

Når avslutte behandling?

(A)HLR minus

hvem har ansvar? hvem tar ansvar?



NORDLANDSSYKEHUSET

pasienter på IVA

- postoperative pasienter

- karkirurgi
- ortopedi
- gastrokirurgi

"friske", problemet lar seg løse kirurgisk

- traumatiserte pasienter

- ulykker
- selvpåførte skader
- intoxer

kommer seg
sendes videre
dør av skadene

- indremedisinske problempasienter

- KOLS
- hjertepasienter
- sepsis

"kronikere" og
akutte hendelser



avslutte ? hvilke pasienter ?

- "de sykeste av de syke"
 - alvorlige postoperative komplikasjoner
 - sepsis
 - hjertestans
 - » hypotermibehandling
 - alvorlig hjerneskade
 - » slag
 - » hjerneblødning
 - » suicid
 - » ulykke
 - langt kommet kreftsykdom



"fellesnevner"

- avhengig av intensivmedisinsk behandling
 - respirator
 - hemodynamisk overvåkning
 - » invasiv monitorering
 - vasoaktiv medikasjon
 - » pressorstoffer
 - CRRT
 - » dialyse
- kirurgi
- infeksjonsmedisin

hvorfor avslutte ?

- nytteløs pasientbehandling
 - svikt av/i vitale organfunksjoner
 - opprettholde livet vha maskinhjelp
 - respirator
 - dialyse
 - medikamentinfusjoner
- plager pasienten
 - plagsomme og smertefulle prosedyrer

"prosessen"

- vanskelig behandlingssituasjon
 - vi skal "redde liv"
 - "med ryggen mot veggen"
 - egen samvittighet
 - **"umulig beslutning"**
- samarbeid mellom alle impliserte deler av behandlingsapparatet
 - "alle steiner skal være snudd"
 - konsensus
 - KEK
 - ekstern vurdering og hjelp

avslutte behandling

- pasienten - om mulig - skal informeres
 - (det hender de aldri våkner til)
 - hvorfor
 - hvordan
 - » medikamentinfusjoner slås av
 - » evt dialyse avsluttes
 - » respirator stilles til luft
 - pårørende informeres og kan gjerne være tilstede
- "lindrende sedasjon" en selvfølge
 - vekkbare pasient
 - sikrer mot lufthunger og smerter

kasuistikk 1

- mann - 50-årene
- hjerneslag med affeksjon av hjernestammen
 - irreversible skader
 - bl.a opphevet evne til egenrespirasjon
 - tetraplegisk
 - intet språk
- respiratoravhengig
- våken - og adekvat ??
 - kortvarig konsentrasjon
 - regerte på eget navn og pårørendes tilstedeværelse
 - Gråt
- ingen sedering
- "locked in syndrome"



kasuistikk 1, forts...

- uendret klinikk etter 4 uker
 - maksimal stimulering
 - fullernæring enteralt via sonde
 - ingen infeksjon
 - tracheotomert
- nevrolog, indremedisiner, anestesilog, spl.gruppen enige i at behandlingen var meningsløs
 - ingen utsikter til bedring
 - hadde lært seg øyebevegelser for ja og nei
- Plaget av stadige nødvendige prosedyrer
 - suging i luftveier
 - sonde- og kateterskifter
 - stell og pleie

kasuistikk 1, forts...

- tilfredsstillende ikke kriteriene for hjemmerespirator
- livskvalitet lik 0 ?
 - i all fremtid
- tidligere aktiv friluftselser
- pårørendegruppen delt og fortvilet
 - etterhvert dog inneforstått med hans tilstand
- pasienten gitt informasjon
 - bekreftet at han hadde forstått sin situasjon
 - forsto at han ville dø om respiratoren ble satt på luft uten ventilatorfunksjon i gang
 - benektet redsel
 - ønsket ikke å leve på en slik måte
- liten dose dormicum - 2-3 mg/time
- sovnet inn etter kort tid med sine pårørende tilstede

kasuistikk 2

- mann - 60-årene
- septisk sjokk
 - respiratorisk og sirkulatorisk dekompensasjon
 - nyresvikt
- massive doser med vasoaktive substanser
 - hemodynamisk ustabil
 - + 35 kg aggressiv væsketerapi
- respiratorbehandling
 - tracheotomi
- dialyse
 - CRRT
 - HD
- underveis diskusjon om behandlingen var riktig å fortsette
 - hvordan ville han være mentalt ?
 - kognitivt "tilstede" ?

kasuistikk 2, forts...

- våkner etter 3 uker sedasjon
- gangrenøse sår - som tilhelet etterhvert
 - på ryggen
 - i ansiktet
 - fingre
- gangren i begge føtter
 - amputert
 - proteser bilateralt
- kronisk nyresvikt
- deprimert og bitter når han våkner og ser "sitt nye" jeg
- 2010 - glad og fornøyd
 - dialyse 3 ggr ukentlig
- Livskvalitet og glede over "å ha fått livet i gave" en gang til

(A)HLR -

- ansvarlig overlege på IVA skal ha hovedansvaret for en slik vurdering
men - i samråd med behandlende leger i behandlingsteamet forøvrig
og i samråd med spl som har den kontinuerlige daglige behandlingen fra time til time
- dvs også pasientansvarlig lege fra moderavdeling og andre inkoblede spesialister plikter å ta stilling til begrepet
- Det er ikke - og skal aldri være - en ad hoc bestemmelse

(A)HLR -

- det skal være gjort grundig diagnostikk og gitt optimal behandling over tid før man velger å ikke intervensere
- pågående behandling skal ikke avsluttes
- (A)HLR er akutt hjelp ved f.eks maligne arrhythmier eller et nytt slag under pågående sykdomsbehandling
- det kan være klokt å ha med (A)HLR- i tankerekken vedrørende alvorlig kreftsyke pasienter
- av og til kan en akutt hendelse kjennes som "en hjelpende hånd" i særlig vanskelige behandlingssituasjoner, der avsluttende sykdomsbehandling ikke er naturlig
- Ansvaret hviler på alle legene på IVA som deltar aktivt i pasientbehandling - i alle fall å ta stilling til om de kan stå inne for en slik beslutning - det vil aldri være "feil" å starte (A)HLR
 - men det kan være fornuftig i enkelte tilfeller å la det være