsingin yliopisto

SIDONNAISUDET

Outi Hirvonen: Ei sidonnaisuuksia

Reino Pöyhä: Luentopalkkio (Mundipharma, Ratiopharm, Orion, Astra-Zeneca)