

Behandling/ikke behandling i livets slutfase



Retten til behandling -
Retten til å dø ...

(Sigurd Sparr Geriatrisk Avd.
UNN 23 oktober -06)

Disposisjon



- ⌘ Kasuistikk
- ⌘ Lovverket
- ⌘ Etikken
- ⌘ Mer kasuistikk
- ⌘ Hvordan går vi frem?

A.K. -33 (F)



- ⌘ Subarachnoidalblødning 22/11. Trepanert på vital indik.
- ⌘ 24/11 coilet, utviklet v.sidig hjerneinfarkt
- ⌘ 25/11 ventrikkeldrenasje
- ⌘ 8/12 søkt sykehjem (11 dager uten kontakt)
- ⌘ 17/12 hydrocephalus - shunt
- ⌘ 8/1 overflyttet geriatriisk. H.-sidige lammelser og afasi.

A.K. Forts.



- ⌘ 12/1: øyelege finner blødning begge fundi
- ⌘ 22/1 bedring, men ernæringsproblemer.
Aksepterer ikke nasog. sonde, mates. Afasi men synes å forstå og samarbeider delvis.
- ⌘ 5/2 stadig litt fremgang, står med mye støtte.
- ⌘ 3 uker sykehjem
- ⌘ 8/3 tilbake: Dårlig ernært , tynn, deprimeret, vil ikke ha mat og drikke, river ut CVK

Problemstillinger A.K.



- ⌘ Er hun deprimeret? (skal depr.behandles?)
- ⌘ Skal hun tvangsernæres?
- ⌘ Skal det anlegges PEG?
- ⌘ Hva vil hun egentlig??
- ⌘ Hva vil de pårørende?
- ⌘ Hva synes vi??

Generelle betraktninger



- ⌘ Skal (Vil) hun tørste/sulte i hjel?
- ⌘ Vil hun da få en "Verdig død"?
- ⌘ Dilemmaer: Hvordan finner vi ut hva som er til det beste for henne - hva som er riktig? Hva skal vi legge vekt på, hvem skal bestemme?

Pasientrettigheter (Lov)



- ⌘ Rett til nødvendig behandling
- ⌘ Rett til pleie og omsorg
- ⌘ Rett til å nekte behandling i spesielle tilfelle
- ⌘ Og nå også "rett til å bli behandlet mot sin vilje (med tvang)"

Etiske regler



⌘ Konsensusreglene

⌘ Etiske regler for leger

Konsensus i Norden 6 regler



- ⌘ Bevare liv
- ⌘ Unngå lidelse
- ⌘ Unngå skade ("Primum ne nocere")
- ⌘ Respekt for individets
selvbestemmelsesrett. (**Autonomi**)
- ⌘ Rettferdighet
- ⌘ Si sannheten

§ 5 i etiske regler for leger



⌘ Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs tiltak som har til hensikt å fremskynde en pas. død, må ikke anvendes.

Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Helsepersonelloven § 4-9

Pasientrettighetsloven



- ⌘ Pasienter har rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner:
- ⌘ Pga alvorlig overbevisning nekte blod el. blodprodukter, el. å avbryte en sultestreik
- ⌘ En døende har rett til å motsette seg livsforlengende behandling
Hva er det å være døende??

Mer om døendes rett:



⌘ ”Er en døende ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonell unnlate å gi helsehjelp dersom nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønske og helsepersonell etter selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at det åpenbart bør respekteres.”

Mann på sykehjem f. -15



- ⌘ Langtkommet dement mann, for det meste sengeliggende, ikke språk. Må mates. En dag oppdager pleierene at avføringen er svart og han virker blek. Det blir tatt en hgb. som er 6,8.
- ⌘ Hva skal vi som helsepersonell gjøre?

Juridiske betraktninger



- ⌘ Samtykke -samtykkekompetanse
- ⌘ Helsepersonell skal yte **forsvarlig** behandling
- ⌘ Det skal foreligge **hjelpeplikt** når det er **påtrengende nødvendig**. (hvis helsepersonell finner at et tiltak er meningsløst el. skadelig foreligger ikke hjelpeplikt)

Råd for legeetikk



- ⌘ Respekter den enkeltes ønske om å få dø
- ⌘ Aksepter at en person ikke vil spise eller drikke (ikke tvangsfor) med mindre det er uttrykk for en alvorlig depresjon
- ⌘ Snakk med de pårørende og få forståelse for standpunktet.
- ⌘ Bruk nødvendig tid.

3 "nivåer"



- ⌘ Euthanasi –aktiv dødshjelp. Utelukket i Norge - i strid med de fleste helsepersonells oppfatning
- ⌘ Lege-assistert selvmord. (PAS, PAD)
- ⌘ Passiv dødshjelp - "avslutte meningsløs behandling". Dette er høyst aktuelt.

