

En værdig afslutning på livet !

Den praktiserende læges rolle

Alle taler om sygdom og behandling -

Ikke mange taler om den sidste tid !

Dagens survey

- Gå på Kahoot.it på din smartphone
- Indtast nummer der kommer her om lidt
- Svar på spørgsmålene

Nogle danske tal !

Rådgivende sociologer 2013 (ca 1000 resp)

- 81 % ønsker liv så længe fysisk og psykisk velfungerende; 5 % længst muligt trods dårligt fungerende
- 83 % taler med familien om døden, 2 % med egen læge
- 75 % forventer hjælp fra egen læge ved livstruende sygdom – 69 % fra hospital.
- 52 % taler af og til om døden, 39 % sjældent
- 6 % planlagt egen begravelse, 76 % har slet ikke

Ex 1 Nej til videre behandling

87 årig kvinde – frisk , rask indtil der påvises glioblastom. Ikke radikal operation. Ved kontrol scanning findes vækst af tumor, sparsomme symptomer. Tilbydes strålebehandling.

Pt fortsat habil og i tvivl om hun skal modtage behandling – er af afdelingen informeret om risiko ved denne palliative strålebehandling for almen påvirkning, påvirkning af hukommelse mv.

Møde med egen læge – afstår fra behandling. Palliativt forløb i eget hjem – har efterflg 4 gode uger hvor hun er relevant herefter hurtigt forløb og dør efter 6 uger fra tilbud om strålebehandling.

Ex 2 Ønsker behandling men ikke genoplivning

84 årig kvinde med kendt osteoporose, KOL . Nedsat fysisk funktion – relevant. Helbredssituation uændret over sidste år.

Bor i eget hjem med daglig hjhjælp flere gange daglig. Glad for livets tilskikkelser – nyder en cigaret i ny og næ !

Ønsker optimering af KOL behandling - men ønsker ikke genoplivning.

Er det muligt at efterkomme ?

Ex 3. Udredning ?

91 årig velbevaret kvinde – under behandling for pneumoni påvises suspekt infiltrat.

Familien og pt tilkaldes til afd mhp stillingtagen til evt udredning.

Pt ønsker ikke udredning men så langt og godt liv som muligt da hun er glad for livet.

Ex 4 udsigtsløs behandling

Lægevagten tilkaldes til 83 årig mand . Svær demens gennem sidste 3-4 år; genkender ikke familien. Akt i behandling for pneumoni med tablet penicillin.

Forværret tilstand kan ikke tage tabletter .

Indlæggelse ? Familien ønsker maximal behandling .

Ex 5 : Genoplivning ?

100 årig med iskæmisk hjertesygdom tunghør og alderspræget. Netop udskrevet efter fjernelse af blodprop i benet.

Skal han tilbydes genoplivningsforsøg ? og hvordan skal han informeres om ikke at skulle modtaget genoplivningsforsøg ?

Problemer

- Er vi gode nok til at rådgive vore patienter om fortsat behandling, genoplivning ved hjertestop ?
- Er reglerne i orden ?
- Hvor mange afslutter livet med et uværdigt forsøg på genoplivning eller uværdig indlæggelse ?

Hvad skal vi forholde os til ?

- Selvbestemmelsesret
- Habile – inhabile borgere
- Livstestamente
- Handlepligt
- Lægelig beslutning om fravalg af livsforlængende behandling
- SST 2014 : Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling, uden for sygehuse

Behandlingsansvarlig læge

Egen læge er central spiller ved livstruende sygdom udenfor hospitalet

Grundlaget herfor principielt i orden

Kontinuitet og kendskab er afgørende grundlag for afgørende beslutninger

Godt samarbejde med hjemmesygepleje en nødvendighed

SST 2014 : Fravalg af genoplivning

- 1) Forsøg på genoplivning bliver fravalgt ved umiddelbar lægelig vurdering, se punkt 5.1.3.1.
- 2) En læge har forudgående ordineret fravalg af forsøg på genoplivning, se punkt 5.1.3.2.
- 3) Det sygeplejefaglige eller præhospitale personale kan konstatere, at borgeren er afgået ved døden. Dette omfatter kun bestemte situationer, se punkt 5.1.3.3.
- 4) Der er tale om en habil borger, som i det aktuelle behandlingsforløb har afvist forsøg på genoplivning, se punkt 7.
- 5) Der er oprettet livstestamente - dette vil være medvirkende til beslutning om fravalg hos den inhabile pt. jf. punkt 12 g om, at genoplivningsforsøg ikke skal foretages, se punkt 8.3.

SST 2014 : Hovedtræk

5.3.1 Personale rette henvendelse til behandlingsansvarlig læge ved behov for vurdering eller revurdering

5.3.1 Ikke rutinemæssig stillingtagen ved ex indflytning på plejehjem

7.1 Borgers afvisning af behandling gælder kun i aktuelle sygdomssituation – men skal respekteres. Journalføres af behandlingsansvarlige læge.

8.1-8.2 Lægelig beslutning om fravalg af behandling ved varigt inhabil borger – pårørende inddrages.

8.3 Livstestamente indgår i den lægelige beslutning.

8.4 Ikke forhåndstilkendegivelse – kun i aktuel sygdom og livstestamente !

9.1 Selvbestemmelsesret ved påbegyndt behandling.

9.2.1 Beslutning vedr forudsigelig situation skal respekteres.

Sund fornuft og værdig afslutning er muligt - også nu ! Men det kan blive bedre !

- Vi kan sikre værdig afslutning på det grundlag vi har - men det er for tungt og stiller store krav til behandlere og samarbejde!
- Regler og love "vil" sikre mod fejl eller etiske problemer og skaber nogle nye.

Hvad skal der til I :

Klare regler

- Beskrivelser og afklaring af typiske situationer bedre end SST 2014
- Forenkling i forhold til forudsigelige hændelser/risici ved ældre syge borgere ex plejehjemsbeboere.
- Afklaring – spec i forhold til livstestamente - udvide betydning heraf i forhold til genoplivning ved hjertestop ?

Hvad skal der til II

”En vigtig samtale – i god tid”

- The conversation project
- Dansk selskab for patientsikkerhed , DR, KL, DSR og PLO
- Kampagne – udbrede budskabet
- Ikke noget der skal overståes – men noget der fortsætter livet ud !

Hvad skal der til III:

Tid og organisation optimeres.

- Indgå i "sundhedssamtaler" mellem hjsgpl og ældre borgere
- Sikre "egen læge" - kontinuitet, kendskab, tillid så optimale forhold for de vigtige beslutninger sikres.
- Indgå i opsøgende ældrebesøg
- Er der tid og manpower ? behov for efteruddannelse ?
- Hjertestarter på plejehjem – eller tid til "den alvorlige samtale" ?

Tak for jeres tid !

Spørgsmål ?