

Å snakke med gamle folk om behandling mot slutten av livet

Pål Friis

Overlege i geriatri, Sørlandet sykehus

Tidsskrift for
Den norske legeforening

THE JOURNAL OF THE NORWEGIAN MEDICAL ASSOCIATION



03/2015
ÅRGANG 135

www.tidsskriftet.no



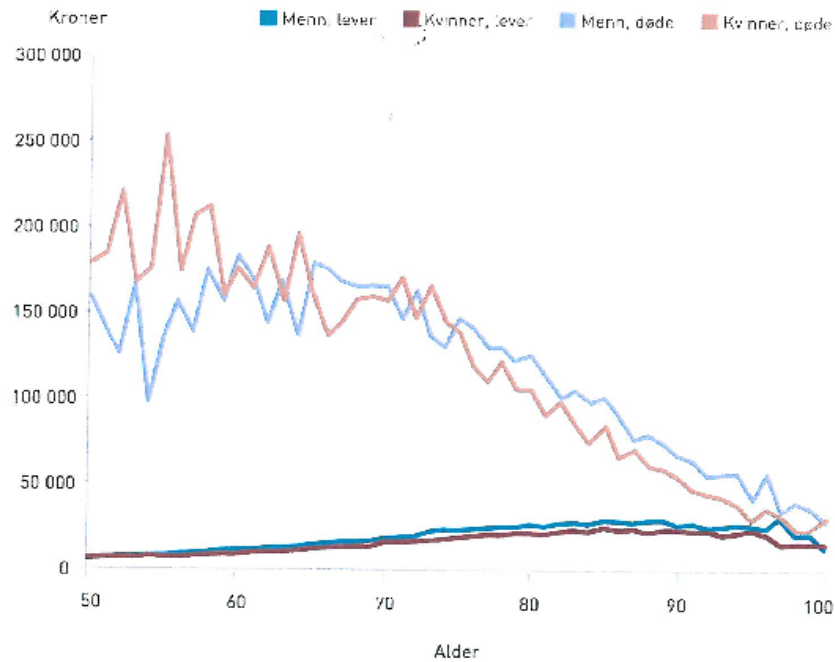
Overbehandling
Underbehandling

Dødsrelaterte helseutgifter =helseutgifter siste leveår (DRU)

- 9-11 % av sykehusutgifter brukes siste leveår
- 18-28 % av off. helseutgifter brukes siste leveår

- DRU er sterkt fallende med alder

ORIGINALARTIKKEL



Figur 2 Gjennomsnittlig DRG registrert kostnad til somatisk sykehusbehandling for personer over 50 år. Kostnadene er fordelt på dem som døde i 2010 og dem som ikke døde samt på alder og kjønn.