Verdig død



⌘ Ro

⌘ Varme

⌘ Trøst

⌘ Nærhet til kjære

⌘ Minst mulig plager-lindring

⌘ Tilrettelagte omgivelser

Vår praksis



⌘ Når pasienten ikke er i stand til å drikke/spise gir vi ikke kunstig ernæring hvis vi anser det meningsløst å forlenge livet. Vi snakker med de pårørende, og vil som hovedregel at de skal være enige i vår beslutning. Det kan ta noe tid. Bruk den tiden!

Vår praksis (forts.)



- ⌘ Dersom pas. er klar og i stand til å spise/drikke, men ikke vil, prøver vi å vurdere om han er deprimert(uttalt) og snakker med de pårørende. Vi snakker med pasienten og tilbyr evt. annen samt.p.
- ⌘ Vi mener det er riktig å respektere en slik veloverveiet beslutning, og tvangsernærer ikke.

VRFF -voluntary refusal from fluids and food.



- ⌘ I Oregon aksepteres "PAD" el "PAS". Det er likevel erfaring for at flere dør pga VRFF enn ved PAD (erfaring fra hospices)
- ⌘ VRFF er mer akseptabelt for pas. og gir mindre problemer med omgivelsene

Kasuistikk om forhåndsdirektiv



⌘ En 86 år gammel mann legges inn i sykehuset med akutt hjerneslag. Han har halvsidige lammelser og har mistet språket. Det er også usikkert om han forstår. Ellers er almentilstanden god. Han har tidligere skrevet et "Livstestamente" som er med ham i lommeboka hans, hvor det står direktiver for behandling. Det er signert og bevitnet. (7 år gammelt)

Forhåndsdirektiv (2)



⌘ I direktivet står : Jeg vil ikke ha gjenoppliving (HLR) dersom jeg er alvorlig syk/døende og plutselig skulle få hjertestans eller liknende. Jeg vil heller ikke i en slik situasjon ha livsforlengende behandling dersom en komplikasjon skulle oppstå, for eksempel lungebetennelse.

Forhåndsdirektiv (3)



- ⌘ De pårørende som er klar over hans livstestamente, er helt uenig i det som står.
- ⌘ Dag 3 under sykehusoppholdet er det klart at han ikke får i seg tilstrekkelig væske eller næring uten sondetilførsel. Han får CRP- stigning og surkler. De pårørende presser på for aktiv behandling.
- ⌘ Hva gjør du??

Definisjon A. D.-fremtidsfullmakt



⌘ ”En skriftlig erklæring hvor en person som er kompetent etter loven, gir uttrykk for sin vilje vedrørende tiltak som angår helse eller medisinsk behandling.”

Advance Directives - fremtidsfullmakt



⌘ Det er ulike forhold fra land til land. I de fleste land er legen ikke juridisk bundet av et slikt dokument. Hvis han/hun tror at det er god grunn til å gjøre det, kan han/hun fravike pasientens uttrykte vilje.

Hva dreier A.D.seg om?



- ⌘ (Euthanasi)
- ⌘ Physician assisted suicide(PAD, PAS)
- ⌘ Avslutte livsforlengende behandling (mat/drikke)
- ⌘ HLR minus (eller pluss)
- ⌘ Behandling med ernæringssonde, respirator eller intravenøst
- ⌘ En hvilken som helst medisinsk behandling under særlige omstendigheter.

Problemer i praksis



- ⌘ Pasienten kan forandre mening. Det er nødvendig å revidere direktivet fra tid til annen.
- ⌘ Problemet med depresjon
- ⌘ De pårørendes oppfatning.
- ⌘ Sykdommer som fluktuerer, er svingende
- ⌘ Hva er riktig (det beste) å gjøre?

Spesielle problemer hos personer med demens.



- ⌘ Kompetanse. I hvilke situasjoner? Hvem bestemmer?
- ⌘ Hva er pårørendes rolle og hjelpevergens?
- ⌘ Å skille mellom demens og depresjon
- ⌘ Når personligheten (og meningene) forandrer seg.

Hvordan gå frem?



- ⌘ Hva er den medisinske og praktiske problemstilling?
- ⌘ Hvem er de berørte parter?
- ⌘ Hvilke etiske prinsipper står på spill?
- ⌘ Hvordan rangere prinsippene?
- ⌘ Kom frem til konsensus!
- ⌘ Bruk nødvendig tid!

Konklusjon



- ⌘ Det er vanlig med etiske dilemmaer i livets slutfase
- ⌘ Der hvor det er klare juridiske bestemmelser, må de overholdes
- ⌘ Det er viktig å oppnå konsensus (behandlere og pårørende)
- ⌘ Bruk nødvendig tid!
- ⌘ Forhåndsdirktiver kan være til hjelp!