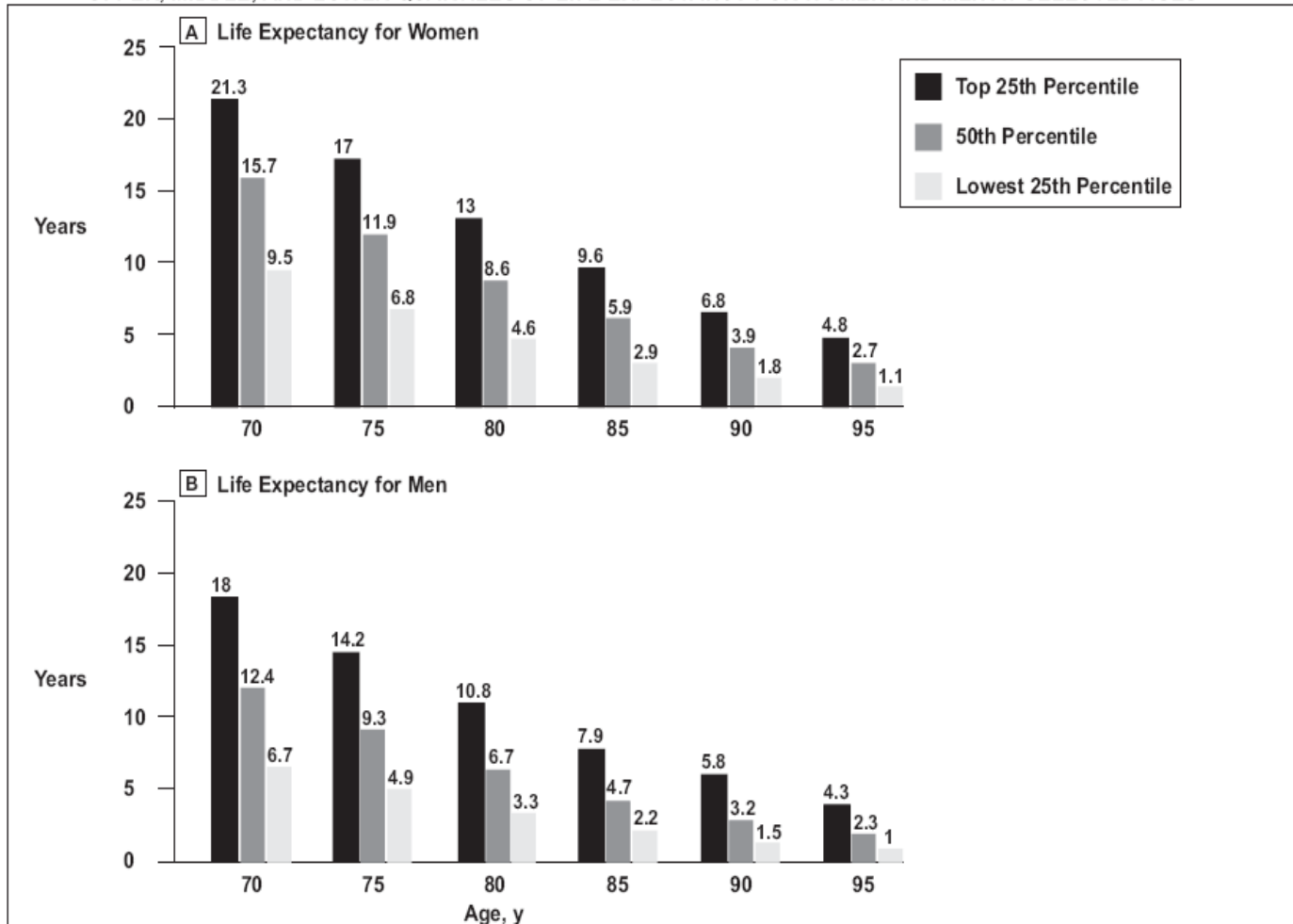
På hvilket grunnlag kan en begrense livsforlengende behandling?

- Faglig
 - Behandling vil (sannsynligvis) ikke føre fram
- Livskvalitet-livsinnhold
 - Gitt pasientens situasjon og prognose gir behandling ikke mening
- Pasienten vil ikke ha behandling
 - Beslutningskompetanse og informasjon
- Kostnad/ nytte – ubevisst bruk av Quality

- Alle behandlingsbeslutninger bygger på en oppfatning av prognose.
 - Prognosene gitt den ene eller andre behandling eller ikke-behandling
- Der prognosen er usikker kan uvissheten framstå som et etisk problem

Forventet gjenstående levetid

UPPER, MIDDLE, AND LOWER QUANTILES OF LIFE EXPECTANCY FOR WOMEN AND MEN AT SELECTED AGES



Reprinted and adapted with permission from Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients. JAMA 2001;285:2750-2756.

Komorbiditet og funksjonsnivå viktigere enn kronologisk alder

Walter LC JAMA 2001

Beslutningsprosess

- Helsejuss
- Medisinsk etikk
- Framgangsmåte

Helsejuss

- **All behandling krever samtykke**

- Pas.rl. § 4.1

- **Samtykkekompetanse**

- Pas.rl. § 4.3-8

Rett til å nekte helsehjelp

- Pas.rl. § 4.9

- **Faglig forsvarlighet**

- Lov om spesialisthelsetjenesten § 2.2

- **Pårørende har ingen avgjørelsesmyndighet**

- Pas.rl. § 4.3-8

- **Helsepersonell har hjelpeplikt**

- Helsepersonelloven § 7

Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende

Beslutningsprosesser for begrensning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende

ende behandling hos alvorlig syke og døende

Den forberedende samtale

Når pasienten ønsker det

- Etter alvorlige komplikasjoner av kronisk sykdom (KOLS med respiratorbehandling)
- Når man kan svare nei på spørsmålet ”blir du overrasket om pasienten er død innen ett år?!”
- Når kurativ behandling går over i palliativ.
- Når pasienten har irreversibel organsvikt som krever teknisk understøttelse
- Når pasientens prognose er svært dårlig
- Det anbefales at slike samtaler blir rutine for alle pasienter som får fast plass på sykehjem.

Å bevare autonomi når kompetansen svikter

- Livstestamente
- Advance directives
- Advance care planning
 - Forhåndssamtaler

Forhåndssamtaler

Advance care planning

- Å uttrykke sine ønsker og preferanser for framtiden
- Å reservere seg mot visse behandlinger
- Å utpeke sin talsperson

Når?

- Når pasientene tar initiativet
 - Ved diagnose av livstruende sykdom
 - Ved diagnose som gir tapt kompetanse
 - Forverring av alvorlig sykdom
 - Endret livssituasjon (sykehjem)
 - Rutine (hjemmebesøk hos gamle)
-
- 60-90 % ønsker slike samtaler

Vet vi om ACP har noen effekt?

- Flere studier viser ingen effekt på behandling mot slutten av livet.
- Flere studier viser effekter.
 - Mindre aggressiv medisinsk behandling
 - Mindre sykehus
 - Bedre livskvalitet mot livets slutt
 - Mindre pårørendebelastning
 - Større tilfredshet

Begrensning av livsforlengende behandling

- Av faglige grunner
 - Det vil (sannsynligvis) ikke føre fram
- Behandling har ikke verdi eller mening
 - Pasientens livssituasjon og utsikter
 - Alder?
- Pasienten ønsker det ikke
 - Kjenner vi pasientens ønsker før beslutningskompetanse gikk tapt?

Geriatrisk seksjon, Kristiansand

- Seksjon i medisinsk avdeling
- 80 % ø-hjelp
- Akutt og subakutt funksjonssvikt
- "Alle" diagnoser
- Liggetid 3,4 døgn
- Lav sykehusdødelighet

Murtaghs skjema som forberedende samtale hos pasienter på geriatrisk seksjon

- Hvor stor andel av pasientene egner seg?
- Hvor mange svarer ja til invitasjonene?
- Hva svarer de?
- Hvordan opplever pasientene samtalen?

Murtaghs skjema

Oversatt av Senter for medisinsk etikk UiO

- Informasjon
- Familieinvolvering
- Hvordan skal beslutninger tas
 - Hvem skal være med?
- Hva er dine tanker og ønsker?

Hva ønsker gamle pasienter på medisinsk avdeling?

- Alle innlagt på geriatrikisk seksjon ble vurdert
- Egnede kandidater ble spurt
- Intervju ut fra Murtaghs skjema
- Ved utskrivning spurt om hvordan de opplevde intervjuet

Resultater

Egnet og villig

- 96 pasienter ble vurdert
 - 34 uegnet
 - 4 takket nei
- 58 var til samtale

Resultater 58 pasienter

Informasjon

- Hva ønsker du av informasjon?
 - 54 ønsket full informasjon,
 - 4 begrenset (litt av gangen?)

Kan vi snakke med din familie om din sykdom?

- 52 sier vi kan informere nærmeste familie
- Noen anga personer vi ikke skulle informere

Resultater 58 pasienter

Familieinvolvering, forhold til legen

- Vi du ha med noen når du får viktig informasjon og det skal tas viktige beslutninger?
 - Ingen ville at legen alene skulle bestemme
 - Alle ville være sammen med legen
 - Legen vet best/jeg vil ha det avgjørende ord selv
 - 40 ønsket en i nærmeste familie, eller annen navngitt person med
 - 11 vil være alene med legen,
og for noen av dem var dette et viktig poeng.

Resultater 58 pasienter

Ønsker om behandling

- Har du spesielle ønsker eller preferanser om framtidig behandling?
 - Få hadde forhåndsformulerte oppfatninger, men mange utviklet formulerte synspunkter underveis, spesielt hvis det ble lansert eksempler

Ønsker om behandling

- Jeg ønsker ingen behandling som forlenger livet
- Får jeg kreft igjen skal jeg ikke ha cellegift
- Jeg vil være hjemme den siste tiden. Ikke reise på sykehus
- Jeg vil ikke ha gjenopplivning og ikke på respirator
- Jeg orker ikke flere operasjoner
- Jeg kan tenke meg operasjon på hovedpulsåren, men ikke cellegift

Holdninger til behandling

- Jeg vil gjerne leve og få behandling så lenge jeg har det godt.
- Hvis jeg ligger på det siste må en ikke trekke det ut.
- Hvis jeg blir alvorlig dement og må på sykehjem ønsker jeg ikke behandling for å leve lengst mulig.
- Hvis jeg blir så dement at jeg ikke kjenner mine egne..
- Jeg er 84 år og vil ikke ha behandling som forlenger livet.
- Hvis jeg blir helt pleietrengende og det ikke er noen vei tilbake..
- Det er viktig å ikke ha smerter

Vurdering av svarene

Åpen informasjon ønskes av nesten alle

De aller fleste vil gjerne ha med en i familien

– Men noen som ikke ønsker dette har sterke meninger om det.

Alle vil ta beslutninger sammen med legen.

Få har tenkt gjennom behandling mot livets slutt, men mange utvikler synspunkter gjennom en samtale.

Resultater

Opplevelsen av samtalen

- 1 opplevde det som belastende/påtrengende
- 15 syns det var greit, OK
- 42 syns det var positivt, interessant, nyttig ,
på sin plass, viktig

Lærdom

- Man kan trygt ta opp slike spørsmål uten å risikere å støte pasientene
- Det bør man gjøre. Pasientene ønsker det.
 - De tar ikke selv initiativ. Familien heller ikke.
- Man må spørre om de vil ha med seg familiemedlemmer i viktige møter i helsevesenet.
- De gir viktige utsagn om holdning til behandling mot livets slutt.

1. *End of Life Care Strategy: promoting high quality care for adults at the end of their life*. 2008, Department of Health: UK. p. 171.
2. Association, A.M., *Opinion 2.191—advance care planning*. 2011, American Medical Association.
3. Physicians, R.C.o., *CONCISE GUIDANCE TO GOOD PRACTICE*, in *A series of evidence-based guidelines for clinical management*. 2009, Royal College of Physicians: UK. p. 19.
4. Association, A.M., *The Role of the Medical Practitioner in Advance Care Planning* 2006, Australian Medical Association: Australia.
5. Mullick, A., J. Martin, and L. Sallnow, *An introduction to advance care planning in practice*. BMJ, 2013. **347**: p. f6064.
6. Tonelli, M.R., *Pulling the plug on living wills. A critical analysis of advance directives*. Chest, 1996. **110**(3): p. 816-22.
7. Perkins, H.S., *Controlling death: the false promise of advance directives*. Ann Intern Med, 2007. **147**(1): p. 51-7.
8. Schneiderman, L.J., et al., *Effects of offering advance directives on medical treatments and costs*. Ann Intern Med, 1992. **117**(7): p. 599-606.
9. Goodman, M.D., M. Tarnoff, and G.J. Slotman, *Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients*. Crit Care Med, 1998. **26**(4): p. 701-4.
10. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators*. JAMA, 1995. **274**(20): p. 1591-8.
11. Robinson, L., et al., *A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia*. Age Ageing, 2012. **41**(2): p. 263-9.
12. Abel, J., et al., *The impact of advance care planning of place of death, a hospice retrospective cohort study*. BMJ Support Palliat Care, 2013. **3**(2): p. 168-173.
13. Detering, K.M., et al., *The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial*. BMJ, 2010. **340**: p. c1345.
14. Pautex, S., F.R. Herrmann, and G.B. Zulian, *Role of advance directives in palliative care units: a prospective study*. Palliat Med, 2008. **22**(7): p. 835-41.
15. Emanuel, E.J., et al., *Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful?* Archives of Internal Medicine, 2004. **164**(18): p. 1999-2004.
16. Stacey, D., et al., *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(10): p. CD001431.
17. Murtagh, F.E. and A. Thorns, *Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making*. Journal of Medical Ethics, 2006. **32**(6): p. 311-5.
18. Sharp, T., et al., *Do the elderly have a voice? Advance care planning discussions with frail and older individuals: a systematic literature review and narrative synthesis*. Br J Gen Pract, 2013. **63**(615): p. e657-68.
19. Sessums, L.L., H. Zembrzuska, and J.L. Jackson, *Does This Patient Have Medical Decision-Making Capacity?* JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2011. **306**(4): p. 420-427.
20. Gjerberg, E., et al., *Ethical challenges in the provision of end-of-life care in Norwegian nursing homes*. Social Science and Medicine, 2010. **71**(4): p. 677-84.
21. Dreyer, A., R. Forde, and P. Nortvedt, *Ethical decision-making in nursing homes: influence of organizational factors*. Nursing Ethics, 2011. **18**(4): p. 514-25.
22. Mahon, M.M., *An advance directive in two questions*. J Pain Symptom Manage, 2011. **41**(4): p. 801-7.

et Park 7,
ensberggata
[vejbeskrivelse](#)
[edslund](#)

Seniorforsker, Kunnskapssenteret
[Fakturaadresse](#)



Rapport fra Kunnskapssenteret nr 18 - 2014 - Systematisk oversikt

[Brynjar Fure](#)

Livets slutfase - om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende

(15.10.2014)

Utskrift | [3-siders sammendrag](#) | [Hele publikasjonen](#) (2.9MB)

Du er her: [Forsiden](#) » [Publikasjoner](#)

Skår Å, Juvet L, Smedslund G, Bahus MK, Pedersen R, Fure B. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 18 - 2014. ISBN 978-82-8121-883-3 ISSN 1890-1298

© Nasjonalt kunnskapssenter for helse

Både av hensyn til pasientens autonomi og av ressurshensyn er det grunn til å se på hvordan man kan forbedre beslutningsprosessene knyttet til begrensnig av medisinsk behandling i livets slutfase slik at overbehandling kan unngås. Selv om deler av forskningsgrunnlaget for konklusjonene i denne rapporten er svakt, ser det ut til at:

- Kulturelle, etniske, religiøse og sosioøkonomiske faktorer i tillegg til diagnose, sivilstatus, alder, kjønn og erfaring kan medvirke i beslutninger om medisinsk behandling og omsorg i livets slutfase og på pasientenes behov for informasjon og medvirkning i beslutningsprosessen.
- Et flertall av pasienter med alvorlig sykdom gir uttrykk for at de ønsker å være informert om sin sykdom og prognose, og diskutere spørsmål knyttet til behandling og omsorg i livets slutfase. Ofte blir ikke dette godt nok ivarettatt, og kjennskapet til pasientenes

Forhåndssamtaler, Advance care planning, Plan for livets slutfase

- Det er lang internasjonal erfaring
- Det bygger på helsejuss og god medisinsk etikk
- Det er godt vitenskapelig underbygget
 - At folk ønsker det
 - At det har effekt på den behandling folk får
 - At pasienter og pårørende blir mer tilfreds

Men slike samtaler, slik planlegging
skjer ikke i særlig utstrekning